

Ecografia ostetrica nel primo trimestre: perché e come

Redazionale a cura di **Silvia Stillavato**

Da Linee Guida SIEOG, 2002

Nel corso del primo trimestre, ovvero nel periodo di età gestazionale fino a 13 settimane e 6 giorni, l'esecuzione dell'esame ecografico è finalizzato alla visualizzazione dell'impianto della camera ovulare (o sacco gestazionale) in sede uterina e dell'eventuale presenza di più di una camera ovulare, della presenza dell'embrione/feto, del loro numero e dell'attività cardiaca e, inoltre, alla datazione della gravidanza.

L'esame può essere effettuato per via transaddominale con sonde di almeno 3,5 MHz o per via transvaginale con sonde di almeno 5 MHz; poichè la via transvaginale consente di utilizzare sonde a più alta frequenza e, quindi, con una miglior risoluzione, essa è comunque da preferirsi alla via transaddominale qualora quest'ultima non sia dirimente.

In questo periodo della gravidanza l'esame ecografico viene eseguito, oltre che in pazienti a basso rischio e senza indicazioni specifiche, in presenza di determinate situazioni cliniche.

Tra le indicazioni più frequenti possiamo annoverare le perdite ematiche e il dolore pelvico. Talora all'esame clinico può essere rilevata una discrepanza tra volume uterino e volume atteso per l'età gestazionale e, in questo caso, l'esame ecografico potrà fornirci una corretta datazione o evidenziare un'eventuale interruzione spontanea della gravidanza. Anche la presenza di un rischio specifico per anomalia cromosomica fetale e la richiesta di diagnosi prenatale invasiva costituiscono indicazioni all'esecuzione dell'ecografia nel primo trimestre. È possibile infine in quest'epoca gestazionale effettuare, mediante la misurazione della translucenza nucale, lo screening ecografico (in genere associato allo screening biochimico nell'ambito del cosiddetto "Test Combinato") delle anomalie cromosomiche.

L'esame ecografico del primo trimestre prevede la ricerca di parametri codificati dalle Linee Guida SIEOG. Innanzitutto dev'essere verificata la presenza o assenza della camera ovulare all'interno dell'utero, la presenza o assenza dell'embrione/feto, il

Risveglio Ostetrico

numero di embrioni/feti e la presenza o assenza dell'attività cardiaca in B-mode o in M-mode. L'utilizzo del Doppler pulsato o colore per rilevare l'attività cardiaca è sconsigliato nel periodo embrionale, cioè prima del compimento della 10^a settimana di età gestazionale. Qualora l'embrione non sia visualizzabile, dev'essere misurato il diametro della camera ovulare (o sacco gestazionale). Nel caso in cui sia presente l'embrione/feto, se ne dovranno misurare la lunghezza cranio-caudale (CRL) e il diametro biparietale (BPD). In particolare, il CRL dev'essere misurato con l'embrione/feto in scansione sagittale e in posizione neutra (né iperesteso né iperflesso), escludendo il sacco vitellino. Questa misurazione, se effettuata fra 7 e 11 settimane di età gestazionale, ha un'accuratezza, per la datazione, di $\pm 3-4$ giorni nel 95% dei casi. Le Linee Guida consigliano invece di misurare il BPD a partire dal compimento della 12^a settimana di età gestazionale. Il BPD misurato fra 12 e 16 settimane di età gestazionale, ha un'accuratezza di $\pm 3-4$ giorni nel 95% dei casi. Nel referto devono essere indicati i valori di riferimento per ogni settimana. Qualora i valori biometrici rilevati non siano compresi nei limiti di normalità della curva di riferimento e la discrepanza fra età gestazionale anamnestica ed età gestazionale ecografica sia maggiore o uguale ad una settimana, è necessario indicare la ridatazione. Nel corso dell'esame ecografico devono inoltre essere valutate le regioni annessiali e la morfologia uterina.

In caso di gravidanza multipla si dovrà valutare la corionicità/amnionicità.

Nelle finalità dell'esame ecografico del primo trimestre non è compresa la ricerca di eventuali malformazioni dell'embrione/feto. Se il quadro ecografico fosse suggestivo per malformazione, è necessario programmare ed effettuare un approfondimento diagnostico.

Se in un embrione con CRL uguale o superiore a 5 mm (quando l'esame è eseguito per via transvaginale) o con CRL uguale o superiore a 10 mm (quando l'esame è effettuato per via transaddominale) non si visualizza l'attività cardiaca, si può formulare la diagnosi di "aborto interno"; anche quando non si visualizza l'embrione in una camera ovulare di diametro medio uguale o superiore a 20 mm (se l'esame è eseguito per via transvaginale) o con diametro uguale o superiore a 25 mm (se l'esame è effettuato per via transaddominale), si è autorizzati a porre diagnosi di "aborto interno". In tutti gli altri casi, prima di diagnosticare un "aborto interno", è opportuno ripetere l'esame ecografico dopo una settimana, salvo diversa indicazione clinica.

Quando la gravidanza è ectopica non sempre è possibile la diagnosi ecografica, in particolare nel corso del primo esame. Essa è possibile nel 79-85% dei casi, 0,5-1% di "falsi positivi". I segni su cui si basa la diagnosi ecografica di gravidanza extrauterina possono essere segni *diretti*, che consistono fondamentalmente nella visualizzazione della camera ovulare e/o dell'embrione in sede extrauterina, oppure

segnì *indiretti*, ovvero assenza di camera ovulare in utero, presenza di versamento in sede pelvica e/o di una massa annessiale. A sostegno dei dati ecografici svolgono un ruolo importante i dati biochimici, nella fattispecie il dosaggio sul sangue materno dell'ormone HCG e/o della subunità beta. Integrando dati ecografici con i dati biochimici si ottengono certamente risultati migliori in termini di sensibilità e specificità. In presenza di un valore di β -HCG uguale o superiore a 1000 UI/ml, con un esame ecografico effettuato per via transvaginale, dovrebbe essere visibile in utero la camera ovulare; se ciò non accade, si è autorizzati a porre il sospetto di gravidanza ectopica.

L'esame ecografico può essere finalizzato, durante il primo trimestre, ad effettuare la misurazione della translucenza nucale (NT). In questo caso l'esame dev'essere eseguito solo alle donne che lo abbiano esplicitamente richiesto e soltanto da operatori accreditati da Società Scientifiche nazionali o internazionali, che abbiano ricevuto un adeguato training teorico e pratico e che siano sottoposti periodicamente a controlli di qualità. La donna dovrebbe essere informata, con un foglio informativo scritto, sulle possibilità e sui limiti della misurazione della translucenza nucale come test di screening per le cromosomopatie fetali. Il rischio stimato per la trisomia 21, calcolato in base ai dati ecografici ed anamnestici, dev'essere riportato sul referto scritto. E' opportuno offrire alle pazienti che risultano a rischio aumentato per cromosomopia fetale, la possibilità di eseguire una diagnosi prenatale invasiva, con il prelievo dei villi coriali, effettuabile più precocemente (tra la 10^a e la 13^a settimana di età gestazionale), oppure con l'amniocentesi, eseguibile più tardivamente (a partire dalla 16^a settimana di età gestazionale). In caso di misura aumentata della translucenza nucale è indispensabile programmare un'ecografia di II livello ed un'ecocardiografia a 18-20 settimane per il rischio aumentato di anomalie strutturali fetali.

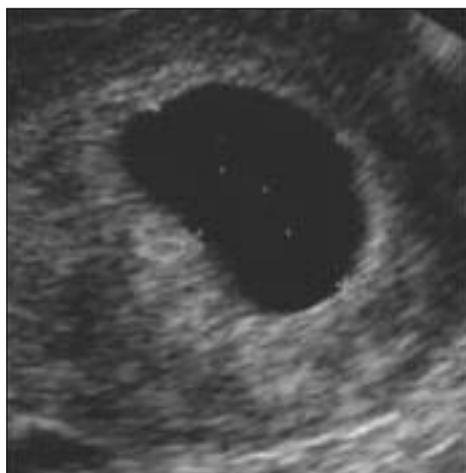
Al termine dell'esame ecografico dev'essere redatto un referto scritto, su cui devono essere riportati l'indicazione all'esame, la sede e il numero delle camere ovarie, il numero di embrioni/feti e la presenza o assenza di attività cardiaca e la corionicità/amionicità in caso di gravidanza multipla; bisogna poi indicare il diametro medio della camera ovulare, se non è visualizzabile l'embrione, oppure la lunghezza cranio-caudale (CRL) oppure il diametro biparietale (BPD), nel caso sia possibile visualizzare l'embrione/feto; i suddetti valori biometrici devono essere confrontati con la curva di riferimento utilizzata per verificare se la datazione ecografica corrisponde con quella anamnestica; in caso contrario si dovrà refertare la ridatazione, che non dev'essere inferiore a una settimana.

Dovranno inoltre essere segnalati nel referto scritto anche eventuali anomalie uterine e/o annessiali ed eventuali limiti all'esecuzione dell'esame (obesità, non accet-

Risveglio Ostetrico

tazione da parte della donna di effettuare l'esame per via transvaginale in caso di re-
perito non dirimente all'esame effettuato per via transaddominale ecc...).

Al referto scritto verrà allegata la documentazione iconografica ritenuta oppor-
tuna dall'operatore.



CO



CRL



NT