

2

L'ecografia ostetrica: alcuni consigli pratici

Elsa Viora

Centro di Ecografia
e Diagnosi Prenatale
Azienda Materno Infantile
OIRM-Sant'Anna, Torino

L'ecografia ostetrica è una delle branche dell'ostetricia-ginecologia in cui vi è un rischio elevato di errore e quindi di contenzioso medico-legale. Ciò è particolarmente vero per l'esame che ha la massima diffusione, cioè l'ecografia di screening delle malformazioni fetali (la cosiddetta "ecografia morfologica"), che è proposto alla totalità delle donne in gravidanza a 19-21 settimane. In effetti, non vi è nessun'altra situazione in cui il rischio di patologia sia così alto in una popolazione non selezionata: il 3-5% dei neonati è affetto da una malformazione e questa percentuale interessa appunto tutta la popolazione di donne in gravidanza. Non consideriamo qui le gravidanze con fattori di rischio specifico, il cui rischio di patologia fetale può arrivare al 50%: se l'esistenza del rischio è già stato rilevato, esse sono già in qualche modo informate, quindi sottoposte ad esami specifici e perciò non sono oggetto di questo articolo.

Quando iniziamo ad effettuare un esame ecografico ad una donna in gravidanza (ci riferiamo qui all'esame del secondo trimestre) dobbiamo pensare che abbiamo almeno il 3% di possibilità che vi sia "qualcosa che non va", che noi dovremmo trovare. Ma sappiamo anche che la "sensibilità" dell'ecografia per le anomalie strutturali è mediamente non superiore al 50%. È certamente una situazione che non ha confronti rispetto ad altri esami di screening, quali, nella nostra specialità, la mammografia o l'esame citologico cervico-vaginale: in questi infatti la prevalenza della patologia è di molto inferiore, mentre la sensibilità delle metodiche diagnostiche è molto elevata, e quindi con il rischio di errore o di mancata diagnosi molto basso.

Nella conduzione dell'esame la nostra concentrazione e la nostra attenzione devono essere alte ed è necessario mantenere il livello di attenzione non solo per tutta la durata dell'esame, ma anche, ovviamente, per tutta la mattinata o il pomeriggio, in relazione a quando svolgiamo la nostra attività ambulatoriale, sia essa pubblica o privata. Questa osservazione può sembrare superflua, poiché vale per tutte

le attività medico-chirurgiche: è tuttavia vero che qualcuno è portato erroneamente a pensare che l'impegno in un ambulatorio di ecografia possa essere affrontato con maggiore *nonchalance* rispetto a ciò che avviene in sala parto o in sala operatoria.

Da anni, corsi e convegni sono stati dedicati ai problemi medico-legali, libri/capitoli di libri sono stati scritti sull'argomento, per cui non posso certamente pensare di concentrare il tema della prevenzione dell'errore in poche pagine, ma è possibile fornire alcuni consigli pratici che derivano non solo dalla partecipazione ad incontri e allo studio di articoli e libri, ma soprattutto dalla pratica clinica quotidiana ormai ultratrentennale.

Partendo dalla consapevolezza che l'evento negativo non può essere eliminato, ma che può essere solo in parte prevenuto e ridotto, si possono identificare alcuni punti che possono aiutarci a lavorare meglio.

Alcuni punti chiave

L'ecografia ostetrica è gravata, oltre che dall'elevato rischio di patologia fetale, da un aspetto caratteristico: **la diagnosi in tempo reale**. Non c'è una separazione fra il momento in cui si esegue l'esame e il momento in cui si formula la diagnosi, come avviene per esempio con la mammografia o altre metodiche di diagnostica per immagini o gli esami di laboratorio. La diagnosi va effettuata non solo mentre si fa l'ecografia, ma mentre intorno ci sono il marito, le nonne, i bambini ecc. Può sembrare banale, ma capita molto spesso sentirsi chiedere "perché fa quella faccia? C'è qualcosa che non va? Perché sta zitta?", proprio nel momento in cui in effetti si è vista un'immagine che non ci convince oppure il feto si muove in modo assolutamente contrario a come vorremmo per poter finire l'esame.

L'ideale, ovviamente, sarebbe se la donna/coppia fosse già stata informata sulle possibilità diagnostiche dell'ecografia, soprattutto sui suoi limiti, sul tempo necessario, sul fatto che le immagini non sono sempre comprensibili, che "non si sta guardando il bambino" ma si sta effettuando un esame, un atto medico

Quando iniziamo ad effettuare un esame ecografico dobbiamo pensare che abbiamo almeno il 3% di possibilità che vi sia "qualcosa che non va", che noi dovremmo trovare



che richiede, come sopra detto, attenzione e concentrazione da parte del medico.

Sappiamo che molte domande vengono fatte comunque durante l'esecuzione dell'esame e che la donna/coppia arriva all'ecografia con un'aspettativa ed un'ansia non sempre controllabili.

Dobbiamo quindi essere consapevoli che ci troviamo tutte e due, il medico e la paziente, in una situazione ansiogena, e che dobbiamo collaborare per ottenere i migliori risultati con vantaggio di entrambe le parti.

Un consiglio: dire subito "guardi che non tutte le immagini sono belle e facilmente comprensibili perché non vediamo più il feto tutto intero, ma andiamo a studiare i vari organi. Io cercherò di illustrarvi quello che vediamo, ma ci saranno dei momenti in cui è necessario che mi concentri sul lavoro", molto spesso faccio l'esempio dell'autista di autobus e del cartello "non parlare al guidatore".

Fatta questa premessa e stabilito questo patto con la donna e chi l'accompagna, l'aspetto fondamentale per noi medici è avere **una metodologia di lavoro**. In questo ci sono di grande

aiuto le linee guida che costituiscono davvero una guida all'esecuzione dell'esame e la checklist che ci propongono costituisce una griglia a cui attenerci. L'utilizzo di un sistema di refertazione informatico (o un foglio pre-compilato) è molto utile per ricordarci di ricercare e visualizzare tutte le strutture previste dalle linee guida. In considerazione delle elevate disponibilità di tecnologia informatica a basso costo è auspicabile che sia i referti che le immagini ecografiche vengano archiviati su supporti digitali.

Dato che le misure da rilevare e le strutture fetali da studiare sono molte, è indispensabile che ognuno di noi abbia in testa una metodologia di lavoro che riproduce ad ogni esame: per esempio io faccio sempre prima la biometria e dopo valuto l'anatomia fetale, con l'unica eccezione del cuore. Se il feto è a dorso posteriore inizio subito a studiare il cuore e la faccia, prima di effettuare la biometria fetale, così da essere certa che non dovremo poi attendere altro tempo affinché il feto si metta in posizione favorevole.

Per eseguire tutta la valutazione delle struttu-

Quando ci rendiamo conto che la nostra capacità di concentrazione sta calando è opportuno effettuare degli intervalli: bastano pochi minuti!

La refertazione è un momento essenziale dell'ecografia ostetrica, come di ogni atto medico: è l'unica traccia che rimane

re fetali e la biometria è indispensabile che il feto si muova ponendosi sia con il dorso anteriore (colonna, reni) sia con il dorso posteriore (cuore, faccia) e questo nella gran parte dei casi si verifica entro il tempo necessario per l'esame, anche perché vanno compresi i casi in cui il dorso fetale è posto lateralmente, condizione in cui è quasi sempre possibile osservare tutte le strutture fetali richieste dalle LG. Quando il feto si ostina ad avere un atteggiamento non favorevole, per esempio sempre con il dorso anteriore, è inutile ostinarci anche noi a proseguire l'esame: come ci hanno insegnato nelle tecniche di comunicazione, qualcuno deve cedere perché il dialogo possa continuare. È opportuno in questi casi sospendere l'esame, consigliare alla donna di fare due passi, prendere una bevanda zuccherata mentre noi seguiamo con la paziente successiva oppure anche noi facciamo un intervallo.

Se l'attività è organizzata in modo tale che l'intera mattinata/pomeriggio è dedicata all'esecuzione di esami ecografici in gravidanza (non è che l'ecografia ginecologica sia esente da rischi, ma merita un discorso a parte) dobbiamo considerare che il nostro livello di attenzione non è sempre uguale. È perciò opportuno effettuare degli intervalli, bastano pochi minuti, quando ci rendiamo conto che la nostra capacità di concentrazione sta calando.

Può essere utile scattare molte immagini, con i sistemi digitali è facile poi eliminare quelle doppie/inutili/brutte senza aumento dei costi di carta e toner. Rivedere le immagini consente di valutare, se pure immediatamente dopo l'esecuzione dell'esame, "a posteriori" sia che abbiamo rilevato tutte le misure e visualizzato le strutture sia che la qualità della scansione è adeguata. Possiamo in pratica fare una seppur **veloce revisione critica** del nostro operato: è l'ultima occasione che abbiamo, una volta redatto e consegnato il referto scritto non avremo più occasione di recuperare l'eventuale errore.

A questo scopo, la **rilettura delle immagini** può essere fatta secondo due modalità diverse:

- mentre la donna è ancora sul lettino, prima di farla scendere ed accomodare in sala attesa. Questo consente di riprendere una misura, di ricontrollare dove è inserita la placenta, di visualizzare meglio il rene che non ci convinceva, senza dover richiamare la donna una volta uscita dallo studio, ma abbiamo ancora intorno a noi la paziente e gli accompagnatori e questo certamente non giova alla nostra concentrazione;
- quando la donna è uscita dallo studio, prima di scrivere il referto. C'è il vantaggio di essere "finalmente soli", senza la paziente e

con la possibilità di discutere con altri (i più giovani se lavoriamo in un ospedale/studio in cui vi sono colleghi che stanno imparando), ma con lo svantaggio di dover eventualmente richiamare e fare accomodare sul lettino la paziente. Una frase tipica che dico in questi casi: "scusi, non è venuta bene una foto e devo riprenderla" oppure "non ho visto bene dove è messa la placenta" giusto per non mettere in ansia la donna.

Certamente non è opportuno scrivere il referto con la donna e gli accompagnatori ancora nello studio perché ciò non ci consente di avere qualche minuto di concentrazione, senza persone intorno. Se un'immagine di un organo fetale oppure una misura non ci pare "fatta bene" abbiamo ancora la possibilità di recuperare: non dobbiamo assolutamente perdere questa occasione!

La stampa delle immagini e la scelta di quelle che consegniamo alla donna è quindi un momento importante, da non sottovalutare: è importante, come già detto, selezionare ogni singolo fotogramma, rivedere le immagini e valutarne la qualità.

La refertazione è un momento essenziale dell'ecografia ostetrica, come di ogni atto medico: è l'unica traccia che rimane ed è in base a ciò che sarà possibile "a posteriori" capire se l'esame è stato condotto correttamente. Dediciamo quindi tempo ed attenzione a questo ultimo momento dell'esame.

Abbiamo già analizzato l'importanza delle immagini sia per una revisione critica fatta da noi stessi sia per documentare la qualità del nostro lavoro. È opportuno dedicare tempo alla refertazione dell'anatomia fetale: un consiglio è di selezionare ad una ad una le singole strutture anatomiche. L'utilizzo di frasi riassuntive (es. anatomia nella norma per il secondo trimestre) può essere fonte di errore. Il dover cliccare (se usiamo un sistema di archiviazione informatizzato) o crocettare (se utilizziamo un foglio cartaceo predisposto) su ogni voce richiede un lieve aggravio di tempo, ma ci obbliga a ripercorrere l'esecuzione dell'esame, eventualmente a rivedere le immagini e quindi ad essere ragionevolmente certi che quanto compare sul referto è stato effettivamente valutato.

Se siamo consapevoli del fatto che ognuno di noi può sbagliare, possiamo pensare delle strategie per ridurre il rischio (i piloti degli aerei lo sanno da molto tempo e mettono regolarmente in atto metodi di controllo). Se invece pensiamo di essere immuni dall'errore, beh forse è proprio quello il primo errore...

Spero che questa chiacchierata a ruota libera possa essere di aiuto a qualcuno di noi.