

12

LA CARDIOTOCOGRAFIA: METODICA DI INDAGINE NEL RISCHIO IPOSSICO

CTG in travaglio: contestualizzazione italiana delle recenti linee guida internazionali

Nonostante si tratti di una tecnica introdotta già a partire dagli anni '60, la sua capacità predittiva appare tuttora piuttosto limitata. Una delle cause risiede nell'esistenza di molteplici linee guida caratterizzate da definizioni e criteri classificativi differenti



Tullia Todros
Torino

LA CARDIOTOCOGRAFIA È ANCORA OGGI la principale metodica utilizzata per il monitoraggio del benessere fetale in travaglio. Nonostante si tratti di una tecnica introdotta già a partire dagli anni '60, la sua capacità predittiva appare tuttora piuttosto limitata. Una delle cause risiede nell'esistenza di molteplici linee guida caratterizzate da definizioni e criteri classificativi differenti. Questo determina condotte cliniche non uniformi e limita la possibilità di dialogo e confronto tra le diverse comunità scientifiche. Il fenomeno è particolarmente rilevante in Italia dove non esistono linee guida nazionali di riferimento; ciò comporta l'utilizzo nelle varie strutture ospedaliere di sistemi classificativi differenti, essendo le principali linee guida in uso quelle della Figo (1-2), del Nice (3) e dell'Acog pura o associata all'algoritmo di Clark (4-5).

Le notevoli difformità di gestione clinica e le difficoltà di dialogo a livello nazionale hanno nel tempo fatto maturare la necessità di adottare un linguaggio comune. È stato dunque creato un gruppo di lavoro da parte della **Fondazione Confalonieri Ragonese** su mandato di Sigo-Aogoi-Agui al fine di produrre linee guida italiane per il monitoraggio del benessere fetale in travaglio. Data l'esistenza di numerose linee guida e l'assenza di dati di letteratura che dimostrino la superiorità di una linea guida rispetto alle altre in termini di riproducibilità e capacità di predire esiti neonatali avversi, si è deciso di non produrre un ulteriore sistema classificativo ma di tradurre ed adattare al contesto italiano le recenti linee guida internazionali (Figo 2015) (2).

Il gruppo di lavoro ha dunque fatto un'analisi critica della linea guida

Figo, apportando alcune modifiche sulla base delle più recenti evidenze di letteratura. In particolare è stata accentuata l'importanza che il tracciato sia letto ed interpretato in relazione alla situazione clinica, essendo un importante – ma non l'unico – elemento utile alla corretta conduzione del travaglio.

La diffusione di questa nuova linea guida a livello nazionale ha come obiettivo principale quello di uniformare quanto più possibile l'interpretazione dei tracciati, con ricaduta anche sulla gestione clinica dei travagli, con il fine ultimo di migliorare gli esiti materno-neonatali.

Un'adeguata formazione degli operatori che garantisca una buona conoscenza dei meccanismi fisiopatologici dell'ossigenazione fetale appare altresì fondamentale per ridurre interventi ostetrici inutili ed evitare esiti neonatali avversi.

Per saperne di più

1. FIGO: FIGO News: guidelines for the use of fetal monitoring. Int J Gynecol Obstet 1987; 25:159-167
2. Ayres-de-Campos D, Spong CY, Chandrachud E. FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. Int J Gynaecol Obstet. 2015; 131:13-24
3. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 update 2017
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. Obstet Gynecol. 2009; 114:192-202
5. Clark SL, Nageotte MP, Garite TJ, Freeman RK, Miller DA, Simpson KR, Belfort MA, Dildy GA, Parer JT, Berkowitz RL, D'Alton M, Rouse DJ, Gilstrap LC, Vintzileos AM, van Dorsten JP, Boehm FH, Miller LA, Hankins GD. Intrapartum management of category II fetal heart rate tracings: towards standardization of care. Am J Obstet Gynecol. 2013; 209:89-97

13

LETTURA MAGISTRALE

Diagnosi prenatale quo vadis

“Dopo la scoperta della base genetica della sindrome di Down nel 1958, e successivamente all'introduzione come tecniche diagnostiche dell'amniocentesi nella metà degli anni Sessanta e della biopsia coriale circa 15 anni dopo, a partire dagli anni '80 sono stati progressivamente definiti i criteri di screening per l'accesso alle metodiche diagnostiche per le aneuploidie.



Katia Bilardo
Amsterdam

IL PRIMO CRITERIO usato come metodo di screening è stato l'età materna: donne in età avanzata avevano accesso alla diagnostica invasiva.

Parallelamente si sono sviluppati dei test biochimici da applicare a gravidanze a rischio.

Tali test sono divenuti sempre più complessi fino ad includere 3 o 4 markers (test triplo o quadruplo) con una detection rate (DR) di circa 60%-70%, ma lo svantaggio di essere effettuati nel secondo trimestre.

Nel 1991 è apparsa la prima pubblicazione in cui la misurazione della traslucenza nucale (NT) veniva proposta come nuovo test ecografico di screening delle aneuploidie nel primo trimestre.

Poco dopo il test è stato arricchito dall'aggiunta della misurazione sul siero materno della frazione libera del beta HCG e della PAPP-A. La DR di questo test di screening è progressivamente aumentata, dal 75% per la sola NT all'85% per il test combinato (NT e marcatori biochimici).

Algoritmi sempre più avanzati sono poi stati sviluppati al fine di perfezionare la prestazione dello screening del primo trimestre e parallelamente il concetto delle

screening universale, da offrire a tutte le gravide, è divenuto una realtà in molti paesi.

Per più di venti anni il test combinato ha quindi rappresentato il "gold standard" per lo screening precoce ed è stato ulteriormente affinato con l'aggiunta di altri marcatori ecografici come l'osso nasale, il dotto venoso e il rigurgito della tricuspide. Mentre il paradigma dello screening si è sempre basato sul un tasso di falsi positivi del 5%, l'aggiunta di questi ulteriori marcatori ecografici ha permesso di mantenere una DR di circa 90%, riducendo il tasso di falsi positivi.

Gli aspetti negativi dello screening ecografico del primo trimestre includono la necessità di un livello elevato di esperienza dell'operatore, il mantenimento di un buon settaggio e controllo delle mediane del test biochimico e l'uso di un software per il calcolo del rischio combinato.

Grande vantaggio è però che, in sede di test combinato, la valutazione fetale non si limita a stabilirne l'età gestazionale ma include lo studio fetale per la presenza di anomalie strutturali gravi. Inoltre l'ecografia del primo trimestre fornisce una piattaforma per la stima del rischio di base della gravidanza, legato ad esempio alle anomalie di inserzione placentare, alla monoamnioticità per le gravidanze gemellari o al rischio di insorgenza di altre patologie come la morte fetale precoce e la preeclampsia.

Negli ultimi 5 anni la possibilità di dedurre il cariotipo fetale su sangue materno dal calcolo della proporzione tra il materiale genetico fetale (eseguito su frammenti di Dna fetale) e il materiale genetico materno è diventata una realtà sempre più accessibile, sia in termini di tempi di esecuzione del test che di costi.

In molti paesi **il test del Dna fetale** sta entrando a far parte integrante del panorama dello screening per le

trisomie e in alcuni paesi viene ormai usato come test di secondo livello dopo un test combinato con rischio aumentato. Nel corso della presentazione verrà esposta la situazione nel paese in cui lavoro, dove la scelta è stata di introdurre il test del Dna fetale come test di screening di primo livello, praticamente in alternativa al test combinato.

Questa scelta rischia di compromettere l'accesso della paziente gravida ad un'ecografia del primo trimestre, la cui importanza va al di là della semplice datazione della gravidanza.

In questo contesto nel mio istituto è stato intrapreso uno studio sul rendimento dell'ecografia del primo trimestre nell'identificazione delle anomalie strutturali, in confronto all'ecografia delle 20 settimane.

Il risultato indica che **un'ecografia del primo trimestre** in cui venga anche esaminata l'anatomia fetale, seguendo un protocollo ben definito, **è in grado di diagnosticare circa il 50% delle anomalie strutturali** ed in particolare tutte quelle severe e letali, con il vantaggio di permettere alla coppia la scelta di un'interruzione di gravidanza più precoce e in tal senso meno traumatica. Inoltre lo studio ha rivelato che l'incidenza di falsi positivi dell'ecografia morfologica precoce è molto bassa.

Tale strategia risulta inoltre vantaggiosa anche per diagnosi della maggior parte delle aneuploidie.

In conclusione, il test del Dna fetale presenta indubbiamente grossi vantaggi per la diagnosi delle trisomie 21 e in minor grado 18 e 13. La coppia deve essere obiettivamente informata sui vantaggi e svantaggi di un tale test di screening e, soprattutto, il test non va effettuato come alternativa ad una ecografia precoce, ma piuttosto in congiunzione ad essa. Vari paradigmi di screening verranno quindi discussi.