

Evaluarea ecografica din trimestrul I (dublu test, test combinat, screening trimestrul I, ecomorfologia)

Aceasta examinare este extrem de importanta si se recomanda tuturor gravidelor, indiferent de varsta pe care o au, de locul unde isi monitorizeaza sarcina sau de medicul pe care l-au ales pentru acest lucru.

Cand se efectueaza?

Minim: 11 saptamani + 0 zile

Maxim: 13 saptamani + 6 zile

Perioada optima este dupa 12 saptamani, chiar si la 13 saptamani, deoarece fatul este mai mare si anatomia lui poate fi mai bine studiata, obtinandu-se astfel mai multe informatii decat la 11 saptamani, iar daca se deceleaza semne de aneuploidii (anomalii genetice) avem timp pentru a efectua biopsia de vilozitati coriale (CVS).

Cine o efectueaza?

De preferinta un specialist in Medicina Materno-Fetala cu experienta in diagnosticul prenatal. Daca o efectueaza medicul dumneavoastra si ridica suspiciunea unei anomalii, este recomandat sa va trimita la specialistul de Medicina Materno-Fetala, acesta fiind in masura sa stabileasca un diagnostic complet, un plan de investigatii (inclusiv sa efectueze biopsia de vilozitati coriale sau amniocenteza), sa va consilieze asupra prognosticului actual si a riscului pentru urmatoarele sarcinii.

Ce inseamna toate aceste denumiri?

Dublu test: medicul dumneavoastra va efectueaza o ecografie simpla pentru datarea corecta a sarcinii (masurarea lungimii cranio-caudale a fatului) si apoi va va trimite la laborator pentru recoltarea a 2 hormoni (de aici denumirea DUBLU test), numiti free-beta-HCG si PAPP-A, iar pe baza acestor informatii se va calcula riscul de a avea trisomii (sindrom Down, trisomie 18 – Edwards sau trisomie 13 – Patau).

Testul combinat: medicul dumneavoastra va efectueaza o ecografie pentru datarea corecta a sarcinii (masurarea lungimii cranio-caudale a fatului), va masura translucenta nucala (spatiul cu lichid de la „ceafa” fatului) si va va trimite la laborator pentru recoltarea a 2 hormoni numiti free-beta-HCG si PAPP-A, iar pe baza acestor informatii combinate (translucenta nucala + hormoni) se va calcula riscul de a avea trisomii (sindrom Down, trisomie 18 – Edwards sau trisomie 13 – Patau).

Ecomorfologie fetala in trimestrul I:

-evaluarea anatomiei fatului in trimestrul I, cu mentiunea ca in aceasta perioada fatul nu poate fi inca complet evaluat

-importanta acestei evaluari este redada de posibilitatea de a diagnostica precoce anumite malformatii majore sau de a ridica suspiciunea de anomalie, astfel incat permite medicului individualizarea strategiei de monitorizare si investigare in sarcina, iar cuplului de a decide asupra continuarii sarcinii.

Screeningul de trimestrul I:

-evaluarea completa a factorilor materni si gestationali pentru a obtine riscurile individuale in sarcina curenta

-este efectuat de obicei de specialistii in Medicina Materno-Fetala, deoarece necesita expertiza

-factori materni: etnie, varsta, inaltime, greutate, status de fumator, istoricul sarcinilor anterioare (nastere prematura, preeclampsie, avort in trimestrul II, copil cu greutate mica la nastere), boli cronice (hipertensiune arteriala, diabet zaharat, boli autoimune, sindrom antifosfolipidic), istoric familial de preeclampsie, modul de conceptie (natural, FIV etc)

-factori gestationali: dimensiunile fatului, translucenta nucala, semne ecografice de anomalii genetice (osul nazal, ductul venos, valva tricuspida), ecomorfologia completa a fatului, evaluarea colului uterin, placenta, lichidul amniotic, circulatia sangelui in placenta, cordonul ombilical, hormonii de sarcina (free-beta-HCG si PAPP-A, eventual PLGF, care ideal se recolteaza la 10 saptamani).

-permite calcularea riscurilor individuale (la aceasta pacienta, in acest moment, la aceasta sarcina) pentru: anomalii genetice, preeclampsie (care poate fi prevenita daca se incepe administrarea de Aspirina inainte de 16 saptamani), restrictie de crestere fetala, nastere prematura.

-reprezinta cea mai complexa forma de evaluare a sarcinii in trimestrul I

Ce fac daca am un risc crescut de anomalie genetica?

Atunci cand va incadrati intr-o grupa de risc crescut (mai mare de 1:100) pentru anomalie genetica, medicul dumneavoastra va va trimite la specialistul in Medicina Materno-Fetala, iar acesta va efectua o examinare detaliata a sarcinii si va recomanda diagnosticul genetic (acesta ne poate spune daca fatul este sau nu afectat de o boala genetica si care este aceasta). Diagnosticul genetic se poate efectua prin biopsie de vilozitati coriale (CVS) daca sarcina este sub 13 saptamani + 6 zile sau prin amniocenteza daca sarcina este peste 15 saptamani.

Specialistul de Medicina Materno-Fetala va poate recomanda diagnosticul genetic chiar si daca riscul pentru sindrom Down este scazut, atunci cand evaluarea ecografica a sarcinii evidentiaza anomalii ale fatului care pot face parte din cadrul sindroamelor genetice (anomalii scheletale, anomalii cardio-vasculare fetale etc).

Atunci cand va incadrati intr-o grupa de risc intermediar (intre 1:100 si 1:1000), recomandarea curenta a Fundatiei de Medicina Fetala Londra este de a efectua un test genetic non-invaziv (NIPT), a carui rata de detectie pentru sindromul Down este foarte mare (99.8%). In acest moment performanta testelor non-invazive pentru depistarea cu acuratete

a trisomiilor 18 si 13, a microdelețiilor si a unor aberatii ale cromozomilor sexuali este relativ scazuta, iar mozaicismele fetale nu pot fi detectate folosind aceste teste.

Ce fac daca am un risc crescut de preeclampsie si/sau restrictie de crestere fetala?

Evaluarea riscului de preeclampsie, mai ales a formelor cu debut precoce (inainte de 34 de saptamani), este extrem de importanta, datorita incidentei crescute a acestei patologii (2-5% din sarcini) si a complicatiilor ce pot rezulta din aceasta: restrictie de crestere fetala, suferinta fetala, nastere prematura, moarte fetala intrauterina, dezlipire prematura de placenta normal inserata, complicatii materne (soc hemoragic, accident vascular cerebral, sindrom HELLP, deces).

Atunci cand specialistul de Medicina Materno-Fetala va incadreaza intr-o grupa de risc crescut pentru preeclampsie, va recomanda administrarea de Aspirina (150 mg/zi, in doza unica zilnica, seara). Initierea acestei profilaxii inainte de 16 saptamani poate duce la evitarea preeclampsiei precoce in aproximativ 80% din cazuri.

Lipsa evaluarii in trimestrul I a riscului pentru acesta complicatie duce la imposibilitatea initierii unei profilaxii eficiente (initierea profilaxiei cu Aspirina dupa 16 saptamani nu este eficienta).

Ce altceva se mai evalueaza?

-este obligatorie datarea corecta a varstei sarcinii in functie de marimea fatului deoarece: nu toate femeile au menstruatii regulate la 28 de zile, nu toate raman insarcinate exact in ziua a 14-a a ciclului menstrual, unele femei raman insarcinate in perioade in care nu au menstruatie (alaptare, perimenopauza)

-in cazurile sarcinilor gemelare sau multiple este obligatorie stabilirea: varstei exacte, a numarului de feti, a viabilitatii fetilor, a corionicitatii (numarului de placentes) si a numarului de saci amniotici, iar specialistul de Medicina Materno-Fetala va efectua evaluarea completa (screening trimestrul I) pentru a stabili diagnosticul corect si a ritmului de monitorizare.

-placenta: marime, pozitie, structura; in cazuri de paciente cu nasteri prin cezariene in antecedente, localizarea placentei pe peretele anterior in zona cicatricii uterine ridica riscul de PAS (Placenta Accreta Spectrum) si impune evaluarea corecta de catre specialistul in Medicina Materno-Fetala, datorita riscului mare de complicatii vitale.

-uterul este evaluat pentru depistarea unor structuri anormale congenitale sau dobandite: uter bicorn, uter dublu, septat, sinechii, fibroame, dehiscente ale cicatricilor uterine, lungimea colului uterin etc)

-anexele: chisturi ovariene voluminoase, tumori etc