
PROTOCOL CLINIC

EXAMINAREA ECOGRAFICĂ MORFOLOGICĂ DE TRIMESTRUL II (20–23+6 SĂPTĂMÂNI)

Precizări

Emitent: Fundația de Medicină Fetală România

Denumire document: Protocol clinic- examinarea ecografică morfologică de trimestrul II (20–23+6 săptămâni)

Domeniu: Medicină materno–fetală

Coordonator științific: Dr. Apostol Livia Mihaela, Medic specialist Medicină Materno–Fetală

Revizuit de: Dr. Ana-Maria Vayna, Medic specialist Medicină Materno–Fetală

Prezentul protocol are rolul de a standardiza efectuarea ecografiei morfologice din trimestrul II (20–23+6 săptămâni) și conduita ulterioară în funcție de rezultatele ecografice. Documentul nu înlocuiește raționamentul clinic individual și nu poate acoperi toate situațiile particulare. În funcție de infrastructura locală, resursele disponibile și specificul fiecărei unități, pot exista adaptări ale circuitelor interne.

1. Introducere. Rațiune și domeniu de aplicare

Examinarea ecografică morfologică de trimestrul II reprezintă componenta centrală a screeningului prenatal structural, având rolul de a identifica anomaliile congenitale majore, de a stratifica riscul pentru anomalii cromozomiale prin evaluarea markerilor ecografici și de a integra parametri de predicție pentru complicații obstetricale (restricție de creștere fetală, preeclampsie, naștere prematură).

STANDARD: examinarea se efectuează între 20+0 și 23+6 săptămâni de gestație.

RECOMANDARE: examinarea este efectuată de personal medical cu competență în medicină materno-fetală, cu utilizarea protocoalelor de calitate și audit intern.

2. Scop. Obiective clinice și rezultate așteptate

2.1. Obiective primare

STANDARD:

1. evaluarea anatomiei fetale sistematice și identificarea malformațiilor structurale majore;
2. evaluarea markerilor ecografici de aneuploidie și recalcularea riscului pentru Trisomie 21 din trimestrul I (dacă este necesar);
3. evaluarea placentei și a relației cu orificiul cervical intern;
4. evaluarea riscului de naștere prematură prin măsurarea lungimii cervicale (ecografie transvaginală);

2.2. Obiective secundare

- documentarea situsului și a orientării organelor toraco-abdominale;
- identificarea patologiilor cu debut tardiv sau evoluție progresivă (ex. hidronefroză, ventriculomegalie);
- planificarea traseului de urmărire prenatală și a locului nașterii în funcție de complexitatea cazului.

3. Principii de consiliere și consimțământ

3.1. Informarea pacientei

STANDARD:

- se explică scopul examinării, limitele screeningului și necesitatea reevaluării dacă anumite structuri sunt neconcludente;
- se documentează preferința pacientei privind informarea despre markerii de aneuploidie (dacă nu a efectuat screening genetic).

3.2. Paciente care refuză screeningul genetic

STANDARD: dacă pacienta a refuzat screeningul pentru anomalii cromozomiale, examinarea se efectuează integral, însă raportarea markerilor se face cu prudență și fără cuantificarea riscului numeric, conform opțiunii informate a pacientei.

4. Tehnica de examinare

STANDARD: examinare transabdominală pentru anatomia fetală.
STANDARD: evaluarea lungimii cervicale se efectuează transvaginal.
RECOMANDARE: Doppler uterin (UtA PI) se efectuează transvaginal, cu înregistrarea valorilor bilateral.

6. Metodologie evaluare ecografică morfologică de trimestrul II.

A. Înainte de scanare (pregătire și consiliere)

- explicarea scopului examinării;
- obținerea consimțământului pentru efectuare evaluare ecografică;
- completarea datelor clinice: date demografice, istoric medical și obstetrical;
- informarea privind limitele screeningului ecografic;
- măsurarea tensiunii arteriale și calcul MAP (mean arterial pressure)
- verificarea dacă pacienta a efectuat screening genetic anterior (T1/NIPT) și dacă dorește raportarea markerilor de aneuploidie.
- datarea sarcinii în funcție de data probabilă obținută la morfologia de trimestrul I în funcție de CRL(concepție spontană)/ după data procedurii (sarcina obținută prin fertilizare in vitro)
- **NOTĂ- a nu se utiliza ultima menstruație pentru datarea sarcinii.**

B. Examinarea ecografică

STANDARD: se efectuează ecografie transabdominală, cu completarea secvențelor anatomice de rutină.

STANDARD: lungimea cervicală se măsoară transvaginal.

B1. Confirmare și biometrie

- confirmarea viabilității fetale (BCF în timp real);
- BPD și OFD sau HC (pentru craniu);
- APAD si TAD sau AC (pentru abdomen);
- FL (lungimea diafizei femurale – femur proximal de sondă)
- Fluxuri Doppler (flux pe aa. Ombilicală, ACM, DV)

B2. Măsurători suplimentare

- corn posterior ventricul lateral
- TCD (cerebel)
- cisterna magna (CM)

- pliul nuchal (nuchal fold thickness)
- lungime os nazal
- HL
- pelvis renal AP bilateral
- UtA PI bilateral
- lungime cervicală (TV)

B3. Examinarea anatomică fetală

1. Craniu și creier

- integritatea calotei craniene (calvarium), forma normală;
- secțiunea talamică: ecou median, cavum septi pellucidi, ventriculi cerebrali, plexuri coroide, talamus;
- secțiunea fosei posterioare: emisfere cerebeloase, vermis, cisterna magna;
- pliul nuchal.

2. Față

- profil fetal;
- os nazal;
- nări;
- buze (în special buza superioară);
- orbite.

3. Gât

- tegument și țesut subcutanat anterior/lateral/posterior, fără formațiuni tumorale/chistice.

4. Coloană vertebrală

- secțiuni longitudinale și transversale; curburi, structură, integritate tegumentară (accent lombo-sacrat).

5. Torace

- formă toracică, coaste;
- plămâni;
- evidențierea diafragmului ca interfață între cavitatea toracică și abdominală.

6. Cord fetal (nivel minim obligatoriu + opțional)

- situs și ax cardiac;

- imagine 4 camere;
- LVOT și RVOT.
- 3V și 3VT;
- Doppler color pentru 4 camere, LVOT, RVOT, 3V/3VT.

7. Abdomen

- perete abdominal anterior și inserția cordonului;
- stomac (subdiafragmatic, poziție stângă);
- ficat;
- aspect anse intestinale;
- vezică urinară;
- rinichi bilateral.

8. Membre

- oase lungi bilateral: femur, tibie, fibulă, humerus, ulna, radius;
- formă/ecogenitate fără asimetrii evidente;
- mâini și picioare;
- mobilitate articulară (flexie/extensie).

9. Organe genitale externe - se consemnează aspectul normal al organelor genitale externe; fenotipul se precizează doar dacă părinții solicită.

10. Anexe fetale

- placenta: localizare și relația cu cicatricile uterine, dacă există; semne de aderență anormală în cazuri selectate;
- cordon ombilical: existența a 3 vase prin evidențierea arterelor latero-vezicale;
- lichid amniotic: aspect și cantitate (opțional AFI).

11. Col uterin - evaluare transvaginală, cu măsurarea lungimii canalului cervical în mm.

B4. Markeri ecografici pentru aneuploidie

RECOMANDARE: markerii de trisomie 21 (marker de trimestrul II) pot fi utilizați pentru recalcularea riscului pentru Trisomie 21 obținut în trimestrul I de sarcină la testul screening combinat.

Markerii specifici pentru Trisomie 21 de trimestrul II

- ventriculomegalie >10 mm

- pliul nuchal >6 mm
- os nazal absent/hipoplazic (<4,5 mm)
- ARSA
- intestin hiperecogen
- hidronefroză bilaterală (>6 mm)
- focar intracardiac hiperecogen
- femur scurt (<p5)

RECOMANDARE - Dacă noul risc obținut se încadrează la categoria de risc crescut pentru sindrom Down se recomandă efectuarea procedurii invazive, respectiv amniocenteză.

C. Documentare, raport și trasabilitate

STANDARD: diagnostic defect fetal major necesită consiliere referitor la investigațiile următoare, prognostic +/- consiliere genetică +/- amniocenteză

STANDARD: fiecare structură evaluată se consemnează în raport ca: „aspect normal / aspect anormal / neevaluat corespunzător”.

RECOMANDARE: se notează dificultățile tehnice (poziție fetală, obezitate, placenta anterioară etc.).

7. Follow-up după morfologia de trimestrul II (20–23+6 săpt.) – plan de monitorizare personalizată

STANDARD: morfologia de trimestrul II stabilește baza pentru un plan individualizat de urmărire a sarcinii.

RECOMANDARE: follow-up-ul se adaptează în funcție de markerii ecografici, riscul genetic, istoricul obstetrical și factorii materni.

A. Calendar standard (sarcină fără risc suplimentar)

Morfologie fetală trimestrul III: 32–36 săptămâni

B. Monitorizarea creșterii fetale

RECOMANDARE: ecografiile de creștere la 28 și 32 săptămâni dacă există:

- PAPP-A < 0,2 MoM
- istoric de moarte fetală intrauterină (stillbirth)
- diabet zaharat matern

C.Screening pentru placentă anormal aderentă (MAP / placenta accreta spectrum)

RECOMANDARE: la pacientele cu risc, se planifică evaluare suplimentară.

Risc major - antecedente de operație cezariană și/sau miomectomie, mai ales dacă placenta este joasă / acoperă sau este <20 mm de orificiul intern.

Conduită: trimitere către centru terțiar dacă există suspiciune de aderență anormală a placentei.

D. Placentă joasă/ praevia

STANDARD: placenta praevia (acoperă OCI la eco TV) → rescanare 32 săptămâni

STANDARD: placentă joasă <2 cm de OCI → reevaluare la morfologia de trimestrul III

E.Screening pentru naștere prematură

STANDARD : Evaluare ecografică transvaginală a lungimii colului uterin

Lungime col > 25 mm - monitorizare standard a sarcinii

Lungime col < 25 mm - progesteron vaginal 200 mg + reevaluare 1 săptămână

Lungime col < 15 mm – consult (evaluare cerclaj)

F.Indicații pentru ecocardiografie fetală – criterii și moment optim

Se recomandă ecocardiografie fetală în următoarele situații:

- sarcină monocorionică
- istoric familial de CHD (copil anterior sau părinte)
- NT 3-3.5 mm
- expunere la litiu
- anticorpi materni anti-Ro / anti-La
- regurgitare tricuspidiană izolată în trimestrul I
- istoric familial de cardiomiopatie (mai ales dacă un făt anterior a fost afectat)