
PROTOCOL CLINIC

EXAMINAREA ECOGRAFICĂ MORFOLOGICĂ DE TRIMESTRUL III (30–35+6 SĂPTĂMÂNI)

Precizări

Emitent: Fundația de Medicină Fetală România

Denumire document: Protocol clinic- examinarea ecografică morfologică de trimestrul III (30–35+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 III (30–35+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 din trimestrul III este o examinare specializată, considerată standard/rutină în îngrijirea antenatală, acolo unde resursele sunt disponibile. Scopul principal este evaluarea dezvoltării și stării fetale în trimestrul final, identificarea tulburărilor de creștere (restricție de creștere intrauterină, respectiv greutate fetală prea mare pentru vârsta de gestație), reevaluarea placentei și a anexelor fetale și detectarea anomaliilor structurale cu expresie tardivă sau evolutivă.

STANDARD: examinarea se efectuează între 30–35+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

STANDARD:

- confirmarea fătului viu (BCF în timp real);
- determinarea numărului de feți vii (în sarcini multiple: determinarea amnionicității și încercarea precizării corionicității);
- evaluarea prezentației fetale (la fiecare făt în gemelaritate);
- evaluarea anatomiei fetale, cu limitările specifice trimestrului III;
- evaluarea dimensiunilor fetale și estimarea creșterii (biometrie + EFW);
- evaluarea anexelor fetale (placentă, lichid amniotic, cordon);

RECOMANDARE: se integrează datele în planul obstetrical: risc de naștere prematură, sarcină cu risc de hipoxie fetală, necesar de naștere în centru terțiar, planificarea cezarienei în placenta praevia/accreta etc.

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.

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 pentru biometrie, anatomie, lichid amniotic și placentă.

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)
- se calculează greutatea fetală estimate (EFW) utilizând formula Hadlock (în funcție de biometrie).

RECOMANDARE: se raportează percentila și interpretarea în dinamică, dacă există examinări anterioare.

B2. Măsurători suplimentare

- corn posterior ventricul lateral
- TCD (cerebel)
- cisterna magna (CM)
- HL
- pelvis renal AP bilateral
- UtA PI bilateral

B3. Examinarea anatomică fetală

STANDARD: anatomia se evaluează similar trimestrului II, cu limitările specifice trimestrului III (față, lombo-sacrat, extremități).

Elemente anatomice de rutină (minim)

- față: orbite bilateral, profil, continuitatea buzei superioare (dacă se poate)
- craniu: simetrie calvarie, linie mediană, cavum septi pellucidi
- ventriculi cerebrali
- fosa posterioară: cerebel
- cord: 4 camere + LVOT + RVOT (opțional 3V/3VT, cu sau fără Doppler color)
- diafragm (interfață torace–abdomen) + stomac subdiafragmatic
- anse intestinale (opțional vezică biliară)
- rinichi
- vezică urinară
- coloană vertebrală

B4. Anexe fetale și evaluări complementare

Placentă: se descrie localizarea placentei și se menționează relația cu cicatricile uterine, dacă există.

RECOMANDARE: la uter cicatriceal + placentă anterioară joasă/praevia se caută semne de aderență placentară anormală (PAS/accreta), inclusiv lacune placentare multiple cu flux arterial/mix și aspect anormal al interfeței uter–vezică.

Lichid amniotic: se evaluează cantitatea și aspectul lichidului amniotic; se măsoară DVP sau AFI.

Cordon ombilical: se menționează aspectul general și inserția dacă este relevantă clinic.

B5. Fluxuri Doppler

În practica materno–fetală evaluarea Doppler este frecvent utilizată pentru stratificarea riscului atunci când există suspiciuni clinice (RCIU, HTA, oligo/polihidramnios etc.).

- UA PI (arteră ombilicală)
- MCA PI (arteră cerebrală medie)
- UtA PI bilateral (acolo unde este implementat)
- DV (duct venos)

C. Documentare, raport și trasabilitate

STANDARD: în raport se recomandă includerea încadrării parametrilor măsurați în standardele de normalitate (nomograme) și EFW prin formula Hadlock.
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, placentă anterioară etc.).

7. Recomandări după morfologia de trimestrul III (30–35+6 săpt.) – plan de monitorizare personalizată și recomandări referitoare la timing/modalitate de naștere

STANDARD: morfologia de trimestrul III stabilește baza pentru un plan individualizat de naștere
RECOMANDARE: follow-up-ul se adaptează în funcție de markerii ecografici, riscul genetic, istoricul obstetrical și factorii materni.

Placentă și prezentație

- placentă <2 cm de orificiul intern → consult medic currant + planificare cezariană
- prezentație pelvină → consult medic curant și discuție versiunea cefalică externă/ planificare cezariană
- prezentație transversală → consult medic currant + planificare cezariană

Lichid amniotic

- polihidramnios (DVP >8 cm) → consult, evaluare etiologică și considerare inducere precoce
- oligo (DVP <2,5 cm) cu creștere fetală corespunzătoare vârstei de gestație → consult, considerare inducere precoce

Macrosomie / Creșterea fetală mare pentru vârsta de gestație

- EFW p90–p95 → rescanare la 38 săpt.
- EFW ≥p95 → consult + considerare inducere precoce + testare diabet gestațional

- EFW estimat $\geq 4,5$ kg la 38 săpt. → consult + considerare cezariană la 38 săpt. + testare diabet gestațional

Restricție de creștere intrauterină (RCIU)

- EFW $< p10$ cu AFI și Doppler normal → evaluare ecografică la fiecare 2 săptămâni
- EFW $< p3$ cu AFI și Doppler normal → consult, recomandare naștere la 37 săptămâni
- EFW $p3-p5$ cu AFI și Doppler normal → consult, discuție naștere la 38 săptămâni
- EFW $p5-p10$ cu AFI și Doppler normal → consult, discuție naștere la 39 săptămâni
- EFW $< p10$ + MCA PI $\leq p10$ si UA PI $\geq p90$ → naștere

RECOMANDARE: la suspiciune de RCIU sau la modificări de lichid amniotic/Doppler, se recomandă reevaluare în dinamică și integrare în managementul obstetrical.