
PROTOCOL CLINIC

Evaluarea translučenței nucale (NT) și conduita în cazul NT crescut

Precizări

Emitent: Fundația de Medicină Fetală România

Denumire document: Protocol clinic - evaluarea translučenței nucale (NT) și conduita în cazul NT crescut

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 descrie principiile de măsurare a translučenței nucale (NT) și conduita recomandată în situația NT crescută. Protocolul nu înlocuiește raționamentul clinic și decizia individualizată, care trebuie documentată în foaia de observație.

2. Definiție

Translučența nucală (NT) reprezintă aspectul ecografic al unei colecții de lichid situate sub piele, posterior de gâtul fetal, în trimestrul I.

STANDARD: termenul „translučență” se utilizează indiferent dacă colecția este septată sau nu și indiferent dacă este limitată la regiunea cervicală sau înconjoară parțial întregul făt.
--

RECOMANDARE: riscul de anomalii cromozomiale și non-cromozomiale se corelează în principal cu dimensiunea NT, nu cu aspectul ei.
--

NOTĂ: în trimestrul II, NT se remite de obicei; în unele cazuri poate evolua spre edem nucal sau higrom chistic, cu sau fără hidrops fetal
--

2. Interval optim de măsurare

STANDARD: NT se măsoară optim între 11+0 și 13+6 săptămâni.
STANDARD: CRL minim pentru măsurare: 45 mm; CRL maxim: 84 mm.

Argumente pentru limita inferioară (11+0 săpt.):

- screeningul necesită disponibilitatea unui test diagnostic; CVS efectuat prea devreme a fost asociat cu riscuri specifice;
- multe anomalii structurale majore pot fi identificate la această vârstă gestațională.

Argumente pentru limita superioară (13+6 săpt.):

- permite opțiuni de management în trimestrul I;
- după 13 săpt. scade frecvența acumulării de lichid nucal în aneuploidii;
- după 13 săpt. scade rata de succes a măsurării (poziția fetală devine mai verticală).

3. Metodologia de măsurare NT

3.1. Condiții de imagine

STANDARD: imaginea trebuie mărită astfel încât capul fetal și toracele superior să ocupe întregul ecran.
STANDARD: se obține secțiune midsagitală corectă.
RECOMANDARE: se confirmă vizualizarea corectă a reperelor faciale (os nazal, palat), evitând rotația capului în afara liniei mediane.

3.2. Poziția fetală

STANDARD: fătul trebuie să fie în poziție neutră (capul în ax cu coloana).
• hiperextensia → poate supraestima NT • flexia → poate subestima NT

3.3. Tehnica de plasare a caliperelor

STANDARD: se măsoară cea mai mare grosime a translucenței.
STANDARD: caliperele se poziționează cu marginea internă pe linia de contur a NT (nu în lichid).
RECOMANDARE: la zoom (pre/post-freeze) se reduce gain-ul pentru a evita plasarea pe marginea „fuzzy”, care duce la subestimare.
STANDARD: se efectuează mai multe măsurători și se înregistrează valoarea maximă care respectă criteriile tehnice.

3.4. Artefacte

RECOMANDARE: se verifică prezența cordonului ombilical în jurul gâtului (aprox. 5%), care poate crește fals NT.
OPȚIUNE: în această situație se pot măsura valorile deasupra și dedesubtul cordonului și se utilizează media lor pentru calculul riscului.

4. Rolul NT în screeningul trisomiei 21 – sindrom Down

STANDARD: la feții euploizi, NT crește odată cu CRL.
STANDARD: în 75–80% dintre feții cu trisomie 21, NT este > percentila 95.
RECOMANDARE: riscul combinat se obține prin integrarea vârstei materne cu NT și cu markeri biochimici .

5. Implicații clinice ale NT crescute

Translucența nucală crescută este asociată cu un risc crescut de:

- anomalii cromozomiale (în special trisomia 21, dar și trisomiile 18/13, monosomia X, triploidie și alte defecte cromozomiale);
- malformații structurale majore și sindroame genetice;
- deces fetal (în special prin evoluție către edem nucal/hidrops).

Totuși, în majoritatea cazurilor, NT se remite în trimestrul II, iar nou-născutul este sănătos.

6. ALGORITM CLINIC – ANEXA 1 – Managementul NT crescută

Algoritmul din ANEXA 1. are ca obiectiv principal stratificarea rapidă a riscului și orientarea conduitei clinice în funcție de praguri utilizate frecvent în practica medicinei materno-fetale (NT <3,5 mm versus NT ≥3,5 mm), precum și în funcție de rezultatul testării genetice. Se urmărește integrarea investigațiilor ecografice seriate, a opțiunilor de testare genetică (NIPT și/sau testare invazivă cu QF-PCR, cariotip și microarray) și a evaluărilor țintite (în special ecocardiografia fetală), cu scopul de a identifica precoce cazurile cu prognostic nefavorabil și de a evita investigațiile inutile la gravidele cu risc scăzut.

Diagrama este concepută pentru utilizare practică în cadrul consultațiilor de trimestru I și pentru standardizarea comunicării interdisciplinare (medicină materno-fetală, genetică medicală, cardiologie fetală). Conduita finală trebuie individualizată în funcție de contextul clinic, resursele locale și preferințele informate ale pacientei, după consiliere completă privind beneficiile, limitările și riscurile fiecărei investigații.

ANEXA 1. Managementul translučenței nucale crescute

