Medicina fetale – oligoidramnios e polidramnios

Descrizione

Questo spazio è dedicato alle future mamme e a tutti coloro che cercano informazioni sulla medicina fetale.
Le informazioni qui riportate sono a cura dei medici del Centro di Riferimento Regionale Prevenzione e diagnosi prenatale dei difetti congeniti; hanno carattere divulgativo e non sostituiscono il parere diretto del medico, che deve essere consultato, quando necessario.

La fisiologia del liquido amniotico

Il liquido amniotico nelle prime settimane di gravidanza viene prodotto prevalentemente per filtrazione attraverso la placenta e la membrana amniocoriale. Successivamente, a partire dalla 14-16esima settimana inizia ad essere significativa la diuresi fetale. Pertanto, a partire da quel momento il liquido amniotico è costituito essenzialmente dall'urina fetale.
Il liquido amniotico non deve essere considerato come un compartimento stabile, anzi, è in continuo ricambio: il feto lo deglutisce, e questo è molto importante perchè esso aiuta lo sviluppo dei polmoni, del tratto gastroenterico e dell'apparato muscolo-scheletrico.

Come si misura il liquido amniotico

Il liquido amniotico può essere valutato attraverso diversi metodi:

- valutazione soggettiva: l'ecografista esperto vede "a occhio" quanto è il liquido amniotico. Se la valutazione è dubbia, procede alla misurazione dell'indice AFI
- indice AFI: si divide idealmente l'addome materno in quattro quadranti, che si incrociano a livello dell'ombelico. In ogni quadrante si misura la massima tasca verticale di liquido amniotico, e si fa la somma dei quattro quadranti
- tasca massima: si misura solo la tasca massima tra i quattro quadranti. Questa metodica è utilizzata soprattutto nel caso della gravidanza gemellare, dove la misurazione dell'AFI complessivo non ci dice quanto liquido c'è in ciascun sacco.

I valori di riferimento (normalità) sono:
– AFI: tra 50 e 250 mm (o 5-25cm). Se il liquido è tra 50 e 80 mm si parla di AFI ai limiti inferiori della norma, se il liquido è tra 220 e 250 si parla di liquido ai limiti superiori della norma.
– tasca massima: regolare quando è compresa tra 2 e 8 cm.

Oligoidramnios

Si parla di oligoidramnios quando l'indice AFI è inferiore a 50 mm o la tasca massima è inferiore a 2 cm.
Le cause di oligoidramnios sono molteplici.
Il liquido amniotico ai limiti inferiori della norma (50-80mm) si associa spesso alle condizioni di ritardo di crescita, o talora può essere dovuto a eccessivo stress materno con ridotta assunzione di liquidi. In questi casi si consiglia il riposo e di aumentare l'apporto di liquidi (almeno 2 l al giorno dovrebbero essere bevuti da tutte le donne in gravidanza). Inoltre l'oligoidramnios può essere parafisiologico a termine di gravidanza, quando normalmente il liquido si riduce.

Nelle altre condizioni, risulta essere una situazione da valutare con attenzione e da seguire nel tempo. In particolare se il liquido amniotico è praticamente assente (anidramnios) si configura una situazione ad altissimo rischio. Le possibili cause comprendono:

- grave ritardo di crescita: il feto concentra il sangue verso gli organi nobili e i reni vengono perfusi in misura minore, ne risulta una ridotta produzione di urina
- rottura prematura delle membrane: il liquido viene perso "da sotto"
- anomalie fetali, come agenesia renale bilaterale, reni displastici bilaterali o ostruzioni vescicali, in cui il feto non produce urina

Nei casi in cui l'anidramnios insorge molto precocemente in gravidanza, la prognosi è spesso negativa: infatti basta poco liquido per un corretto sviluppo polmonare, ma se il liquido è del tutto assente nelle settimane critiche in cui si sviluppano i polmoni (16-26 settimane) si può verificare una condizione detta di "ipoplasia polmonare", che comporta difficoltà respiratoria alla nascita e può portare alla morte neonatale.

Non esiste una terapia per l'anidramnios: il riempimento della cavità amniotica con soluzione fisiologica (detto amnioinfusione) è usata più per definire la causa (ad esempio valutazione dell'anatomia renale o di una sospetta perdita di liquido vaginale) che non per effettuare una terapia. Infatti, il liquido che noi possiamo mettere, nel giro di pochi giorni viene riassorbito, addirittura in poche ore, se la causa è la rottura del sacco amniotico.

Polidramnios

Il polidramnios è una condizione in cui l'indice AFI è superiore a 250 mm, o la tasca massima è superiore a 8 cm.

Le cause di polidramnios si distinguono in :

- aumentata produzione urinaria fetale: questo è il caso del diabete gestazionale, specialmente in caso di "macrosomia" (=bambino ciccione)
- ridotta deglutizione fetale: in alcune patologie del tratto gastointestinale, quali le ostruzioni (ad esempio atresia esofagea con fistola e atresia del duodeno, mentre le ostruzioni del basso tratto intestinale non provocano solitamente polidramnios). Di solito il polidramnios si presenta a partire dalla 26esima settimana, ma non sempre è possibile porre il sospetto di ostruzione intestinale in utero: infatti le ostruzioni del tratto gastrointestinale sono tra le poche patologie che vengono

identificate in utero in meno del 20% dei casi (=l'ecografia non fa diagnosi di ostruzione in più dell'80% dei casi). Molto raramente il polidramnios è legato a patologie neuromuscolari, che comportano ridotta deglutizione. In questo caso, l'osservazione dei movimenti fetali basta per escludere questa condizione rarissima. Anche l'anencefalia può essere causa di polidramnios, perchè comporta la ridotta deglutizione da parte del feto affetto. Questa patologia rara e letale viene però già esclusa dall'ecografia del primo trimestre.
- malattie infettive in gravidanza: può essere utile richiedere i comuni esami infettivi, anche se non si tratta di una causa frequente di polidramnios
- gravidanza gemellare monocoriale, complicata da sindrome da trasfusione feto-fetale (15% dei casi): il feto ricevente produce più urina per compensare l'aumento del volume del sangue, che arriva in eccesso dall'altro gemello

Il polidramnios di per sé non è dannoso per il bambino, ma può comportare un maggior rischio di parto pretermine. Per questo, nei casi in cui il polidramnios è particolarmente grave (ad es. al di sopra di 350-400mm) o comporta sintomi da ingombro (=la madre non riesce a respirare) si può eventualmente decidere per lo svuotamento della cavità amniotica (amnioriduzione).