

Ma l'amniocentesi placentare è davvero pericolosa?

Gruppo di Studio
e di Ricerca
in Medicina Fetale

XVI Riunione

Padova
3-5 ottobre 1991

C. GIORLANDINO, G. GAMBUZZA,
E. BILANCIONI, P. D'ALESSIO, L. MOBILI e
A. VIZZONE *

Artemisia: Diagnosi Prenatale e Medicina Fetale, Roma
* *Il Università Tor Vergata, Roma*

INTRODUZIONE

L'amniocentesi precoce o precocissima è ormai diventata un esame largamente utilizzato in gravidanza per il continuo ampliarsi delle possibilità di diagnosi prenatale.

A questa ampia diffusione si è accompagnata ovviamente una maggiore sicurezza nella tecnica e quindi ovviamente una riduzione dei rischi legati alla metodica stessa. Attualmente l'esame è notevolmente semplice e sicuro soprattutto grazie all'uso di sonde ecografiche che permettono di precisare i rapporti topografici tra utero e parete addominale, per valutare la localizzazione della placenta ed ovviamente la vitalità del feto.

Riguardo alla tecnica della puntura, i primi dati iniziali della letteratura, riferiscono una maggiore sicurezza qualora si esegua l'esame per via transamniotica, evitando in ogni modo, di interessare la placenta; successivamente in base all'ampia esperienza di molti Centri che eseguono diagnosi prenatale, tale precauzione è risultata meno importante dal momento che non si sono rilevate differenze, in percentuale di aborto o di complicanze, tra un prelievo eseguito per via transamniotica o per via transplacentare.

Attualmente, dalla rilettura di molti dati a nostra disposizione abbiamo la sensazione che, qualora si debba scegliere, la puntura del sacco sia più " sicura " se eseguita per via transplacentare.

MATERIALI E METODI

Abbiamo esaminato le 2209 amniocentesi consecutive per diagnosi prenatale eseguite durante il periodo Gennaio 1990 - Maggio 1991; queste sono state eseguite in età gestazionale fra la 12^a e la 19^a settimana (Tab. 1).

Abbiamo così diviso le amniocentesi eseguite per via transamniotica (1748) e quelle eseguite per via transplacentare (461) e si è stabilito il rischio abortivo, separatamente nelle due popolazioni, ed il rischio di complicanze totali (rottura delle membrane, amniotite, parto pre-termine) (Tab. 2).

Tabella I

Amniocentesi transplacentare	461
Amniocentesi transamniotica	1748

Tabella II

	COMPLICANZE		
	Rottura Membrane	Parto Pretermine	Aborti
Amniocentesi transplacentare	0	0	0
Amniocentesi transamniotica	9	2	1

RISULTATI

Dai dati in nostro possesso emerge che la popolazione di pazienti sottoposte ad amniocentesi mediante prelievo transplacentare mostra un rischio significativamente inferiore di aborto rispetto al gruppo di donne in cui il prelievo è stato eseguito per via transamniotica ed in particolare su 1748 amniocentesi transamniotiche abbiamo avuto 10 complicanze di cui 1 aborto gemellare per amniotite e 9 rotture delle membrane delle quali 7 si sono risolte e 2 hanno condotto a parto pretermine rispettivamente alla 30^a ed alla 32^a settimana, risolto tra l'altro nel migliore dei modi per la sopravvivenza fetale; delle 461 amniocentesi condotte per via transplacentare non abbiamo avuto nessuna complicanza.

DISCUSSIONE

L'intuizione di tale lavoro è nata da diverse osservazioni eseguite nel corso degli anni e cioè che alcune complicanze, in particolare la rottura del sacco amniotico successiva ad amniocentesi, avvenissero per lo più in seguito a prelievi

eseguiti per via transamniotica.

L'ipotesi più probabile è che l'inserzione dell'ago attraverso le sole membrane possa scatenare una contrazione del miometrio che in alcuni casi determina il formarsi di uno "sgarro" nel punto in cui è penetrato l'ago attraverso le membrane; al contrario, invece, qualora si pratici il prelievo per via transplacentare, l'eventuale contrazione del miometrio non avrebbe alcun effetto giacché la placenta è un organo "morbido e spugnoso" che attutisce lo slittamento dell'ago sul parenchima.

Un'altra ipotesi possibile è che lì dove viene inserito l'ago per via transamniotica possa verificarsi una zona, seppur piccola, di *disinserzione delle membrane*.

Questo sarebbe sufficiente a scatenare una serie di reazioni che porterebbero alla sintesi ed al rilascio di sostanze ad azione utero-cinetica (prostaglandine); si scatenerebbe allora un'attività contrattile uterina che porterebbe alla rottura delle membrane in breve tempo, nonostante si utilizzino prima, durante e dopo l'esame farmaci tocolitici (routine).

Infine è interessante notare come nel nostro gruppo di donne, in cui è stata eseguita un'ammiocentesi precocissima (di 14^a settimana), non si sia verificata in nessun caso la rottura del sacco; tale dato probabilmente può essere spiegato dal fatto che le membrane, in epoca precoce di gravidanza sono molto "tenere" ed elastiche tanto da lacerarsi con più difficoltà.

BIBLIOGRAFIA

- Risk of abortion following genetic amniocentesis in the 2d trimester in twin pregnancies
Pruggmeyer M. et al. *Gururtshilfe Frauenkeilkd* 1990 Oct.; 50 (10) 810-2
- *Sonographically demonstrated intra-amniotic haemorrhage following transplacental genetic amniocentesis - frequency, sonographic appearance and clinical significance.*
Chinn Dh et al. *J. Ultrasound med* 1990 sep; 9 (9) 495 - 501
- Malformations and minor anomalies in children whose mothers had prenatal diagnosis: comparison between CVS and amniocentesis
Kaplan P. et al. *Am J med genet* 1990 Nov. 37 (3) 366-70
- Diagnosis feto-maternal haemorrhage after genetic amniocentesis.
Gigli C. et al. *J. Nucl. Med. Allied Sci.* 1989 Jul - Sep: 33 (3) suppl. 118-20
- Prospective study of amniocentesis performed between weeks 9 and 16 of gestation its feasibility, risks, complications and use in early genetic prenatal diagnosis.
Elejalde Br et al. *Am J Med. Genet.* 1990 Feb; 35 (2) 188-96
- Incidence of spontaneous abortion after amniocentesis influence of placental localization and past obstetric gynecologic history.
Andreassen et al. *Am. J Perinatal* 1989 Apr.; 6 (2): 268-73