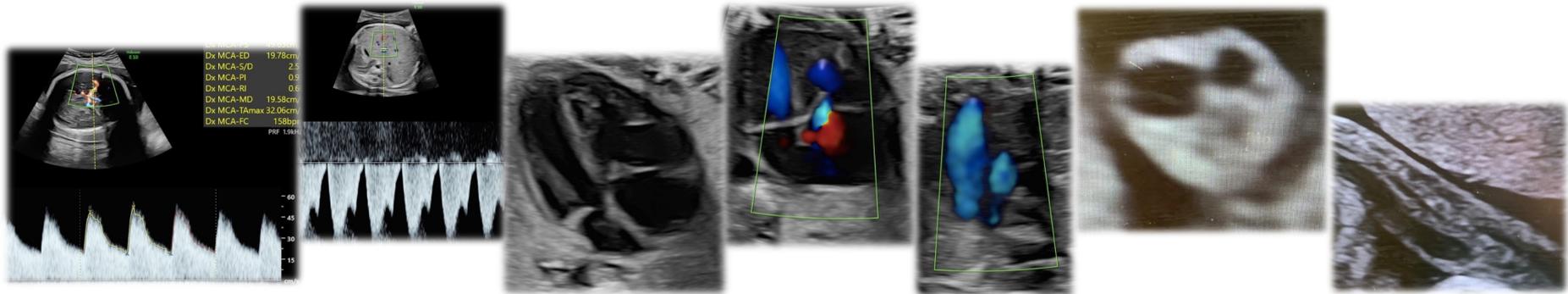


Elaborato da Dott.ssa Sara Zullino

SOD Medicina Prenatale - DAIMI  
Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze

Thanks to Dott.ssa Lucia Pasquini

- G4P2 a 33+6 w, ipertiroidismo subclinico, TRAB debolmente positivi. Anemia sideropenica
- Screening III trimestre: riscontro di episodi di bradicardia fetale transitoria, flessione della crescita fetale (CA 15° centile), sproporzione 4 camere cardiache, STV al cCTG 4.8: inviata a ricovero
- Al ricovero MAF assenti. Eseguita ecografia di riferimento: CA 11° centile, mancata visualizzazione di una delle due arterie ombelicali, sproporzione 4 camere cardiache, insufficienza tricuspидale olosistolica, marcato brain sparing effect, PI DV > 95° centile, restante anatomia e valutazione Doppler velocimetrica regolare, LA regolare.
- CTG: decelerazioni variabili ripetitive in assenza di attività contrattile
- Deciso per espletamento del parto mediante TC urgente



## Di cosa si tratta?

1. Tetralogia di Fallot
2. FGR severo
3. Trombosi della arteria ombelicale
4. Blocco atrio-ventricolare

## SOLUZIONE:

### Trombosi della arteria ombelicale

## CASO CLINICO:

Ecografie di screening I e II trimestre: anatomia regolare, 3 vasi nel cordone ombelicale. All'ecografia di riferimento precedente all'espletamento del parto mancata visualizzazione di una delle due arterie ombelicali che appare occlusa. Sproporzione 4 camere cardiache e alla scansione 3 vasi, insufficienza tricuspide olosistolica. Marcato brain sparing effect, PI DV > 95° centile. Restante anatomia e valutazione Doppler velocimetrica regolare. LA regolare. Neonato M, 1980 gr (12° centile), APGAR 8-9, pH 7.24. All'ispezione degli annessi post-secondamento evidenza di trombosi del cordone ombelicale.

## TROMBOSI DELLA ARTERIA OMBELICALE:

Evento raro, solitamente diagnosticato in epoca post-natale e frequentemente associato a MEF. In caso di trombosi parziale, quadro subacuto caratterizzato da flessione della crescita fetale, riduzione MAF, progressive alterazioni cardiache e Doppler velocimetriche indicative di scompenso, alterazioni CTG. Tipico aspetto ecografico «*grabbed orange sign*».

- Possibili meccanismi patogenetici: passaggio transplacentare di fattori pro-trombotici o stato trombofilico materno-fetale (N.B. sindrome APS, deficit proteina S) o embolia da trombo aortico o compressione meccanica o malformazione del cordone ombelicale che determina stasi (es. iperspiralizzazione) o infezioni materne.
- Altri fattori di rischio: GDM, FGR, trasfusione intrauterina.

In caso di diagnosi prenatale nel III trimestre (vedi caso clinico): sempre indicato espletamento del parto mediante TC.

Nei casi di MEF importante diagnosi differenziale con coaguli formati post-mortem da effettuale sulla base della storia clinica e delle altre caratteristiche fetali e placentari.

