

Elaborato da Martina Gerbino

SC Ginecologia e Ostetricia
Ospedale Santa Croce e Carle Cuneo
Direttore dott. A. Puppo

Definizione: intestino che presenta ecogenicità simile o più intensa dell'osso (il riferimento è la cresta iliaca).

Incidenza: 2-18 su 1000 gravidanze (0.2-1.8%)

Diagnosi: la diagnosi è soggettiva, gravata da significativa variabilità inter-osservatore.

Per ridurre il rischio di sovradiagnosi si consiglia di utilizzare sonde a bassa frequenza (≤ 5 MHz), di ridurre il gain al minimo e di spegnere l'armonica.



COUNSELING

Rischio di anomalie cromosomiche : 3,3% (in particolare T21)

Rischio di patologie non cromosomiche:

- ✓ Fibrosi cistica (2-3%)
- ✓ Ostruzione intestinale (2%)
- ✓ Infezioni 2% (CMV - più frequente; Toxoplasmosi, Parvovirus B19, Rosolia)
- ✓ IUGR (12%)
- ✓ Sanguinamento intramniotico (escludere pregresso sanguinamento o pregressa procedura di diagnosi prenatale invasiva)

MANAGEMENT OSTETRICO

- Screening anatomico di II livello
- In assenza di altri marker, offrire cfDNA (non evidenza di maggior rischio di anomalie genetiche rilevabili con CGH-array rispetto alla popolazione generale).
- Se presenti altri soft marker/anomalie strutturali o alto rischio allo screening del I trimestre, offrire diagnosi prenatale invasiva.
- Screening sierologia materna complesso TORCH, se positività sierologica offrire PCR su liquido amniotico.
- Screening parentale per fibrosi cistica per stratificare il rischio fetale.
- Screening ecografico seriato per monitorare comparsa di IUGR, dilatazione intestinale o polidramnios.

PROGNOSI

L'eziologia e la presenza di anomalie associate rappresentano i fattori prognostici determinanti dell'outcome postnatale.

L'associazione di iperecogenicità e dilatazione intestinale (>7mm) è associata ad un rischio del 50% di patologie gastrointestinali che richiedono chirurgia in epoca postnatale.

MANAGEMENT POSTNATALE

Riferire il feto a centro di III livello, anche in considerazione della difficile identificazione in epoca prenatale di alcune patologie del basso tratto gastroenterico.

Bibliografia:

D'Amico A, Buca D, Rizzo G, Khalil A, Silvi C, Makatsariya A, Nappi L, Liberati M, D'Antonio F. Outcome of fetal echogenic bowel: A systematic review and meta-analysis. Prenat Diagn. 2021 Mar;41(4):391-399. doi: 10.1002/pd.5638. Epub 2021 Feb 21. PMID: 31981377.

Faden MS, Brown RN. Hyperechogenic Fetal Bowel in the Era of Modern Ultrasound Equipment: It Is Not Only a Matter of Gain! J Obstet Gynaecol Can. 2018 Sep;40(9):1190-1192. doi: 10.1016/j.jogc.2018.03.009. Epub 2018 Jul 18. PMID: 30030060.

Laird A, Shekleton P, Nataraja RM, Kimber C, Pacilli M. Incidence of gastro-intestinal anomalies and surgical outcome of fetuses diagnosed with echogenic bowel and bowel dilatation. Prenat Diagn. 2019 Nov;39(12):1115-1119. doi: 10.1002/pd.5552. Epub 2019 Sep 10. PMID: 31461799.

Liu Y, Jing X, Xing L, Liu S, Liu J, Cheng J, Deng C, Bai T, Xia T, Wei X, Luo Y, Zhou Q, Zhu Q, Liu H. Noninvasive Prenatal Screening Based on Second-Trimester Ultrasonographic Soft Markers in Low-Risk Pregnant Women. Front Genet. 2021 Dec 23;12:793894. doi: 10.3389/fgene.2021.793894. PMID: 35003226; PMCID: PMC8733646.

Hu T, Tian T, Zhang Z, Wang J, Hu R, Xiao L, Zhu H, Lai Y, Wang H, Liu S. Prenatal chromosomal microarray analysis in 2466 fetuses with ultrasonographic soft markers: a prospective cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2021 May;224(5):516.e1-516.e16. doi: 10.1016/j.ajog.2020.10.039. Epub 2020 Oct 26. PMID: 33122027.