

Primigravida, 37 anni, **gravidanza bigemina monocoriale biamniotica**. Test combinato basso rischio di aneuploidie. Management ecografico quindicinale eseguito a partire da 16 wks e riscontro dei seguenti reperti:

22+5 wks



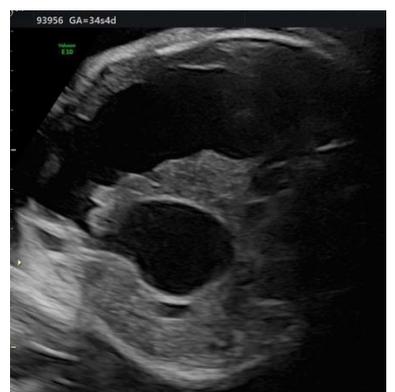
26 wks



32 wks



34+4 wks



I suddetti reperti ecografici sono suggestivi di:

- 1. TTTS**
- 2. Cisti da duplicazione intestinale**
- 3. Atresia duodenale**
- 4. Atresia esofagea con fistola**

Primigravida, 37 anni, **gravidanza bigemina monocoriale biamniotica**. Test combinato basso rischio di aneuploidie. Management ecografico quindicinale eseguito a partire da 16 wks e riscontro dei seguenti reperti:

22+5 wks



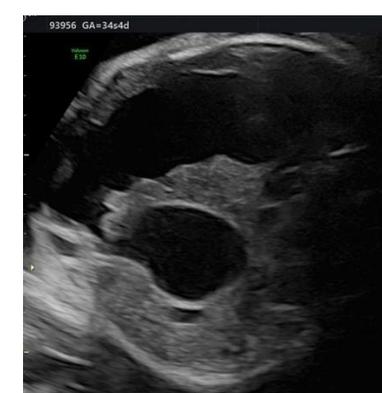
26 wks



32 wks



34+4 wks



I suddetti reperti ecografici sono suggestivi di:

1. TTTS
2. Cisti da duplicazione intestinale
3. **Atresia duodenale**
4. **Atresia esofagea con fistola**



Dott.ssa Graziana Silvana De Lucia
Dirigente medico
U.O. di Ginecologia e Ostetricia Universitaria I
Policlinico Riuniti Foggia

**Caso
Clinico
Novembre
2024**

Gravidanza bigemina bicoriale biamniotica con riscontro nel II trimestre di lieve polidramnios nel secondo feto, in assenza di altri reperti suggestivi di TTTS (liquido amniotico nella norma nel I feto, vescica visualizzata in entrambi i feti, crescita fetale regolare, PSV nella norma).

A 26 wks nel II feto si riscontra **polidramnios severo** e comparsa di un'anomalia a carico della scansione trasversa dell'addome compatibile con il **segno ecografico della doppia bolla gastrica** che si rende sempre più evidente nel corso del III trimestre di gravidanza.

Il quadro ecografico è suggestivo di: **ATRESIA DUODENALE**

Incidenza: 1:2500 - 1:10000 nati vivi.

Definizione: ostruzione congenita tra la porzione prossimale e la porzione distale del duodeno a probabile eziologia ischemica.

Si parla di atresia quando l'ostruzione è completa e, nella maggior parte dei casi, è distale rispetto alla papilla di Vater; di stenosi quando il lume è ristretto ma pervio.

Rischio di anomalie genetiche: rischio elevato di aneuploidie (40% dei casi trisomia 21). Rischio sindromico basso.

Diagnosi: tardiva. Riscontro nel secondo trimestre inoltrato o nel terzo trimestre di **polidramnios** e del segno ecografico della **doppia bolla gastrica** rappresentata dallo stomaco e dal tratto del duodeno a monte dell'ostruzione.

Diagnosi differenziale: va posta con le altre formazioni anecogene visualizzabili nell'addome superiore (cisti epatiche, cisti del coledoco, cisti da duplicazione da cui si differenzia per la presenza di continuità tra le due formazioni anecogene, rispettivamente stomaco e duodeno a monte dell'ostruzione).

Prognosi: sfavorevole in caso di anomalie associate (40-50% dei casi), prevalentemente dell'apparato gastrointestinale (malrotazione intestinale, agenesia della colecisti, pancreas anulare), anomalie scheletriche e cardiache.

Management ostetrico: proporre lo studio del cariotipo fetale per l'elevata incidenza di aneuploidie, anche a scopo decompressivo (amnioriduzione) per ridurre il rischio di parto pretermine secondario al polidramnios severo.

Espletamento del parto in un centro di III livello per garantire un adeguato trattamento chirurgico postnatale che consiste nella ricanalizzazione intestinale mediante duodeno-duodeno stomia.