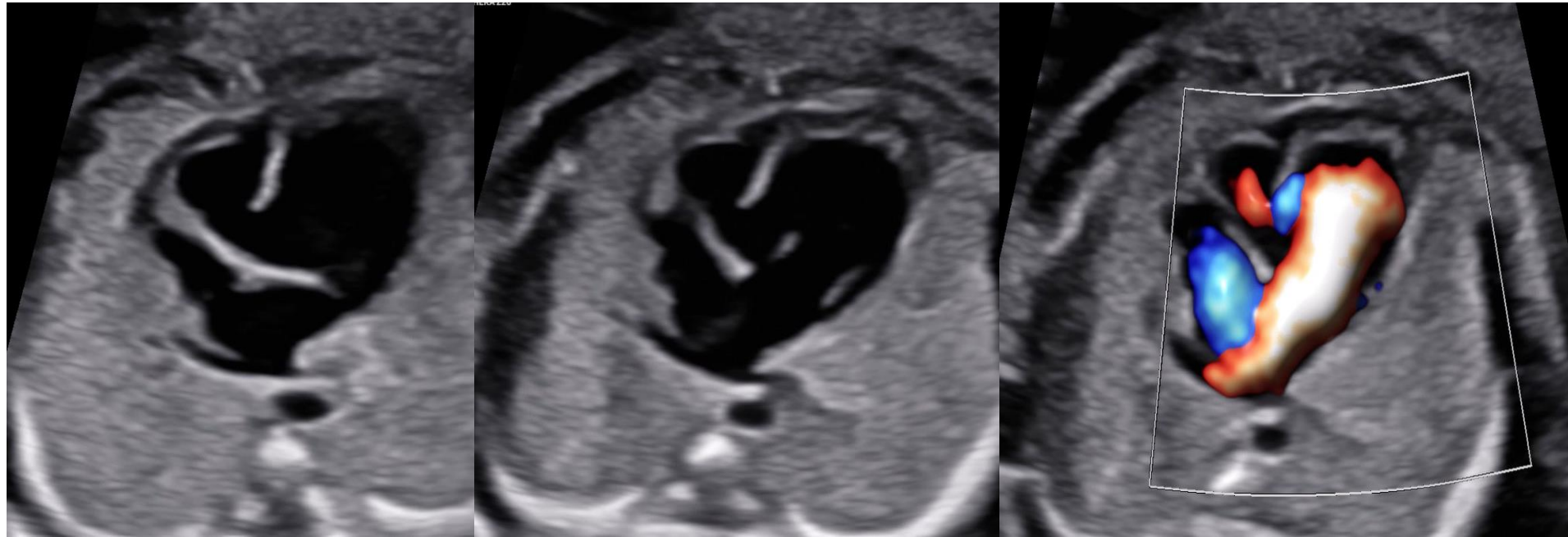


Elaborato da Dott.ssa Chiara Melito

Servizio di Ecografia e Diagnosi Prenatale – Responsabile Prof. A. Dall'Asta
UOC di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Maggiore di Parma – Direttore Prof. R. Berretta

- **21 anni. G2P1**, pregressa gravidanza normodecorsa.
- Attuale gravidanza: BMI pregravidico 21.5 kg/m2. Concepimento spontaneo.
- **Non eseguita ecografia del I trimestre per accesso tardivo alle cure ostetriche.**
- **Test del DNA fetale libero basso rischio.**
- Inviata per esecuzione di ecografia di riferimento in seguito a riscontro di sospetta cardiopatia all'ecografia del II trimestre.



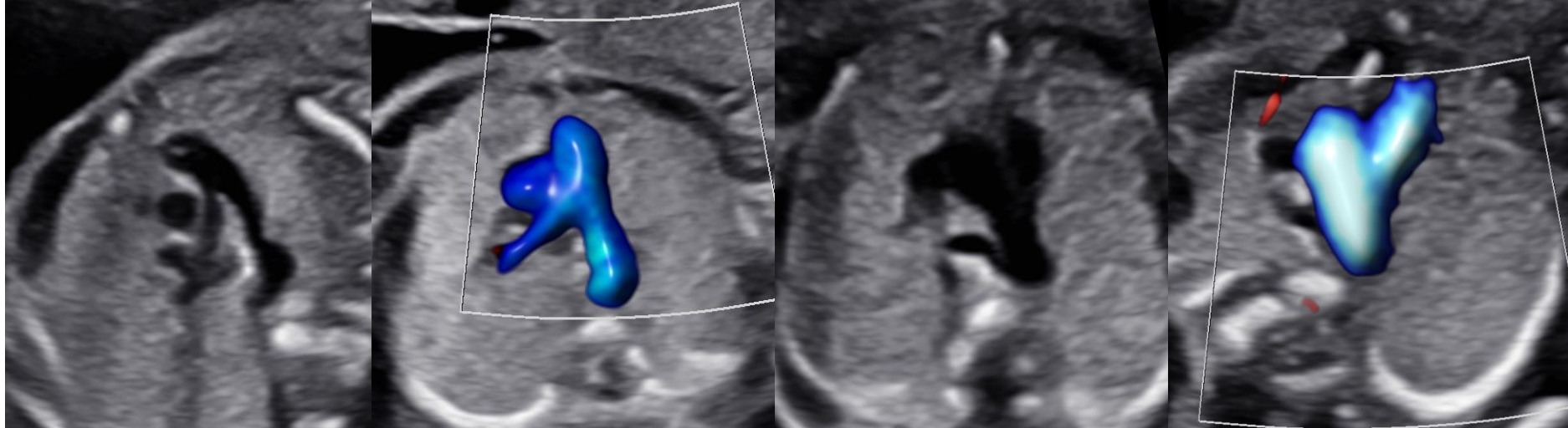
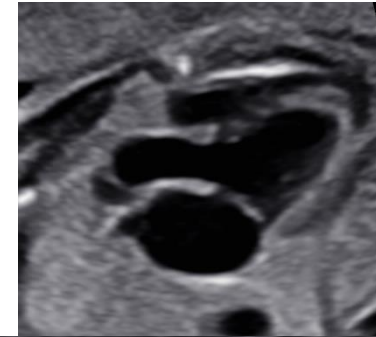
Di cosa si tratta?



Elaborato da Dott.ssa Chiara Melito

Servizio di Ecografia e Diagnosi Prenatale – Responsabile Prof. A. Dall'Asta
UOC di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Maggiore di Parma – Direttore Prof. R. Berretta

- G2P1, pregressa gravidanza normodecorsa.
- 21 anni. Normopeso. Gravidanza spontanea.
- Non eseguita ecografia del I trimestre per accesso tardivo alle cure ostetriche.
- Test del DNA fetale libero basso rischio
- Inviata per esecuzione di ecografia di riferimento in seguito a riscontro di sospetta cardiopatia all'ecografia del II trimestre.

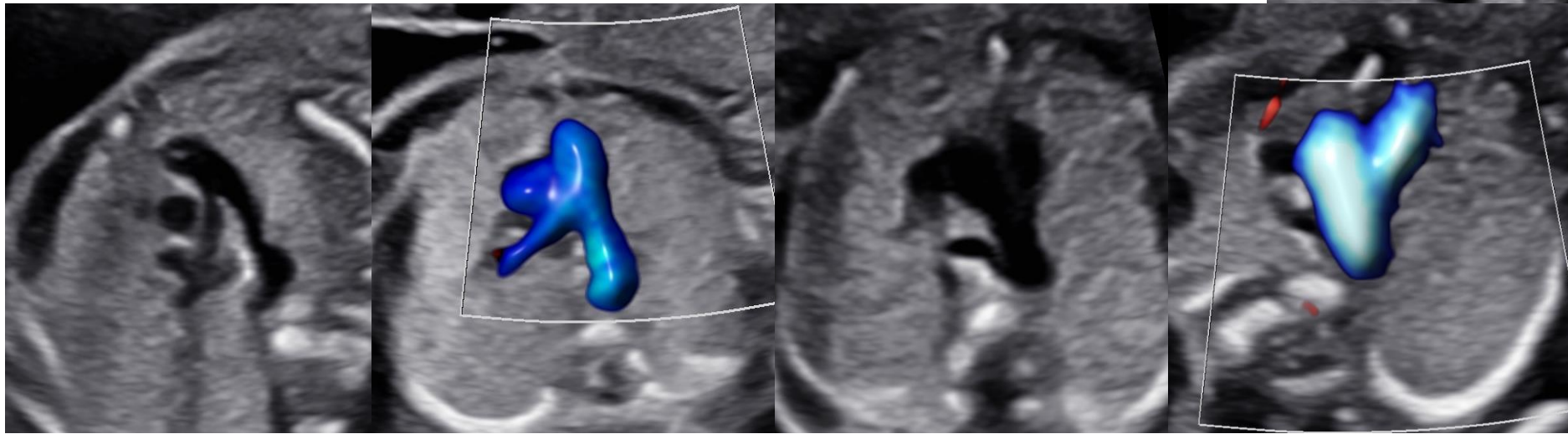
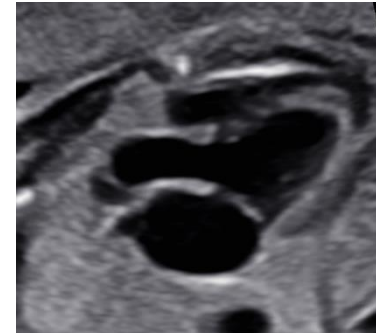


1. Canale atrio-ventricolare sbilanciato
2. Atresia della valvola tricuspide
3. Ventricolo sinistro a doppia entrata
4. Atresia polmonare a setto intatto

Elaborato da Dott.ssa Chiara Melito

Servizio di Ecografia e Diagnosi Prenatale – Responsabile Prof. A. Dall’Asta
UOC di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Maggiore di Parma – Direttore Prof. R. Berretta

- G2P1, pregressa gravidanza normodecorsa.
- 21 anni. Normopeso. Gravidanza spontanea.
- Non eseguita ecografia del I trimestre per accesso tardivo alle cure ostetriche.
- Test del DNA fetale libero basso rischio
- Inviata per esecuzione di ecografia di riferimento in seguito a riscontro di sospetta cardiopatia all’ecografia del II trimestre.



1. Canale atrio-ventricolare sbilanciato
2. **Atresia della valvola tricuspide**
3. Ventricolo sinistro a doppia entrata
4. Atresia polmonare a setto intatto

Elaborato da Dott.ssa Chiara Melito

Servizio di Ecografia e Diagnosi Prenatale – Responsabile Prof. A. Dall'Asta
UOC di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Maggiore di Parma – Direttore Prof. R. Berretta

SOLUZIONE: ATRESIA della VALVOLA TRICUSPIDE

- **Incidenza:** 0,05/1000 nati vivi; 4% delle cardiopatie congenite diagnosticate in epoca prenatale.
- **Definizione:** Assenza di una valvola tricuspide funzionante -> nessuna connessione tra atrio destro e ventricolo destro -> cuore funzionalmente univentricolare.
- **Classificazione:** tipo 1, relazione tra le grandi arterie normale; tipo 2, trasposizione di tipo D; tipo 3, trasposizione di tipo L o truncus arteriosus.

Greyscale

Scansione 4-camere (**sempre anomala**):

- ventricolo destro di dimensioni ridotte**, con pareti non ispessite e contrattilità normale;
- difetto del setto interventricolare**, a livello dell'inlet;
- valvola tricuspide con aspetto appiattito, ipo-/non mobile**;
- ampia comunicazione interatriale, spesso associata a un lembo ridondante del septum secundum.



Scansioni efflusso ventricolare destro/3VT (**variabili**):

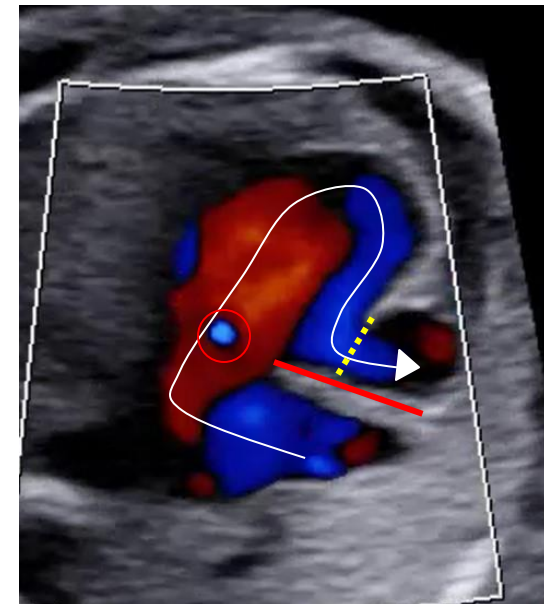
- possibile **stenosi polmonare**;
- possibile discordanza ventricolo-arteriosa.

- **Caratteristiche ecografiche**



Color Doppler

- assenza di flusso a livello della valvola tricuspide** (minimo flusso in caso di subatresia);
- pervietà della valvola mitrale**, con grado variabile di aliasing;
- shunt sinistro-destro a livello del DIV**, che permette il riempimento del ventricolo destro in fase diastolica tardiva;
- shunt destro-sinistro a livello atriale**;
- flusso nell'arteria polmonare variabile, generalmente anterogrado;
- flusso nel dotto arterioso variabile, solitamente anterogrado.



Elaborato da Dott.ssa Chiara Melito

Servizio di Ecografia e Diagnosi Prenatale – Responsabile Prof. A. Dall'Asta
UOC di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Maggiore di Parma – Direttore Prof. R. Berretta

SOLUZIONE: ATRESIA della VALVOLA TRICUSPIDE

- *Possibili reperti associati:*
difetto del setto interatriale, trasposizione dei grossi vasi, stenosi polmonare, atresia polmonare, vena cava superiore sini stra persistente, arco aortico destroposto, anomalia dei ritorni venosi polmonari.
- *Gestione prenatale:*
-indicata esecuzione di diagnosi prenatale invasiva seppur **infrequente associazione con anomalie cromosomiche o con microdelezione 22q11.2;**
-indicata **consulenza con cardiologo pediatra, neonatologo;**
-indicato **follow-up ecografico** volto alla valutazione di: pervietà del forame ovale, ostruzione dell'efflusso ventricolare destro;
-espletamento del **parto in una struttura dotata di cardiologia e cardiocirurgia pediatrica.**
- *Gestione postnatale:*
-**riparazione chirurgica** finalizzata alla palliazione del ventricolo unico -> shunt di Blalock-Taussig se il flusso polmonare è insufficiente nella prima settimana di vita; Glenn bidirezionale a 4-6 mesi; Fontan a 2-4 anni.
- *Prognosi:*
91% di sopravvivenza a un mese, 83% a un anno, 83% a 10 anni. Se non trattata, 90% di mortalità entro un anno.

CASO CLINICO

Quadro di **atresia della tricuspid con vasi normocorrelati.**

Valvola tricuspid iperecogena, ipomobile e di ridotte dimensioni (annulus <-4 SD).

Ventricolo destro normocinetico, di dimensioni ridotte. Voluminoso DIV dell'inlet con shunt unidirezionale sx-dx.

Efflusso destro di dimensioni regolari, con flusso anterogrado.

Indagine invasiva (**amniocentesi**): **cariotipo 46,XX; array-CGH normale.**