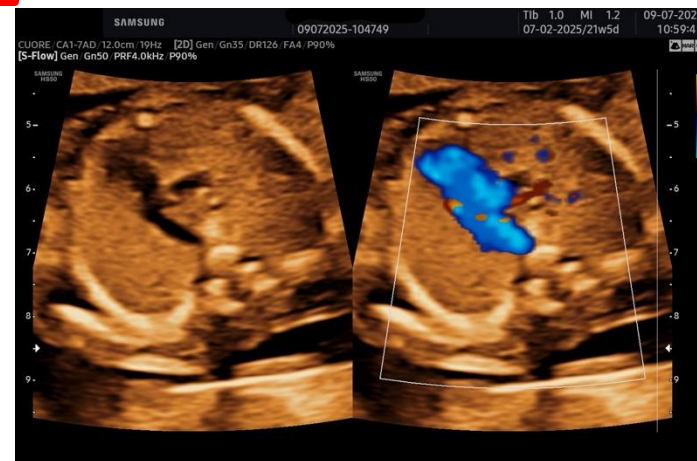
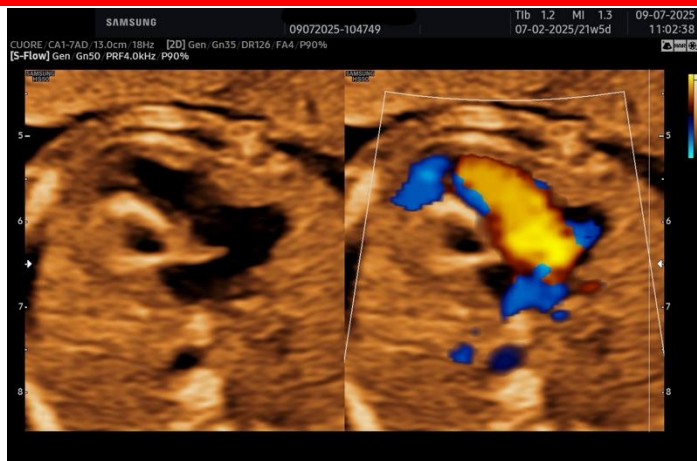
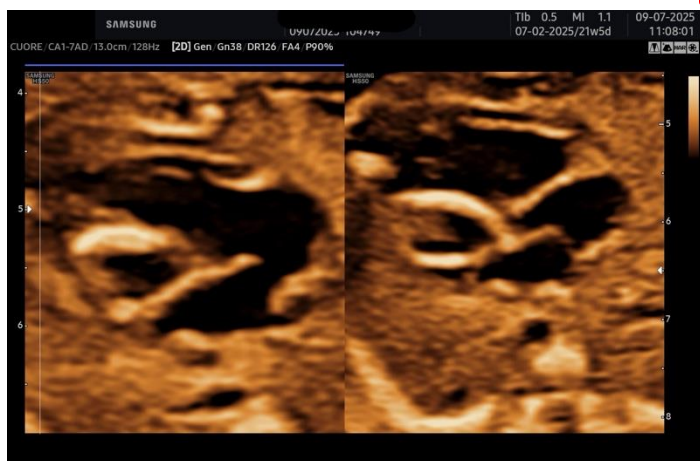


CASO CLINICO

Elaborato da Dott.ssa Anna Conte
UOC Ginecologia e Ostetricia- DAIMI
Ospedale Evangelico Betania, Napoli

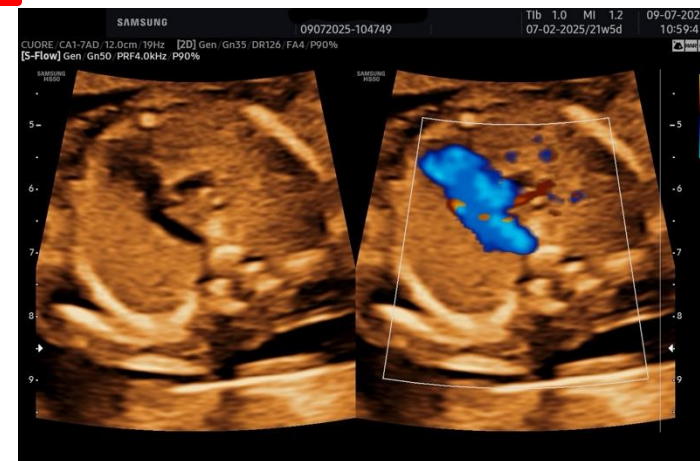
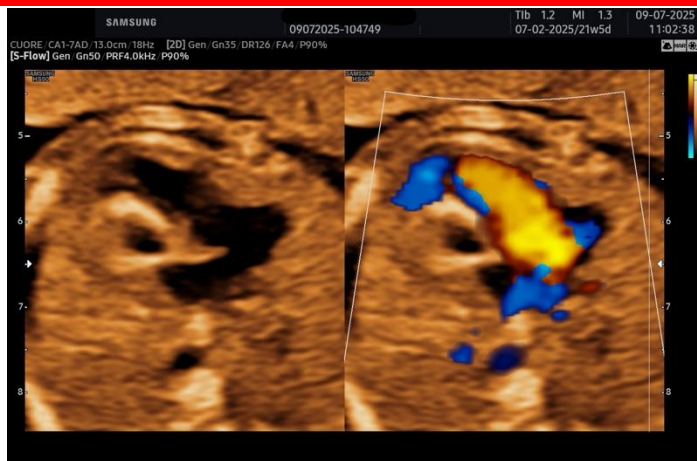
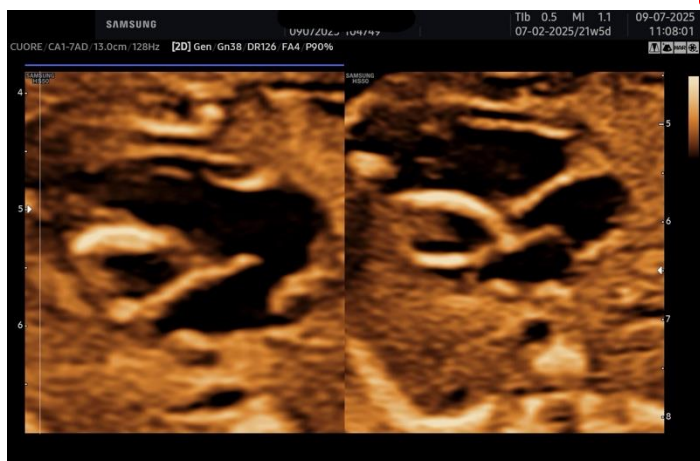
- **G2P1, 21+5 settimane**
- 33 anni. Normopeso. Gravidanza spontanea.
- **Test Combinato basso rischio.** NIPT non eseguito.
- **Screening II trimestre:** anomalia cardiaca; restante anatomia e biometria regolari. Feto di sesso maschile.



Di cosa si tratta?

1. Severa coartazione aortica
2. Cuore sinistro ipoplasico
3. Atresia mitralica con DIV
4. CAV sbilanciato a dominanza destra

- G2P1, 21+5 settimane
- 33 anni. Normopeso. Gravidanza spontanea.
- **Test Combinato basso rischio.** NIPT non eseguito.
- **Screening II trimestre:** anomalia cardiaca; restante anatomia e biometria regolari. Feto di sesso maschile.



Di cosa si tratta?

1. Severa coartazione aortica
2. Cuore sinistro ipoplasico
3. Atresia mitralica con DIV
4. CAV sbilanciato a dominanza destra

SOLUZIONE:

SINDROME DEL CUORE SINISTRO IPOPLASICO

- ❖ La sindrome del cuore sinistro ipoplasico (CSI) include un gruppo eterogeneo di cardiopatie congenite caratterizzate da una severa ipoplasia delle sezioni cardiache di sinistra. Rappresenta la cardiopatia congenita con il più alto tasso di mortalità perinatale.
- ❖ La forma classica «maggiore» prevede un'ipoplasia severa dell'inflow e dell'outflow ventricolare, con un ventricolo sinistro che non può essere in grado di sostenere la portata sistemica (severa atresia delle valvole mitralica e aortica, ipoplasia severa dell'arco aortico). In tali casi il ventricolo di sinistra è una cavità virtuale.
- ❖ Nella forma «minore» la mitrale è ipoplasica ma pervia, il ventricolo sinistro è ipoplasico ma facilmente identificabile.
- ❖ La diagnosi viene effettuata in scansione 4 camere, a livello della quale si evidenzia un ventricolo sinistro marcatamente ipoplasico e ipocinetico, che non arriva a formare l'apice del cuore. In scansione 3 vasi e trachea, spesso l'arco aortico non è visualizzabile perché marcatamente ipoplasico.
- ❖ Al Color Doppler in scansione 4 camere si conferma l'assenza di riempimento del ventricolo sinistro. In scansione 3 vasi si evidenzia flusso invertito a livello del tratto trasverso dell'arco aortico. A livello del forame ovale si evidenzia shunt invertito sinistra-destra.
- ❖ Il rischio di aneuploidie è relativamente elevato (fino al 15%); l'anomalia cromosomica più frequentemente rappresentata è la monosomia X, seguita da trisomia 18 e 21.
- ❖ È pertanto raccomandata indagine genetica invasiva (amniocentesi con cariotipo e CGH-Array).
- ❖ È raccomandato l'espletamento del parto in un centro di III livello. Si tratta di una emergenza neonatale (cardiopatia dotto-dipendente).
- ❖ Le soluzioni chirurgiche sono rappresentate da intervento di chirurgia fetale (valvuloplasica aortica vs settoplastica), e in epoca post natale dal trapianto cardiaco o da una serie di interventi palliativi volti a ricostruire l'efflusso ventricolare sistemico utilizzando il ventricolo destro.
- ❖ Il CSI rappresenta inoltre la cardiopatia nella quale è stato riscontrato il massimo tasso di anomalie di sviluppo cerebrale alla RM e la maggiore incidenza di ritardo psicomotorio di grado elevato dopo la nascita.

CASO CLINICO: la paziente ha rifiutato di sottoporsi a indagine genetica invasiva e/o intervento in utero e ha deciso di effettuare IVG con successivo esame autoptico del feto.