

SULL'USO SISTEMATICO DELL'ECOGRAFIA PER UNA DIAGNOSI PRECOCE DI GRAVIDANZA TUBARICA

Lenzi E., Giorlandino C. *

Università di Tor Vergata - Roma
Scuola di Specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia
* Università di Chieti
Semeiotica Ostetrica e Ginecologica

Nella letteratura del passato, la frequenza della gravidanza extra-uterina (g.e.) era variamente valutata: nel trattato di Fischer e Coll. del 1973 risultava oscillare nella proporzione variabile da 1 caso su 300-230 nascite, a 1 caso su 80-60 nascite; anche altri come McElin e Iffly nel 1976 hanno riportato press'a poco la stessa proporzione, e cioè da 1:280, a 1:80 gravidanze.

In questi ultimi decenni si è stati concordi nel riconoscere un incremento nella frequenza della g.e., e Dorfmann nel 1987, ad oltre 10 anni dagli AA. citati, ha ritenuto che l'incidenza sia ancora superiore alle cifre soprariportate; l'aumento sarebbe dovuto all'uso dello IUD, alla maggiore diffusione degli aborti indotti, e alle flogosi emmenorio-pelviche da attuali infezioni a trasmissione sessuale (clamidia ed ec.), i cui residui rallentano od ostacolano la migrazione dello zigote.

Indubbiamente in questo stesso periodo, grazie ai metodi diagnostici sempre più raffinati, la mortalità da g.e. è diminuita; resta però sempre una buona aliquota di donne colpite dalla sventura della loro infertilità, perché vittime sia di gravidanze impiantatesi in sede ectopica, sia degli eriti talvolta irreversibili che ad esse conseguono.

Ebbene, attualmente che si è nell'era dei trapianti, sembra che pochi ginecologi si siano domandati se sia possibile tentare di salvare il prodotto del concepimento, estraendolo al più presto dalla salpinge e reinserendolo nella cavità uterina; e ciò nonostante si possa leggere, come in un libro di Teologia Morale degli anni '60 (segnalato mi dal Teologo italo-brasiliano Dr.P.Rosa), che "se un chirurgo riconoscesse la probabilità di successo nell' eseguire il trapianto di una gravidanza tubarica nell'interno della cavità uterina, questo procedimento sarebbe da considerarsi moralmente ammissibile".

Sulla base di queste considerazioni, già dal Dicembre 1987, e cioè in una seduta della Società Lanciale-Abruzzese-Marchigiana-Molisana di Ginecologia e Ostetricia del 12/12/1987, chi scrive ha avanzato la pro-

posta di tentare la conversione di una gravidanza tubarica, in gravidanza intrauterina: il che dovrebbe essere tanto più possibile realizzare, quanto più precoce fosse il suo accertamento diagnostico.

Tale accertamento precoce nella comune gravidanza è oggi ottenibile col dosaggio biologico della beta-HCG e anche della SPL, ma la sede d'impianto dell'uovo fecondato potrà essere riconosciuta solo attraverso indagini ecotomografiche o, all'occorrenza, anche con esami endoscopici; naturalmente valendosi pure di eventuali dati anamnestici e clinici.

In pratica quindi, ogni donna, appena superata la mancata mestruazione dovrebbe, tanto più se le reazioni biologiche sono positive, poter escludere l'impianto del prodotto del concepimento in sede ectopica, mediante un precoce accertamento ecotomografico con i più fini mezzi oggi a disposizione.

Com'è noto, esso in generale potrebbe risultare dimostrativo già alla I settimana dopo la mancata mestruazione, e precisamente alla V o meglio alla VI settimana di amenorrea post-mestruale, amenorrea cioè succeduta all'inizio dell'ultima mestruazione. L'ecografia allora dovrebbe poter consentire di far diagnosi di g.e. probativa di certezza, o tutt'al più di probabilità per esclusione; in altri termini si dovrebbe poter accertare nel primo caso l'assenza nella tuba e la presenza in cavità uterina, o nel secondo caso la presenza di un'immagine riferibile a gravidanza nelle salpinge e l'assenza in utero. È vero che talora la g.e. in fase precoce può essere difficilmente visualizzata (Kelly et al., 1979), in quanto il rivestimento coriale ed altre condizioni (interposizione di anse intestinali) ne possono mascherare l'aspetto; ma altre volte nei casi ad evidente sacco gestazionale, e tanto più se l'embrione presenta già un'attività cardiaca o dei movimenti (VI o VII settimana), è possibile metterle chiaramente in evidenza a lato dell'utero (Jouppis et al., 1980); d'altra parte nei casi dubbi, oltre a mantenersi in continuo stato di allerta, si può sempre ricorrere ad un esame endoscopico.

Non è noto il parere degli Ecografisti, ma a nostro modesto avviso, come si suole seguire un follicolo ovarico fino alla sua completa maturazione, si dovrebbe arrivare, con mezzi ecografici più perfezionati, ad accertare in fase precocissima anche un prodotto del concepimento: questo infatti nelle prime fasi non raggiunge dimensioni superiori a quello di un follicolo prossimo alla sua deiscenza (che in genere è di circa mm.18).

Ci sembra quindi di poter affermare che sia opportuno estendere la pratica dell'ecografia, quasi sistematicamente, a tutte le donne in gravidanza iniziale; e ovviamente anche in assenza di un'ev. sintomatologia dolorosa in sede annessiale monolaterale, o di un'ev. comparsa di perdite ematiche dopo il ritardo mestruale.

Si dovrebbe così poter giungere ad una diagnosi precocissima di

- Lenzi E.: Sulla conversione di una gravidanza ectopica in gravidanza uterina. Riv.Ost.Gin.Perin. III/2, 135, 1988 (Editoriale)
- Lebovic J.: Transvaginal pelvic ultrasonography. J.Ultrasound Med. 3, 381, 1985.
- Mc Elin s.Iffy: in Obstet.Gynaecol.Annual. Ed.:R.M.Wynn, New York, Appleton-Century-Crofts, pp.241-292, 1976.
- Wallace C.J.: Transplantation of ectopic pregnancy from fallopian tube to cavity of uterus. Surg.Gynaecol.Obstet. XXIV, 578, 1917.

Notar

La tecnica attuale rende possibile l'uso di trasduttori ecografici portati su sonde endovaginali. Tali nuove metodologie hanno permesso di ottenere un enorme miglioramento diagnostico nell'esame della pelvi femminile, in particolare della salpinge e dell'ovario.

Si tratta di trasduttori ad alta frequenza (5 e 6,5 Mhz), capaci cioè di una altissima definizione laterale ed assiale. Questi, sospinti nei fornici vaginali, giungono quasi a diretto contatto con le salpinxi e pertanto le indagano con grande accuratezza.

I lavori di Schwimer (in Lebovic, 1985) sono stati seguiti da una serie di altre pubblicazioni, riguardanti l'impressionante miglioramento della qualità dell'immagine e della definizione diagnostica, in Ostetricia e Ginecologia, con tali metodiche.

Attualmente l'uso routinario di questi strumenti ha senz'altro permesso di dimostrare la presenza di una cavità gestazionale in utero ed al di fuori di esso, già a partire dalla 3.a settimana di concepimento (5.a settimana di età gestazionale).

A tale epoca è estremamente infrequente che una salpinge si sia rotta ed abbia sanguinato. Erite pertanto le possibilità pratiche (oltre che speculative) di eseguire molto precocemente una diagnosi di corretto impianto (Giorlandino C.: Comunicazione personale, in corso di stampa)