

Screening precoce del rischio di preeclampsia in gravidanza

La preeclampsia (gestosi E.P.H.) colpisce tra il 2 e il 5 % delle donne incinte ed è la prima causa di morte in gravidanza nei Paesi occidentali. La diagnosi si basa sull'identificazione di un'ipertensione arteriosa e di una proteinuria. Nella patogenesi della malattia sono implicati disturbi dello sviluppo dell'angiogenesi placentare. Attualmente è possibile valutare il rischio di preeclampsia della futura madre già nel quadro degli esami del primo trimestre. Combinando la storia clinica della paziente con determinati parametri biofisici e biochimici, è infatti possibile riconoscere oltre il 90 % delle gravidanze che nel seguito svilupperanno una preeclampsia.

Secondo le linee guida della International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy, una preeclampsia si manifesta attraverso i seguenti sintomi:

- Ipertensione gestazionale: valori di pressione sanguigna $\geq 140/90$ mm Hg che insorgono dopo la 20^a settimana di gravidanza in pazienti precedentemente normotese.
- Proteinuria (concentrazioni ≥ 300 mg/24h nell'urina di 24 ore oppure un rapporto proteine/creatinina > 30 mg/mmol nell'urina spontanea), che insorge dopo la 20^a settimana di gravidanza conclusa. Ciò può portare a edemi marcati.

In aggiunta si riscontrano aumenti dell'acido urico, delle transaminasi, della fosfatasi alcalina, della γ -GT e della bilirubina. La preeclampsia è anche denominata gestosi E.P.H. (**e**dema, **p**roteinuria, **h**ypertension). Insorge raramente prima della 20^a settimana di gestazione e si può manifestare fino a 14 giorni dopo il parto.

La preeclampsia è uno stadio preliminare dell'eclampsia e va riconosciuta il prima possibile. In particolare la preeclampsia precoce, che insorge prima della 34^a settimana di gestazione, rappresenta una seria complicazione della gravidanza, con gravi rischi per la madre e per il nascituro.

Accanto alla tradizionale misura del quoziente sFlt-1/PlGF (a partire dalla 20^a settimana di gestazione), lo screening della preeclampsia nel primo trimestre (tra l'11^a e la 14^a settimana di gestazione) acquista importanza sempre crescente. Ciò è dovuto all'elevato potere predittivo degli algoritmi e alla possibilità di intervenire per ridurre i rischi. Il gruppo di ricerca del Prof. Nicolaides [1–4] ha potuto dimostrare in diversi studi che, combinando la storia della paziente con determinati parametri biofisici e biochimici (si veda la tabella), è possibile identificare oltre il 90 % delle gravidanze che successivamente svilupperanno una preeclampsia. A questo scopo vengono utilizzati nel dettaglio sia la storia clinica sia l'anamnesi ostetrica, l'indice di pulsatilità delle arteriae uterinae, la pressione arteriosa media e il marker sierologico PlGF (Placental Growth Factor). In base a questi dati è possibile identificare, con un tasso di falsi positivi del 5 %, l'80–90 % delle gravidanze che svilupperanno una preeclampsia prima della 34^a settimana di gestazione, così come circa il 61 % dei casi di preeclampsia precedente alla 37^a settimana di gestazione. Nei casi a rischio elevato la somministrazione quotidiana di Aspirina 100 prima della 16^a settimana di gestazione può ridurre il rischio di circa il 50 %.



Fattori che vengono presi in considerazione nello screening precoce del rischio di preeclampsia:

Fattori biofisici: esame ecografico, pressione arteriosa, indice di pulsatilità delle arteriae uterinae (UAPI) mediante flussimetria Doppler, origine etnica, peso e altezza della donna incinta

Dati clinici: numero e decorso delle gravidanze precedenti, metodo di concepimento

Anamnesi materna: condizioni mediche note, in particolare diabete mellito di tipo I/II, lupus erythematodes sistemico, sindrome antifosfolipidica, ipertensione, preeclampsia in una gravidanza precedente, anamnesi familiare di una preeclampsia, abitudine al fumo, terapia farmacologica

Marker biochimici: Placental Growth Factor (PIGF)

Placental Growth Factor (PIGF)

Il fattore di crescita della placenta (PIGF) gioca un importante ruolo pro-angiogenetico, in quanto stimola la crescita dei vasi sanguigni. Questo fattore aumenta chia-

ramente a partire dal secondo terzo della gravidanza e decresce nell'ultimo terzo. Nel caso di una preeclampsia, la crescita è ridotta e anche la diminuzione è meno spiccata.

Analitica		
8888	Screening precoce del rischio di preeclampsia	1 ml di siero 156.60 PT
	Modulo di richiesta speciale M7682	

Referenze bibliografiche

- (1) R. Akolekar et al., Prenat Diagn 2011; 31:66-74
- (2) D.Wright et al., Fetal Diagn Ther 2012; 32:171-178
- (3) D. Wright et al, Am J Obstet Gynecol 2015; 213:62.e1-10
- (4) O.Gorman et al, Am J Obstet Gynecol 2016; 214(1):103