

SONOISTEROGRAFIA

INDICAZIONI

L'ecografia transvaginale rappresenta lo strumento diagnostico ideale per la diagnosi differenziale tra **sanguinamenti genitali** di causa organica o funzionale. L'esame ecografico, anche in mani esperte, può a volte fornire risultati poco accurati. La sonoisterografia (SIG) viene a migliorare questa limitazione del solo esame ecografico. La sonoisterografia (SIG) viene utilizzata nelle pazienti sintomatiche o assintomatiche trovando indicazioni nella valutazione della **cavità uterina (utero setto vs bicorne)** e come **step-one** nella valutazione della **pervietà tubarica**.

In molti casi l'esame permette di ridurre il ricorso a indagini diagnostiche più invasive (isteroscopia, isterosalpingografia) (1). Nella diagnosi di occlusione tubarica la sonoisterografia con mezzo di contrasto risulta superiore all'isterosalpingografia e paragonabile alla salpingocromoscopia per laparoscopica (7). Anche lo studio della **deiscenza della sutura** isterotomica 3 mesi dopo un taglio cesareo si avvale della valutazione mediante SIG nelle donne che intendono affrontare una nuova gravidanza (8). Il monitoraggio della terapia con **tamoxifene** nelle donne con pregresso carcinoma della mammella prevede la valutazione transvaginale della patologia endometriale (polipi, iperplasia) e **subendometriale** associata con l'ausilio della SIG nei casi sospetti (9). Il numero di vasi evidenziati con **Color Doppler** durante sonoisterografia descrive la densità della microvascolarizzazione che contraddistingue un polipo da un fibroma sottomucoso (11). Anche l'impiego della **3D** nella pratica ginecologica potrebbe fornire in futuro ulteriori informazioni ricavabili durante la SIG (13).

TECNICA

Si esegue ambulatorialmente senza anestesia e senza particolari preparazioni preliminari;

A volte richiede una profilassi della reazione vagale mediante la somministrazione im di 1 fl di atropina;

Si esegue una ecografia transvaginale per la valutazione dei rapporti e situazione dei organi pelvici;

L'esecuzione prevede l'infusione di soluzione fisiologica sterile in cavità uterina attraverso un catetere transcervicale;

Con una siringa (20-50cc) raccordata al catetere si inietta la soluzione fisiologica durante l'esame ecografico. Viene valutata la distensione della cavità uterina, eventuali formazioni polipoide o fibromatose occupanti o improntanti la stessa, lo spessore endometriale e la sua regolarità, malformazioni, l'efflusso attraverso gli osti tubarici, raccolta del liquido nelle fosse paraovariche e nello scavo del Douglas (1).

VANTAGGI

- relativa facile esecuzione;
- sicura;
- costi limitati (12);
- rispetto alla isterosalpingografia la sonoisterografia ha capacità di valutare le strutture extrauterine in assenza di radiazioni ionizzanti e con migliore tolleranza da parte della paziente (10).

LIMITI

- stenosi serrate dell'orifizio uterino (interno o esterno);
- stenosi vaginale o importante vaginismo;
- incontinenza cervicale;
- reflusso cervicale totale con mancata della visualizzazione della cavità uterina;
- dolore pelvico intenso (1).

RISCHI

- L'instillazione del liquido normalmente viene ben tollerata dalla maggior parte delle pazienti; solo raramente necessità di antispastici o di antidolorifici per la comparsa di dolori crampiformi similmenstruali (1).
- Alcuni autori suggeriscono la profilassi antibiotica prima e dopo l'esecuzione dell'esame (2). La letteratura consiglia antibiotico profilassi o indagini colturali prima dell'esame solo in casi a rischio (3,4).
- Il rischio di disseminazione di cellule neoplasiche dalla cavità uterina a quella addominale resta solo teorico (6).

CONTROINDICAZIONI

- vengono escluse le pazienti in età fertile nella seconda fase del ciclo;
- con flusso mestruale in atto;
- con sospetto di infezioni genitali(5).

LETTURE CONSIGLIATE

1. La sonoisterografia (SIS): quale ruolo nella pratica ambulatoriale? B. Bottani, M. Barbieri, Il Clinica Ostetrico-Ginecologica "L. Mangiagalli" - Milano. Il Ginecologo Informer, 22/9/2000, 34-7.
2. Transvaginal sonography and hysteroscopy in postmenstrual bleeding. Cacciatore B, Ramsay T, Lehtovirta R et al. Acta Obstet Gynecol 1994; 73:413-6.
3. Sonohysterography for endometrial abnormalities: preliminary results. Parson AK, Lense JJ. Clin Ultrasound 1993; 21:87-95.
4. Sonohysterography of the uterine cavity: preliminary investigations. Gaucherland P, Piacenza JM, Salle B, Rudigoz R. J Clin Ultrasound 1995;23:339-48.
5. Saline contrast sonohysterography as first-line investigation for women with uterine bleeding. Bernard JP, Darles C, Robin F, De Bievre P, Taurelle R. Ultrasound Obstet Gynecol 1997; 10:121-5.
6. Hystero-graphy: a 5-years follow-up in patients with endometrial carcinoma. Devore GR, Schwrtz PE, Morris J. Obstet Gynecol 1982; 60: 369.
7. Evidence-based diagnosis and management of tubal factor infertility. Kodaman PH, Arici A, Seli E. Curr Opin Obstet Gynecol. 2004 Jun;16(3):221-9.
8. Cesarean section scar avaluation b saline contrast sonohysterography. Regnard C, Nosbusch M, Fellemans C, Benali N, van Rysselberghe M, Barlow P, Rozenberg S. Ultrasound Obstet Gynecol. 2004 Mar; 23(3):289-92.
9. Sonohysterography: a valuable tool in evaluating the female pelvis. Lindheim SR, Adsuar N, Kushner DM, Pritts EA, Olive DL. Obstet Gynecol Surv. 2003 Nov; 58(11): 770-84.
10. Clinical use of sonohysterography in the evaluation of infertility. Case AM, Pierson RA. J Obstet Gynaecol Can. 2003 Aug;25(8):641-8.
11. Color Doppler sonohysterography of endometrial polyps and submucosal fibroids. Fleischer AC, Shappell HW. J Ultrasound Med. 2003 Jun;22(6):601-4.
12. Sonohysterography: a prospective survey of results and complications in 81 patients. Bonnamy L, Marret H, Perrotin F, Body G, Berger C, Lansac J. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002 Apr 10; 102(1):42-7.
13. Differential diagnosis of septate and bicornuate uterus by sonohysterography eliminates the need for laparoscopy. Alborzi S, Dehbashi S, Parsanezhad ME. Fertil Steril. 2003 May;79(5):1254.