



**Istituti Clinici
Zucchi**

Gruppo San Donato

- Presidio di Monza
- Presidio di Carate Brianza
- Poliambulatorio di Brugherio

**PREPARAZIONE
ALL'ESECUZIONE DELLA
SONOISTEROSALPINGOGRAFIA**

Mod. UMCSAIN_2178

Rev. 003 del 28/09/2023


Cognome

Nome

Data di consegna dell'informativa

Per effettuare la sonoisterosalpingografia la paziente:

- ✓ Deve essere tra il 5° e il 12° giorno del ciclo, se ha cicli mestruali regolari o comunque in fase preovulatoria
- ✓ Deve avere un test di gravidanza negativo
- ✓ Deve avere tamponi vaginali e cervicali negativi
- ✓ Deve evitare rapporti sessuali dal primo giorno dell'ultima mestruazione fino al giorno dell'esame
- ✓ Non deve presentare infiammazioni acute ginecologiche

 <p>Istituti Clinici Zucchi Gruppo San Donato</p>	<p align="center">INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA SONOISTEROSALPINGOGRAFIA</p>	<p>Mod. RCZCCIC_2177 Rev. 003 del 28/09/2023</p>
<p><input type="checkbox"/> Presidio di Monza <input type="checkbox"/> Presidio di Carate Brianza <input type="checkbox"/> Poliambulatorio di Brugherio</p>		<p align="right">Pag 1 di 3</p>

Numero cartella clinica

Cognome

Nome

Data di consegna dell'informativa

Finalità della sonoisterosalpingografia

- Valutare la pervietà delle tube (salpingi)
- Verificare la presenza di patologie uterine endocavitarie (fibromi, polipo, aderenze-endouterine)

Indicazioni alla sonoisterosalpingografia

- Sterilità primaria e secondaria
- Sospetta patologia delle tube (occlusione distale o prossimale)
- Sospetto ecografico di aderenze in sede annessiale (tube e ovaie)
- Controllo pervietà tubarica dopo chirurgia sull'utero e sulle tube
- Sospetto di patologie uterine endocavitarie (fibromi, polipi, aderenze endouterine)

Controindicazioni

- Gravidanza o sospetto di gravidanza
- Sospetto di infezione genitale in atto
- Mestruazioni in atto
- Tumori maligni dell'apparato genitale
- Patologie cardiache o respiratorie

Modalità d'esecuzione dell'esame

- E' un esame ambulatoriale e non necessita di anestesia locale o generale.
- La paziente viene sottoposta ad ecografia trans vaginale preliminare, quindi si posiziona uno speculum vaginale e si disinfetta la vagina e il collo uterino. Si introduce un apposito sottile catetere, attraverso la cervice uterina, nella cavità dell'utero e sempre mediante l'esame ecografico trans vaginale si verifica la sua corretta posizione. Si inietta, quindi, un liquido (soluzione fisiologica mista ad aria) che permette la distensione e la visualizzazione della cavità uterina e delle tube (la tuba si visualizza come una sottile linea iperecogena grazie al movimento delle bolle che disegnano il suo decorso). L'utilizzo del *Color Doppler* può essere utilizzato come criterio aggiuntivo per la valutazione della pervietà delle tube.

Criteri di valutazione dell'esame

Si considerano criteri di pervietà tubarica:

- La visualizzazione del passaggio di aria e soluzione salina attraverso la tuba
- La positività del segnale *Color Doppler* del passaggio della soluzione salina
- La visualizzazione della diffusione periovarica delle bolle d'aria e del liquido iniettato
- La visualizzazione del liquido nel Douglas

Si considerano criteri di ostruzione tubarica:

- Mancata visualizzazione del passaggio nel mezzo di contrasto (aria, soluzione fisiologica, liquido di contrasto)
- Mancata visualizzazione della diffusione in sede periovarica
- Mancata visualizzazione della diffusione del liquido nel Douglas

Limiti della metodica

- Dai dati della letteratura, l'indagine non è effettuabile in una percentuale di casi compresi tra lo 0 e il 10% per: stenosi cervicale severa, che impedisce l'inserimento del catetere. E' la causa più frequente di fallimento dell'esame
- Eccessiva apertura del canale cervicale che provoca reflusso totale del liquido
- Patologie uterine che impediscono il corretto inserimento del catetere
- Insorgenza, in corso di esame, di dolore pelvico o altre condizioni che inducano a sospendere l'esame a decisione del medico

Accuratezza diagnostica per quanto riguarda la valutazione della pervietà tubarica

I risultati di questa metodica vengono in genere confrontati con la valutazione della pervietà tubarica eseguita in laparoscopica (cromosalpingografia) e con l'isterosalpingografia. La concordanza con la cromosalpingografia laparoscopica è 75-90% e con l'isterosalpingografia è 85-100%.

La sonoisterosalpingografia, quindi, può essere considerata un valido esame di primo livello per la valutazione della pervietà tubarica e, come primo approccio, può sostituire l'isterosalpingografia stessa. La metodica è sicuramente accurata quando si documenta la pervietà tubarica mentre, quando non si riesce ad individuare il passaggio di micro bolle, l'occlusione tubarica non può essere diagnostica.

Effetti collaterali

Gli effetti collaterali hanno un'incidenza che varia dal 5 all'10% dei casi

Effetti collaterali in corso d'esame:

- Dolore uterino di tipo mestruale
- Sudorazione, nausea, vomito
- Bradicardia, lipotimia

Effetti collaterali dopo l'esame:

- Dolore pelvico
- Perdite ematiche vaginali scarse

Complicanza

Infezione pelvica o peritonite (inferiore 1:1000) che si manifesta con dolore addominale e febbre.

Questa complicanza potrebbe richiedere una terapia antibiotica domiciliare mentre, nei casi più gravi, si può rendere necessario un ricovero.

Cognome e Nome (in stampatello): del paziente; del tutore della paziente inabilitato; dei genitori della paziente minorenni esercenti la responsabilità genitoriale

Data

Firma del Paziente / tutore / genitore

Firma dell'altro genitore

Data

Timbro e Firma del medico che ha fornito le informazioni

IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE DI UNO SOLO DEGLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, CON LA PRESENTE SOTTOSCRIZIONE IL FIRMATARIO DICHIARA DI ESERCITARE CONGIUNTAMENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE, OVVERO DI ESSERE L'UNICO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE ESONERANDO DA OGNI RESPONSABILITÀ LA STRUTTURA E I SUOI MEDICI PER OGNI ATTO CONSEGUENTE ALLA MENDACE AFFERMAZIONE ED ACCOLLANDOSENE GLI ONERI. — IN CASO DI ESERCIZIO DELLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE DISGIUNTA SARÀ INDISPENSABILE LA SOTTOSCRIZIONE DI ENTRAMBI GLI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE OVVERO DI PROCURA NOTARILE DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE CHE NON SOTTOSCRIVE OVVERO DI DICHIARAZIONE CON LA QUALE SI ATTRIBUISCE LA FACOLTÀ DI SOTTOSCRIVERE IL CONSENSO ALL'ALTRO GENITORE MUNITA DI DICHIARAZIONE D'AUTENTICITÀ DELLA FIRMA. — SE IL MINORE HA PIÙ DI 14 ANNI OLTRE ALLA FIRMA DEI GENITORI (O DEL TUTORE) DEVE FIRMARE LO STESSO MINORE.

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA SONOISTEROSALPINGOGRAFIA

Io sottoscritta _____,

Nata a _____ il ____ / ____ / ____

DICHIARO

- di essere stata personalmente informata, in modo chiaro ed a me comprensibile, dal
Dott./Dott.ssa: _____ sulle caratteristiche
dell'esame Sonoisterosalpingografia.
- di aver letto e compreso il contenuto di quanto riportato nel foglio informativo.
- di essermi attenuta scrupolosamente a tutte le istruzioni ricevute per la preparazione
dell'esame.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Ad essere sottoposta all'esame diagnostico sonoisterosalpingografico

Cognome e Nome (in stampatello): del paziente; del tutore della paziente inabilitato; dei genitori della paziente minorenni esercenti la responsabilità genitoriale

Data _____ Firma del Paziente / tutore / genitore _____ Firma dell'altro genitore _____

Data _____ Timbro e Firma del medico che ha fornito le informazioni _____

IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE DI UNO SOLO DEGLI ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE, CON LA PRESENTE SOTTOSCRIZIONE IL FIRMATARIO DICHIARA DI ESERCITARE CONGIUNTAMENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE, OVVERO DI ESSERE L'UNICO ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE ESONERANDO DA OGNI RESPONSABILITÀ LA STRUTTURA E I SUOI MEDICI PER OGNI ATTO CONSEGUENTE ALLA MENDACE AFFERMAZIONE ED ACCOLLANDOSENE GLI ONERI. — IN CASO DI ESERCIZIO DELLA RESPONSABILITA' GENITORIALE DISGIUNTA SARÀ INDISPENSABILE LA SOTTOSCRIZIONE DI ENTRAMBI GLI ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE OVVERO DI PROCURA NOTARILE DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE CHE NON SOTTOSCRIVE OVVERO DI DICHIARAZIONE CON LA QUALE SI ATTRIBUISCE LA FACOLTÀ DI SOTTOSCRIVERE IL CONSENSO ALL'ALTRO GENITORE MUNITA DI DICHIARAZIONE D'AUTENTICITÀ DELLA FIRMA. — SE IL MINORE HA PIÙ DI 14 ANNI OLTRE ALLA FIRMA DEI GENITORI (O DEL TUTORE) DEVE FIRMARE LO STESSO MINORE.