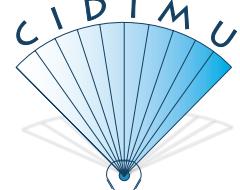




Dalla parte della tua salute ogni giorno!



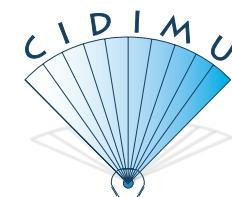
CENTRO ITALIANO DI DIAGNOSTICA MEDICA ULTRASONICA S.p.A.

Direttore Sanitario: Dr. P. Prati - Specialista in Neurologia

Via Legnano, 23 - 10128 TORINO - Tel. 011.56.16.111

cup@cidimu.it - www.cidimu.it

Prevenzione
per la Donna





Indice

Prevenzione e Diagnostica

Ginecologia

Ecografia Addomino Pelvica	3
Ecografia Transvaginale	3
Sonoisterografia	4
Ecografia Perineale	6
Riabilitazione del Pavimento Pelvico	8
Biopsia endometriale mediante Pipelle de Cornier	10
Ginecologia endocrinologica	12
Isterografia	14
Pap Test	15

Mammella

Autopalpazione	16
Ecografia Mammaria	18
Mammografia 3 D con Tomosintesi	19
RM Mammaria	20

Gravidanza

Test Prenatali per anomalie cromosomiche e malattie genetiche	24
Diabete in Gravidanza	28
Ecografia Ostetrica	31

Menopausa

34

Prevenzione e Diagnostica

Ecografia



La Diagnosi precoce
è la soluzione
migliore

ECOGRAFIA ADDOMINO PELVICA

L'ecografia pelvica è un'indagine semplice e innocua, che si basa sull'emissione e sulla ricezione di ultrasuoni. Ciò consente di **valutare la dimensione e la forma degli organi interni**, come ovaie e utero, e le aree anomale all'interno di essi, come cisti e alcuni tumori.

L'ecografia pelvica è in grado di porre il sospetto per alcuni tumori, cisti e altre anomalie, valutando in maniera adeguata ogni caso clinico.

ECOGRAFIA TRANSVAGINALE

L'ecografia transvaginale permette di studiare l'utero e le ovaie.

L'esame serve a ipotizzare l'origine di sanguinamenti o di dolori pelvici (infiammazioni possibili cause di infertilità). Inoltre è utile a studiare **le cisti ovariche, il rivestimento interno dell'utero** (endometrio) e **gli ingrossamenti della parete dell'utero**, e inoltre a sospettare l'eventuale **presenza di tumori**.

Prevenzione e Diagnostica

Sonoisterografia



È un esame che permette uno **studio accurato ed indolore** della cavità endometriale, evitando di ricorrere ad un esame invasivo e doloroso che si chiama **ISTEROSCOPIA**.

Viene eseguito introducendo un sottile catetere sterile monouso all'interno dell'utero: per le dimensioni e la flessibilità del catetere tale manovra risulta minimamente dolorosa.

Successivamente si inseriscono alcuni millilitri di soluzione fisiologica (acqua sterile) o gel che, distendendo la cavità uterina, consentono di visualizzare, mediante l'ecografia transvaginale, eventuali patologie presenti (polipi endometriali, miomi uterini sottomucosi, iperplasie diffuse dell'endometrio, malformazioni uterine, ecc.) e verificare la possibile pervietà tubarica.

L'esame dura in media 15 minuti: la donna può seguirne ogni fase in un apposito monitor posto sopra il lettino su cui è sdraiata e può colloquiare con il medico che le spiegherà ogni eventuale reperto. Al termine dell'esame verrà fornito il referto. Non è un esame particolarmente doloroso, e questo costituisce l'ennesimo vantaggio rispetto alla isteroscopia.

La **SONOISTEROGRAFIA** viene tollerata bene, non richiede l'uso di analgesici né di preparazioni particolari. Solo in un quarto dei casi provoca un modesto dolore pelvico tipo quello provocato dalle mestruazioni, che scompare spontaneamente nel giro di pochi minuti.

L'affidabilità della sonoisterografia è operatore-dipendente. In diversi studi scientifici pubblicati in autorevoli riviste internazionali l'accuratezza di questo esame si è dimostrata piuttosto buona, circa dell'85%.

Pertanto oggi la **SONOISTEROGRAFIA** dovrebbe costituire l'esame di prima scelta nella valutazione della donna con metrorragia e sospetto di alterazione ecografia endometriale, riservando la isteroscopia diagnostica ed eventualmente operativa solo per i casi conclamati.

Il momento migliore è rappresentato dalla prima metà del ciclo mestruale, possibilmente nei giorni che seguono la comparsa del flusso. In questi giorni infatti la visualizzazione della cavità uterina è resa più facile dalla bassa crescita della mucosa endometriale, e si è sicuri che la donna non sia già gravida.

Prevenzione e Diagnostica

Ecografia Perineale

CHE COS'È?

È un esame ecografico eseguito per via transperineale e transvaginale, che permette di ottenere, ad integrazione della visita uroginecologica, **informazioni sull'anatomia e la funzione pelviperineale**. In particolare consente la stadiazione del prolasso e l'identificazione di patologie associate, legate ad esempio al riempimento e/o allo svuotamento vescico uretrale (incontinenza urinaria e/o ritenzione urinaria).

COME SI ESEGUE?

L'esame viene eseguito con la donna in posizione ginecologica (in alcuni specifici casi in ortostatismo). L'esame consta di due fasi:

- Una prima fase

dell'esame avviene per via transperineale a vescica modicamente piena. La sonda (convex di tipo addominale), rivestita da involucro monouso, viene appoggiata a livello perineale. In questa fase gli organi pelvi del compartimento vaginale anteriore (uretra e vescica), centrale (utero) e posteriore (intestino) vengono studiati in condizioni statiche (a riposo) e sotto sforzo massimale (Manovra di Valsalva). Ciò consente una stadiazione del prolasso genitale ed una valutazione della muscolatura perineale. Sempre per via transperineale si possono valutare differenti angoli come l'angolo pubo uretrale, l'angolo uretro vescicale posteriore e quantificare l'imbutizzazione del collo vescicale a riposo e in Valsalva.

Tutti questi parametri sono utilizzati nello studio della incontinenza urinaria da sforzo.

- Una seconda fase

dell'esame avviene per via transvaginale (sonda endocavitaria). Permette prima di tutto di misurare lo spessore medio della parete vescicale che può essere suggestivo di incontinenza urinaria da urgenza. Dopo svuotamento vescicale si valuta in primis la capacità di svuotamento vescicale tramite la stima del volume vescicale postminzionale (residuo postminzionale) e si effettua una valutazione di utero e ovale.

È importante inoltre eseguire una valutazione Color Doppler della vascolarizzazione in particolar modo della parete uretrale, la cui alterazione potrebbe essere suggestiva di deficit sifinterico.

Nuovo metodo per lo studio delle disfunzioni del Pavimento Pelvico

È NECESSARIA UNA PREPARAZIONE INTESTINALE?

Di norma non viene richiesta alcuna preparazione intestinale, anche se indubbiamente la presenza o meno di feci nell'ampolla rettale possono influire nello studio del compartimento posteriore.

COME SI ESEGUE L'ESAME IN CASO DI PROLASSO DI III E DI IV GRADO?

Di norma si inizia l'esame con prolasso ridotto e si continua l'indagine dinamica facendo spingere la donna e analizzando le modificazioni durante l'estrusione degli organi prolassati.

La durata dell'esame è di 15 minuti circa.

QUANDO È UTILE:

- Nella quantificazione del prolasso di organi pelvici
- In sostituzione del Q-tip test nella quantificazione della mobilità uretrale
- In sostituzione della cistouretrografia nella quantificazione dell'angolo uretro-vescicale posteriore
- Nel valutare parametri predittivi di insufficienza sifinterica uretrale quali il funneling e l'apertura dell'uretra prossimale sotto spinta
- Nel valutare parametri predittivi di iperattività detrusoriale quali un aumentato spessore detrusoriale
- Nel definire eventuale patologia pelvica associata
- Nella valutazione post chirurgica pelvi-perineale
- Utile in casi dubbi di prolasso di volta vaginale (enterocele vs rettocele vs cistocele)
- Nella valutazione del residuo post-minzionale

Prevenzione e Diagnostica

Riabilitazione del pavimento pelvico

L'**ambulatorio di riabilitazione pelvi-perineale** è uno spazio dedicato alla salute dei muscoli pelvici e alla loro funzionalità nelle diverse fasi della vita di donne e uomini.

Il perineo o pavimento pelvico è il sistema tessutale composto da muscoli e legamenti che si sviluppa tra la sinfisi pubica e il coccige, dal piano superficiale sotto la cute ai piani muscolari più profondi.

Ha funzione di contenimento e sostegno dei visceri pelvici (vescica, utero, retto) e regolazione dei relativi sfinteri. Si compone di una parte posteriore e una anteriore ed è in diretta correlazione con il diaframma respiratorio. Inoltre è direttamente coinvolto nella dinamica sessuale e durante il passaggio del bambino alla nascita.

Eventi impattanti ma frequenti come ad esempio una gravidanza, un intervento ginecologico, la menopausa o ritmi sportivi elevati causano spesso disfunzioni perineali che trovano beneficio e risoluzione nella riabilitazione pelvi-perineale, sia sul piano della **prevenzione** che su quello **terapeutico**, così da mantenere armonica la duplice funzione di contenimento ed espulsione. Ogni perineo ha caratteristiche anatomiche e funzionali individuali, con reazioni differenti agli eventi stressogeni e all'attività riabilitativa.

Attraverso un'iniziale valutazione individuale effettuata dall'ostetrica o dal fisioterapista, o in conseguenza di visite specialistiche (uro-ginecologi, proctologi, fisiatri), si modula un intervento personalizzato di rieducazione riabilitativa o trattamento del dolore, della durata di minimo una seduta a massimo 10 sedute.

Il centro si avvale di un'**equipe altamente specializzata** in grado di intervenire nei diversi gradi di **tutto l'iter diagnostico e terapeutico**. Con sedute di chinesiterapia, rieducazione posturale, educazione comportamentale e utilizzo di macchinari e ausili, si trasmette alla donna la competenza di individuare i punti di attenzione, attivare selettivamente ed efficacemente le aree interessate e applicare in autonomia l'azione riabilitativa a domicilio.

I metodi utilizzati vengono scelti in base alle necessità e alla fase riabilitativa. L'**obiettivo** è

di trasmettere una serie di esercizi e la modalità corretta per svolgerli sia in fase statica che dinamica e di far acquisire autonomia per l'auto-trattamento al proprio domicilio, consentendo di ridurre la durata del percorso riabilitativo assistito e di mantenere nel tempo e nelle attività quotidiane la salute funzionale conquistata una volta concluso il percorso.

SINTOMI

- **INCONTINENZA URINARIA**
- **STIPSI, INCONTINENZA FCALE, EMORROIDI**
- **PROLASSO DEGLI ORGANI PELVICI**
- **DOLORE PELVICO PERINEALE**
- **DISFUNZIONI SESSUALI**
- **PREPARAZIONE IN GRAVIDANZA E RECUPERO POST PARTO**
- **MENOPAUSA**

➤ **TRATTAMENTO DI CICATRICI PELVICHE**

➤ **PRE E POST CHIRURGICO**

Prevenzione e Diagnostica

Biopsia endometriale mediante Pipelle de Cornier

CHE COS'È?

La Pipelle de Cornier è uno strumento ginecologico che viene utilizzato di norma per eseguire una biopsia endometriale. La Pipelle si presenta come un tubicino di plastica molto flessibile con un'apertura laterale sulla punta.

Questo strumento riesce a prelevare cellule endometriali che sono utili per riuscire ad identificare:

- ▶ Iperplasie endometriali
- ▶ Cancro o tumori uterini
- ▶ Fattori endometriali coinvolti nella sterilità femminile

È consigliabile eseguire prima della biopsia endometriale un'ecografia transvaginale per la diagnosi ginecologica.

IN COSA CONSISTE?

Alla donna viene chiesto di sdraiarsi sul tavolo in posizione ginecologica e mediante l'ausilio dello speculum in vagina si ha l'esposizione della cervice. A questo punto viene inserita la Pipelle de Cornier nel fondo uterino e con movimenti delicati di suzione e raschiatura vengono rimosse cellule del tessuto endometriale. Il tessuto rimosso sarà posto in formalina o equivalente per la conservazione. Il tessuto viene inviato ad un laboratorio, dove verrà elaborato e testato. Sarà poi analizzato al microscopio da un patologo che fornirà una diagnosi istologica.

PER QUALE TIPOLOGIA DI DONNA È INDICATA?

La tipologia di donne per le quali viene indicata la Pipelle de Cornier spazia **da quelle con sindrome da ovaio policistico**, le quali possono presentare rischi endometriali, **a donne con sospetto tumore uterino**.

C'è però un'altra categoria di donne, non meno importante, che fa parte della sfera della sterilità femminile. Uno degli aspetti della sterilità femminile è il mancato impianto degli embrioni, che ad oggi risulta essere ancora un mondo da esplorare nel campo della procreazione medicalmente assistita.

Nel tempo sono stati studiati numerosi markers biologici predittivi dell'impianto uno di questi è la proteina Cx43 la quale è stata al centro dello studio condotto dal Weizmann Institute of Science, a Rehovot in Israele nel 2010, proprio mediante l'ausilio della Pipelle de Cornier. **Lo studio ha portato ad un risultato sorprendente in termini di tassi di gravidanza nelle donne sottoposte a biopsia endometriale mediante Pipelle de Cornier.**

Questo risultato è da ricondursi al fatto che la biopsia endometriale causa in sé un trauma all'endometrio stesso, di conseguenza ne induce la decidualizzazione, cioè l'adattamento ad uno stato di gravidanza.

In più il trauma causa una massiva secrezione di citochine, fattori di crescita, le quali sono presenti nei processi di impianto dell'embrione.

Quindi una semplice procedura di biopsia dell'endometrio si è rivelata un **valido metodo**, soprattutto nei casi di pazienti con numerosi mancati impianti in precedenza.

È INVASIVA?

La tecnica ha un grado di invasività molto basso se si pensa che alla donna viene somministrata soltanto una fiala di diclofenac intramuscolo. I dolori che possono tuttavia presentarsi sono quelli che si presentano durante un ciclo mestruale, di conseguenza la donna può tranquillamente prendere un antidolorifico.



Prevenzione e Diagnostica

Ginecologia Endocrinologica

È la branca della ginecologia dedicata alla diagnosi e alla terapia delle alterazioni di funzionamento delle ovaie, e delle loro conseguenze.

Vi afferiscono:

- **ritardi dello sviluppo puberale;**
- **alterazioni del ciclo mestruale (irregolarità; amenorrea);**
- **turbe da iperandrogenismo (aumento della pelosità; acne);**
- **infertilità (aborti ripetuti);**
- **sterilità e subfertilità;**

Le alterazioni della funzione ovarica possono avere cause, caratteristiche e conseguenze diverse. Alla loro base possono esserci, raramente, patologie della regione ipotalamica del cervello, oppure, meno raramente, dell'ipofisi, con deficitaria produzione degli ormoni stimolatori dell'ovario, le gonadotropine, ed eventuale iperproduzione, a seconda dei casi, dell'ormone somatotropo (GH), o dell'ormone corticotropo (ACTH), o, più frequentemente, della prolattina.

Altre cause possono essere disfunzioni della tiroide o delle ghiandole corticosurrenali, in genere, queste ultime, dipendenti da fattori costituzionali o da alterazioni genetiche, e causa di iperandrogenismo.

Un'eccessiva produzione di androgeni può anche derivare, assai raramente, da forme tumorali del corticosurrene oppure dell'ovaio stesso.

La forma più frequente di iperandrogenismo è causata dalle alterazioni metaboliche derivanti da sovrappeso e/o da relativo eccesso di alimenti contenenti zuccheri a rapido assorbimento (tutto ciò che è dolce; prodotti da forno da farina bianca raffinata; patate). Queste alterazioni metaboliche, che hanno il loro punto focale in un'eccessiva produzione di insulina, stimolano in modo inappropriate l'ovaio e la produzione di androgeni ovarici e corticosurrenalici, con irregolarità mestruali, sino all'amenorrea, accompagnate da manifestazioni più o meno nette di iperandrogenismo (seborrea, acne, irtsutismo) e da un quadro ecografico di ovaio micropolicistico. All'opposto, un bilancio energetico negativo – per difetto nutrizionale, o relativo eccesso di attività fisica, con sottopeso e frequente concomitanza di disagi d'ordine psicologico e attivazione

reattiva della funzione corticosurrenalica – porta ad un rallentamento della stimolazione ovarica da parte delle strutture ipotalamo-ipofisarie, con amenorrea (cosiddetta "ipotalamica"), carenza di estrogeni e, soprattutto nelle ragazze più giovani, compromissione dell'irrobustimento osseo, con rischio di osteoporosi (non solo per la carenza di estrogeni ma anche per l'alterazione della funzione corticosurrenalica e la ridotta produzione dei fattori di crescita).

Infine, diversi meccanismi possono portare ad uno spegnimento precoce della funzione ovarica, con incapacità a rispondere alle stimolazioni delle gonadotropine ipofisarie, la cosiddetta menopausa precoce: tra questi, di particolare rilievo sono i fattori genetici e le alterazioni a base autoimmunologica (cui possono concomitare patologie autoimmuni interessanti altre ghiandole endocrine, quali la tiroide e il corticosurrene, o altri organi ed apparati).

Fattori genetici o autoimmunologici - oltre a disordini della funzione ovarica dovuti ad alterazioni endocrine o del bilancio energetico - possono essere anche alla base di aborti ripetuti.

Ovviamente, un'adeguata impostazione terapeutica dipende da una diagnostica approfondita.

Esami ambulatoriali, insieme ad accurate anamnesi e valutazione clinica, sono sufficienti in buona parte dei casi.

A volte, per ottenere un quadro più preciso e completo, è opportuno un ricovero di approfondimento, con accertamenti mirati a seconda di quanto emerso dalle valutazioni ambulatoriali. Protocolli diagnostici particolarmente efficienti e compatti permettono una conclusione diagnostica con soli due giorni di degenza.

Prevenzione e Diagnostica

Isteroscopia

L'isteroscopia è un esame che permette di osservare direttamente l'interno dell'utero tramite una piccola telecamera. Viene consigliata quando l'ecografia mostra la presenza di possibili lesioni o alterazioni della cavità uterina.

COME SI SVOLGE L'ESAME

La paziente viene fatta accomodare sul lettino ginecologico.

L'esame si esegue senza speculum né pinze, per ridurre al minimo il fastidio. Un sottile strumento (isteroscopio) viene introdotto delicatamente attraverso la vagina e il collo dell'utero fino alla cavità uterina. Durante l'esame viene utilizzato un liquido sterile, che serve a distendere le pareti dell'utero e permettere una visione chiara.

COSA È POSSIBILE FARE DURANTE L'ISTEROSCOPIA

Grazie alla tecnologia moderna, spesso è possibile non solo osservare, ma anche trattare subito eventuali problemi ("see and treat").

NELLO STESSO ESAME POSSONO ESSERE ESEGUITI:

- **Piccole biopsie dell'endometrio**
- **Rimozione di polipi** fino a 1,5–2 cm
- **Trattamento di piccoli fibromi** (< 1,5 cm)
- **Correzione di setti uterini**
- **Trattamento dell'istmocele**

Gli strumenti utilizzati sono molto piccoli (forbicine, pinze, elettrodi o laser) e non aumentano il fastidio. Quando presente, il dolore è simile a un crampo mestruale.

DOVE SI ESEGUE

In assenza di controindicazioni, l'isteroscopia può essere effettuata in ambulatorio, con o senza assistenza anestesiologica.

Pap Test

Il Pap test, anche chiamato **test di Papanicolaou**, è un esame semplice ma molto importante perché permette di individuare precocemente eventuali alterazioni delle cellule del collo dell'utero, che nel tempo potrebbero evolvere in tumori.

COSA È IMPORTANTE SAPERE

Il Pap test non sostituisce la visita ginecologica completa.

Non rileva tutte le possibili patologie ginecologiche, ma è specifico per individuare alterazioni del collo dell'utero.

CHI DOVREBBE FARLO E OGNI QUANTO

Secondo le linee guida europee e della Commissione Oncologica Nazionale, tutte le donne **tra i 25 e i 64 anni dovrebbero eseguire il Pap test ogni 3 anni**, come misura di prevenzione.

LA QUALITÀ DEL SERVIZIO

Il Gruppo CIDIMU utilizza tecnologie moderne e si avvale di uno staff medico altamente qualificato, offrendo così un servizio diagnostico accurato, sicuro e affidabile.

COME SI SVOLGE L'ESAME

Durante la visita ginecologica, il medico inserisce delicatamente uno speculum per poter vedere bene il collo dell'utero.

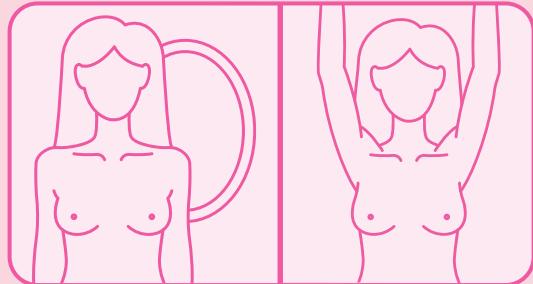
Con una piccola spatola viene raccolta una quantità minima di muco e cellule dalla cervice. Il campione viene poi inviato al laboratorio per l'analisi citologica.

Se il risultato lo richiede, il ginecologo può consigliare ulteriori accertamenti, come la colposcopia.

Prevenzione e Diagnostica

Autopalpazione

Ogni Donna una volta al mese, nei primi giorni dopo la mestruazione dovrebbe controllare da sola le proprie mammelle.



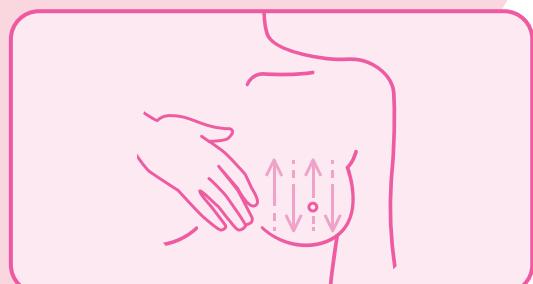
1

“Mettetevi ben diritte davanti allo specchio con le braccia tese prima in basso, poi in alto. A questo punto, osservate attentamente la simmetria dei seni e l’eventuale presenza di infossamenti o alterazioni della pelle dei capezzoli”.



2

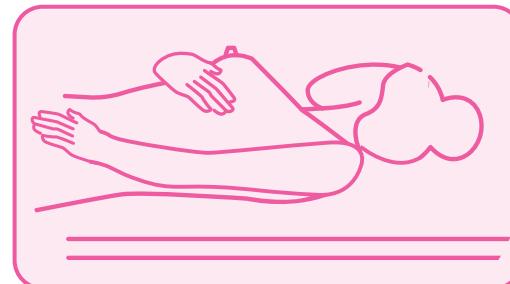
“Sdraiatevi sul letto supine, dopo aver sistemato un cuscino sotto la spalla sinistra. Mettete poi la mano sinistra sotto il capo. Quindi, con le dita della mano destra toccate delicatamente la metà interna della mammella sinistra”.



3

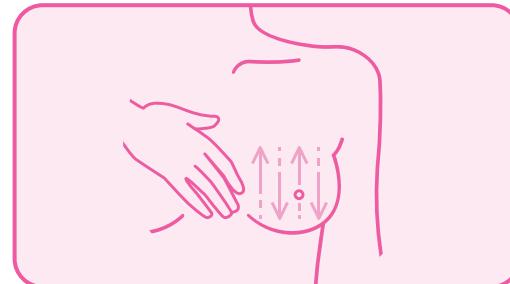
“La palpazione della metà interna della mammella deve essere effettuata in direzioni ben determinate. Vi suggeriamo di seguire le frecce come nell’immagine: il movimento deve essere fatto dall’alto verso il basso e dall’esterno verso il centro.”

Faciliterete la diagnosi precoce della mammella



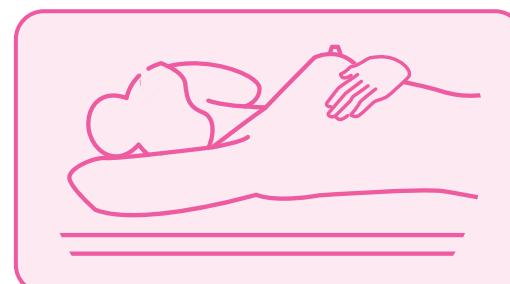
4

“A questo punto, e cioè dopo aver eseguito con precisione i movimenti illustrati nelle precedenti immagini, dovete posizionare il braccio lungo il fianco. Quindi palpate con delicatezza come spiegato sopra la metà esterna della mammella.”



5

“Anche la palpazione della metà esterna della mammella sinistra, come per la metà interna, deve essere effettuata delicatamente e secondo le direzioni indicate dalle frecce: dal basso verso l’alto e dalla periferia verso il centro.”



6

“Lo scopo dell’operazione (che deve essere ripetuta anche per la mammella destra) è quello d’individuare eventuali noduli, o retrazioni della cute o dei capezzoli. Se si manifestassero non allarmatevi ma, per prudenza, rivolgetevi al Medico.”

Prevenzione e Diagnostica

Ecografia Mammaria



ECOGRAFIA MAMMARIA

L'**ecografia mammaria** è un esame diagnostico non invasivo per la rilevazione di immagini del seno e la valutazione del tessuto mammario. L'ecografia utilizza **ultrasuoni** (onde sonore ad alta frequenza), per generare immagini in tempo reale, a differenza della **mammografia**, che invece utilizza **raggi X**.

L'ecografia mammaria è utilizzata **sempre come esame integrativo alla mammografia**, al di sopra dei

40 anni, mentre è l'esame di scelta al di sotto dei 40 anni, o, al di sopra, in caso di mastoplastica ricostruttiva bilaterale, ed è particolarmente efficace in presenza di mammelle dense.

Viene utilizzata nelle seguenti situazioni (ACR2021)

- **valutazione e caratterizzazione di masse palpabili o di altri sintomi/segni a livello mammario**
- **valutazione di anomalie emerse in altre indagini strumentali (mammografia/RM/TC)**
 - **indagine di primo livello in pazienti con nodo clinico**, di età inferiore ai 30 anni, non ad alto rischio
 - **valutazione pazienti in gravidanza**
 - **valutazione protesi mammarie**, guida per biopsie mammarie

Prevenzione e Diagnostica

Mammografia 3D con Tomosintesi

La nuova frontiera per la Diagnosi del Tumore al Seno

La mammografia 3D o tomosintesi mammaria, è un'indagine diagnostica fondamentale per la prevenzione del tumore al seno.

Si tratta di una radiografia della mammella, a basse dosi di radiazioni, ottenuta tramite un'apparecchiatura apposita, il mammografo. La metodica permette la valutazione in 3D, tramite l'acquisizione di una serie di immagini bidimensionali di strati sottili della mammella, ottenute variando l'angolazione del tubo a Raggi X. Le immagini così acquisite vengono poi rielaborate da un computer per creare una visione volumetrica della mammella.

La tomosintesi individua con elevata accuratezza lesioni tumorali al seno anche molto piccole, migliorando la precisione delle diagnosi rispetto alla mammografia tradizionale.

La tomosintesi facilita inoltre la valutazione delle mammelle "dense", ovvero quelle composte prevalentemente da tessuto ghiandolare rispetto a quello adiposo. La metodica diagnostica permette infatti lo studio della mammella ad immagini stratificate, riducendo l'effetto densità.

La mammografia 3D è un'indagine consigliata alle donne con più di 40 anni e può essere eseguita sia come esame di controllo per individu-

are precocemente un cancro prima che questo si manifesti clinicamente, sia come esame diagnostico in presenza di sintomi.

Come per qualsiasi procedura medica è fondamentale la prescrizione del proprio medico, per indirizzare l'esame in relazione al quesito diagnostico.

La mammografia rimane l'esame principale per la diagnosi del tumore alla mammella.

Non esistono esami alternativi, ma possono essere richiesti esami complementari come l'ecografia o la risonanza magnetica mammaria. L'esame può essere effettuato anche in presenza di protesi, è necessario però informare il tecnico radiologo che deve eseguire la mammografia.



MAMMOGRAFO DIGITALE

Prevenzione e Diagnostica

RM Mammella



La Risonanza Magnetica della Mammella

La Risonanza Magnetica della mammella o Risonanza magnetica mammaria

(RMM), è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti per generare immagini, bensì un campo magnetico. Si applica a casi clinici selezionati, dopo che i pazienti hanno già eseguito una valutazione mammaria con ecografia o mammografia ed è stata posta l'indicazione all'approfondimento.

Durante lo svolgimento dell'esame la paziente viene fatta sdraiare su un lettino, in posizione prona, con le mammelle collocate all'interno di apposite "bobine" a forma di coppa, che permettono di rilevare il segnale di risonanza. Il lettino viene poi posizionato all'interno di un cilindro dentro cui si trova il magnete ad alta potenza, che permette l'acquisizione di immagini della mammella da diverse angolature.

Poiché l'intensità del campo magnetico utilizzato per l'approfondimento diagnostico è elevata, la presenza di protesi o dispositivi medici metallici all'interno del corpo del paziente costituisce una controindicazione all'esecuzione dell'esame.

La valutazione della ghiandola mammaria per il sospetto o la diagnosi di tumore viene effettuata somministrando alla paziente per via endovenosa un **mezzo di contrasto** (chelati del gadolinio), che amplifica il segnale di risonanza. Il contrasto viene poi smaltito nelle 24 ore successive tramite le vie urinarie. Proprio per questo la funzionalità renale della paziente vengono valutate **prima dell'esecuzione dell'esame** tramite la misura dei livelli di **creatinina nel sangue** e il **mantenimento del digiuno** per almeno **6 ore** prima dell'esecuzione della risonanza.

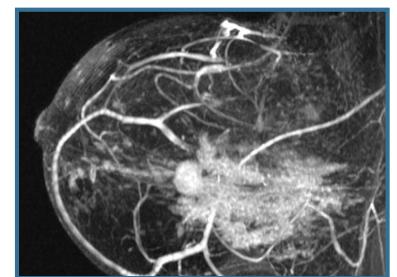
In caso di soggetti allergici, il medico può eseguire una premedicazione per ridurre al minimo la probabilità di eventuali effetti indesiderati come conseguenza della somministrazione del contrasto. La risonanza magnetica mammaria senza mezzo di contrasto viene riservata ai soli casi di studio protesico.

Esiste un intervallo ottimale per eseguire l'esame, compreso tra il 7° e il 14° giorno del ciclo mestruale. In questa fase, l'assetto ormonale è particolarmente favorevole per ridurre la presenza di risultati indeterminati e falsi positivi.

Tuttavia, in alcuni casi, potrebbe essere necessario condurre una revisione ecografica mirata dei reperti dubbi, il cosiddetto "second look".

Le attuali indicazioni alla Risonanza Magnetica Mammaria, in accordo con le linee guida e le raccomandazioni più recenti (EUSOMA 2010, Eusobi 2015, ACR 2018 rev 2023) **sono le seguenti:**

- **Screening donne ad alto rischio**
- **Stadiazione preoperatoria**
- **Valutazione efficacia chemioterapia neoadiuvante**
- **Valutazione protesi mammarie** (sia estetiche che ricostruttive)
- **Carcinoma occulto della mammella**
- **Sospetta recidiva di malattia** (se la biopsia non può essere effettuata)
- **Rilievi discordanti alla mammografia ed ecografia**
- **Secrezione patologica del capezzolo** in assenza di anomalie mammo/ecografiche



Prevenzione e Diagnostica

Presso il Cidimu



Area di Ostetricia e Ginecologia Centro di Senologia

AREA DI OSTETRICIA-GINECOLOGIA E DELLA SALUTE DELLA DONNA

Dr.ssa E. Viora

I consulenti offrono un servizio altamente professionale, mirato alle esigenze specifiche delle varie fasi della vita della donna.

Presso l'Istituto CIDIMU è possibile eseguire in modo accurato ed appropriato una valutazione diagnostica completa che comprende sia test di screening, proposti ed offerti a tutte le donne secondo le più attuali evidenze scientifiche, sia accertamenti approfonditi su specifiche indicazioni.

CENTRO DI SENOLOGIA

Dr.ssa G. Bartoli, Dr.ssa C. Cellerino,

Dr.ssa L. Cellini, Dr.ssa A. Giuliano,

Il Centro di Senologia dell'Istituto CIDIMU S.p.A., si avvale delle seguenti unità operative:

- > **Un mammografo digitale di ultima generazione;**
- > **Un sistema CAD;**
- > **Un ecografo con sonde ad alta frequenza.**

Tutte e tre le tecnologie utilizzate in sequenza sulla donna permettono di ottenere il massimo di capacità diagnostica attualmente ottenibile nell'ambito della patologia mammaria.

La mammografia digitale, infatti, offre nei confronti di quella tradizionale, analogica, evidenti vantaggi (Charta Senologica, Rad. Med. 108, 569, 2004, Pisano, Radiology 246, 376, 2008): anzitutto la sensibile riduzione della dose di radiazioni e poi la migliore qualità dell'immagine con possibilità della sua elaborazione a monitor (ingrandimenti, studio di particolari, inversione bianco-nero per una migliore visualizzazione delle micro calcificazioni).

Più recentemente, si è preso in considerazione lo sviluppo di sistemi computerizzati che fungono da secondo lettore con i sistemi CAD (Computer- Aided Detection), i quali elaborano algoritmi in grado di evidenziare anomalie mammografiche allo scopo di automatizzarne l'interpretazione o, più realisticamente, di fornire uno strumento che potenzi l'accuratezza umana di lettura dell'immagine.

Test Prenatali per

Anomalie cromosomiche e malattie genetiche



TEST DI SCREENING TEST DIAGNOSTICI TEST GENETICI

- ▶ **I test di screening tradizionali** (test combinato/test integrato/tri-test)
- ▶ **Il test del DNA fetale nel circolo materno: cfDNA** (cell free fetal DNA) o **NIPT** (Non Invasive Prenatal Testing)
- ▶ **Le procedure di diagnosi prenatale invasiva** (amniocentesi e prelievo di villi coriali)
- ▶ **Test genetici per valutare lo stato di portatore sano nella donna/coppia**

Su 100 neonati 97 stanno bene, 3 sono sani ma presentano anomalie o condizioni patologiche genetiche: alcune di queste anomalie possono essere sospettate o identificate durante la gravidanza mediante dei test specifici.

Tutte le donne in gravidanza hanno un rischio di avere un feto affetto da tali condizioni patologiche: per la maggior parte delle donne il rischio è molto basso, per alcune il rischio è invece più elevato. È possibile avere informazioni sulle condizioni del feto durante la gravidanza sia determinando quale è il rischio di anomalia (test di screening) sia formulando una precisa diagnosi di normalità o di anormalità (test diagnostici).

Con i **test di screening** si valuta il rischio che quel feto ha di essere malato di una specifica patologia, per esempio la sindrome di Down (trisomia 21, la presenza cioè di un cromosoma 21 in più in tutte le cellule del feto); la valutazione di un rischio elevato può essere seguita da un test diagnostico.

I test di screening sono proposti a tutte le donne in gravidanza.

Con i **test diagnostici** si può conoscere se quel feto è affetto oppure no da una specifica malattia analizzando cellule fetali prelevate mediante l'amniocentesi o il prelievo di villi coriali. Inoltre è possibile, per alcune malattie genetiche, sapere se uno o entrambi i partner, futuri genitori, sono portatori sani: ciò si può conoscere mediante test genetici specifici che possono essere effettuati prima della gravidanza (**test genetici per la ricerca di portatore**). La conoscenza di tali condizioni può permettere, durante la gravidanza, la scelta di appropriati test diagnostici sul feto.

TEST DI SCREENING

Non comportano alcun rischio per la mamma né per la gravidanza.

Si effettuano mediante un'ecografia ostetrica ed uno/due prelievi di sangue.

1. **Test combinato** oppure **il test integrato** oppure **il triplo test**. Tutti questi test servono per conoscere per ogni feto il suo rischio di essere affetto da sindrome di Down. Il rischio è valutato partendo dal rischio di base, che è in relazione con l'età della donna in quel momento (rischio più elevato con l'aumentare dell'età) inserita in un algoritmo, un calcolo che considera dati ecografici (la misura della translucenza nucale per il test combinato ed integrato oppure la misura del diametro biparietale per il tri-test) e dati ottenuti dai prelievi di sangue (un solo prelievo per il test combinato ed il tri-test, due prelievi per il test integrato).

Test Prenatali per Anomalie cromosomiche e malattie genetiche

Per la trisomia 21 vi è una sensibilità del 60% circa con il tri-test e di 89%-90% con il test combinato ed integrato. Con una sensibilità inferiore si individuano feti affetti da altre gravi, più rare, sindromi, quali la trisomia 13 e la trisomia 18. Con il test integrato ed il tri-test si calcola anche il rischio di spina bifida aperta.

2. **Test del DNA fetale** (detto anche **cfDNA o NIPT**). È un test che si esegue sul sangue materno da cui viene estratto ed analizzato il DNA libero fetale. Nel 1997 Dennis Lo, professore all'Università di Hong Kong, ha scoperto il DNA di origine fetale libero circolante nel sangue materno e da allora le ricerche sono molto evolute.

Ora è dimostrato che il NIPT può essere utilizzato anche nelle gravidanze a basso rischio, per tutte le donne in gravidanza e che, per la trisomia 21, è un test di calcolo del rischio più accurato (più sensibile e più specifico, quindi con meno falsi negativi e meno falsi positivi) rispetto ai test "tradicionali" cioè i test combinato/integrato/tri-test.

Ciò significa che vi è indicazione ai test diagnostici (vedi più avanti) in un numero molto più basso di future mamme. Sul DNA libero fetale è possibile andare a valutare, con diversa sensibilità e specificità, non solo il rischio di trisomia del cromosoma 21 ma anche di trisomia dei cromosomi 18 e 13, individuare i cromosomi sessuali, studiare tutti i cromosomi, alcune sindromi da microdelezione o microduplicazione

(un pezzettino molto piccolo di DNA in meno o in più). È indispensabile che l'esame sia effettuato da un Laboratorio certificato e che la donna/coppia sia correttamente informata dei vantaggi/svantaggi del test (vedi linee guida Ministero della Salute di maggio 2015).

Per le donne Rh negative con partner Rh positivo, è possibile effettuare la ricerca del fattore RhD a 11-13 settimane che va poi ripetuto, nel caso il feto sia RhD negativo, a 18 settimane.

TEST DIAGNOSTICI

Permettono la diagnosi di alcune patologie fetalì su cellule prelevate mediante procedure invasive (amniocentesi oppure prelievo di villi coriali) eseguite con un ago inserito nell'addome materno sotto diretto controllo ecografico. Tali procedure comportano un rischio aggiuntivo di aborto di circa 1%.

1. **Prelievo di villi coriali o Chorion Villus Sampling (CVS).** Si esegue a 11-13 settimane di gravidanza e si preleva del tessuto coriale, quello che poi formerà la placenta. Vi sono casi (utero retroversoflesso, presenza di miomi ecc) in cui non è possibile eseguirlo.

2. **Amniocentesi.** Si esegue a 15-18 settimane di gravidanza e si preleva del liquido amniotico.

Sulle cellule prelevate e contenute nel tessuto coriale o nel liquido amniotico è possibile eseguire diversi accertamenti che vanno scelti in

base al motivo per cui si fa l'esame ed alle informazioni che si desidera ottenere.

Nei casi in cui è noto un rischio specifico di patologie genetiche, perché uno o entrambi i partner sono portatori di una malattia (per esempio beta-talassemia, fibrosi cistica, X fragile ecc) si studia il DNA delle cellule del feto per conoscere se è sano, portatore o malato.

Nei casi in cui non è noto un rischio per una specifica patologia genetica ma vi è un rischio generico (cioè pari alla popolazione generale) oppure un rischio aumentato emerso ad un test di screening effettuato in gravidanza (vedi test di screening descritti sopra) si procede con la valutazione del "cariotipo fetale", cioè si studiano i cromosomi del feto. Può essere fatto anche il test rapido (QF-PCR) che consente di avere una parte del risultato, relativamente ai cromosomi 21, 18 e 13, in tempi brevi.

È possibile eseguire anche una valutazione più accurata mediante "array Comparative Genomic Hybridization - arrayCGH o aCGH" o "cariotipo molecolare o microarray cromosomici – CMA" in coppie a rischio (anamnesi, patologia rilevata ecograficamente ecc) oppure in coppie senza fattori di rischio.

TEST GENETICI PER LA RICERCA DI PORTATORE

Sono esami del sangue che si effettuano alla donna o alla coppia, prima della gravidanza, per valutare lo stato di portatore sano. Per alcune malattie genetiche (ad esempio beta-talassemia, fibrosi cistica, atrofia muscolo spinale, X-fragile) è possibile determinare se uno o entrambi i

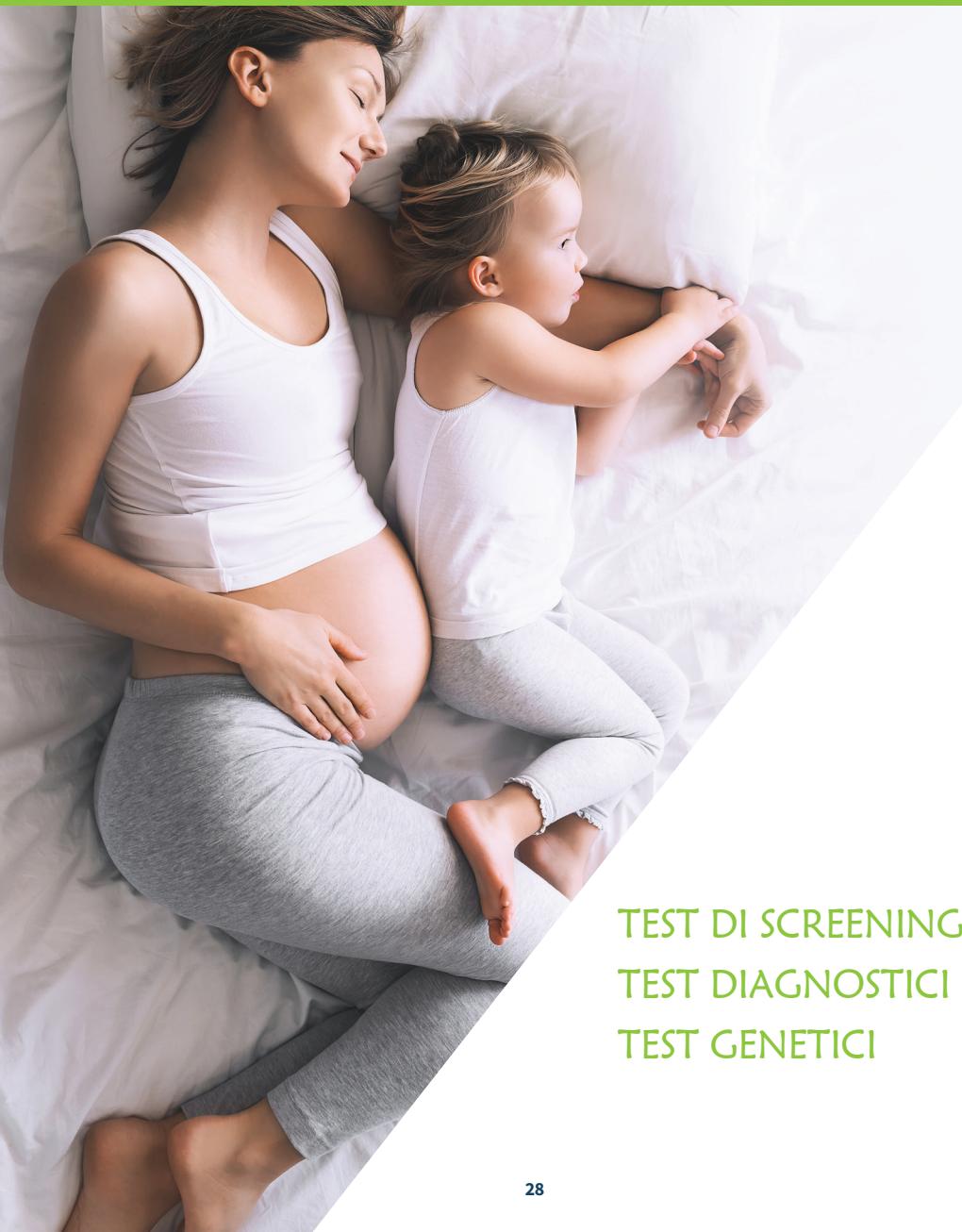
partner sono portatori sani e quindi conoscere se vi è un rischio e quale è l'entità del rischio di avere un figlio malato.

Nel caso la coppia sia a rischio di avere un figlio malato di quella malattia può decidere, qualora inizi una gravidanza, di effettuare un test diagnostico (prelievo di villi coriali o amniocentesi) per conoscere se il feto è sano oppure malato con lo studio delle cellule del feto.

NB. È indispensabile, prima di eseguire qualsiasi test, effettuare la consulenza con il medico esperto di medicina fetale e/o il genetista.

Diabete in gravidanza

(Diabete gestazionale)



TEST DI SCREENING
TEST DIAGNOSTICI
TEST GENETICI

CHE COSA È IL DIABETE GESTAZIONALE?

È un'intolleranza ai carboidrati di gravità variabile con insorgenza in gravidanza e che si risolve dopo il parto. È la complicanza più frequente della gravidanza, in Italia ne sono affette il 6-7% delle gravide. Il diabete gestazionale è causato da ormoni prodotti dalla placenta che hanno azione antagonista all'insulina in presenza di altri fattori che ne favoriscono l'insorgenza: **predisposizione genetica, l'alimentazione non corretta e lo stile di vita sedentario.**

COME E QUANDO SI FA LA DIAGNOSI DI DIABETE GESTAZIONALE?

Il test di screening utilizzato per fare diagnosi di diabete gestazionale si chiama **OGTT** (Oral Glucose Tolerance Test) detto anche **“curva da carico di glucosio”**: a digiuno si somministra per bocca una soluzione di 75 g di glucosio e vengono effettuati 3 prelievi, il primo a digiuno, il secondo dopo un'ora ed il terzo dopo due ore.

La diagnosi di diabete viene posta se almeno uno dei valori glicemici risulta:

- 1°) uguale o maggiore a 92 mg/dl
- 2°) uguale o maggiore a 180 mg/dl
- 3°) uguale o maggiore a 153 mg/dl

Alcuni laboratori non danno la soluzione zuccherina da bere se il valore di glicemia a digiuno è uguale o maggiore a 92 poiché il test si può ritenere già positivo.

IN QUALI CASI È INDICATO FARE IL TEST OGTT?

Il test non va sempre eseguito in gravidanza, ma solo nei casi in cui esistono dei fattori di rischio per diabete ed, a seconda dei fattori di rischio presenti, si fa a 16-18 settimane e/o a 24-28 settimane.

I FATTORI DI RISCHIO SONO:

- età uguale o maggiore di 35 anni
- sovrappeso
- familiarità per diabete
- valori di glicemia fra 100 e 125 mg/dl prima o all'inizio della gravidanza
- precedente diabete gestazionale
- neonato di peso uguale o maggiore di 4,5 kg in precedente gravidanza
- origine da aree ad alta prevalenza di diabete (Asia Meridionale, Caraibi, Medio Oriente).

PERCHÉ SI DEVE CURARE IL DIABETE IN GRAVIDANZA?

In caso di diabete gestazionale la quantità di zucchero che passa la placenta dalla mamma al feto è eccessiva e pertanto il feto deve produrre più insulina. L'iperinsulinismo provoca al feto un accumulo di adipone soprattutto nel tronco e quindi il peso fetale può diventare superiore alla media con maggiore rischio di complicanze al parto ed anche il liquido amniotico può risultare superiore alla norma. I figli di madre con diabete gestazionale non adeguatamente compensato, avranno anche un maggiore rischio di sviluppare obesità nell'infanzia.

La donna con diabete gestazionale ha un rischio maggiore di avere ipertensione durante la gravidanza e diabete di tipo 2 dopo la gravidanza. Pertanto le cure sono indispensabili per ridurre i rischi sia materni che fetali.

Diabete in gravidanza

(Diabete gestazionale)

COSA SI DEVE FARE SE IL TEST OGTT È POSITIVO?

Posta la diagnosi di diabete gestazionale si devono seguire i seguenti passi:

- **Consulenza ginecologica** (a volte diabetologica)
- **Dieta adeguata** ed eventuale visita dietologica
- **Consegna di glucometro** ed addestramento al monitoraggio della glicemia capillare (profili glicemici).

I profili glicemici dovranno essere eseguiti nei giorni indicati dallo specialista e la glicemia va misurata prima dei tre pasti (colazione – pranzo – cena) ed un'ora dopo i pasti. I valori glicemici normali sono: uguale o inferiore a 90 a digiuno e prima dei pasti ed uguale o inferiore a 130 un'ora dopo il pasto.

TERAPIA DEL DIABETE GESTAZIONALE?

La dieta è il cardine della terapia ed assicura una adeguata nutrizione materna e fetale mantenendo corretti valori glicemici.

Se non ci sono controindicazioni ostetriche, è utile anche una moderata attività fisica.

Solo nei casi in cui non si ottiene un controllo della glicemia con la dieta ed il feto cresce eccessivamente, si valuta l'opportunità di prescrivere la terapia insulinica.

L'insulina che la mamma si somministra abbassa i valori glicemici materni e fetali ma non passa la placenta pertanto è innocua per il feto.

QUALI CONTROLLI FARE IN CASO DI DIABETE GESTAZIONALE?

I profili glicemici si eseguono dopo almeno due giorni dall'inizio della dieta e dopo due settimane devono essere controllati dallo specialista che li ha prescritti. I successivi controlli

vanno personalizzati. E' consigliata un'ecografia ostetrica a 32-34 settimane per valutare la crescita fetale ed il liquido amniotico.

La cardiotocografia (CTG o tracciato cardiotocografico), che serve per controllare il benessere del feto attraverso la registrazione per 20-30 minuti del battito cardiaco, si esegue da 39-40 settimane in caso di sola dieta.

Nei casi in cui è prescritta la terapia insulinica i controlli materni devono essere più ravvicinati ed il monitoraggio fetale prevede la cardiotocografia settimanale a partire da 34 settimane di gestazione.

IL PARTO DELLE DONNE CON DIABETE GESTAZIONALE?

Le donne con diabete possono partorire naturalmente a meno che le misure del feto rilevate con l'ecografia siano eccessivamente grandi o esistano altre controindicazioni al parto vaginale.

In caso di buon controllo glicemico con la sola dieta e di crescita fetale regolare, l'espletamento del parto è indicato entro la 41° settimana di gestazione.

Se la crescita fetale è maggiore del 90°centile ed in caso di terapia insulinica può essere indicato indurre il travaglio a 38-40 settimane.

Dopo il parto non si eseguono più controlli glicemici.

È consigliato fare un OGTT a distanza di 8-12 settimane dal parto o al termine dell'allattamento al seno.

I Nostri Ginecologi sono a Vs. completa disposizione per eventuali altre informazioni.

Ecografia in gravidanza

CHE COS'È L'ECOGRAFIA?

L'ecografia è una tecnica che consente di esaminare gli organi del nostro corpo con l'utilizzo di onde sonore ad alta frequenza (ultrasuoni non udibili dall'orecchio umano) che attraversano i tessuti. L'ecografia può essere eseguita anche durante la gravidanza in quanto non si utilizzano radiazioni ionizzanti. Le immagini corrispondono a sezioni del corpo del feto.

È talora necessario, per esempio nel primo trimestre, usare una sonda che si introduce in vagina (ecografia transvaginale), che consente una visione più dettagliata dell'utero e del feto.

CHE COSA SI VEDE CON L'ECOGRAFIA IN GRAVIDANZA?

Nei primi due-tre mesi di gravidanza (6-13 settimane di epoca gestazionale), con la misurazione della lunghezza del feto è possibile valutare se lo sviluppo del feto corrisponde all'epoca di gravidanza valutata in base alla data dell'ultima mestruazione.

Talvolta questa data non è ricordata esattamente oppure le mestruazioni non sono regolari: un'ecografia eseguita nei primi tre mesi consente di datare con precisione l'epoca della gravidanza e di evidenziare la eventuale sede anomala di impianto. Si visualizzano l'attività pulsatile del cuore, i movimenti fetali ed il numero di feti. Più tardi, dal quarto mese in poi, si effettuano le misurazioni della testa, dell'addome e del femore fetale ed i valori di tali misure vengono confrontati con quelli delle curve di riferimento. Si può così valutare se le dimensioni del feto corrispondono a quelle attese per l'epoca della gravidanza.

In questo stesso periodo si visualizzano la sede di inserzione della placenta, la quantità di liquido amniotico ed alcuni organi del feto (strutture intracraniche, cuore, reni, vescica, stomaco, parete addominale, arti).

Il sesso del feto è evidenziabile con l'ecografia attraverso la visualizzazione dei genitali esterni dal quarto mese: la possibilità di definirlo dipende dalla posizione del feto.

È perciò possibile, anche a termine di gravidanza, non riuscire a visualizzare i genitali eterni se la posizione del feto non è adatta.

È POSSIBILE VALUTARE GLI ORGANI INTERNI DEL FETO?

Si, è possibile. Oltre alle strutture che vengono misurate di solito (testa, addome, femore) si visualizzano le strutture endocraniche, il cuore, la vescica, i reni, lo stomaco e le ossa lunghe degli arti. Esami dettagliati di certi organi (ecocardiografia fetale, ecografia di II livello) vengono eseguiti solo quando vi sia un'indicazione specifica.

La possibilità di rilevare un'anomalia dipende dall'organo interessato, dalla sua dimensione, dal tipo di malformazione oltre che dalla posizione del feto nell'utero, dalla quantità di liquido amniotico, dallo spessore della parete addominale materna e dall'epoca di gravidanza.

La morfogenesi fetale è un evento evolutivo che non può essere colto in maniera omnicomprensiva solo con l'esame ecografico.

Ecografia in gravidanza

L'ecografia è in grado di rilevare circa 30-40% delle malformazioni evidenti alla nascita. È perciò possibile che anomalie fetal, anche gravi, non siano rilevate con l'esame ecografico in gravidanza.

QUANTI ESAMI ECOGRAFICI È BENE FARE NEL CORSO DELLA GRAVIDANZA?

Nella gravidanza fisiologica sono consigliati due esami: nel primo trimestre e nel secondo trimestre (a 19-21 settimane). Eventuali ulteriori ecografie, quale quella del terzo trimestre (a 30-34 settimane) oppure in altri periodi della gravidanza, sono eseguite su indicazione specifica del ginecologo/ostetrica curante. Può essere necessario, in alcuni casi, ripetere l'esame più volte: questo verrà consigliato dallo stesso medico che ha eseguito l'ecografia o dal medico curante.

L'ECOGRAFIA È INNOCUA PER IL FETO?

Gli ultrasuoni sono utilizzati nella pratica ostetrica da oltre quaranta anni e mai sono stati riportati effetti dannosi, anche a lungo termine, sul feto. Per tale ragione, con le procedure oggi adottate, l'uso diagnostico dell'ecografia è ritenuto esente da rischi.

INOLTRE...

- **Ecografia di II livello o di approfondimento.** Viene eseguita su indicazione specifica e consente una valutazione più dettagliata dell'anatomia fetale, spesso mirata alla ricerca (oppure al monitoraggio) di determinate anomalie, a seconda del motivo per cui è eseguito l'esame.
- **Esame per la misurazione della translucenza nucale.** Si esegue a 11-13 settimane ed ha lo scopo di identificare i feti in cui vi è un rischio maggiore di anomalie cromosomiche (per es. trisomia 21) e/o di malformazioni fetal. Si consiglia di eseguirla insieme ad un prelievo di sangue eseguito nello stesso momento (test combinato), eventualmente associato ad un secondo prelievo eseguito a 15-17 settimane (test integrato).
- **Dopplerflussimetria materno-fetale.** Si effettua da 20 settimane di gravidanza in poi e serve per valutare le condizioni circolatorie dell'utero e della placenta (organo deputato agli scambi nutrizionali e respiratori del feto) e per esaminare le condizioni circolatorie del feto. Viene eseguita solo in situazioni particolari (feti con iposviluppo, malattie materne ecc.).
- **Ecocardiografia fetale.** Si esegue da 20 settimane di gravidanza in poi e serve per studiare in modo accurato l'anatomia e la funzionalità del cuore fetale. Viene eseguita su specifica indicazione.

➤ Ecografia quale mezzo di supporto per effettuare prelievo di villi coriali, amniocentesi.

Queste metodiche consentono il prelievo di tessuti fetal (liquido amniotico nel caso dell'amniocentesi, tessuto coriale nel caso del prelievo di villi coriali (o CVS) che sono inviati in Laboratorio per eseguire accertamenti su alcune specifiche condizioni del feto. Il motivo più frequente per cui si esegue l'amniocentesi o il CVS è lo studio del cariotipo fetale che serve per diagnosticare eventuali patologie cromosomiche come la trisomia 21 o sindrome di Down. Comportano un rischio aggiuntivo di aborto di circa 1% e vengono eseguiti dopo aver valutato accuratamente il rischio di patologia fetale per la quale si richiede il prelievo.

Menopausa



Ascoltare il proprio corpo aiuta a prevenire oggi, per stare bene domani.

La menopausa è una fase naturale della vita di ogni donna. Porta con sé cambiamenti fisici ed emotivi che meritano attenzione.

Ascoltare il proprio corpo è il primo passo per stare bene.

La menopausa è una fase naturale della vita della donna che segna la **fine del periodo fertile**, causata dalla progressiva riduzione della produzione degli ormoni ovarici, in particolare estrogeni e progesterone.

Viene diagnosticata dopo 12 mesi consecutivi di assenza del ciclo mestruale e si manifesta generalmente dopo i 50 anni.

Questa condizione può portare con sé sintomi che impattano in modo importante sulla qualità di vita della donna: **disturbi del sonno, vampate, sbalzi d'umore, stanchezza, aumento di peso, secchezza vaginale e calo del desiderio, ansia, difficoltà di concentrazione e tanti altri.**

Durante la Visita Ginecologica per la Menopausa il medico può decidere di prescrivere, a seconda delle esigenze di ciascuna paziente, **esami e visite di approfondimento**, tra cui:

- Esami Ematochimici per il controllo metabolico (tra cui l'assetto lipidico, funzionalità epatica e renale, glicemia, dosaggio della vitamina D, indicatori di funzionalità tiroidea);
- Valutazione dello stato ormonale;
- Pap test e/o HPV test;
- Mammografia ed eventuale Ecografia Mammaria;
- Densitometria Ossea (MOC) per valutare il rischio di osteoporotico;
- Valutazione Cardiologica;
- Valutazione Nutrizionale;
- Valutazione Fisiatrica;
- Valutazione Endocrinologica;
- Valutazione Uroginecologica.

Questo approccio integrato consente di monitorare in modo completo la salute della donna e di intervenire precocemente per migliorare benessere e qualità di vita durante la menopausa.

Come Raggiungerci

Via Legnano, 23 - 10128 Torino

L'Istituto CIDIMU S.p.A. si trova in zona Crocetta, nel quadrilatero delimitato da C.so Stati Uniti, C.so Re Umberto, C.so Einaudi e C.so Galileo Ferraris, in prossimità della stazione ferroviaria di Porta Nuova.

Mezzi Pubblici Disponibili: N° 12, 14, 14/, 33, 58, 63, 64. Tram: N° 4, 5, 15

Metro: 1 (Fermata: Re Umberto)

