

UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE

Centro Regionale di Terapia Radiometabolica Centro PET

Direttore: Dr.ssa Francesca Capocchetti

Via S. Lucia, 2-62100 MACERATA

Tel 0733 2572275 Fax 0733 2572466

E-mail zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it

PET ENCEFALO PER LO STUDIO DELLE PLACCHE AMILOIDI

La PET cerebrale con radiofarmaci fluorurati per l'Amiloide, è un esame di Medicina Nucleare che permette di valutare la presenza di placche amiloidi a livello dell'encefalo dei pazienti con sospetta Demenza di Alzheimer. Tale metodica può essere prenotata solo su proposta di uno Specialista Esperto in Demenze e Disordini Cognitivi.

INDICAZIONI ALL'ESAME:

L'indagine è indicata purché siano contemporaneamente presenti **tutte e tre** le seguenti condizioni:

- 1) Il paziente deve avere un deficit cognitivo confermato obiettivamente per mezzo di una batteria neuropsicologica standardizzata
- 2) La causa della compromissione cognitiva rimanga incerta al termine di una estesa valutazione compiuta da un Esperto in Demenze e Disordini Cognitivi correlati e la diagnosi differenziale preveda che la malattia di Alzheimer sia una possibile causa
- 3) Lo specialista ritenga che conoscere se vi sia o meno amiloidosi cerebrale aumenti la certezza diagnostica e modifichi in modo sostanziale la gestione clinico-terapeutica del paziente

Nel caso siano presenti tali precondizioni l'indagine si ritiene **APPROPRIATA** nelle seguenti ipotesi:

- Soggetti con MCI definito secondo i criteri NIA-AA, persistente o progressivo in un lasso di tempo di almeno 6 mesi, quando la diagnosi dello specialista rimanga dubbia al termine della procedura diagnostica che comprenda neuroimmagini morfologiche ed eventualmente funzionali
- Soggetti con MCI che presentano un esordio clinico atipico o incerto senza una diagnosi chiara, nei quali l'eziologia può essere mista a causa di una concomitante malattia cerebrovascolare o quando ci sono condizioni cliniche potenzialmente confondenti (interferenze farmacologiche o patologie sistemiche non opportunamente controllate come ad esempio il diabete).
- Pazienti con diagnosi di possibile malattia di Alzheimer, definiti secondo i criteri NIA-AA quando la diagnosi definitiva è ancora incerta, nonostante il paziente sia stato sottoposto a procedure diagnostiche incluso il neuroimaging morfologico e possibilmente funzionale, a causa di un quadro clinico non chiaro
- Pazienti con decadimento cognitivo o demenza progressiva e un'età di esordio precoce (<65 anni) quando la diagnosi dell'esperto rimanga dubbia al termine della procedura diagnostica
- Pazienti affetti da sindromi focali (per esempio afasia progressiva, agnosia e aprassia; sindrome cortico-basale) quando la diagnosi degli esperti non sia ancora chiarita dal neuroimaging morfologico e funzionale e con lo scopo di escludere la malattia di Alzheimer.

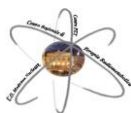
CONTROINDICAZIONI:

Gravidanza o allattamento

AVVERTENZE:

E' necessario che la richiesta dell'indagine sia accompagnata da una relazione dello Specialista che contenga le seguenti informazioni:

- Data inizio sintomi
- Descrizione della sindrome clinica (decadimento cognitivo lieve o MCI o demenza, deficit preminente di tipo amnesico o non-amnesico, singolo dominio o multi-dominio)
- Punteggio MMSE /30
- Descrizione delle comorbidità note
- Elenco dei farmaci psicoattivi prescritti



UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE

Centro Regionale di Terapia Radiometabolica Centro PET

Direttore: Dr.ssa Francesca Capocchetti

Via S. Lucia, 2-62100 MACERATA

Tel 0733 2572275 Fax 0733 2572466

E-mail zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it

- Risultati di esame RM o TC encefalo
- Risultato di eventuale esame PET cerebrale con 18F-FDG
- Risultato di eventuale SPECT con marcatore del DAT
- Risultato di eventuale scintigrafia cardiaca con MIBG
- Risultato di eventuale esame del liquor
- Risultati di test di laboratorio (emocromo, vit.12, TSH, fT3, fT4)
- Descrizione dei motivi per cui la causa del deterioramento cognitivo rimane incerta dopo il completamento di una valutazione clinica standard e trattamento di patologie concomitanti.

MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'ESAME:

L'esame inizia con una visita preliminare in cui il Medico Nucleare effettuerà la raccolta anamnestica e del consenso informato. Dopo la somministrazione endovenosa del radiofarmaco, si effettuerà l'acquisizione delle immagini cerebrali dopo un periodo di tempo che va dai 30 ai 90 minuti, a seconda dello specifico radiofarmaco utilizzato. E' necessario che il paziente rimanga il più possibile immobile durante l'acquisizione.

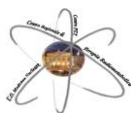
PRECAUZIONI DOPO L'ESAME:

Non stare a contatto diretto con donne in gravidanza e con bambini nelle 24 ore successive all'indagine.

DOCUMENTI DA PORTARE:

E' necessario presentarsi, presso la segreteria della Medicina Nucleare, con la richiesta dello Specialista con riportato: **"PET encefalo con radiofarmaci per Amiloide"** (Cod. 92.11.6 e 92.11.7)

- E' necessario portare in visione la relazione dello Specialista che deve contenere tutte le informazioni sopra riportate
- E' opportuno far presente al Medico le terapie farmacologiche in corso



UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE

Centro Regionale di Terapia Radiometabolica Centro PET

Direttore: Dr.ssa Francesca Capocchetti

Via S. Lucia,2-62100 MACERATA
Tel 0733 2572275 Fax 0733 2572466

E-mail zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it

Da inviare alla:

Segreteria PET

via mail: zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it

o Fax 0733-257 2466.

RICHIESTA DI ESAME: PET ENCEFALO CON RADIOFARMACI CON AMILOIDE

N.B.: Si rammenta che la decisione sull'esecuzione dell'indagine spetta al Medico Nucleare, secondo il D. Lgs. n.101/2020, artt. 157 e 159

Il presente formulario va compilato in tutte le sue parti allegando obbligatoriamente la documentazione richiesta

NOME DEL PAZIENTE:.....

Data di nascita: Indirizzo:

Telefono: Cellulare:

Provenienza:

Medico referente: Tel.:

PESO: Kg _____ **ALTEZZA:** cm _____ (NECESSARI PER LA PROGRAMMAZIONE DELL'ESAME)

Claustrofobia: SI/NO Autosufficiente: SI/NO Barellato: SI/NO Collaborante: SI/NO

Sintomatologia soggettiva d'esordio:

- Memoria
- Linguaggio
- Visuospaziale
- Esecutivo
- Aprassie
- Attenzione
- Comportamento

Descrizione delle comorbidity note (vedi CIRS):

Sospetto diagnostico sindromico:

- Decadimento Cognitivo Lieve o MCI
- Demenza di Alzheimer Possibile
- Demenza di Alzheimer Probabile
- Demenza Atipica
- Demenza Fronto-temporale
- Demenza Vascolare
- Demenza a corpi di Lewy

Eventuali Farmaci psicoattivi assunti:

In caso di MCI indicare se deficit preminente di tipo:

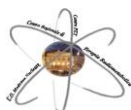
- Amnesico
- Non-amnesico
- Singolo dominio
- Multi-dominio

Risultati di imaging strutturale (RM o TC)

- Atrofia ippocampale
- Atrofia corticale
- Leucoaraiosi
- Lesione infartuale
- Allargamento ventricolare

Punteggio MMSE grezzo: ___/30;
eventuale MMSE corretto per età e scolarità:
___/30;

Risultato di eventuale PET con FDG o SPECT di perfusione/Datscan/Scintigrafia miocardica MIBG



UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE
Centro Regionale di Terapia Radiometabolica Centro PET

Direttore: Dr.ssa Francesca Capocchetti

Via S. Lucia, 2-62100 MACERATA
 Tel 0733 2572275 Fax 0733 2572466
 E-mail zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it

Risultato di eventuale esame del liquor:

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |

Risultato di eventuali altri esami ritenuti rilevanti per il caso (EEG):

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |

Risultati di Test di laboratorio rilevanti:

| |
|--------------------------------|
| Anemia (assente/presente) |
| Carenza B12 (assente/presente) |
| TSH (normale/ridotto/elevato) |

Descrizione dei motivi per cui la causa del deterioramento cognitivo rimane incerta dopo il completamento di una valutazione clinica standard e trattamento di patologie concomitanti

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

Stima pre-esame della probabilità percentuale che il paziente sia affetto da deterioramento cognitivo (il totale deve fare 100%)

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Con amiloidosi cerebrale: |
| _____ Alzheimer |
| _____ Lewy-body |
| <input type="checkbox"/> Senza amiloidosi cerebrale: |
| _____ FTLD |
| _____ Vascolare |
| _____ Altro (specificare cosa): |
| _____ |

(Modulo dati elaborato dal Gruppo di Studio Neurologia AIMN e condiviso con SINDEM e AIP)

Escludere gravidanza o allattamento

Il Medico richiedente (timbro e firma)

Data:

.....

N.B. La proposta di studio sarà validata collegialmente con il Neurologo Referente

Dott.

Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente