



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

Servizio certificato ISO 9001:2015

PET TOTAL-BODY CON ¹⁸F-COLINA IPERPARATIROIDISMO

La PET con ¹⁸F-colina è un esame di Medicina Nucleare che prevede la somministrazione di un radiofarmaco, la colina marcata con il Fluoro 18, un analogo della colina che viene utilizzata dalle cellule come precursore della biosintesi dei fosfolipidi di membrana. Tale radiofarmaco, una volta entrato nelle cellule, viene fosforilato dall'enzima colina-chinasi (CK); nelle cellule adenomatose si verifica un aumento dell'attività di tale enzima perché la rapida proliferazione cellulare induce un aumento del fabbisogno dei fosfolipidi. La captazione della ¹⁸F-colina riflette quindi l'entità della proliferazione cellulare e consente la stima dell'entità della sintesi dei lipidi di membrana.

Tale indagine, è particolarmente utile nella localizzazione preoperatoria di adenomi della paratiroide in caso di iperparatiroidismo primario dopo una diagnostica per immagini convenzionale negativa o non conclusiva (scintigrafia con ^{99m}Tcsestamibi o SPECT/TC).

INDICAZIONI ALL'ESAME:

- Localizzazione preoperatoria di adenomi della paratiroide in caso di iperparatiroidismo primario dopo una diagnostica per immagini convenzionale negativa o non conclusiva (scintigrafia con ^{99m}Tcsestamibi o SPECT/TC).

CONTROINDICAZIONI:

Gravidanza e allattamento

AVVERTENZE:

- E' necessario il digiuno
- Mantenere le terapie prescritte
- Evitare cibi contenenti colina (albume d'uovo, asparagi, fagioli, soia, carote, agnello, fegato di maiale e di vitello, latte scremato, arachidi, burro di arachidi, piselli, spinaci, cime di rapa e prodotti di grano) il giorno precedente l'esame
- E' necessaria una buona idratazione (portare una bottiglietta di acqua naturale da mezzo litro)

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. Nella valutazione del carcinoma prostatico la somministrazione del tracciante per via endovenosa avviene con il paziente sdraiato in posizione supina sul lettino del tomografo PET con successiva immediata scansione dinamica precoce, di circa 10 min, a livello del bacino. A distanza di circa 60 min, verrà eseguita una scansione tardiva Total-body della durata di circa 20 min. E' importante che il paziente rimanga il più possibile immobile durante l'acquisizione delle immagini. Il tempo complessivo necessario per l'indagine è di circa 2-3 ore.

Nella valutazione dell'epatocarcinoma si effettuerà una scansione Total-body dopo circa 60 minuti dalla somministrazione endovenosa del radiofarmaco, per una durata di circa 20 min. Il tempo complessivo necessario per l'indagine è di circa 2-3 ore.

PRECAUZIONI DOPO L'ESAME:

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



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

Servizio certificato ISO 9001:2015

DOCUMENTI DA PORTARE:

- E' necessario presentarsi, presso la segreteria della Medicina Nucleare, con la richiesta del Medico curante o dello Specialista con riportato: **“Tomografia ad emissione di positroni [PET/TC] globale corporea con altri farmaci.”** (Cod. 92.18.D).
- E' importante portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto
- E' necessario far presente al Medico le terapie farmacologiche in corso

NB: in caso di impossibilità ad eseguire l'esame prenotato la struttura richiedente o il paziente stesso sono assolutamente tenuti a disdire telefonicamente l'appuntamento con 48 ore di anticipo in modo da rendere possibile la sostituzione con altro paziente in attesa.

Si rammenta inoltre che in ottemperanza alla DGR n 703_2019, la mancata disdetta della Prestazione Specialistica già prenotata, prevede l'applicazione della sanzione prevista che sarà pari all'intera tariffa della prestazione presente nel Nomenclatore Regionale della Specialistica in oggetto, a meno che l'assenza non venga adeguatamente giustificata. La sanzione per mancata disdetta riguarda tutti gli Utenti, compresi gli esenti ticket per reddito, per età o patologia-invalidità.

Infine in considerazione che il radiofarmaco utilizzato viene prodotto e distribuito da Ditta esterna all'Azienda Ospedaliera: ritardi nelle consegne o blocchi di produzione per motivi tecnici nel sito di produzione possono determinare ritardi dell'orario di inizio dell'esame o impedire l'esecuzione della PET/TC, eventi non dipendenti dalla nostra volontà.



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
Servizio certificato ISO 9001:2015

Da inviare alla:
Segreteria PET

**via mail: zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it
o Fax 0733-257 2466.**

**RICHIESTA DI ESAME: PET TOTAL-BODY CON ¹⁸F-COLINA
IPERPARATIROIDISMO**

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.:

QUESITO CLINICO E DIAGNOSI (accertata o presunta)

➤ Localizzazione preoperatoria di adenomi della paratiroide in caso di iperparatiroidismo primario dopo una diagnostica per immagini convenzionale negativa o non conclusiva (scintigrafia con ^{99m}Tcsestamibi o SPECT/TC).

.....
.....
.....

NOTIZIE ANAMNESTICHE:

Pregressi interventi chirurgici: SI/NO (tipo e data).....

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

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

ALLEGARE fotocopie di TC o RM, Scintigrafia con ^{99m}Tc-Sestamibi.

TERAPIA IN ATTO:

.....

Il Medico richiedente (timbro e firma)

Data:

Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente