

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

RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA/RICERCA DEL DIVERTICOLO DI MECKEL

E' un esame di Medicina Nucleare che permette la visualizzazione scintigrafica del diverticolo di Meckel. Infatti, la ricerca di mucosa gastrica ectopica solitamente viene effettuata nel sospetto che il sanguinamento gastro-intestinale, sia associato ad un diverticolo di Meckel, che contiene nella maggior parte dei casi aree di mucosa gastrica ectopica.

La mucosa gastrica, anche in sede ectopica, capta elettivamente e precocemente il ^{99m}Tc -Pertecnetato. La somministrazione endovenosa dell'isotopo e l'acquisizione di immagini seriate nel tempo permette di visualizzare la presenza di mucosa ectopica a livello enterico. Da considerare che uno studio scintigrafico negativo non esclude completamente la presenza di mucosa gastrica eterotopica e che la presenza di bario nel tubo digerente può mascherare la mucosa gastrica eterotopica.

INDICAZIONI ALL'ESAME:

- Soggetti con sanguinamento rettale con sospetto di ulcerazioni da mucosa gastrica eterotopica

CONTROINDICAZIONI

Gravidanza o allattamento (deve essere sospeso per 24 ore dopo la somministrazione del radiofarmaco)

AVVERTENZE:

- E' necessario il digiuno da almeno 4 ore
- L'esame va eseguito ad una certa distanza da eventuali radiografie con contrasto baritato
- Si consiglia la somministrazione orale nelle 24-48 ore precedenti l'esame, di inibitori della secrezione acida (antagonisti dei recettori H₂, ad es. ranitidina); tale procedura permette infatti di incrementare la ritenzione del tracciante nella mucosa gastrica, anche in quella ectopica, ridurre la secrezione dello stesso nel lume gastrico e facilitare il riconoscimento della captazione patologica

MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'ESAME:

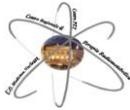
L'esame inizia con una rapida visita preliminare in cui il Medico Nucleare effettuerà la raccolta anamnestica e del consenso informato. Dopo che il paziente è stato posizionato in posizione supina sul lettino della gamma-camera, inizia l'esame mediante somministrazione endovenosa del tracciante e contemporanea acquisizione scintigrafica di immagini dinamiche in sequenza e statiche della durata di almeno 40 minuti. Il tempo complessivo necessario per l'indagine è di circa 1 ora.

PRECAUZIONI DOPO L'ESAME:

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

DOCUMENTI DA PORTARE:

- E' necessario presentarsi, presso la segreteria della Medicina nucleare, con la richiesta del Medico curante o dello Specialista con riportato: **"Ricerca di mucosa gastrica ectopica"**. (Cod. 92.04.4)
- E' importante portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto (relazioni cliniche specialistiche, Esami ematici: emocromo con formula, EGDS, Colonscopia, Rx o TC del distretto in esame) e 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 Medicina Nucleare

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

o Fax 0733-257 2805 / 2373.

RICHIESTA DI ESAME: RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA

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)

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

NOTIZIE ANAMNESTICHE:

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

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

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

ALLEGARE fotocopia di EGDS, RX o TC addome, Colonscopia

TERAPIA IN ATTO:

.....
.....

Il Medico richiedente (timbro e firma)

Data:

Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente