UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE

Centro Regionale di Terapia Radiometabolica Centro PET

Direttore: Dr.ssa Francesca Capoccetti

Via S. Lucia,2-62100 MACERATA
Tel 0733 2572275 Fax 0733 2572466
E-mail zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it
Servizio certificato ISO 9001:2015

SCINTIGRAFIA CON ^{111}Indio-PENTEOTRIDE (OCTREOSCAN)

L'Ocrteoscan è un esame di Medicina Nucleare che permette lo studio dei Tumori neuroendocrini dotati di elevata densità di recettori della somatostatina, mediante la somministrazione di un radiofarmaco, l'^{111}In-Penteotride (analogo della somatostatina). Esso si lega in modo specifico ai recettori della somatostatina (con particolare affinità per i sottotipi 2 e 5), consentendo la visualizzazione scintigrafica delle neoplasie che originano dalle linee cellulari che esprimono tali recettori. I tumori neuroendocrini più comunemente studiati con tale metodica sono:

- Tumori gastro-entero-pancreatici (GEP, ad es. carcinoide, gastrinoma, insulinoma, glucagonoma, VIPoma)
- Tumori del sistema simpatico-adrenergico (ad es. feocromocitoma, paranglioma, neuroblastoma, ganglioneuroma)
- Tumori del polmone (ad es. carcinoide, microcitoma)

Possono essere studiati anche le seguenti neoplasie:

- Carcinoma midollare della tiroide
- Carcinoma a cellule di Merkel
- Adenoma ipofisario

INDICAZIONI ALL'ESAME:

- Localizzazione del tumore primitivo e delle sue metastasi (staging)
- Re-staging di pazienti con malattia nota (valutazione di residui, recidiva, progressione)
- Monitoraggio degli effetti delle terapie (chirurgica, radioterapica, chemioterapica e terapia con analoghi della somatostatina)
- Selezione dei pazienti per la Terapia Radiorecettoriale con analoghi radiomarcati della somatostatina
- Valutazione prognostica della risposta alle successive terapie

CONTROINDICAZIONI:

Gravidanza o allattamento

Incapacità del paziente a cooperare per l'esecuzione della procedura.

AVVERTENZE:

- E' necessario il digiuno
- E' raccomandato sospendere, quando non sussistono controindicazioni cliniche, la Terapia con analoghi della somatostatina, per evitare il possibile blocco recettoriale:
  - 24 ore per gli analoghi a breve durata d'azione
  - 3-4 settimane per gli analoghi a lento rilascio
- E' necessaria un'abbondante assunzione di liquidi prima e dopo la somministrazione del radiofarmaco (portare una bottiglietta di acqua naturale da mezzo litro)
- Nei pazienti con insulinoma o nei pazienti diabetici in terapia con insulina ad alte dosi, la somministrazione del radiofarmaco può causare un'ipoglicemia dovuta alla temporanea inibizione della secrezione di glucagone

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. L'indagine scintigrafica, con il paziente posizionato sul

Direttore: Dr.ssa Francesca Capoccetti
Via S. Lucia,2-62100 MACERATA
Tel 0733 2572275 Fax 0733 2572466
E-mail zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it
Servizio certificato ISO 9001:2015

lettino della gamma-camera in posizione supina, può essere eseguita a discrezione del Medico Nucleare a 4 e 24 ore o a 24 e 48 ore dopo la somministrazione per via endovenosa del radiofarmaco. Le immagini planari statiche dell'addome possono essere ripetute a 48, 72 e/o 96 ore per permettere di eliminare le eventuali interferenze dell'attività intestinale. Durante l'acquisizione è importante che il paziente rimanga il più possibile immobile. Il Medico Nucleare valuterà se effettuare, oltre le immagini scintigrafiche planari total-body anteriori e posteriori, anche le immagini SPECT del distretto anatomico interessato.

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 del Medico curante o dello Specialista con riportato: **"Scintigrafia con ^{111}In-Penteotride".** (Cod. 92.18.5 e 92.19.8)
- E' importare portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto (Ecografia, TC e/o RM, marker neuroendocrini recenti es. cromogranina A)
- 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.

UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA NUCLEARE

Centro Regionale di Terapia Radiometabolica Centro PET

Direttore: Dr.ssa Francesca Capoccetti
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 Medicina Nucleare
via mail: zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it
o Fax 0733-257 2805 / 2373.

RICHIESTA DI ESAME: SCINTIGRAFIA con ^{111}INDIO-PENTEOTRIDE

***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)

- Sospetto tumore gastro-entero-pancreatico:
  ……
- Sospetto feocromocitoma/paraganglioma/neuroblastoma:
  ……
- Sospetto carcinoide polmonare/microcitoma:
  ……
- Re-staging di pazienti con malattia nota (specificare quale):
  ……

NOTIZIE ANAMNESTICHE:
……
……
Claustrofobia: SI/NO Autosufficiente: SI/NO Diabete: SI/NO (Terapia insulinica/Terapia orale)
PESO: Kg_____ **ALTEZZA**: cm_____ (**NECESSARI PER LA PROGRAMMAZIONE DELL'ESAME**)

Marker neuroendocrini (Tipo, risultato, data):
……....
ALLEGARE fotocopie di ECOGRAFIA, TC, RM

TERAPIA IN ATTO:
……
<u>Escludere gravidanza o allattamento</u>

Il Medico richiedente (timbro e firma)

Data: **……..……**
…..……..

<u>Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente</u>