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

SCINTIGRAFIA CON LEUCOCITI AUTOLOGHI MARCATI

E' un esame di Medicina Nucleare che trova impiego nello studio della sede e dell'estensione di processi flogistico-infettivi acuti, nel valutare il grado di attività di malattia e nella stima della risposta alla terapia antibiotica. L'indagine scintigrafica prevede l'iniezione di granulociti autologhi marcati in vitro (con ^{99m}Tc-HMPAO o con ^{111}In-ossina).

INDICAZIONI ALL'ESAME:

- Osteomieliti
- Infezioni di impianto artro-protesico (o di altri mezzi di sintesi)
- Malattie infiammatorie croniche intestinali
- Febbri di origine sconosciuta
- Infezioni dei tessuti molli
- Infezioni cardiache e di apparecchiature mediche elettroniche a residenza
- Infezioni di protesi ed endoprotesi vascolari
- Infezioni del SNC
- Infezioni opportunistiche in pazienti immunodepressi
- Diagnosi di osteomielite e follow-up del trattamento medico nel piede diabetico

CONTROINDICAZIONI

Gravidanza o Allattamento

Grave leucopenia (GB <2000)

AVVERTENZE:

- E' necessario il digiuno
- Sospensione, se indicato e possibile, dei farmaci noti per interferire con la funzionalità dei leucociti (ad es. cortisonici e antibiotici)
- Non richiedere l'esame prima che non siano passati almeno 3-4 mesi dall'intervento chirurgico per evitare possibili risultati falsi positivi

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. L'esame prevede l'esecuzione di un prelievo ematico, eseguito a digiuno da vena periferica del paziente; successivamente i globuli bianchi verranno preparati per la marcatura in vitro (con 99mTc-HMPAO o con 111In-ossina) e poi re-infusi nel paziente. Dopo circa 60 minuti dalla re-iniezione dei leucociti marcati verranno acquisite immagini scintigrafiche precoci dell'area in studio (ad es. bacino, ginocchia) e dopo 4 e 24 ore verranno effettuate le acquisizioni tardive che potranno essere corredate di indagine SPECT, a giudizio del Medico Nucleare.

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: **"Scintigrafia con Leucociti Autologhi Marcati".** (Cod. 92.09.7 e 92.09.8)
- E' importare portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto (relazioni cliniche specialistiche, emocromo con formula e indici di flogosi, Rx, Scintigrafia scheletrica trifasica)

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

Da inviare alla:
Segreteria Medicina Nucleare
via mail: zt9medicina.nucleare@sanita.marche.it
o Fax 0733-257 2805 / 2373.

RICHIESTA DI ESAME: SCINTIGRAFIA CON LEUCOCITI AUTOLOGHI MARCATI

***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 e luogo di nascita: …… Indirizzo: …….

Telefono: ……. Cellulare: ……..

Provenienza: Provenienza: □ Degente presso il Reparto di ……...□ Esterno…….

Medico referente: …….. Tel.: ……....

E.mail:……..

QUESITO CLINICO E DIAGNOSI (accertata o presunta)

- Sospetta osteomielite …….
  ……
- Sospetta mobilizzazione settica di protesi ortopediche …….
  …….
- Esclusione di infezione pre-intervento di reimpianto di protesi ……
  …….
- Altro ……

……

NOTIZIE ANAMNESTICHE:

Terapia antibiotica sì □ ……Terminata il ……; no □

Interventi: sede……data…….

……... sede……data…….

Dolori sì □ no □ sede/data Insorgenza……

Traumi sì □ no □ sede/data ……

Fratture sì □ no □ sede/data ……..

Terapie in corso:……..

SINTOMI: SI/NO ……..

VES: ……**PCR:** ……GB……Altro…….…….

PESO: Kg_____ **ALTEZZA**: cm_____ (**NECESSARI PER LA PROGRAMMAZIONE DELL'ESAME**)

Claustrofobia: SI/NO; Autosufficiente: SI/NO; Barellato SI/NO; Sedia a rotelle SI/NO; Diabete SI/NO; Febbre SI/NO

ALLEGARE copie dei referti di: VISITE Specialistiche, Esami Strumentali, Esami Ematochimici, Esami inerenti la patologia oggetto di studio.

TERAPIA IN ATTO: …….

……...

TERAPIA SOSPESA (a giudizio Specialistico)……

Il Medico richiedente (timbro e firma)

Data: …… **…..……**

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