

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

SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI

La Scintigrafia delle paratiroidi è un esame di Medicina Nucleare che permette la visualizzazione scintigrafica di paratiroidi iperplastiche o neoplastiche (adenoma). Esso può essere effettuato con tre tecniche:

- Tecnica “dual-phase” con singolo tracciante: è una tecnica accurata solo nell'iperparatiroidismo primario; si utilizza come radiofarmaco il ^{99m}Tc -sestaMIBI somministrato per via endovenosa
- Tecnica di sottrazione con doppio tracciante: è una tecnica accurata sia nei casi di iperparatiroidismo primario che secondario/terziario, poco accurata se coesistente patologia tiroidea nodulare; non eseguibile se la tiroide è assente o non visualizzabile (inibizione farmacologia). Si utilizzano due radiofarmaci che vengono somministrati per via endovenosa: un tracciante cellulare (^{99m}Tc -SestaMIBI) che si fissa sia a livello del parenchima tiroideo che paratiroideo ed un tracciante iodomimetico (^{99m}Tc -pertechnetato) che si fissa selettivamente al parenchima tiroideo. L'impiego del doppio tracciante consente, ricorrendo alla sottrazione dell'imaging tiroideo a quello ottenuto con ^{99m}Tc -sestaMIBI, la visualizzazione scintigrafica di eventuale adenoma paratiroideo e/o paratiroidi iperplastiche.
- Tecnica “integrata” (Dual-phase + Imaging tiroideo): La tecnica “Dual-phase” può essere integrata con imaging tiroideo con ^{99m}Tc -pertechnetato da eseguire al termine dell'indagine.

INDICAZIONI ALL'ESAME:

- Localizzazione di paratiroidi iperfunzionanti in pazienti con iperparatiroidismo primitivo già diagnosticato. Raccomandata in fase pre-operatoria nelle procedure di chirurgia mininvasiva e nelle ricorrenze/persistenze di malattia dopo paratiroidectomia.
- Localizzazione di paratiroidi iperfunzionanti in pazienti con iperparatiroidismo secondario refrattario alla terapia farmacologica o terziario.
- Raccomandata in fase preoperatoria nelle ricorrenze/persistenze di malattia dopo paratiroidectomia.

CONTROINDICAZIONI:

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

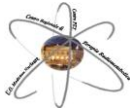
AVVERTENZE:

- Non è necessaria alcuna preparazione
- Eventuale sospensione dei farmaci che possono interferire con l'uptake dei traccianti utilizzati come sotto riportato:

Mezzi di contrasto radiologici contenenti iodio	Eseguire scintigrafia con tecnica di sottrazione non prima di 4-6 settimane da indagini con mezzo di contrasto e 2-6 mesi da assunzione di amiodarone; in alternativa eseguire scintigrafia con tecnica “dual phase”.
Terapia tiroidea sostitutiva	Sospendere per 2-3 settimane
Vitamina D3	Sospendere per almeno 2 settimane
Calcio-mimetici/ Calcio-antagonisti	Sospendere per almeno 10 giorni

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. La modalità di esecuzione dipende dal tipo di tecnica scelta dal Medico Nucleare. Nel nostro centro si utilizza nella maggior parte dei casi l'indagine scintigrafica con Tecnica “integrata” (Dual-phase + Imaging tiroideo); il paziente viene posizionato sul lettino in posizione supina, dopo circa 20 minuti ed a 2-3 ore dalla somministrazione



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

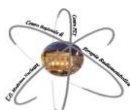
endovenosa del radiofarmaco (^{99m}Tc -sestaMIBI). Successiva integrazione con Scintigrafia tiroidea dedicata dopo somministrazione di ^{99m}Tc -pertechnetato. La SPECT o la SPECT/TC risulta indicata in caso di ectopia ghiandolare, sospetta malattia multighiandolare, concomitante tireopatia nodulare e casi di ricorrenza o persistenza di malattia dopo paratiroidectomia.

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 delle Paratiroidi"**. (COD. 92.13, 92.01.3, 92.19.8)
- E' importante portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto (Ecografia tiroidea e/o TC del collo, dosaggio di PTH, calcemia totale e ionizzata, vitamina D, TSH, FT3, FT4, precedenti esami scintigrafici)
- E' necessario 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: SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI

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)

- Iperparatiroidismo primitivo:
.....
- Iperparatiroidismo secondario/terziario
.....
- Ricorrenza/persistenza di malattia dopo paratiroidectomia:
.....

NOTIZIE ANAMNESTICHE:

.....
.....

Claustrofobia: SI/NO Autosufficiente: SI/NO

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

ESAMI EMATICI:

Data TSH: fT3:..... fT4:..... PTH:..... Calcio tot: Calcio++:..... Vit D:.....

Progressa chirurgia del collo: SI/NO

Noduli tiroidei noti: SI/NO

ALLEGARE fotocopie di ECOGRAFIA TIROIDEA, TC O RM DEL COLLO

TERAPIA IN ATTO:

.....

Escludere gravidanza o allattamento

Il Medico richiedente (timbro e firma)

Data:

.....

Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente