



## 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](mailto: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  $^{99m}\text{Tc}$ -HMPAO o con  $^{111}\text{In}$ -ossina).

#### INDICAZIONI ALL'ESAME:

- Osteomieliti
- Infezioni di impianto artro-protetico (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  $^{99m}\text{Tc}$ -HMPAO o con  $^{111}\text{In}$ -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' importante 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)

Da inviare alla:  
**Segreteria Medicina Nucleare**



**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

**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:** ..... .....

**Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente**