

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 zi9medicina.nucleare@sanita.marche.it
Servizio certificato ISO 9001:2015

**SCINTIGRAFIA PRE-OPERATORIA PER LA RICERCA DI
LINFONODO SENTINELLA NEL MELANOMA**

E' un esame di Medicina Nucleare che permette l'identificazione scintigrafica del "linfonodo sentinella" che risulta il primo linfonodo che riceve il drenaggio linfatico direttamente dal tumore primitivo. Tale indagine consiste nella iniezione intradermica/subdermica di un radiofarmaco (Particelle colloidali di albumina umana marcate con ^{99m}Tc di dimensioni comprese tra 20 e 80 nanometri) in sede peri-tumorale o peri-cicatrizziale se il melanoma è stato già asportato chirurgicamente.

La procedura di asportazione del linfonodo identificato scintigraficamente viene eseguita durante il ricovero in sala chirurgica, mediante l'ausilio di una sonda rilevatrice in presenza del Medico Nucleare. Il linfonodo asportato viene quindi sottoposto ad esame istologico.

INDICAZIONI ALL'ESAME:

- E' raccomandata nei pazienti con melanoma di spessore intermedio (spessore di Breslow da 1,0 a 4,0 mm, T2o T3).
- Può essere raccomandata anche nei pazienti con melanoma di spessore maggiore (Breslow > 4,0 mm, T4), dopo discussione sui probabili benefici e potenziali rischi di danno associati alla procedura.
- Può essere considerata nei pazienti con melanomi sottili T1b (spessore di Breslow da 0,8 a 1,0 mm o spessore di Breslow < 0,8 mm con ulcerazione) dopo approfondita discussione con il paziente sui probabili benefici e potenziali rischi di danno associati alla procedura.
- Può essere eseguita anche ai pazienti T1a (lesioni con spessore di Breslow <0.8 mm) in presenza di altre caratteristiche prognostiche sfavorevoli (per es., alto indice mitotico $\geq 2/\text{mm}^2$, in particolare se soggetti giovani, in presenza di invasione linfovaskolare, o la combinazione di questi fattori)

AVVERTENZE:

- Non è necessario il digiuno
- Non è necessaria alcuna preparazione
- Nel caso di donna in allattamento è raccomandata la sospensione dell'allattamento per le 24 ore successive all'esame scintigrafico

CONTROINDICAZIONI:

- Presenza di infezione locale o franco processo infiammatorio nel sito di somministrazione del radiofarmaco
- Incapacità del paziente a cooperare con la procedura
- Compromissione dello stato generale di salute e/o concomitante grave patologia
- La gravidanza è una controindicazione relativa (valutare l'opportunità di eseguire l'esame caso per caso in un contesto multidisciplinare)

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. La linfo-scintigrafia viene eseguita il giorno precedente l'intervento chirurgico o il giorno stesso almeno 1-2 ore prima. Dopo circa 20 minuti dall'iniezione intradermica/subdermica del radiofarmaco in sede peri-tumorale o peri-cicatrizziale (il numero delle



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

Servizio certificato ISO 9001:2015

iniezioni, in genere da due a otto, dipende dalle dimensioni della lesione o della cicatrice), il paziente verrà posizionato sul lettino della gamma-camera per l'acquisizione delle immagini. La rilevazione scintigrafica del linfonodo sentinella verrà confermata con l'utilizzo della sonda radioguidata. Il Medico Nucleare potrà eventualmente scegliere anche di eseguire una SPECT/TC. La durata complessiva dell'indagine è di circa un'ora. In sala operatoria, mediante la sonda radioguidata verrà individuato il linfonodo sentinella ed il chirurgo effettuerà la sua escissione per l'esame istologico.

PRECAUZIONI DOPO L'ESAME:

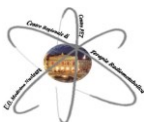
La minima radioattività somministrata non richiede al paziente norme radioprotezionistiche

DOCUMENTI DA PORTARE:

- E' necessario presentarsi, presso la segreteria della Medicina Nucleare, con la richiesta del Medico curante o dello Specialista con riportato: **“Linfoscintigrafia per la ricerca del linfonodo sentinella in paziente con melanoma”**. (Cod. 92.16.2)
- E' importante portare in visione la documentazione clinica relativa alla specifica patologia in atto (Esito della biopsia escissionale)

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 Capocchetti

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 PER LA RICERCA DI LINFONODO SENTINELLA

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)

Tipo di tumore:

Melanoma:

- Sede della lesione
- Biopsia escissionale (data)
- Spessore di Breslow

NOTIZIE ANAMNESTICHE:

.....

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

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

ALLEGARE fotocopie di Ecografie/TC, EI della biopsia escissionale

TERAPIA IN ATTO:

.....

Il Medico richiedente (timbro e firma)

Data:

.....

Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente