

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo</p>	<p><b>CONSENSO INFORMATO BIOPSIA VABB CON GUIDA STEREOTASSICA</b></p>	<p><b>AST_RAD_508_Ed02</b></p> <p>Approvazione: Direttore Dipartimento Area dei Servizi Diagnostici</p> <p>Data di Emissione: 19.05.2023</p>
--	---	--

## INFORMATIVA

### 1. CHE COSA È

La biopsia VABB (*Vacuum Assisted Breast Biopsy*) è un esame sotto guida stereotassica (raggi X) finalizzato al prelievo di campioni di cellule o tessuto sui quali verrà effettuato un esame istologico al fine di individuare la natura della sua malattia.

### 2. A COSA SERVE

Serve a prelevare campioni di cellule o tessuto di sospetta natura patologica sui quali verrà effettuato un esame istologico al fine di individuare la natura della malattia. Le informazioni che si potranno ottenere da questo esame saranno di aiuto per giungere alla formulazione di una diagnosi del suo problema sanitario.

### 3. ALTERNATIVA DIAGNOSTICA

L'unica alternativa attualmente disponibile è la biopsia chirurgica.

### 4. COME SI EFFETTUA

La procedura viene eseguita in regime ambulatoriale. Si effettua attraverso l'introduzione di un ago-cannula collegato ad un sistema di aspirazione che consente il prelievo di materiale per la successiva valutazione da parte dell'anatomopatologo. Normalmente la biopsia VABB viene eseguita previa anestesia locale. La guida stereotassica risulta necessaria per individuare la sede della lesione nel contesto della mammella e per guidare e controllare il posizionamento dell'ago all'interno di tale lesione garantendo l'esecuzione del prelievo in una sede idonea. Sotto tale guida, previa antisepsi della cute ed esecuzione di anestesia locale, l'ago viene posizionato all'interno della lesione bersaglio e vengono eseguite le manovre atte ad ottenere un campione adeguato. Successivamente l'ago viene represso e si procede al recupero del materiale prelevato che viene allestito a seconda dell'esame istologico da eseguire. In alcuni casi può essere necessaria la ripetizione del prelievo nella medesima seduta con analogo tecnica allo scopo di ottenere una adeguata quantità di materiale da esaminare. In una piccola, ma non trascurabile percentuale di casi, il materiale prelevato, nonostante le ripetizioni della procedura, può risultare insufficiente o inadeguato per l'analisi istologica. In caso di rimozione completa della lesione potrà essere posizionata attraverso l'ago-cannula usata per il prelievo, una *clip* radiopaca come *reper*e per poter identificare la sede della lesione ad un controllo successivo o in caso di intervento chirurgico. La procedura termina con l'applicazione di cerotti sterili sulla cute, ghiaccio e medicazione compressiva.

### 5. COSA PUÒ SUCCEDERE-EVENTUALI COMPLICANZE

La biopsia VABB è una procedura ben tollerata con un fastidio in genere limitato alla sensazione di dolore provocata dall'introduzione dell'ago per la preliminare anestesia locale. La complicanza più frequente, che si verifica in circa il 10% dei casi, è rappresentata dalla formazione di un ematoma nella sede del prelievo che solitamente si risolve spontaneamente in 7-15 giorni.

### 6. PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

Per l'esecuzione della procedura è necessario:

- Non interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso ad eccezione di terapie anticoagulanti/antiaggreganti per cui l'eventuale sospensione qualche giorno prima della procedura va concordata caso per caso con i medici dell'UO Radiologia;
- Aver eseguito un prelievo di sangue recente che comprenda emocromo e coagulazione (massimo 1 mese prima in caso di pazienti ambulatoriali non in terapia anticoagulante);
- Portare con sé il giorno dell'esame tutta la documentazione clinica e gli esami diagnostici precedenti.

### 7. RISCHIO PER L'ESPOSIZIONE A RAGGI X

L'esposizione a raggi X comporta un aumento del rischio di sviluppare tumori. Il rischio è generalmente minimo, giustificato dal favorevole rapporto rischio/beneficio. In caso di procedure ripetute deve essere considerato l'effetto cumulativo dell'esposizioni ai raggi X. In caso di procedure interventistiche di lunga durata, potrebbero manifestarsi danni cutanei, alla mucosa intestinale, o al midollo osseo. In considerazione dei possibili effetti nocivi che le radiazioni ionizzanti possono avere su embrione e feto, la procedura è sconsigliata in caso di gravidanza (in caso di necessità si procederà alla valutazione di ogni singolo caso). Per questo motivo, **in caso Lei sia una donna in età fertile**, Le verrà richiesto di attestare di non essere in stato di gravidanza, accertata o presunta o di non poter escludere lo stato di gravidanza prima dell'esecuzione della procedura. Ulteriori informazioni sono riportate nei cartelli informativi affissi nelle sale di attesa o su richiesta.

### CONTATTI UTILI:

- SC Radiologia Presidio San Carlo Borromeo: tel. 02/4022.2039/2465; mail: [info.radiologia.hsc@asst-santipaolocarlo.it](mailto:info.radiologia.hsc@asst-santipaolocarlo.it)
- SC Radiologia Presidio San Paolo: tel. 02/8184.4652; mail: [info.radiologia.hsp@asst-santipaolocarlo.it](mailto:info.radiologia.hsp@asst-santipaolocarlo.it)

**Io sottoscritto** (*nome e cognome*) ..... **dichiaro di aver letto e compreso il contenuto della presente informativa sanitaria, già verbalmente spiegata dal medico e relativa all'atto sanitario consigliatomi.**

Data.....

Firma.....

**CONSENSO INFORMATO  
BIOPSIA VABB CON GUIDA STEREOTASSICA****AST\_RAD\_508\_Ed02**Approvazione: Direttore  
Dipartimento Area dei Servizi  
Diagnostici

Data di Emissione: 19.05.2023

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

Cognome .....

Nome .....

Data di nascita .....

Lingua parlata: Italiano: SÌ  NO  Altro: .....

Peso (kg): .....

**INDAGINE RICHIESTA:** .....

Spazio etichetta

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**Ha già eseguito anestesie locali?  SÌ  NOSe sì ha avuto reazioni allergiche?  SÌ  NOHa importanti allergie a farmaci o altre sostanze?  SÌ  NO**CONSENSO INFORMATO**

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato dichiaro di:

 **Accettare**  **Rifiutare l'indagine proposta****Firma del paziente:** ..... **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Se minore:**

Padre - Nome Cognome: ..... Data di nascita: ..... Firma: .....

Madre - Nome Cognome: ..... Data di nascita: ..... Firma: .....

**Tutore/Amministratore di sostegno:**.....  
(nome, cognome e firma)**Eventuale Interprete/Testimone:**.....  
(nome, cognome e firma)**Firma e timbro (o matricola) del Medico:** .....

Il paziente che ha espresso il proprio consenso è libero di rifiutare la prestazione in qualsiasi momento.

**NOTA: \*\* In caso di revoca successiva del consenso**

Data: .....

Firma dell'interessato (Nel caso di minore, firme dei genitori): .....

Firma, timbro o matricola del medico: .....

U.O: .....

Osservazioni: .....