



**INFORMATIVA**  
**SCINTIGRAFIA CON <sup>99m</sup>Tc-PERTECNETATO PER LA**  
**RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ETERTOPICA**  
**(DIVERTICOLO DI MECKEL)**

AST\_MNU\_508\_Ed00

Approvazione: Direttore SC Medicina  
Nucleare

Data di Emissione: 01.06.2022

## INFORMATIVA

Gentile Paziente,

il Suo Medico curante Le ha prescritto una **scintigrafia con <sup>99m</sup>Tc-pertecnetato per la ricerca di mucosa gastrica eterotopica (diverticolo di Meckel)**, cioè una metodica diagnostica, da effettuare presso un Servizio di Medicina Nucleare, che utilizza un radiofarmaco (<sup>99m</sup>-Tecnezio) somministrato per via endovenosa, per consentire la diagnosi e la localizzazione del diverticolo di Meckel., ovvero la presenza di mucosa gastrica al di fuori dello stomaco. Le informazioni che si potranno ottenere da questo esame saranno di aiuto per giungere alla formulazione di una diagnosi del Suo problema sanitario e non sono ottenibili con altra metodica.

Prima dell'inizio dell'esame Lei sosterrà un colloquio preliminare con un Medico Nucleare: è importante che lo specialista sia a conoscenza del problema clinico nella sua interezza: **mostri quindi TUTTA la documentazione clinica relativa (altri esami diagnostici, terapie in corso, interventi chirurgici eseguiti, ecc.), in suo possesso.**

### 1. IN COSA CONSISTE L'ESAME E COME SI ESEGUE

L'esame si suddivide in più fasi consecutive: somministrazione di un radiofarmaco, acquisizione delle immagini e interpretazione del risultato.

1. **Somministrazione:** Le verrà somministrato, attraverso un'**iniezione endovenosa**, un farmaco radioattivo che viene captato dalla mucosa gastrica. Le radiazioni emesse dal radiofarmaco sono invisibili, ma possono essere rilevate dalle nostre apparecchiature, le gammacamere, e trasformate in immagini.
2. **Acquisizione:** l'esame ha inizio contemporaneamente alla somministrazione del radiofarmaco. Il tecnico La posizionerà su un lettino e la gammacamera Le verrà avvicinata il più possibile alla regione addominale. Poiché questa apparecchiatura funziona come una "macchina fotografica", è necessario restare immobili per tutta la durata dell'esame affinché la qualità dell'immagine sia elevata. È indispensabile che segua tutte le indicazioni che Le saranno date dal personale del Servizio. Dal momento dell'iniezione del farmaco vengono acquisite immagini per circa 40 minuti. In caso di comparsa di aree di sospetta positività potranno venire acquisite ulteriori immagini in varie proiezioni per meglio localizzare la sede della captazione ed escludere false positività.
3. **Interpretazione dell'esame:** le immagini, dopo la fine dell'esame, saranno analizzate da un Medico Specialista in Medicina Nucleare. Le sue valutazioni verranno riportate nel referto e che il Suo Medico Curante avrà cura di interpretare. Il risultato della scintigrafia per la ricerca di mucosa gastrica eterotopica sarà utile nell'orientare le successive scelte diagnostiche o terapeutiche del Suo Medico Curante.

### 2. PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

**Prima dell'esame:**

- **Non** è necessario sospendere le abituali terapie in corso;
- Sarà invitato ad **assumere per via orale, 24h prima dell'esame, un farmaco, la Ranitidina in dosaggio 2-6 mg/kg** (o un suo equivalente) per aumentare la sensibilità dell'esame;
- **Non potrà eseguire l'esame nelle 48 ore successive all'effettuazione di una colonscopia o nelle 72 ore seguenti un clisma opaco;**
- **Ricordiamo** che se la persona che si sottopone all'esame è un **minore**, il foglio **del consenso informato** deve essere firmato da **entrambi i genitori**, in caso di assenza di uno di essi, è possibile la autocertificazione da parte del genitore presente.

**Giorno dell'esame:**

- **Raccomandiamo** di portare tutta la documentazione clinica in suo possesso relativa alla patologia in studio;
- **È necessario il digiuno da circa 4 ore prima dell'esame;**
- L'acquisizione delle immagini ha una **durata di circa 60 minuti**, durante i quali dovrà restare sdraiato sul lettino diagnostico senza muoversi, per garantire una ottimale qualità dell'immagine;
- Al termine dell'indagine, prima di dimettersi dal reparto, il personale valuterà la qualità tecnica della procedura diagnostica.

**Dopo l'esame:**

- **L'allattamento al seno** deve essere sospeso per 48 ore dopo la somministrazione del radiofarmaco;
- **Occorre evitare contatti con bambini e donne in gravidanza per 24 ore dopo l'indagine;**
- Occorre **bere molti liquidi ed urinare spesso**; dopo aver utilizzato il WC far scorrere abbondantemente l'acqua e lavarsi accuratamente le mani.
- **Potrà svolgere le normali attività quotidiane;**
- Il **referto** potrà essere ritirato secondo la tempistica e le modalità riportate nel foglio consegnato al momento dell'accettazione.



**INFORMATIVA**  
**SCINTIGRAFIA CON <sup>99m</sup>Tc-PERTECNETATO PER LA**  
**RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ETEROTOPICA**  
**(DIVERTICOLO DI MECKEL)**

AST\_MNU\_508\_Ed00

Approvazione: Direttore SC Medicina  
Nucleare

Data di Emissione: 01.06.2022

**3. BENEFICI CONSEGUIBILI**

La scintigrafia per la ricerca di mucosa gastrica eterotopica è un esame molto sensibile, in grado di individuare la presenza di mucosa gastrica in sede anomala.

**4. RISCHI E COMPLICANZE PREVEDIBILI**

Questo tipo di esame è indolore e sicuro; non sono stati descritti effetti collaterali e non provoca reazioni allergiche o infettive. Non sono note patologie o situazioni cliniche che possano incrementare il rischio connesso alla esecuzione di questo esame. L'unica **controindicazione all'esecuzione di questo esame è la gravidanza in atto o presunta**, a causa della possibile indebita irradiazione dell'embrione o del feto: se siete in gravidanza o anche solo sospettate di esserlo, informate subito il medico nucleare che valuterà l'opportunità di eseguire l'esame.

L'**allattamento al seno**, viceversa, non costituisce una controindicazione assoluta ma solo relativa all'esecuzione dell'esame. Se ha in corso un allattamento informi comunque il medico nucleare che valuterà la necessità di eseguire l'esame e l'eventuale tempo di sospensione dell'allattamento stesso. La quantità di sostanza radioattiva impiegata è bassa. Per le prime 24 ore dopo l'esame, tuttavia, è necessario evitare contatti con donne in accertato o presunto stato di gravidanza o con minori.

**5. ALTERNATIVE POSSIBILI:** esiste la possibilità teorica di ottenere le medesime informazioni con esami radiologici quali il clisma del tenue e il clisma opca: tutti esami più invasivi e che espongono ad una quantità maggiori di radiazioni. Per quanto concerne la video capsula invece essa non può essere usata in caso di sospette stenosi intestinali.

**7. PREVEDIBILI CONSEGUENZE DEL RIFIUTO DELL'ESAME PROPOSTO**

La mancata esecuzione dell'indagine diagnostica proposta può portare ad un mancato riconoscimento della patologia eventualmente presente, con conseguenze variabili a seconda del tipo di patologia di cui si è portatore; si può rendere altresì necessaria l'esecuzione di un'indagine più invasiva.

**6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

<https://www.aimn.it/site/page/attivita/linee-guida>

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

Firma.....



**INFORMATIVA**  
**SCINTIGRAFIA CON <sup>99m</sup>Tc-PERTECNETATO PER LA**  
**RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ETEROTOPICA**  
**(DIVERTICOLO DI MECKEL)**

AST\_MNU\_508\_Ed00

Approvazione: Direttore SC Medicina  
Nucleare

Data di Emissione: 01.06.2022

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

Cognome .....

Nome.....

Data di nascita .....

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

Peso (kg): .....

Spazio etichetta

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