



## INFORMATIVA

Gentile Paziente,

il Suo Medico curante Le ha prescritto una **SCINTIGRAFIA DELLE GHIANDOLE SALIVARI**, cioè un esame da effettuare presso un Servizio di Medicina Nucleare. La scintigrafia delle ghiandole salivari consiste nella somministrazione per via endovenosa di un radiofarmaco che viene escreto attraverso le ghiandole salivari. La principale indicazione dell'esame è legata alla diagnostica di eventuali processi flogistico infettivi cronici ed immunomediati (sindrome di Sjogren) e/o alla presenza di ostacoli sulla via escretoria da tali ghiandole; per stimolare la secrezione di saliva a circa metà dell'esame (che dura in tutto 20 minuti circa) le verrà somministrato uno stimolo alla produzione di saliva (succo di limone) tramite una cannuccia direttamente in bocca. Dovrà trattenerlo alcuni secondi in bocca e deglutirlo dietro indicazione del personale che sta eseguendo l'esame. 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.

- Somministrazione:** verrà posizionato un **accesso venoso periferico**. Successivamente il Medico specialista Le somministrerà un composto chimico che contiene una piccola quantità di una sostanza radioattiva, e che è denominato radiofarmaco ( $^{99m}\text{TcO}_4^-$ , pertechnetato). Le radiazioni emesse dal radiofarmaco sono invisibili, ma possono essere rilevate dalle nostre apparecchiature, le gammacamere, e trasformate in immagini.
- Acquisizione:** l'esame ha inizio contemporaneamente alla somministrazione del radiofarmaco: si acquisiscono immagini dinamiche per circa 20 minuti, e successivamente immagini statiche per un **totale di circa 40 minuti**. Al 10° minuto circa sarà invitato ad **ingerire del succo di limone** attraverso una cannuccia, per stimolare il drenaggio dei dotti salivari. Il Tecnico La posizionerà su un lettino e la gammacamera Le verrà avvicinata il più possibile alla testa. 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.
- 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 che Le verrà consegnato 4 giorni lavorativi dopo il termine dell'esame e che il Suo Medico Curante avrà cura di interpretare.

### 2. PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

**Prima dell'esame:**

- **Non** è necessario sospendere le abituali terapie in corso;
- **Non** è necessaria alcuna preparazione particolare.

**Giorno dell'esame:**

- **Raccomandiamo** di portare tutta la documentazione clinica in suo possesso relativa alla patologia in studio;
- **Non è necessario il digiuno;**
- Non è necessario venire accompagnati se non per altro motivo differente dall'esame in sé;
- È necessario portare con se una **confezione di succo di limone** (da acquistare in commercio) e da consegnare al personale il giorno dell'esame;
- Al termine dell'indagine, prima di dimetterLa dal reparto, il personale valuterà la qualità tecnica della procedura diagnostica.

**Dopo l'esame:**

- **Evitare contatti con bambini e donne in gravidanza per 24 ore dopo l'indagine;**
- **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 (generalmente dopo quattro giorni lavorativi dal termine dell'esame);
- **Nel giorno dell'esame** è buona norma bere molti liquidi; dopo aver utilizzato il WC far scorrere abbondantemente l'acqua e lavarsi accuratamente le mani.

**3. BENEFICI CONSEGUIBILI**

La scintigrafia delle ghiandole salivari è un esame molto sensibile, in grado di evidenziare eventuali deficit di concentrazione del radiofarmaco o alterazioni del drenaggio in una o più ghiandole salivari. Per una valutazione funzionale della sindrome di Sjogren, ha una sensibilità maggiore rispetto alla scialografia radiologica, specie nelle fasi precoci della patologia.

**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 : l'alternativa possibile è la sialografia un esame radiologico che tuttavia consente solo di valutare l'anatomia delle ghiandole salivari maggiori ma non la loro funzionalità. Si tratta di un esame invasivo che richiede la incannulazione del dotto salivare principale (dio Stenone) e, quando possibile dei dotti delle ghiandole salivari sottomandibolari . L'esame tuttavia ha indicazioni simili ma non identiche.**

**6. 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.

**7. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

- <https://www.aimn.it/site/page/attivita/linee-guida>;
- Kaldeway HP, Ter Borg EJ, van de Garde EMW, Habraken JBA, van Buul MMC. Validation of quantitative salivary gland scintigraphy in relation to the American-European consensus criteria for Sjögren's syndrome. Nucl Med Commun. 2019 Apr;40(4):343-348; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30807534/>.

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.....

**CONSENSO INFORMATO SCINTIGRAFIA DELLE  
GHIANDOLE SALIVARI**

AST\_MNU\_521\_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: .....