

Gentile paziente,
desideriamo trasmetterLe alcune informazioni utili per il Suo esame.

Descrizione della Prestazione

La Tomoscintigrafia miocardica di perfusione è un'indagine diagnostica di Medicina Nucleare che permette di evidenziare e quantificare le regioni del cuore che presentano un ridotto apporto di sangue quando sono sottoposte ad uno sforzo (ischemia) o quelle regioni di cuore che sono già andate incontro ad un episodio ischemico severo e prolungato (infarto miocardico). L'esame consente, inoltre, di fornire informazioni sulle dimensioni e la funzionalità del cuore.

L'esame viene effettuato mediante l'utilizzo di una sostanza farmacologicamente inerte che si fissa in corrispondenza delle cellule miocardiche. Prima della somministrazione, questa sostanza viene legata ad un radionuclide, il tecnezio-99m (^{99m}Tc).

Questa indagine viene quindi impiegata per:

- valutare presenza, sede, estensione e severità di malattia coronarica (ischemia inducibile);
- valutare presenza, sede, estensione, severità di infarto del miocardio;
- valutare il significato clinico di una lesione coronarica rilevata alla coronarografia;
- valutare la presenza di miocardio metabolicamente attivo ossia vitale, al fine di programmare interventi di rivascolarizzazione coronarica efficaci in termini di ripresa funzionale;
- monitorare l'efficacia della terapia medica, dell'angioplastica e del by-pass aorto-coronarico;
- valutare il rischio operatorio per interventi di chirurgia maggiore;
- dare informazioni prognostiche in termini di probabilità di comparsa di eventi cardiaci maggiori futuri.

Le informazioni che si potranno ottenere dall'indagine saranno di aiuto per giungere alla formulazione di una diagnosi accurata, indirizzando eventualmente ad un esame più invasivo come la coronarografia.

Una volta lasciato il Centro, il paziente può dedicarsi alle comuni occupazioni. L'esame infatti non altera in nessun modo le capacità fisiche ed intellettive individuali; anche la guida è possibile se non controindicata dalle condizioni cliniche preesistenti. Tuttavia, è necessario ricordare che il paziente rimane radioattivo nelle 48 ore successive all'esame. Per questa ragione, si consiglia:

- abbondante assunzione di acqua nelle ore immediatamente successive per favorire la diuresi;
- dopo aver utilizzato il WC, far scorrere molta acqua e lavare accuratamente le mani;
- evitare, per tutto questo periodo, il contatto personale con i bambini di età inferiore ai 12 anni;
- evitare, per tutto questo periodo, il contatto personale con donne in stato di gravidanza.

Complicanze

Gli eventuali rischi sono legati a:

Prova da sforzo ergometrica:

- dolore toracico: poiché lo scopo della prova da sforzo è quello di provocare la sintomatologia anginosa, questa può comparire ma è reversibile e controllabile farmacologicamente mediante la somministrazione immediata di nitroderivati (es. Carvasin, Trinitrina)
- ipotensione: relativamente rara ed evitabile mediante riduzione graduale dell'esercizio fisico.

Test farmacologico al Dipiridamolo:

- Effetti secondari non cardiaci:
cefalea e nausea: relativamente rari, reversibili spontaneamente e qualche volta dopo infusione di farmaco antagonista aminofillinico.
- Effetti secondari cardiaci:

dolore toracico: può comparire, poiché lo scopo della prova da sforzo è quello di provocare la sintomatologia anginosa;

ipotensione e bradicardia: rari, legati all'azione del farmaco, monitorabili, reversibili spontaneamente o dopo infusione di farmaco antagonista aminofillinico.

Per ogni ulteriore informazione relativa all'indagine proposta, può rivolgersi al servizio di Counseling Radiologico attivo presso l'Unità di Imaging Diagnostico del CDI, previo appuntamento da richiedere di Persona in Segreteria, o via e-mail all'indirizzo counselingradiologico@cdi.it.

Effetti collaterali

Nessuno.

Controindicazioni al trattamento

L'esame non può essere eseguito in caso di:

- Angina instabile
- Scompenso cardiaco
- Infarto entro 2-4 giorni dalla insorgenza
- Ipertensione sistemica e polmonare non controllata
- Aritmie maligne
- Blocco Atrio-Ventricolare avanzato
- Miocardite e pericardite acuta
- Stenosi mitralica e aortica di grado severo
- Severa BPCO (BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva) ed asma bronchiale (Dipiridamolo)
- Glaucoma (Dipiridamolo)
- Stenosi carotidiche significative (Dipiridamolo; è necessario un Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici datante non più di 6 mesi)

Controindicazione all'esame è rappresentata dalla gravidanza presunta o in atto, per l'irradiazione dell'embrione o del feto. Le donne in età fertile, quindi, devono essere in grado di poter escludere la gravidanza, se necessario, in caso di incertezza, anche mediante analisi del sangue o dell'urina.

In caso di allattamento al seno in corso e irrinunciabilità dell'esame, è necessario informare preventivamente il Medico Nucleare che valuterà l'eventuale intervallo di sospensione dell'allattamento stesso.

Patologie che possono interferire con la prestazione

Si veda paragrafo "Controindicazioni al trattamento".

Terapie che possono interferire con la prestazione

Nessuna.

Alternative al trattamento

Informazioni cliniche simili vengono fornite dall'ecocardiografia con stress farmacologico che, pur non impiegando radiazioni ionizzanti, richiede una buona finestra ecografica non sempre disponibile (pazienti obesi oppure affetti da patologie respiratorie importanti).

Conseguenze del non trattamento

Mancata risposta al quesito diagnostico.

Etichetta Identificativa del Paziente

Consenso Informato da firmare in Reparto

Io sottoscritto/a _____ dichiaro, sotto la mia responsabilità, di aver letto e compreso tutte le informazioni inerenti la tipologia, le complicanze, le controindicazioni e le alternative al trattamento in oggetto e di aver ricevuto dal medico tutti gli ulteriori chiarimenti che ho ritenuto necessari.

Dichiaro inoltre di aver appreso che per tale prestazione dopo stress, sarò contestualmente sottoposto/a dal medico specialista cardiologo ad un "Test provocativo di ischemia miocardica", con i possibili rischi a questo correlati.

Per pazienti di sesso femminile in età fertile:

Io sottoscritta dichiaro, sotto la mia responsabilità, di:

- NON essere in gravidanza o avere un sospetto di gravidanza
- Essere in gravidanza

Pertanto,

- esprimo
- NON esprimo

il mio consenso all'esecuzione della prestazione in oggetto di mia spontanea volontà e in piena consapevolezza.

Milano ___/___/____

Timbro e Firma del Medico -----	Firma del Paziente ¹ -----
------------------------------------	--

Nel caso di paziente minore

Firma del Padre ² -----	Firma della Madre ² -----
---------------------------------------	---

¹ La firma deve essere quella dell'interessato. Nel caso ciò non sia possibile, specificare chiaramente per iscritto la qualifica del firmatario, che deve rientrare tra una delle seguenti: chi esercita la responsabilità genitoriale; il tutore o curatore oppure accompagnatore che ha compilato e firmato il Consenso informato per prestazioni sanitarie a persone incapaci di intendere e/o volere.

² In assenza del Padre/Madre, allegare la dichiarazione di consenso del genitore delegante unitamente alla fotocopia di un documento d'identità del delegante.

Revoca del consenso informato

Io sottoscritto/a _____, informato/a della possibilità di ritirare il consenso in ogni momento prima o dopo la somministrazione del radio farmaco, dichiaro di voler revocare il consenso e di rinunciare ad eseguire l'esame diagnostico:

- Prima della somministrazione del radio farmaco
- Dopo la somministrazione del radiofarmaco

Milano ___/___/____

Timbro e Firma del Medico -----	Firma del Paziente ¹ -----
--	--

Nel caso di paziente minore

Firma del Padre ² -----	Firma della Madre ² -----
---	---

Nel caso di presenza di mediatore linguistico

Nome e firma dell'eventuale mediatore linguistico in caso di consenso informato raccolto in lingua diversa dall'italiano.

Firma del Mediatore linguistico -----
--

Autorizzazione al trattamento dei dati per scopi di ricerca clinica

Ai sensi del Regolamento UE N.679/2016, presa visione dell'informativa resa disponibile al punto di accettazione, esprimo il consenso al trattamento in forma del tutto anonima dei dati ricavati dalla presente prestazione sanitaria per scopi di ricerca clinica, prevalentemente su base di analisi statistica, volti al miglioramento della prevenzione e terapia di molte condizioni patologiche.

- Autorizzo Non autorizzo

Milano ___/___/____

Firma del Paziente ¹ -----
--

¹ La firma deve essere quella dell'interessato. Nel caso ciò non sia possibile, specificare chiaramente per iscritto la qualifica del firmatario, che deve rientrare tra una delle seguenti: chi esercita la responsabilità genitoriale; il tutore o curatore oppure accompagnatore che ha compilato e firmato il Consenso informato per prestazioni sanitarie a persone incapaci di intendere e/o volere.

² In assenza del Padre/Madre, allegare la dichiarazione di consenso del genitore delegante unitamente alla fotocopia di un documento d'identità del delegante.