

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Rhodense</p> <p>PRC N. 13 – 11/2022 Modello 1</p>	<p><b>NOTA INFORMATIVA n. 103</b></p> <p><b>BIOPSIA VABB CON GUIDA STEREOTASSICA</b></p> <p><i>SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</i></p>	<p>Etichetta paziente o cognome/nome/data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
--	--	---

## **BIOPSIA VABB CON GUIDA STEREOTASSICA**

### **1. Descrizione della procedura**

La biopsia VABB (Vacuum Assisted Breast Biopsy) è un esame diagnostico eseguito sotto guida stereotassica (raggi X) finalizzato al prelievo di frammenti di tessuto, di sospetta natura patologica, sui quali verrà effettuato un esame istologico.

### **2. Finalità della procedura**

Prelevare campioni di tessuto, di sospetta natura patologica, sui quali verrà effettuato un esame istologico, al fine di individuare la natura della sua malattia e formulare una diagnosi del suo problema sanitario.

### **3. Modalità di esecuzione**

La biopsia VABB viene eseguita in regime ambulatoriale, normalmente in anestesia locale.

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.

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 retratto 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 analogha 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. Durante l'esecuzione dell'esame verrà, posizionata attraverso l'ago-cannula usata per il prelievo, una clip radiopaca come repere 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.

### **4. Prescrizioni/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 di riferimento;
- 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.

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Rhodense</p> <p>PRC N. 13 – 11/2022 Modello 1</p>	<p><b>NOTA INFORMATIVA n. 103</b></p> <p><b>BIOPSIA VABB CON GUIDA STEREOTASSICA</b></p> <p><i>SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</i></p>	<p>Etichetta paziente o cognome/nome/data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
--	--	---

**5. Rischi e complicanze/ Esiti temporanei o permanenti**

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.

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.

Rispetto alle informazioni di cui sopra, sono presenti condizioni che possono modificare il decorso e l'esito della procedura:

NO  SI  \_\_\_\_\_

**6. Alternative**

L'unica alternativa attualmente disponibile è la biopsia chirurgica.

**7. Conseguenze in caso di rifiuto**

Mancata diagnosi di patologia mammaria.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente (o del rappresentante legale) per presa visione

CONTATTI UTILI:

- SC Radiologia P.O. Rho: tel. 02/99430.3979; mail: segradr@asst-rhodense.it
- SC Radiologia P.O. Garbagnate: tel. 02/99430.2219; mail: segreteriaradga.hsp@asst-rhodense.it

**INDAGINE RICHIESTA: BIOPSIA VABB CON GUIDA STEREOTASSICA**

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE		Spazio barcode
Cognome _____		
Nome _____		
Data di nascita _____		
Lingua parlata: Italiano: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Altro: _____		
Peso (kg): _____		

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

Ha già eseguito anestesie locali?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se sì ha avuto reazioni allergiche?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha importanti allergie a farmaci o altre sostanze?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se sì a quali?		
Assume terapia anticoagulante/antiaggregante?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO  
\_\_\_\_\_

U.O. \_\_\_\_\_ Presidio \_\_\_\_\_

Data...../...../.....

Paziente \_\_\_\_\_  
COGNOME NOME

Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Tutore legale (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Genitori	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	

informato/i attraverso colloqui diretti con il Dr. \_\_\_\_\_,

relativamente a **BIOPSIA VABB**

conseguente a \_\_\_\_\_ e in particolare dichiara/no:  
(DEFINIRE LA PATOLOGIA O IL SOSPETTO DIAGNOSTICO)

- di avere letto e compreso le informazioni contenute nella **NOTA INFORMATIVA** allegata che è stata consegnata e spiegata chiaramente;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento;
- di essere stati messi al corrente:
  1. delle modalità di effettuazione del trattamento, delle diverse modalità/tecniche possibili e relativi vantaggi e rischi;
  2. dei risultati conseguibili in termini di probabilità di successo, di benefici e limitazioni per la vita futura;
  3. di condizioni morbose concomitanti che possono costituire fattore di rischio;
  4. delle conseguenze temporanee e permanenti prevedibili;
  5. di eventuali ricadute nell'ambito della vita familiare e sociale e sulle attività occupazionali;
  6. di possibili problemi di recupero dopo l'intervento;
  7. di eventuali rischi e complicanze e della probabilità che avvengano e di come possano essere risolti;
  8. dell'eventuale possibilità di scelta fra cure diverse o diverse tecniche operatorie e i relativi vantaggi e rischi;
  9. delle eventuali patologie che con maggior probabilità potranno essere scoperte nel corso dell'intervento al fine di acquisire il Consenso Informato per il trattamento di esse;
  10. delle possibili conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario.

Dichiara/no pertanto di  **ACCETTARE, E DI NON AVERE ULTERIORI DOMANDE DA PORRE,**  **NON ACCETTARE**

di sottoporsi/sottoporre il proprio figlio/a beneficiato/a rappresentato/a sopraindicato all'intervento proposto.

Si impegna/no infine a eseguire i controlli necessari che verranno proposti e attenersi alle indicazioni che verranno fornite.

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL PAZIENTE  
GENITORI/TUTORE /RAPPRESENTANTE LEGALE

FIRMA DELL'INTERPRETE SCELTO  
(LEGGIBILE)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuale **revoca** : data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma Medico \_\_\_\_\_