

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Rhodense</p> <p>PRC N. 13 – 11/2022 Modello 1</p>	<p>NOTA INFORMATIVA n. 121</p> <p>AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA IMAGING GUIDATO</p> <p>SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</p>	<p>Etichetta paziente o cognome/nome/ data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
---	---	--

AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA IMAGING GUIDATO

1. Descrizione

La biopsia percutanea consiste nella puntura di lesioni attraverso la cute, eseguita con guida ecografica (ultrasuoni), TC o Cone Beam CT (raggi X).

2. Finalità della procedura

L'esame serve a prelevare campioni di cellule o tessuto di sospetta natura patologica, per una diagnosi cito/istologica. Le informazioni che si potranno ottenere da questo esame saranno di aiuto per giungere alla formulazione di una diagnosi del suo problema sanitario.

3. Modalità di esecuzione

La procedura può essere eseguita in regime ambulatoriale, MAC, Day Hospital o in regime di ricovero ordinario, in base alla sede e alle caratteristiche della lesione da studiare.

Sulla base delle indagini preliminari viene scelta la via di accesso più idonea, quindi attraverso la cute viene introdotto un ago che, sotto guida ecografica, TC o Cone Beam CT (CBCT), verrà orientato e diretto nel punto desiderato; quando la sua punta avrà raggiunto la giusta posizione verrà effettuato un prelievo di cellule (agoaspirato) o frammenti di tessuto (agobiopsia).

La biopsia per un esame istologico viene eseguita normalmente previa anestesia locale; mentre per l'esame citologico vengono utilizzati aghi più sottili che non richiedono l'effettuazione di anestesia locale.

L'indagine potrà essere ripetuta più volte, se la quantità di tessuto prelevato non sarà sufficiente.

La collaborazione del paziente è essenziale per il buon risultato dell'esame, è indispensabile mantenere l'immobilità e su indicazione del medico, trattenere il respiro per alcuni secondi, durante la procedura.

Al termine del prelievo, il frammento verrà inviato all'anatomo-patologo per essere esaminato al microscopio. In alcuni casi il materiale prelevato, nonostante le ripetizioni della procedura, può risultare insufficiente o inadeguato per l'analisi citologica o istologica.

4. Prescrizioni/Preparazione necessaria/Raccomandazioni

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso e le indicazioni sono generalmente specifiche per l'organo sede della lesione.

1. Agoaspirato/agobiopsia di organi superficiali (ad es. tiroide, mammella, linfonodi, ghiandole, cisti): non è necessaria alcuna preparazione e viene solo consigliato riposo nelle prime ore successive al prelievo. Si tratta di procedure eseguibili in regime ambulatoriale.
2. Agoaspirato/agobiopsia di organi profondi (es. fegato, polmone, rene): la procedura viene eseguita in regime di MAC, DH o ricovero.

In questo caso sono necessari:

- Prelievo di sangue recente con valutazione dell'emocromo e della coagulazione (risalente al massimo a 10 giorni prima della procedura, in pazienti ambulatoriali non in terapia anticoagulante). In caso di assunzione di terapie anticoagulanti/antiaggreganti occorre la

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Rhodense</p> <p>PRC N. 13 – 11/2022 Modello 1</p>	<p>NOTA INFORMATIVA n. 121</p> <p>AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA IMAGING GUIDATO</p> <p><i>SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</i></p>	<p>Etichetta paziente o cognome/nome/ data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
---	---	--

valutazione dei medici di riferimento che valuteranno caso per caso la sospensione dei farmaci qualche giorno prima della procedura.

- Digiuno da almeno 6 ore.
- Posizionamento di accesso venoso.

Al termine della procedura occorre un periodo di osservazione nelle ore successive presso il reparto di degenza, il MAC o di DH, per valutare l'insorgenza di eventuali complicanze.

In relazione al tipo di patologia da studiare il medico può ritenere necessaria la somministrazione di mezzo di contrasto (mdc). Se l'indagine può prevederne l'utilizzo, è necessario leggere l'informativa e firmare l'apposito consenso (**NI n. 105** mezzo di contrasto iodato).

In considerazione dei possibili effetti nocivi che le radiazioni ionizzanti possono avere su embrione e feto, la procedura sotto guida TC o CBCT 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.

5. Rischi e complicanze/ Esiti temporanei o permanenti

L'agoaspirato/agobiopsia percutanea è una procedura in genere ben tollerata, con un fastidio solitamente limitato alla sensazione di dolore provocata dall'introduzione dell'ago.

Le complicanze e la loro frequenza dipendono dall'organo e dalla sede della lesione e possono comprendere:

- Complicanze minori:
 - Stravasi di sangue nella sede della puntura;
 - Ematomi di parete;
 - Crisi vagale (svenimento, bradicardia, calo pressorio, sudorazione).
- Complicanze medie o maggiori (che dipendono dalla sede di biopsia):
 - Emorragie interne, generalmente si tratta di sanguinamenti di modesta entità e transitori in addome (ematomi intraparenchimali, sangue nelle vie biliari o emobilia, sangue nelle vie urinarie o ematuria, sangue nella cavità addominale o emoperitoneo) o in torace (emotorace; stravasi di sangue intra-alveolare, emoftoe o emottisi); se di grave entità le emorragie possono condurre a shock ipovolemico e in casi estremi al decesso;
 - Perforazione o lacerazione di organi disposti lungo il tragitto dell'ago (in addome la perforazione di anse intestinali; in torace: penetrazione di aria nello spazio pleurico/pneumotorace, questa complicanza, frequente, rimane per lo più senza conseguenze e non provoca particolari disturbi. Nel caso in cui l'aria penetrata nella pleura sia abbondante, potrà rendersi necessario aspirarla, inserendo un tubo di drenaggio toracico che richiederà la permanenza in ospedale per alcuni giorni).
- Inseminamento (seeding) di cellule neoplastiche lungo il tragitto dell'ago.
- Shock settico.

L'équipe assistenziale è in grado di gestire le possibili complicanze.

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. Ulteriori informazioni sono riportate nei cartelli informativi affissi nelle sale di attesa o su richiesta.

(Rif. Consensi informati SIRM 2015)

Nota Informativa approvata da: Direttore Dipartimento Area dei Servizi

<p>Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Rhodense PRC N. 13 – 11/2022 Modello 1</p>	<p style="text-align: center;">NOTA INFORMATIVA n. 121</p> <p style="text-align: center;">AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA IMAGING GUIDATO</p> <p style="text-align: center;"><i>SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</i></p>	<p style="text-align: center;">Etichetta paziente o cognome/nome/ data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
---	--	---

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

NO SI _____

6. Alternative

L'alternativa è la biopsia chirurgica.

7. Conseguenze in caso di rifiuto

Mancata diagnosi

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: SegreteriaRadg@asst-rhodense.it

INDAGINE RICHIESTA: AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA IMAGING GUIDATO

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE	
Cognome _____	Spazio barcode
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	
Se sì di che tipo?	LIEVI <input type="checkbox"/>	MODERATE <input type="checkbox"/>	SEVERE <input type="checkbox"/>
Ha importanti allergie a farmaci o altre sostanze?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Se si a quali?			
Assume terapia anticoagulante/antiaggregante?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Se si quali farmaci (specificare dosaggio)			
Data esami del sangue:			
EMOCROMO _____ COAGULAZIONE _____			

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 **AGOASPIRATO/AGOBIOPSIA PERCUTANEA IMAGING GUIDATO**

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 la procedura;
 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 della procedura 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 _____