NOTA INFORMATIVA

La Risonanza Magnetica (RM) una tecnica diagnostica non invasiva che utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive, per estrarre immagini dal corpo umano al fine di ottenere informazioni sul distretto corporeo in oggetto. Nel nostro Istituto l'esame viene eseguito con apparecchiatura ad alto campo magnetico (RM Philips da 1.5 e 3T). Si parla di Risonanza Multiparametrica perché acquisisce parametri multipli: morfologia, perfusione ematica, densità cellulare e metabolismo. Per questo esame è necessaria la somministrazione endovena di un mezzo di contrasto paramagnetico a base di Gadolinio. L'indicazione principale per questo esame è la differenziazione tra patologia infiammatoria e tumorale. La RM Prostatica è infatti l'unico strumento in grado di distinguere le porzioni ghiandolari, individuando con accuratezza le aree cosiddette sospette, soprattutto nella zona periferica, maggiormente interessata da lesioni evolutive. Questo esame inoltre aiuta a ridurre in maniera significativa le biopsie inutili e permette di mappare la prostata per eseguire una biopsia mirata su una lesione o su una zona identificata dall'esame come sospetta. Vi si ricorre anche per valutare i pazienti con PSA alterato, identificando quelli da sottoporre a biopsia e per una rivalutazione dei pazienti con PSA alterato che avevano ottenuto esiti negativi da precedenti biopsie. L'esame è indicato anche per controllare i pazienti che hanno una neoplasia prostatica poco aggressiva e decidono di seguire un programma di "sorveglianza attiva" e per individuare recidive di fronte a un rialzo del PSA a seguito di un trattamento chirurgico, radiante o farmacologico. Essa fornisce inoltre un fondamentale contributo in tutti i pazienti sottoposti a prostatectomia radicale o a terapia radiante, nel momento di un sospetto ritorno della malattia, poiché essa è in grado di valutare con accuratezza il nuovo assetto anatomico della loggia prostatica

MODALITA' DI ESECUZIONE DELLA RMN MULTIPARAMETRICA DELLA PROSTATA

L'esame di Risonanza Magnetica Prostatica non è doloroso per il paziente poiché si usa una bobina sovrapubica, che consente di ottenere immagini di buona qualità e con un'ottima risoluzione di contrasto, del tutto paragonabili a quelle ottenibili con le bobine endorettali, con indubbio guadagno di confort del paziente. Il paziente viene fatto distendere supino, con le mani dietro la testa o lungo i fianchi. Preliminarmente è necessaria l'iniezione in vena di un farmaco antispastico, (1 fiala di BUSCOPAN: Ioscina butilbromuro, tipicamente 20 mg) per diminuire gli artefatti da peristalsi (movimento) intestinale. L'esame non necessita di anestesia.

Per la buona riuscita dell'esame si richiede piena collaborazione da parte del paziente, in quanto è fondamentale Pag. 2 di 6 che la paziente rimanga immobile durante le acquisizioni seguendo le indicazioni del TSRM; è necessario, infatti, acquisire diverse immagini che dovranno essere poi sovrapposte tra loro per l'elaborazione al computer dell'immagine finale.

La durata dell'esame è di circa 25-30 minuti. Durante e al termine dell'esame segnali al Personale Sanitario qualsiasi malessere comparso

RACCOMANDAZIONI

Il paziente dovrà ASTENERSI dall'attività sessuale nei 4 giorni antecedenti l'esame.

Nei 3 giorni precedenti l'esame il Paziente dovrà assumere una dieta priva di solidi e scorie. Preferire una dieta a base di pesce ed uova (evitare pasta integrale, pane, frutta, verdura, latticini, farine integrali, alimenti contenenti semi) e bere 2 lt di acqua nell'arco della giornata.

Il giorno precedente l'esame, il Paziente dovrà eseguire una peretta evacuativa.

Il giorno dell'esame il Paziente dovrà:

- Essere munito della RICHIESTA del Medico Specialista o del proprio Medico Curante, corredato da adeguato quesito clinico.
- Portare tutta la DOCUMENTAZIONE relativa alla patologia in esame (esami precedenti, visite specialistiche…) e di eventuali pacemaker e/o dispositivi di attivazione magnetica (es. elettrodi e neurostimolatori) e/o device metallici (es. artroprotesi).
- Essere a DIGIUNO da almeno 6 ore e effettuare una peretta di GLICERINA due ore prima dell'esame.
- Se si effettua protocollo d'esame CON MDC, è OBBLIGATORIO portare in visione i valori di CREATININA E FILTRATO GLOMERULARE (non più vecchi di 3 mesi). N.B.: Si ricorda che in caso di insufficienza renale con Filtrato Glomerulare (GFR) < 30 ml/min è fortemente controindicata la somministrazione del mezzo di contrasto per l'aumentato rischio di sviluppo di Fibrosi Nefrogenica Sistemica.
- Aver compilato il questionario anamnestico preliminare
- Firmato il consenso relativo all' Esposizione ai campi Elettromagnetici e alla Risonanza Magnetica con Mezzo di contrasto

CONTROINDICAZIONI ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL BUSCOPAN

L'uso del farmaco non è possibile in presenza di determinate condizioni mediche che vanno sempre segnalate prima dell'esame:

- Glaucoma
- Grave ipertrofia prostatica o ritenzione urinaria
- Tachiaritmie o gravi cardiopatie
- Ileo paralitico o stenosi del tratto gastroenterico
- Miastenia grave [1, 2, 3]

Possibili effetti collaterali transitori: Secchezza delle fauci, visione un po' sfocata o lievi reazioni di tipo vaso-vagale

ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____nata/o a _____ il_____

DICHIARO

- di aver palesato, senza riserve, il proprio stato di salute, onde permettere al medico di valutare eventuali contro - indicazioni o incidenze specifiche di complicanze ed effetti collaterali;
- essere stata ben informato sui controlli da effettuare, le misure igieniche, le prescrizioni da seguire a domicilio, i relativi rischi e le complicanze;
- di ☐ essere ☐ non essere allergico

- in caso di allergie si prega di indicare esattamente quali:
- di aver ricevuto e compreso tutte le informazioni relative alle mie condizioni cliniche e alla procedura proposta;
- di aver avuto la possibilità di porre domande e di aver ricevuto risposte chiare ed esaurienti da parte del personale medico;
- di essere consapevole che il presente consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento prima o durante l'esame, purché l'interruzione sia tecnicamente possibile e avvenga in condizioni di totale sicurezza per la mia salute.
- Di sapere che mi verrà somministrata una **fiala di Buscopan (ioscina butilbromuro da 20mg)**

Valutate le informazioni ricevute: ☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**

all'esecuzione della procedura proposta, incluse le manovre complementari ritenute necessarie dal medico nell'interesse della mia salute.

Data _____ Firma del Paziente_____

FIRMA DEL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME _____