

## INFORMAZIONI

### QUANDO È NECESSARIA

La biopsia prostatica è necessaria in presenza di lesioni clinicamente e/o ecograficamente sospette e/o di valori ematici elevati di P.S.A. (Antigene prostatico specifico). Il giudizio sull'opportunità di espletamento della procedura bioptica spetta al Medico deputato a compierla.

### A COSA SERVE

La biopsia prostatica ha quale scopo principale quello di accertare o escludere la presenza di **carcinoma prostatico**.

### COME SI ESEGUE

La biopsia prostatica viene espletata sotto guida ecografica, attraversando la parete del retto previa anestesia locale. Il prelievo di campioni di tessuto (in genere 12) viene espletato con apposito ago monouso.

### LE POSSIBILI COMPLICANZE

Pur con l'adozione di tutte le cautele è possibile la comparsa di rare complicanze, fortunatamente quasi sempre di modesta importanza. Fra queste sono relativamente più frequenti la ritenzione urinaria acuta, le complicanze infettive e quelle emorragiche, tutte trattabili. Non deve invece essere considerata una complicanza la comparsa di qualche piccola perdita ematica fecale e/o urinaria e/o con lo sperma, destinata a risolversi spontaneamente in 2-4 settimane.

### COME PREVENIRE LE COMPLICANZE

La prevenzione del rischio di **complicanze infettive** si basa soprattutto sul rispetto delle indicazioni in merito alla profilassi antibiotica a base di Bactrim e Fosfomicina e di un'adeguata pulizia rettale realizzata con microclisma. *(vedere istruzioni a pag. 5)*

La prevenzione del rischio di **complicanze emorragiche** prevede l'esclusione di condizioni di rischio quali malattie della coagulazione del sangue o terapie con farmaci anticoagulanti o antiaggreganti. Di ciò il paziente è tenuto ad informare il medico che gli propone la biopsia poiché la procedura non viene di solito espletata nel corso delle suddette terapie per l'aumentato rischio di sanguinamento. *(vedere istruzioni a pag. 5)*

Segnalare sempre eventuali **allergie** a farmaci (anestetico locale) o a lattice.

### A CHI RIVOLGERSI IN CASO DI COMPLICANZE

Come per qualsiasi altra urgenza, il paziente che, dopo una biopsia prostatica, avverte dolore, bruciore minzionale, febbre, perdite ematiche importanti o altri disturbi, può immediatamente rivolgersi al Pronto Soccorso di questo Ospedale (o di altri ospedali più vicini, se impossibilitato), dove verrà valutato e verranno attuate tutte le procedure del caso.

**Per presa visione,**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### ATTO DI CONSENSO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dopo aver discusso con il medico della mia situazione clinica e aver ottenuto in proposito chiare risposte a ogni mia domanda, ho compreso che, allo scopo di migliorare la situazione attuale e/o di evitare peggioramenti, si rende necessario:

#### **BIOPSIA PROSTATICA ECOGUIDATA**

Ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito al trattamento proposto, anche mediante la lettura del presente documento informativo, il cui contenuto mi è stato comunque ampiamente illustrato dal medico.

Mi è noto che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.

Ho discusso con il medico della mia specifica situazione ed ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, i benefici che si intendono realizzare giustificano l'esposizione al rischio dei possibili effetti indesiderati.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a eventuali trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole.

Pertanto, certo/a che un mio eventuale rifiuto non comporterà conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità,

- acconsento**  
 **non acconsento**, pur consapevole delle conseguenze legate a questa mia decisione

al trattamento proposto.

Sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le complicità.

Inoltre,

- acconsento**  
 **non acconsento**

che, nel corso di tali procedure, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche. Tali registrazioni foto/video potrebbero essere comunque conservate, in forma del tutto anonima e senza alcuna possibilità di collegarle ai Suoi dati, per eventuali necessità didattiche o dimostrative.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
Firma del medico

**INFORMATIVA PER I PAZIENTI IN TERAPIA ANTICOAGULANTE/ANTIAGGREGANTE (AC/AA)**

**PREMESSA**

Qualsiasi procedura bioptica comporta un rischio di complicanza emorragica la cui entità è tanto maggiore quanto più il normale potere coagulativo del sangue è ridotto per motivi patologici (emofilia, epatopatia, ecc.) o per specifiche terapie anti-coagulanti o anti-aggreganti.

**PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE EMORRAGICHE**

La prevenzione/riduzione delle complicanze emorragiche, mai del tutto eliminabili, si basa quindi da un lato sulla conoscenza delle suddette alterazioni patologiche, dall'altro sulla possibile temporanea sospensione o riduzione delle terapie anticoagulanti o antiaggreganti per una limitata finestra temporale, al centro della quale viene situata la procedura bioptica, per poi riprenderla subito dopo.

**RISCHI LEGATI ALLA SOSPENSIONE DELLA TERAPIA AC/AA**

Le terapie anticoagulanti o antiaggreganti vengono prescritte per ridurre il rischio tromboembolico in gravi patologie cardiovascolari (fibrillazione atriale, trombosi venosa profonda, tromboembolia polmonare, ecc.) o dopo particolari interventi (posizionamento di protesi valvolari cardiache, bypass aorto-coronarici, stent coronarici, ecc.). La loro temporanea sospensione può essere sconsigliata o rischiosa, almeno nelle fasi iniziali della patologia che l'hanno richiesta; il giudizio in questo senso dipende da molteplici fattori.

**MODIFICA DELLA TERAPIA AC/AA PER BIOPSIE**

Non esistono ad oggi protocolli condivisi, sicuri ed universali per la gestione di queste terapie in occasione di biopsie; secondo alcuni medici tali terapie andrebbero comunque continuate, mentre secondo altri andrebbero temporaneamente sospese o ridotte. Anche in quest'ultimo caso non esiste un accordo sulle modalità e sulla durata della sospensione o della semplice riduzione.

Ogni singolo paziente richiede un'accurata e specifica valutazione che tenga conto della sua patologia e del suo specifico grado di rischio, in quel determinato momento. Questa valutazione individuale può essere operata al meglio solo dal medico curante (sia esso specialista cardiologo, cardiocirurgo, chirurgo Vascolare, ecc., oppure medico di medicina generale) che ha prescritto le suddette terapie e che periodicamente ne opera l'aggiustamento, mediante la scheda di eventuale modifica della terapia AC/AA (pag. 4).

**A CHI RIVOLGERSI IN CASO DI COMPLICANZE**

In caso di sospette complicanze è necessario rivolgersi al Pronto Soccorso di questo Ospedale (o di altri ospedali più vicini, se impossibilitato), dove verrà valutato e verranno attuate tutte le procedure del caso.

Io sottoscritto ho compreso le informazioni di cui sopra e ho attuato quanto di mia competenza.

**Per presa visione,**

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**EVENTUALE MODIFICA DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE/ANTIAGGREGANTE (AC/AA)  
DA SOTTOPORRE AL MEDICO CURANTE**

Per quanto indicato sul modulo di informativa per i pazienti in terapia anticoagulante/antiaggregante (*pag. 3*) Le chiediamo di consultare il Suo medico curante per ottenere le istruzioni necessarie su come modificare la Sua terapia anticoagulante/antiaggregante, permettendole così di affrontare la procedura biptica in condizioni di massima sicurezza.

In casi particolari il Suo medico curante potrebbe giudicare troppo rischioso sospendere la terapia in questo momento e potrebbe suggerirLe di rinviare le biopsie di qualche settimana/mese; per tale motivo il personale amministrativo del CUP è autorizzato a fissare il Suo appuntamento solo dopo aver ottenuto il nulla osta e tutte le indicazioni terapeutiche necessarie dal Suo medico curante, fornendone attestazione firmata, in calce al presente modulo.

**IL MEDICO CURANTE**

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

può effettuare biopsia prostatica previa eventuale modifica della terapia anticoagulante/antiaggregante come da schema terapeutico da me prescritto.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**IL PAZIENTE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dichiaro di avere compreso quanto sopra esplicitato e di avere modificato la terapia anticoagulante/antiaggregante secondo le prescrizioni del mio medico curante.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### ISTRUZIONI PER L'ESAME

- **TERAPIA ANTICOAGULANTE/ANTIAGGREGANTE**

Al fine di ridurre il rischio di complicanze emorragiche i pazienti in **terapia anticoagulante o antiaggregante** devono preventivamente munirsi di:

- **MODULO DI INFORMATIVA PER I PAZIENTI IN TERAPIA AC/AA** (pag. 3);
- **SCHEDA DI EVENTUALE MODIFICA DELLA TERAPIA AC/AA** da sottoporre al medico curante (pag. 4).

Entrambi i documenti dovranno essere consegnati al momento dell'indagine, compilati e firmati.

- **TERAPIA ANTIBIOTICA**

Al fine di ridurre il rischio di complicanze infettive il paziente dovrà praticare una **profilassi antibiotica** (da iniziare 24 ore prima della biopsia) a base di:

- **BACTRIM 160/800 mg, 1 cpr ogni 12 ore dal giorno prima della procedura, per un totale di 4 giorni;**
- **FOSFOMICINA 3 gr, 1 bustina 3 ore prima della biopsia e 1 bustina 24 ore dopo la biopsia.**

Per eventuali chiarimenti è possibile rivolgersi al proprio medico curante che potrà anche, a Sua discrezione, sostituire il suddetto antibiotico con altro farmaco analogo in caso di allergie.

- **PULIZIA RETTALE E DIGIUNO**

È opportuno espletare l'indagine a **digiuno da almeno 8 ore.**

L'esame va eseguito con il retto vuoto; a questo scopo è necessario praticare una **pulizia rettale** la mattina dell'esame, **2-3 ore prima della procedura**, con un **microclisma**. Tale dispositivo è acquistabile in farmacia.

- È indispensabile presentarsi munito di **2 impegnative distinte** (o promemoria cartaceo):

- la prima per **AGOBIOPSIE PROSTATICHE ECOGUIDATE** (Codice regionale 60.11.1);
- la seconda per **ESAME ISTOLOGICO APP. UROGENIT.** (Codice regionale 91.44.1) specificando quantità n. 8 campioni.

- È fortemente raccomandato portare qualsiasi **documentazione sanitaria** inerente all'esame da espletare (cartelle cliniche, visite specialistiche, esami di laboratorio e indagini diagnostiche, ecc.), in particolare **RM prostatica** con CD e referto scritto e i dosaggi del **PSA** precedentemente espletati, se disponibili.

- I pazienti dovranno presentare **tessera sanitaria TS magnetica**; gli assistiti della Regione Veneto devono portare anche tessera sanitaria di cartone e codice fiscale.

- Presentarsi presso l'accettazione con buon anticipo rispetto all'orario fissato per l'esame, allo scopo di effettuare tutte le necessarie pratiche burocratiche.

A TITOLO CAUTELATIVO È OPPORTUNO CHE IL PAZIENTE SI PRESENTI ACCOMPAGNATO,  
AL FINE DI EVITARE DI METTERSI ALLA GUIDA DOPO LA PROCEDURA.

In caso di rinuncia lasciare messaggio vocale in segreteria telefonica al n. **045 6449230**, o inviando una E-mail all'indirizzo **disdettecup@ospedalepederzoli.it** con il maggior anticipo possibile per consentire il recupero del posto lasciato libero. Si prega notare che la normativa vigente stabilisce che:

**“LA MANCATA DISDETTA DELL'ESAME ENTRO IL GIORNO PRECEDENTE L'APPUNTAMENTO  
COMPORTE IL PAGAMENTO PER INTERO DELLA PRESTAZIONE,  
ANCHE PER I PAZIENTI ESENTI DAL TICKET”.**