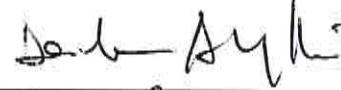
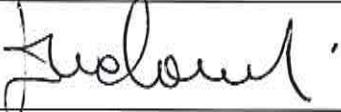
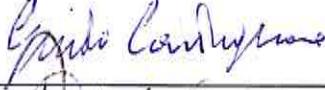
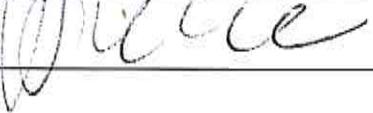


Gruppo di redazione: Beniamino Brancato, Daniela Ambrogetti, Eva Carnesciali

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Beniamino Brancato	Direttore S.C. Senologia Clinica	21/04/2016	
	Daniela Ambrogetti	Direttore S. S. Senologia di Screening	21/04/2016	
	Eva Carnesciali	Responsabile Coordinamento tecnico-sanitario	21/04/2016	
VERIFICA	Guido Castiglione	Referente per la Qualità e l'Accreditamento	12/04/2016	
APPROVAZIONE	Riccardo Poli	Direttore Sanitario	20/06/2016	

INDICE

1. SCOPO pg. 3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE pg. 3
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI pg. 3
4. RESPONSABILITÀ pg. 3
5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ pg. 4

Duttogalattografia

Pag.2 di 5

S.C. Senologia Clinica

 S. C. Screening e Prevenzione
Secondaria

 Edizione 1
Revisione 1

Coordinamento tecnico-sanitario

DISTRIBUZIONE

La presente procedura viene distribuita ai Responsabili delle seguenti Strutture, Centri di Responsabilità o Uffici che, a loro volta, provvedono a distribuirla e, ove occorra, ad illustrarla al personale interessato appartenente alla propria struttura

		Si/No
Direzione Generale		SI
Direzione Sanitaria		SI
Direzione Amministrativa		SI
Coordinamento Assistenziale e della Prevenzione		SI
Coordinamento Tecnico Sanitario		SI
Coordinamento Statistico		
S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti		
Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici		
S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica (Ce.Ri.On)		
STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI COLLEGATE	
Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica	Laboratorio Regionale HPV e Biologia Molecolare	
	Citologia Extra Screening e Sistema Qualità in Citologia	
Senologia Clinica		SI
Screening e Prevenzione Secondaria	Senologia di Screening SI	
	CRR Prevenzione Oncologica	SI
Epidemiologia Clinica	Infrastruttura e Coordinamento Registri	
	Valutazione Screening e Osservatorio Nazionale Screening (O.N.S.)	
Epidemiologia dei Fattori di Rischio e degli Stili di Vita	Epidemiologia dell'Ambiente e del Lavoro	
Biostatistica Applicata all'Oncologia		
Amministrazione, Gestione Risorse, Attività Tecniche e Supporto alla Ricerca		
Ufficio Relazioni con il Pubblico		

NOTA: La presente Istruzione Operativa sostituisce/integra la Procedura PP004 del MQ ISPO

1. SCOPO

Descrivere la procedura di esecuzione della dutto-galattografia o duttografia o galattografia (DGG).

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

In presenza di secrezione dal capezzolo, esami di approfondimento specifici (citologia del secreto e DGG) vanno effettuati soltanto quando la clinica deponga per la presenza di una vegetazione intra-duttale (secrezione spontanea, monolaterale, monoporica, di colore giallo-sieroso o ematica). In genere, tali reperti devono essere presenti contemporaneamente.

La DGG permette di visualizzare il decorso, il calibro ed eventuali alterazioni patologiche a carico dei dotti della mammella, mediante l'iniezione di mdc nel poro galattoforo. La DGG rappresenta la metodica diagnostica più sensibile nella identificazione delle alterazioni intra-duttali patologiche che si manifestano con secrezione (es. lesioni papillari). Per contro, l'esame citologico del secreto presenta modesta accuratezza diagnostica.

Quando si rilevi una secrezione clinicamente non suggestiva di vegetazione intra-duttale (pluri-orifiziale, bilaterale, provocata, non ematica, non giallo-sierosa), non è indicato alcun esame aggiuntivo rispetto a quelli già eseguiti (ad esempio, esame clinico e/o mammografia e/o ecografia).

In presenza di secrezione lattescente, si sconsiglia il dosaggio della prolattinemia, ad eccezione di casi attentamente selezionati, nei quali vi siano sintomi extra-mammarini indicativi di prolattinoma (turbe del ciclo mestruale, diplopia, disturbi neurologici).

3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

CC = proiezione cranio caudale

CS = centro screening

DGG = Dutto-Galattografia

MdC = mezzo di contrasto

ML = proiezione medio laterale

TSRM = Tecnico Sanitario Radiologia Medica

4. RESPONSABILITÀ'

Figura che svolge l'attività	Medico radiologo	Infermiere	TSRM
Descrizione delle Attività			
1. Preparazione del materiale (ago cannula, mdc)		R	
2. Ricerca del dotto secernente	R	C	
3. Incannulare dotto con uno specillo e/o ago cannula	R	C	
4. Iniezione del mdc	R	C	

Duttogalattografia

Pag.4 di 5

S.C. Senologia Clinica**S. C. Screening e Prevenzione
Secondaria**Edizione 1
Revisione 1**Coordinamento tecnico-sanitario**

5. Esecuzione delle proiezioni radiologiche richieste dal radiologo			R
6. Refertazione quadro duttografico	R		

R = Responsabile **C** = Involto**5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'**

Presupposto essenziale per l'eventuale espletamento di una DGG è la presenza di una secrezione, lamentata dalla Paziente e/o rilevata dal Personale Sanitario.

In ambito di Senologia Clinica, il sintomo "secrezione" è presente in circa il 5% delle Pazienti e in circa il 15% di quelle sintomatiche. La corretta selezione clinica di tali Pazienti fa sì che soltanto in circa un quinto di queste venga poi eseguita una DGG. Più raramente, la secrezione viene rilevata in Pazienti asintomatiche dal Medico Radiologo durante la visita senologica o dal TSRM durante la compressione mammografica. Meno del 5% dei cancri diagnosticati si manifesta con secrezione.

In ambito di Screening Mammografico (organizzato o spontaneo), il rilievo di secrezione è ancor meno frequente e può derivare dalla segnalazione di questo sintomo da parte delle Pazienti o dalla fuoriuscita di liquido durante la compressione da mammografia. In questi casi, il TSRM, al momento di esecuzione della mammografia di primo livello, segnala a terminale RIS o sulla scheda cartacea mammografica la presenza di secrezione mammaria. La segnalazione della presenza di secrezione genera la richiesta di approfondimento e l'operatore di secondo livello (Infermiera/e) contatta la donna telefonicamente (previa verifica del consenso della donna al contatto telefonico) e le prenota un appuntamento per una visita nell'ambulatorio di secondo livello.

La presenza di secrezione pone sempre indicazione all'esame clinico da parte del Medico che visita la Paziente ed effettua anche tutti gli esami di approfondimento necessari. Nel caso in cui alla visita non si rilevi una secrezione suggestiva per vegetazione intra-duttale, non è necessario effettuare esami diagnostici specifici. Per contro, nella eventualità clinica di secrezione predittiva per vegetazione, vengono effettuate/programmate sia l'esame citologico del secreto che la DGG. Il Medico raccoglie e striscia il secreto sul vetrino, che viene fissato e inviato al Laboratorio di Citopatologia per la colorazione e la lettura.

Prima della duttografia si procede ad un'attenta anamnesi relativa a:

- pregressi esami contrastografici
- pregresse reazioni allergiche da mdc organo-iodato.

Nel caso si evidenzino diatesi allergiche sospette o accertate, le pazienti vengono gestite secondo quanto descritto nei punti 5.1.1-8 della procedura GP007 del Manuale della Qualità di ISPO.

Previa disinfezione della cute del capezzolo, il Medico Radiologo effettua manovra di dito-pressione del capezzolo per individuare il poro secerente, avvalendosi eventualmente di un sistema ottico di ingrandimento. Una volta individuato il poro, si incannula il dotto e delicatamente si inietta il mdc organo-iodato (circa 1 cc), avvertendo la Paziente di segnalare la comparsa di dolore, bruciore o sensazione di tensione. Dopo l'introduzione del mdc, si pulisce il mdc refluito al di fuori del capezzolo e si appone un cerotto di carta attorno al capezzolo.

Circa il 10% delle manovre galattografiche non va a buon fine per motivi tecnici (soprattutto, difficoltà di incannulazione e stravaso del mdc). Per ridurre al minimo gli insuccessi è opportuno seguire alcuni criteri:

- utilizzare un mdc non troppo denso; non sono pertanto adatti i mdc per istero-salpingografia;
- adottare cateteri di calibro 27G o minore, con cono e tubicino trasparenti, in modo da evidenziare il reflusso del secreto al momento dell'incannulazione;
- assicurarsi dell'assenza di bolle d'aria nel dispositivo;
- al momento della introduzione del mdc, rettilineizzare i dotti mediante delicata trazione del capezzolo verso l'alto;
- assicurarsi che sia stato incannulato il dotto secernente e non un altro mediante manovra di reflusso;
- effettuazione immediata di radiogrammi con tecnica di ingrandimento diretto per la visualizzazione delle più piccole vegetazioni.

Subito dopo l'iniezione del m.d.c., il TSRM effettua due radiogrammi ortogonali con tecnica di ingrandimento diretto, avendo cura di comprendere anche il capezzolo nella proiezione ed eventuali altre proiezioni richieste dal Medico Radiologo. Poiché l'ingrandimento riduce il campo, è opportuno che il Medico Radiologo indichi al TSRM quale sia il quadrante nel quale verosimilmente si distribuisce il sistema duttale iniettato.