



## Fondazione SIRM

### Presidente

Roberto Grassi

### Consiglieri

Francesca Coppola  
Emanuele Neri  
Enrico Pofi  
Carmelo Privitera

### Comitato Tecnico Scientifico

#### Area Radiologica

Carlo Catalano  
Gianpaolo Carrafiello  
Emanuele Neri  
Vincenza Granata

#### Area Economica-Legale

Giuseppe Turchetti  
Michele Karaboue  
Giovanni Pasceri

#### Comitato Editoriale

Domenico Albano  
Andrea Agostini  
Salvatore Alessio Angileri  
Massimo Benenati  
Federico Bruno  
Gianvito Candita  
Michaela Cellina  
Diletta Cozzi  
Chiara Floridi  
Giuliana Giacobbe  
Roberta Grassi  
Pasquale Guerriero  
Giuseppe Micci  
Pierpaolo Palumbo  
Silvia Pradella

Quesiti al medico radiologo. Interventi gastrici restrittivi. Sleeve gastrectomy e bypass

### CONTROLLO PRECOCE

Eseguito entro la 6°-7° giornata impiegando m.d.c. idrosolubile

Si effettua lo studio avendo cura di estendere la valutazione anche in altri tratti che possono essere stati accidentalmente coinvolti in manipolazione e danni.

Includere sempre studio del torace e dell'addome per valutare:

- situazione topografica e distribuzione gas intestinale
- ricercare la assenza di spandimenti extraluminali di mdc o la presenza di fistole e/o deiscenze delle suture

Valutare eventuale presenza di atonia con distensione dello stomaco [da lesione nervosa iatrogena]

Tipo intervento:

Raccogliere l'anamnesi e descrivere il tipo di bendaggio gastrico:

Gastro-plastica verticale sec. Mason, sec. Mason/Mc Lean

By-pass gastrico sec. Mason

Sleeve gastrectomy

### CONTROLLO TARDIVO

Escludere una dilatazione della tasca gastrica funzionale

Valutare il volume della tasca gastrica funzionale

- Gastro-plastica verticale sec. Mason; sec.

Mason/Mc Lean; By-pass gastrico sec. Mason

le dimensioni della tasca gastrica funzionale (5-6 cm di diametro = 40-60 ml)

Studiare il transito attraverso il neopiloro

L'ampiezza del neo-piloro (1 cm di diametro)

La presenza di reflusso gastro-esofageo

L'anastomosi gastro-digiunale nella porzione inferiore della sacca gastrica è anastomizzata al digiuno e si può vedere nelle scansioni frontali altrimenti se è craniale o posteriore va ricercata nelle proiezioni laterali od oblique.

Se è stata creata una finestra nel mesocolon attraverso il piccolo intestino, in tale punto può apparire lievemente stenotico. È necessario quindi



Fondazione SIRM

conoscere l'anamnesi chirurgica per evitare di interpretare in modo sbagliato tale reperto  
L'esame è completo solo quando il piccolo intestino è opacizzato oltre il livello dell'anastomosi digiuno-digiunale. L'ansa biliopancreatica non è visibile in condizioni normali perché la peristalsi ne previene la contrastografia.

Escludere ischemia digiunale, ernie interne, intussuscezione

- Sleeve gastrectomy

La pouch gastrica: di circa 15-20 mL.

la presenza di reflusso gastro-esofageo  
escludere fistole tardive, ulcere

Passaggio non ostruito del mdc: il mdc radiopaco passa liberamente in digiuno, non attraversa la sutura effettuata mediante stapler

TC Si effettua con mdc orale e intravenoso e consente di escludere

- ernie interne (ernia retroanastomotica) e occlusioni del piccolo intestino.
- lo stomaco escluso si vede in TC come una struttura collassata e non distesa da alcunché.
- livelli e di dilatazione gassosa o idro-gassosa a carico dell'ansa biliopancreatica non visibile in modo ottimale con l'esame fluoroscopico.

*Prof. Roberto Grassi, 13 Gennaio 2022*



**Fondazione SIRM**



**Fondazione SIRM**