



## 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 demolitivi

### CONTROLLO PRECOCE

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

Dimostrare l'assenza di spandimenti extraluminali del mdc.

Estendere la valutazione anche ai tratti più distali che possono essere stati accidentalmente manipolati e danneggiati durante l'atto chirurgico.

Oltre all'esame contrastografico dell'addome includere sempre studio del torace e dell'addome per valutare:

- situazione topografica e distribuzione gas intestinale
- completezza dell'anello formato dagli eventuali punti di sutura metallici e/o presenza di spandimenti di mdc
- 

### CONTROLLO TARDIVO

Quando il paziente ha ripreso la alimentazione per via orale, si impiega m.d.c. baritato.

Si effettua lo studio delle porzioni prossimali (esofago e giunzione gastro-esofagea) secondo le proiezioni classiche indipendentemente dall'intervento eseguito, avendo cura di estendere la valutazione anche in altri tratti che possono essere stati accidentalmente coinvolti in manipolazione e danni.

### Tipo

Raccogliere l'anamnesi e descrivere il tipo di intervento:

- Polare superiore
- Parziale inferiore [Billroth I; Billroth II; Ansa interposta (Henley); Ansa ad Y (Roux); Tanner-Roux]
- Totale [Ansa interposta; Ansa ad Y (Roux); Tanner-Roux; Moricca; Ansa ad Omega]
- Gastro-entero-anastomosi (G.E.A.);
- Gastrostomia cutanea

### Mucosa

Descrivere l'integrità della mucosa, specie nella sede contigua all'anastomosi perché in tale sede eventuali irregolarità possono essere recidiva

### Anastomosi

Descrivere il tipo (T-T/T-L) e i tratti interessati (stomaco, duodeno, digiuno)

Il tipo di anastomosi eseguita condiziona la diversa



distribuzione del mdc. In caso di anastomosi TL il mdc progredisce determinando uno sbuffo nel moncone prossimale laterale anastomizzato, mimando uno spandimento extraluminale. Non deve essere presente alcuno sbuffo se invece è stata eseguita un'anastomosi TT.

- Misurarne l'ampiezza con distensione gassosa e descriverla
- Valutare la conservata progressione del mdc attraverso l'anastomosi ben verticalizzata ed a valle

Complicanze

Descrivere se sono presenti a livello:

- dell'anastomosi [deiscenza, fistola, ascesso, stenosi da edema o errore chirurgico]
- del moncone [torsione]
- delle anse trasposte [occlusione acuta da briglie invaginazioni, iatrogene]
- occlusione parziale dell'anastomosi da flogosi delle trance
- invaginazione retrograda dell'ansa digiunale nello stomaco
- occlusione totale per torsione del moncone gastrico scheletrizzato per strangolamento dello stesso nella breccia mesocolica
- valutare se presenti ristagni in segmenti digestivi dilatati

*Prof. Roberto Grassi, 13 Gennaio 2022*

Fondazione SIRM



**Fondazione SIRM**

