



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 extraluminari di mdc o la presenza di fistole e/o deiscenze delle suture (frequenti porzione prossimale grande curvatura)

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 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, 25 febbraio 2022

Fondazione SIRM



Fondazione SIRM

