

Caso Clinico 1

- Ginevra
- 8 mesi
- Nei due mesi precedenti riferiti frequenti episodi di infezioni delle vie aeree trattati con cortisonici e antibiotici. Eseguiti due Rx del torace (negativi) e test del sudore (negativo).
- Comparsa da 24 ore dolore addominale di tipo colico associato ad episodi di vomito con tracce ematiche. Feci normoconformate, normocromiche.
- E.O : condizioni generali buone. Addome trattabile su tutti i quadranti.

Quale esame radiologico richiedere ?

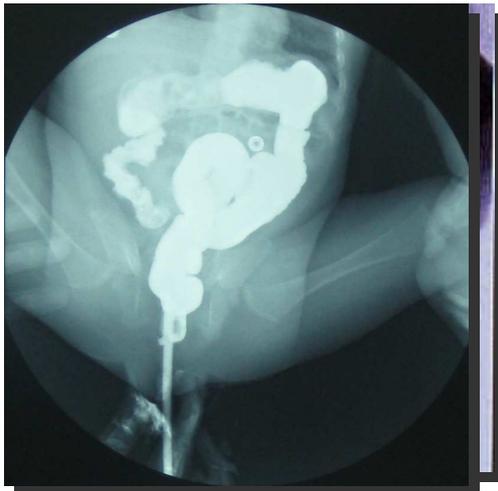
- ✓RX dell' Addome
- ✓Ecografia Addome
- ✓Clisma con bario
- ✓TC Addome



Rx addome in ortostatismo: "...non livelli idroaerei intestinali né segni di aria libera in cavità peritoneale...."

Ecografia addome :.... "in corrispondenza del fianco destro immagine a bersaglio riferibile ad invaginazione di ansa intestinale... la suddetta immagine per sede e morfologia appare riferibile in prima ipotesi ad invaginazione ileo-ceco-colica...."

Quale trattamento ?



“Regolare la progressione del mdc fino al trasverso dove sembra arrestarsi. Dopo varie manovre e con modica compressione il mdc è progredito fino al ceco ed in parte in corrispondenza dell'ultima ansa ileale...”



“Al controllo attuale non è più apprezzabile l'immagine di invaginazione intestinale precedentemente documentata al fianco destro”.

- Decorso post procedura regolare.
- Esame coproculturale (negativo) e virologico (positivo per adenovirus)
- Dimissione in 6° giornata

Caso clinico 2

- Giorgio
- 11 anni
- Maschio
- Inappetenza, calo ponderale, astenia e pallore (da circa un mese)
- Dolori addominali di tipo colico a risoluzione spontanea associati ad episodi di vomito alimentare (negli ultimi sette giorni)
- Parametri vitali all'ingresso: TC 37,5°C; Pa 120/60 mmHg; SpO2 99%
- Viene posizionato SNG: presenza di circa 35 ml di ristagno di colore scuro

Quale esame radiologico richiedere ?

- ✓RX dell' Addome
- ✓Ecografia Addome
- ✓Clisma con bario
- ✓TC Addome

Sulla base dei sintomi clinici e dell'esame obiettivo quale esame diagnostico effettuare?

•**RX ADDOME IN ORTOSTATISMO**: ha poca sensibilità nella diagnosi di invaginazione (45%) ma è utile nella diagnosi differenziale (costipazione, occlusione, pneumoperitoneo). L'assenza di aria nel colon ascendente è uno dei segni di invaginazione più specifici in una diretta addome.

•**ECOGRAFIA ADDOME**: svolge un ruolo fondamentale nella diagnosi di invaginazione e nella valutazione della sua riducibilità. Può inoltre identificare lead point patologici.

•**CLISMA OPACO**: esame diagnostico e terapeutico. Vengono preferiti al bario i mdc iodati. Il bario viene raramente usato per la riduzione dell'invaginazione poiché il suo uso è associato a rischi quali peritonite, infezioni, e aderenze in caso di perforazione.

•**TC ADDOME**: l'alto costo, l'alta dose di radiazioni e la necessità di una sedazione rendono questo esame poco utile ai fini della diagnosi di invaginazione. Tuttavia la Tc addome può risultare utile per identificare un lead point patologico non identificato con l'ecografia.

Caso clinico 3

- Fabio
- 5 anni
- Seguito da circa due anni presso la Gastroenterologia per DAR
- Comparsa di episodi di vomito prima alimentare e poi biliare, dolori addominali, inappetenza da 4 giorni
- Continua a presentare episodi di vomito biliare, dolore addominale, aspetto sofferente
- EOG : Condizioni generali discrete, aspetto sofferente , cute roseo pallida, peso Kg 18 , obiettività cardiaca e respiratoria nella norma.
- EOL Addome: Addome di forma e volume regolare , cicatrice ombelicale normointroflessa. Alla palpazione superficiale e profonda addome trattabile su tutti i quadranti .

Sospetto diagnostico

- ✓ DAR ?
- ✓ Malattia sistemica non riconosciuta?
- ✓ Celiachia?
- ✓ Neoplasia celebrale?
- ✓ Gastroenterite ?
- ✓ Sindrome da malassorbimento
- ✓ Malrotazione intestinale?
- ✓ Massa addominale?

Esegue :

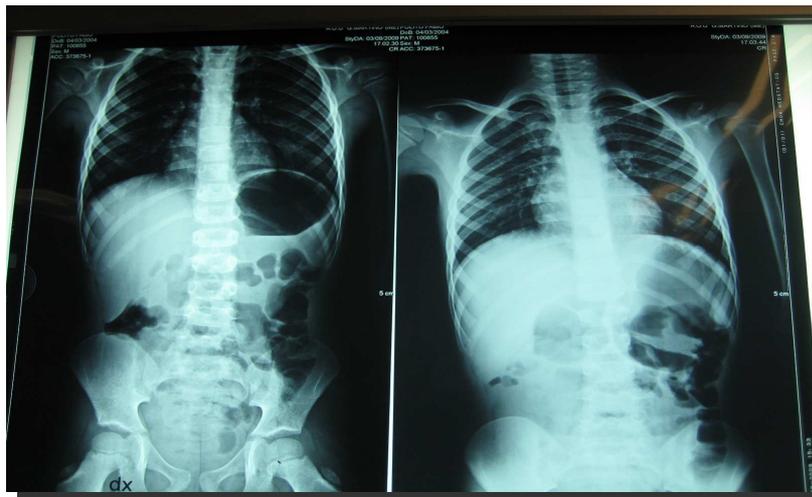
- ✓Esami di primo livello (nella norma)
- ✓Dosaggio EMA e TGA (negativi)
- ✓Coprocultura e virologia (negativi)
- ✓RMN encefalo (negativa)
- ✓Ecografia addome

EOL Addome:

Addome di forma e volume regolare ,cicatrice ombelicale normointroflessa.
Alla palpazione superficiale addome trattabile su tutti i quadranti ,la palpazione profonda suscita viva dolenzia ai quadranti inferiori dell' addome.
Modica resistenza . Blumberg ++

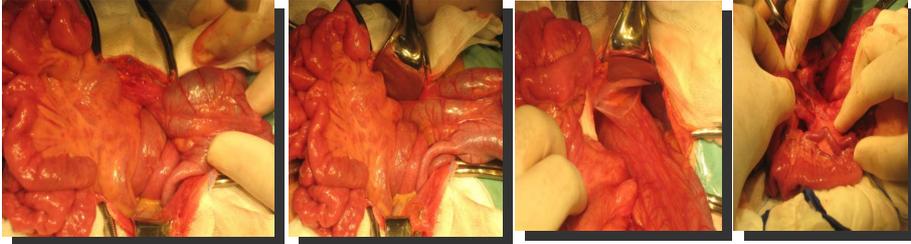
➔ Cosa richiedere'

Rx diretta addome



Trattamento

Incisione mediana sopra e sottombelicale, aperto il peritoneo si reperta la matassa intestinale ileale non dilatata e senza segni di sofferenza ischemica.



Derotazione in senso antiorario dell' intestino medio, lisi della banda di Ladd
manovra di Ladd per liberare la radice del mesentere

Diagnosi :

Volvolo intestinale (720°) con malrotazione intestinale e Banda di Ladd

- ✓Decorso regolare
- ✓ Ripresa della canalizzazione in 4° giornata.
- ✓Dimissione in 10° giornata post-operatoria.

Caso Clinico 4

- Assunta
- 13 anni
- Ricovero in regime di PS
- dolore addominale localizzato in fossa iliaca destra
- Nausea
- Neutrofilia e incremento della PCR

Esame obiettivo

EOG

Condizioni generali buone, paziente vigile, decubito indifferente.
Facies composita, peso 73 Kg.
Presenza di acne, ipertricosi multidistrettuale, acanthosis nigricans alle pieghe del collo, all'inguine, e nel cavo ascellare.
Obiettività cardiaca e respiratoria nella norma.
Alvo aperto a feci e gas, diuresi regolare.
In atto mestrata, riferisce cicli regolari .

EOL

Addome: di forma e volume regolare, pannicolo adiposo abbondantemente rappresentato, cicatrice ombelicale normointroflessa, né masse né reticoli venosi superficiali visibili.
Alla palpazione superficiale: addome trattabile su tutti i quadranti, ***la palpazione profonda suscita viva dolenzia in fossa iliaca destra, senza segni di resistenza***

Sospetto diagnostico

- Appendicite acuta
- Adenomesenterite
- Cisti ovarica
- Cisti ovarica torta
- Corpo luteo emorragico
- Torsione annesso di destra
- Gravidanza extra uterina

Cosa richiedere?

Ecografia addome



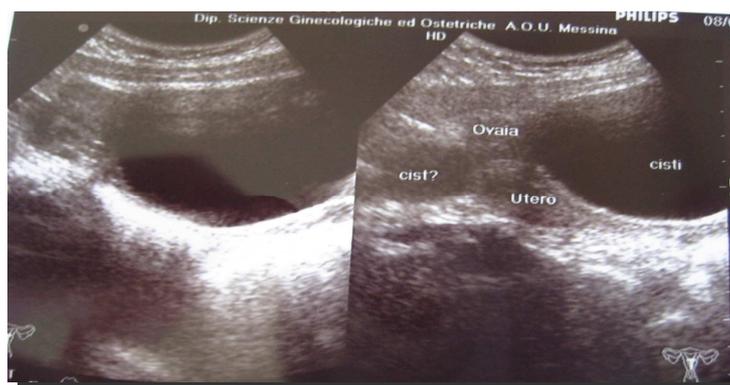
Ovaio destro 21x40x21mm struttura multifollicolare, con follicolo di maggiori dimensioni di 10mm.

In sede paravescicale destra **si apprezza una voluminosa formazione anecogena delle dimensioni di 90X 53x79mm**. Ovaio sinistro non identificabile.

- Consulenza ginecologica
- Ecografia pelvica
- Dosaggio α -FP e β -HCG (risultati negativi)

DIAGNOSI : Cisti paraovarica sinistra

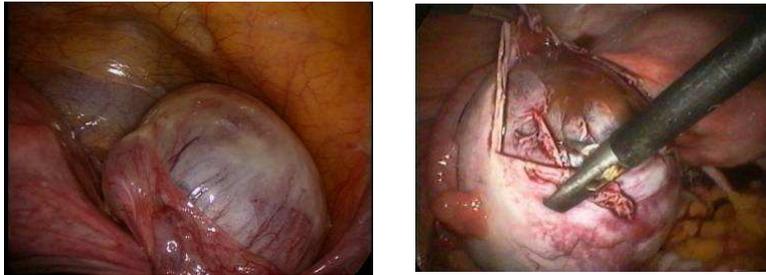
Ecografia pelvica



Si apprezza la presenza di una **neoformazione cistica che si presenta centralmente in sede pelvica, transonica, diametro di 73,0x76,4x87,3mm allocata tra ovaia destra, inferiormente alla parete anteriore dell' utero, affiancata da altra piccola cisti transonica di diametro 20 mm.** Non visualizzabile l'ovaio di sinistra.

Trattamento

Considerate le dimensioni (< 2 cm) e la sintomatologia dolorosa della paziente, in assenza di complicanze che necessitano di trattamento chirurgico in urgenza, si decide di programmare **intervento chirurgico in laparoscopia** :



Viene effettuata l' **enucleazione della cisti** dalla mesosalpinge in modo da non danneggiare le tube di Falloppio e l' ovaio

Decorso post operatorio :

- ✓ Decorso regolare
- ✓ Ripresa della canalizzazione in 1° giornata.
- ✓ Dimissione in 4° giornata post-operatoria.
- ✓ Consigliata visita specialistica endocrinologica pediatrica .

Caso clinico 5

Giuseppe

✓2 mesi

✓Comparsa di vomito gastrico e rifiuto del cibo

✓Dopo 24 ore vomito ad ogni poppata e alvo

chiuso a feci e gas

✓Condotto al PSP

Esame obiettivo

Condizioni generali discrete, il bambino appare sereno, vigile, reattivo, cute roseo pallida. Obiettività toracica e cardiovascolare nella norma

Addome di forma e volume regolare, cicatrice ombelicale normointroflessa, né masse né reticoli venosi superficiali visibili. Alla palpazione superficiale addome trattabile su tutti i quadranti, diffusamente dolente alla palpazione profonda, si apprezza resistenza di parete diffusa su tutti gli ambiti addominali.

Sospetto Diagnostico

- ✓ Infezione delle vie urinarie
- ✓ Gastroenterite
- ✓ Malattie infettive
- ✓ Emolinfopatie
- ✓ Malrotazione intestinale e volvolo
- ✓ Invaginazione intestinale
- ✓ Appendicite acuta
- ✓ Ernia inguinale intasata

Rx diretta addome



Marcata distensione gassosa delle anse intestinali, disposte prevalentemente in sede centroaddominale con plurimi livelli idroaerei nel loro contesto.

Ecografia addome

Presenza di anse ileali iperdistese da fluido e da materiale ad ecogenicità mista con scarso iperperistaltismo ,caratterizzato da movimenti pensolari,in particolare nella sede del fianco destro **è apprezzabile un ansa ileale il cui decorso sembra descrivere loop attorno al proprio peduncolo mesenterico che appare ispessito e congesto.**

Non sono apprezzabili **immagini a coccarda** suggestive per segni di invaginazione intestinale.

Rx diretta addome

Sono sempre apprezzabili plurimi livelli idroaerei per distensione gassosa in sede centro addominale

Cosa fare?

- ✓ TC addome?
- ✓ Laparotomia Esplorativa

Rivalutazione clinica

Rivalutazione clinica

Addome di forma e volume regolare, trattabile alla palpazione superficiale, dolente su tutti i quadranti alla palpazione profonda con maggiore dolenzia nei quadranti inferiori di destra, la palpazione del funicolo omolaterale suscita dolenzia, il funicolo appare aumentato di consistenza rispetto al controlaterale

Ernia inguinale?



Ecografia del canale inguinale :

Nel canale inguinale di destra si apprezza la presenza di alcune anse intestinali distese da fluido aperistaltiche con pareti di spessore regolare, regolari segnali vascolari nel peduncolo dell'ansa impegnata



Riduzione manuale dopo somministrazione di Codeina



Ecografia del canale inguinale :

Al controllo attuale non è più apprezzabile impegno di anse intestinali nel canale inguinale di destra. Detto canale appare slargato con persistenza di minima quota di idrocele che circonda le strutture del funicolo omolaterale.