



46^o Congresso Nazionale

Società Italiana di Radiologia Medica

FIRENZE - Fortezza da Basso, 22 / 25 Maggio 2014

SIRM 2014

Libro dei Riassunti

PD 13-1859 - KEY-POINTS PER LA DETERMINAZIONE RADIOGRAFICA DELL'ERRATO POSIZIONAMENTO DEI CATETERI VENOSI OMBELICALI (CVO) E VALUTAZIONE RETROSPETTIVA IN 235 MALPOSIZIONAMENTI

Salerno S., (Palermo), Murrura E., Geraci C., Garcione P., La Tona G., La Casto A.

Obiettivi didattici: Fornire i punti chiave per la determinazione del corretto posizionamento dei cateteri venosi ombelicali (CVO) di facile intelligibilità anche per i radiologi non subspecialisti in pediatria, valutando inoltre retrospettivamente 235 CVO malposizionati.

Introduzione: Il cateterismo venoso ombelicale è una tecnica molto impiegata in rianimazione neonatale. La vena ombelicale del neonato è lunga 2-3cm; dall'ombelico decorre leggermente a destra, dove sbocca nel ramo portale sinistro in contiguità con l'origine del dotto venoso di Aranzio che drena nella vena cava inferiore (VCI). Il CVO viene posto mantenendo una posizione leggermente a destra dei processi spinosi lombari, giunge ed attraversa il fegato (D10-12) attraversando il ramo portale sinistro continuandosi quindi con il dotto venoso e la VCI più centralmente (D9). Per valutare il posizionamento del CVO, bisogna considerare il decorso e l'ubicazione dell'apice idealmente posta alla giunzione atrio-cavale o della porzione più prossimale della vena cava inferiore (D8-9).

Tecnica d'esame: Abbiamo retrospettivamente analizzato radiogrammi effettuati in antero-posteriore ed eventualmente integrati dal radiogramma in latero laterale di 235 malposizionamenti del CVO, in particolare: in 20 casi (8,5%) con apice in ramo sinistro della porta, in 56 (23,8%) in sede epatica destra (ramo portale destro o sovraepatica destra, in 114 (48,5%) in sede sottoepatica (posizionamento in dotto di Aranzio), in 33 (14%) in sede cardiaca, in 8 (3,4%) in vena splenica, in 2 (0,8%) in vena mesenterica, in 1 (0,4%) in corrispondenza del tronco polmonare, in 1 (0,4%) in vena cava superiore.

Conclusioni: Per valutare il corretto posizionamento del CVO bisogna considerare un ingresso sull'emisoma destro di L3-L4 una dolce curva con convessità a destra sino a D9-10 con apice in D8-9.

PD 13-1881 - SEMEIOTICA RADIOLOGICA DELL'ENTEROCOLITE NECROTIZZANTE NEL NEONATO DI PESO MOLTO BASSO

Di Serafino M., (Montevarchi), Esposito F., Mercogliano C., Gregorini C., Nocentini C., Vallone G.

Obiettivi didattici: Illustrare i segni radiologici precedenti l'evento perforazione apprezzabili all'esame diretto dell'addome di neonati di peso molto basso (<1500gr) affetti da enterocolite necrotizzante (NEC)

Introduzione: La NEC è la più temibile emergenza gastrointestinale del neonato, un processo infiammatorio, caratterizzato da necrosi tissutale di parti più o meno estese del piccolo e del grosso intestino, che può evolvere in peritonite generalizzata, perforazione e morte. Sebbene colpisca anche i neonati a termine, è una malattia propria del neonato pretermine, in particolare di quelli con peso molto basso alla nascita e si manifesta nelle prime tre settimane di vita. Considerato l'alto tasso di mortalità associato alla perforazione, il ruolo della diagnostica per immagini consiste nel riconoscere precocemente i segni di ischemia e necrosi delle anse intestinali prima dell'evento perforazione, difficilmente prevedibile clinicamente, indirizzando così il piccolo paziente ad un tempestivo intervento medico o chirurgico potenzialmente terapeutico

Tecnica d'esame: L'esame diretto dell'addome eseguito in ortostatismo e laddove non sia praticabile, in posizione supina (fascio verticale ed orizzontale) mostra segni predittivi di perforazione quali: dilatazione delle anse intestinali generalizzata o focale (segno dell'ansa fissa), pneumatosi intestinale (cistica o lineare), gas nel sistema venoso portale

Il range temporale entro il quale dovrebbero essere effettuate le radiografie dipende dalla severità clinica della NEC e varia dalle 6 alle 24 ore, in relazione al quadro clinico del paziente

Conclusioni: La radiografia dell'addome, ancora oggi metodica di scelta per neonati con NEC sospetta, ricopre un ruolo importante per la diagnosi, la progressione della fase acuta ed il riconoscimento delle complicanze.

PD 13-1922 - LIPOBLASOMA FOCALE DEL MESENTERE E LIPOBLASTOMATOSI CERVICALE: REPERTI ECOGRAFICI - ELASTOSONOGRAFICI - E TC IN 2 PAZIENTI PEDIATRICI.

Rossi E., (Napoli), Mamone R., Tamasi S., Capasso R., Basilicata A., Zeccolini M.

Obiettivi didattici: Illustrare reperti, vantaggi e limiti dell'ecografia (ECO) e TC nello studio del lipoblastoma (LB)-focale e diffuso-presentando 2 casi pediatrici rispettivamente a sede mesenterica e cervicale.

Introduzione: Il LB è un raro tumore benigno delle cellule adipose embrionali del tronco o degli arti, che interessa generalmente i bambini al di sotto dei 3 anni

Tecnica d'esame: Caso 1: bambino di 3 anni con dolore addominale, vomito e massa addominale palpabile. L'ECO addominale rivela una massa disomogenea nella regione paravertebrale con strie iperecogene contestuali, che disloca le anse intestinali. Al color Doppler la vascolarizzazione è scarsa. L'elastosonografia ne dimostra la consistenza soft. Alla TC la massa presenta una densità adiposa, con setti interni e scarso contrast enhancement (CE), estesa dallo spazio sottoepatico alla pelvi comprimendo le anse intestinali. Il tumore viene completamente asportato chirurgicamente. Caso 2: una bambina di 9 anni con tumefazione cervicale destra, dispnea, all'età di 6 mesi era stata operata altrove per una lipoblastomatosi. All'ECO la massa appare disomogenea con scarsa vascolarizzazione al color Doppler. Alla TC il tumore presenta densità adiposa con alcuni setti, si estende dalla fossa sovraclaveare destra allo spazio retrofaringeo, raggiungendo il fascio vascolo-nervoso controlaterale con effetto compressivo sulle strutture adiacenti. Un gettone solido adeso alla parete tracheale destra presentava CE. Si programma un secondo intervento chirurgico.

Conclusioni: Il mesentero ed il collo sono rare sedi di localizzazione del LB e la diagnosi certa è possibile soltanto mediante esame istologico. L'imaging integrato ECO/elastosonografia-TC ha consentito in entrambi i nostri casi di evidenziarne la natura adiposa, di sospettarne la benignità e pianificarne il trattamento.

PD 13-1926 - 6 CASI DI EPATOBLASTOMA: NOSTRA ESPERIENZA IN DUE ANNI

Rossi E., (Napoli), Mamone R., Tamasi S., Noviello D., Castelli L., Zeccolini M.

Obiettivi didattici: Illustrare reperti e vantaggi dell'ECO e TC nello studio dell'epatoblastoma presentando la nostra esperienza di 6 casi pediatrici in due anni

Introduzione: L'epatoblastoma è la neoplasia del fegato più comune dell'infanzia con età media d'insorgenza di 1 anno. La