

“EndoRo”

Convegno
di Gastroenterologia
ed Endoscopia Digestiva

Live endoscopy
and gastroenterology
meeting



17 Maggio

8:00 - 18:00

Sala Congressi
A. Bisaglia

presso Cen Ser (Centro Servizi)
Viale Porta Adige, 45 - Rovigo



SESSIONE LIVE

Presentazione casi clinici

Dott.ssa Angela Imondi
U.O.C. Gastroenterologia
Rovigo

CASO CLINICO 3

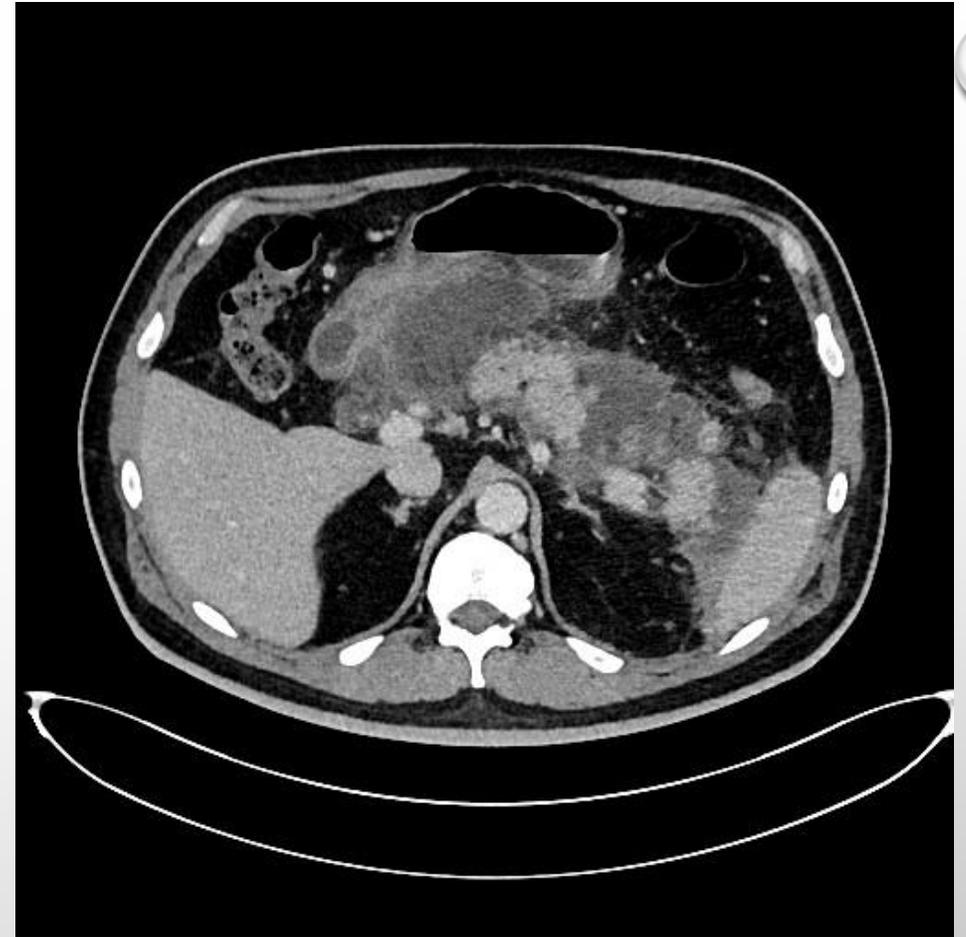
- Uomo, 57 anni
- In anamnesi: tiroidite autoimmune in terapia sostitutiva, IPA, ex-fumatore, sporadico consumo alcolico
- Storia clinica:
 - **04.04.2023** accesso in PS e ricovero in Gastroenterologia a Rovigo con iniziale diagnosi di pancreatite acuta lieve alitiasica ad esordio tipico
 - **Esami biumorali all'ingresso:** Gb 17.000, bilirubina tot 2 mg/dL, ALT 133 U/L, Amilasi 3561U/L. Nella norma funzione renale ionemia e PCR.
 - **TC addome con mdc:** "Diffusa e modesta disomogeneità del tessuto adiposo peripancreatico con sottile falda fluida pericefalica, estesa lungo la fascia pararenale anteriore e alla punta epatica, e ulteriore raccolta fluida al corpo-coda del pancreas, estesa alla parete gastrica posteriore e lungo la fascia renale anteriore. Si associa minima imbibizione edematosa della testa pancreatico con aspetto pseudonodulare della coda (del diametro di circa 3 cm), ectasia del Wirsung (3 mm) lungo tutto il suo decorso e del coledoco (8 mm nel tratto intrapancreatico) senza evidenti difetti di riempimento endoluminali visibili con la metodica (quadro di pancreatite acuta edematosa). Non dilatate le vie biliari intra ed extraepatiche. Colecisti distesa, a pareti non ispessite."
 - Rapido sviluppo di **SIRS** con impegno respiratorio → **06.04 TC Torace e addome con mdc:** "..Incremento della quota fluida peripancreatica con focale ipodensità al passaggio corpo-coda da possibile iniziale viraggio necrotico. Lieve dilatazione delle vie biliari intraepatiche e del coledoco con materiale endoluminale tenuamente iperdenso nel tratto intrapancreatico (fango biliare? Calcoli?).."
 - Miglioramento clinico e biumorale, paziente rialimentato e adeguatamente canalizzato

CASO CLINICO 3

- ”
- Dal 18. 04 netto peggioramento clinico e bioumorale con sviluppo di febbre $> 38^{\circ}$ → TC addome con mdc ed **Ecoendoscopia**: “pancreas completamente rimaneggiato, specialmente a livello del corpo-coda, dove appare ipotrofico, con parenchima solo parzialmente riconoscibile, per la presenza di raccolte fluide e necrotiche organizzate, pluriconcamerate, che si sviluppano principalmente a livello del profilo posteriore del corpo-coda del pancreas, di dimensioni variabili, fino a circa 42x17 mm; area papillare regolare, con normale sbocco dei dotti, dotto pancreatico principale di circa 4 mm a livello retropapillare, via biliari principale mal visualizzabile per edema del bulbo, vie biliari intraepatiche di sinistra non dilatate, Conclusioni: Pancreatite acuta con raccolta peripancreatica (WoN).” → **adeguamento terapia antibiotica**
 - **27.04 Tc addome con mdc (per peggioramento clinico con segni di occlusione intestinale)**: “marcata distensione idroaerea del viscere gastrico, che presenta pareti ispessite e stratificate da edema lungo la grande curvatura e in sede piloro-duodenale, con areole fluide intraparietali, da possibili microascessi.”
 - Posizionamento SND, miglioramento clinico e bioumorale, ma andamento fluttuante della febbre
 - Emocolture seriate tutte negative



TC 22.04



TC 27.04

Per gentile concessione Dott.ssa A. Giorgino, Radiologia Rovigo

PROCEDURA PROGRAMMATA: EUS CON UTILIZZO DI STENT HOT AXIOS



In sala endoscopica: Dott. Dabizzi

Anestesista: Dott. Fiorini

Equipe infermieristica: C. Davi, C. Genesini, M. Cherubin

OBIETTIVI DIDATTICI



- Illustrare l'utilità dell'ecoendoscopia per la valutazione delle raccolte peripancreatiche
- Illustrare l'utilità e tecnica di posizionamento dei LAMS