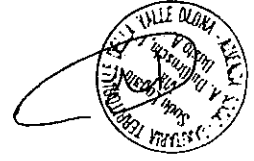


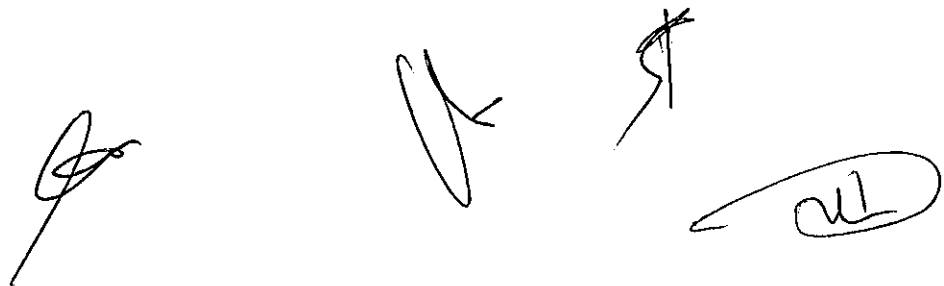
PROVA PRATICA N. 1



PAZIENTE DI SESSO FEMMINILE – 76 ANNI

Iperensione arteriosa in terapia, da circa 12 ore dolori addominali, vomito, alvo chiuso a feci e gas.

Addome disteso, dolente alla palpazione, non peritonismo.



Reo non esteso
Gusef.

Caso n° 1

Motivo della richiesta: occlusione intestinale.

Indagine TC effettuata in condizioni basali e durante infusione endovenosa di MdC con ripresa di scansioni in fase arteriosa e venosa portale.

Posteriormente alla III porzione duodenale si evidenzia raccolta fluida con grossolana immagine di livello idroaereo nel contesto compatibile con perforazione retroperitoneale.
È presente falda di versamento endoperitoneale disposto in sede periepatica perisplenica e a livello pelvico.

Le anse ileali sino a livello della valvola ileocecale appaiono distese da fluidi con qualche immagine di livello idroaereo.

Al tratto distale le pareti sono ispessite con edema sottomucoso.

Nel mesentere adiacente sono rilevabili numerosi linfonodi modicamente incrementati di volume con diametro massimo di 7 mm.

Linfonodi infracentimetrici alla radice del mesentere.

Estroflessioni diverticolari al sigma.

Aorta addominale con calibro nei limiti della norma con placche ateromasiche calcifiche, normocanalizzata.

Conservata canalizzazione delle arterie viscerali.

Omogenea opacizzazione della vena mesenterica superiore e della vena porta.

Al lobo sinistro del fegato lesione focale ipodensa di 6 mm possibile cisti da confermare con ecografia. Vie biliari non dilatate. Vena porta e vene sovraepatiche normocanalizzate. Colecisti con pareti sottili.

Regolare aspetto TC della milza e del pancreas. Iperplasia del surrene sinistro, regolare il destro.

Reni di dimensioni nei limiti della norma con cisti corticali bilaterali, la più voluminosa delle quali si dispone in sede polare superiore destra di mm 50. Cavità escrettrici non dilatate.

Non evidenti adenopatie paraortocavali.

Utero in sede di dimensioni consone all'età.

Vescica vuota in presenza di catetere vescicale.

Non documentabili espansi annessiali.

Handwritten signatures and initials in black ink, including a large signature, a smaller signature, and the letters 'B' and 'A'.



PROVA PRATICA N. 2

PAZIENTE DI SESSO MASCHILE – 77 ANNI

Insorgenza da 3 ore di dolore improvviso addominale, perdita sensibilità ed ipomobilizzazione arti inferiori.

SO2 99%, emodinamicamente stabile, addome trattabile, piedi e arto inferiore sinistro pallidi freddi al termotatto, entrambi i polsi pedii ridotti ma presenti

op¹ Ch
al
Pace estratta
Guseof

CASO 2

ANGIO-TC PER DISTRETTO ADDOMINALE - ANGIO-TC AORTA TORACICA

Sospetto barrage aortico

Indagine eseguita prima, durante e dopo somministrazione e.v. di 110 ml di Omnipaque 350 mg.

Severa ateromasia dell'aorta toraco-addominale nel cui contesto è presente flap dissecativo coinvolgente il bulbo aortico, l'aorta toracica ascendente e discendente, l'aorta addominale fino ad un piano passante per le arterie renali.

A monte, la dissezione si estende a coinvolgere il tronco anonimo. Si segnala assenza di flusso nell'arteria carotide comune di destra con riperfusione dell'arteria carotide interna omolaterale.

Il lume dell'aorta addominale è pressoché virtuale.

Il tripode e l'arteria renale di sinistra originano dal falso lume.

L'arteria gastrica di sinistra origina, quale variante anatomica, dal lume vero dell'aorta addominale così come le arterie mesenterica superiore ed inferiore, l'arteria renale di destra e piccola arteria polare inferiore dell'arteria renale sinistra.

Dilatazione fusiforme dell'aorta addominale sottorenale (calibro 36 mm con lume vero di 23 mm) estesa in senso cranio-caudale per 76mm fino al carrefour iliaco.

Aneurisma dell'arteria iliaca comune sinistra di mm 47 con lume vero di 21 mm.

Entrambe le arterie femorali comuni sono pervie, con marcata ateromasia calcifica delle pareti.

Conservata la perfusione dei parenchimi epatico e splenico.

Perfusi i surreni ed il rene di destra.

Ampia area infartuale coinvolge il rene di sinistra con perfusione residua del labbro anteriore del polo inferiore (probabilmente perfuso dall'arteria polare inferiore descritta sopra). Si segnala la presenza di vena renale sinistra a decorso retroaortico.

Stomaco disteso da ingesti.

Non segni TC di sofferenza delle anse intestinali.

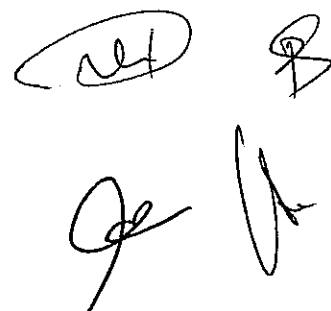
Non versamento in addome né aria libera.

Prostata voluminosa.

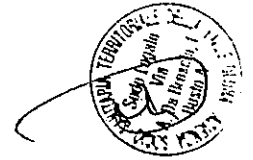
Non focolai flogistici parenchimali polmonari né versamento pleurico.

Non versamento pericardico.

Non linfadenopatie ilo-mediastiniche.



PROVA PRATICA N. 3



PAZIENTE DI SESSO MASCHILE – 57 ANNI

Giunge per ittero sclerale, feci chiare e urine marroni, nega sintomatologia dolorosa. Il disturbo è presente da 6 giorni.

APR: pregresso IMA nel 2016 trattato con stent, HTA TD: ASA; Bifril 7,5; Bisoprololo 3,75; Rabeprazolo 20; Rosuvastatina 10 mg; Ezetime 10 mg

Prova non estratta
Giusef.

Caso n° 3

Motivo della richiesta: ittero da 3 giorni senza sintomatologia dolorosa.

Indagine TC effettuata in condizioni basali e durante infusione endovenosa di MdC (Omnipaque 350 ml 100-lotto n. 15425830-scad. 12.02.2024) con ripresa di scansioni in fase arteriosa, venosa portale e di equilibrio.

Dilatazione di rami biliari intraepatici e dell'epato-coledoco sino a livello intrapancreatico per verosimile stenosi del coledoco distale. Non dilatazioni del dotto di Wirsung.

A livello pancreatico non si evidenziano lesioni focali.

Al fegato in corrispondenza di S4a ed S4b si evidenziano due lesioni focali ipodense a margini sfumati del diametro di cm 23 a S4a e di mm 26 a S4b, in sede pericolecistica, sospette per secondarismi. La colecisti appare distesa con pareti regolari.

Formazione cistica di mm10 a S8. Vene sovraepatiche e vena porta normocanalizzate.

Linfonodi con asse corto di mm 7 all'ilo epatico.

In sede peripancreatica alcuni linfonodi modicamente incrementati di volume, il più voluminoso con asse corto di mm 12.

Regolare aspetto TC della milza. Assenza di espansi surrenalici.

Reni con regolari dimensioni, morfologia e struttura. Formazione litiasica calcifica di mm 4 in calice del gruppo superiore destro. Cavità escrettrici bilateralmente non dilatate.

In sede intercavaoartica e a livello del tessuto adiposo mesocolico, segnatamente a dx, qualche linfonodo di diametro infracentimetrico.

Aorta addominale con regolare calibro con estese placche calcifiche.

Vescica vuota.

Assenza di versamento endoperitoneale.

