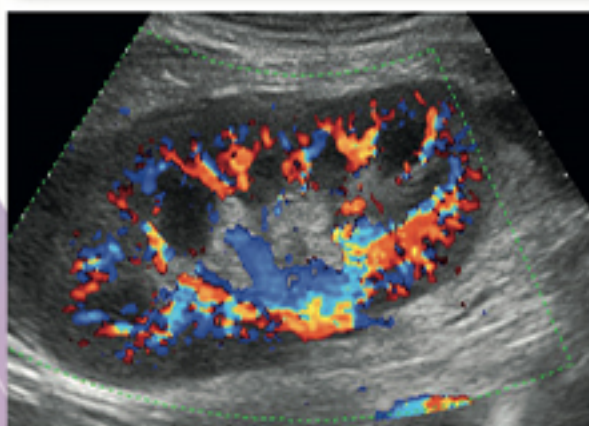
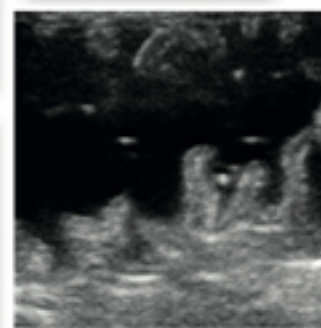
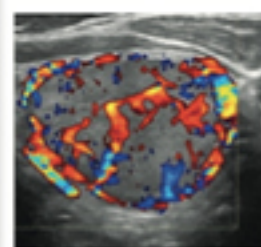
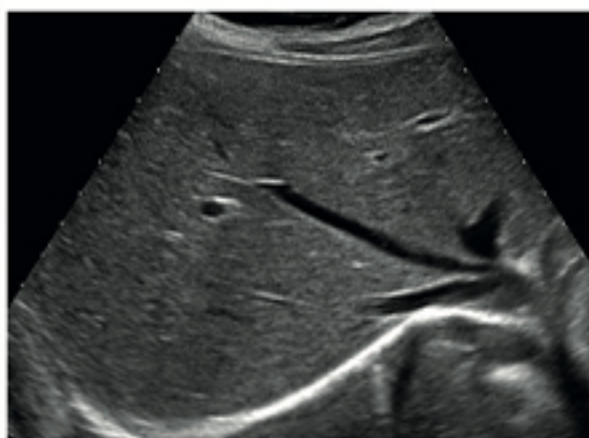


Carla Serra • Cristina Felicani

Ecografia in Medicina Interna

TESTO-ATLANTE



PICCIN



App My PICCIN

Tutti i contenuti multimediali
a portata di mano!

destra del vaso dove, dirigendosi verso il fegato, il flusso è in allontanamento rispetto al traduttore (*figura 6.54*).

La presenza di flusso invertito solo nella vena splenica è in genere dovuto alla presenza di ampi circoli collaterali spleno-renali in casi di ipertensione portale severa (vedi sezione “Ipertensione portale”).

Nella vena splenica non si effettuano valutazioni quantitative della velocità di flusso che vengono riservate al tronco portale principale.

Vena porta. Partendo da una scansione trasversale epigastrica sulla vena splenica, con l’oliva portale al centro del piano di scansione, e ruotando il trasduttore in senso orario di circa 30-60 gradi, si visualizzerà il tratto extraepatico della vena porta nel punto in cui incrocia l’arteria epatica (*figura 6.55*). Si passa con questo movimento di rotazione da una scansione trasversale ad una scansione obliqua sottocostale destra ed il vaso appare come una struttura nastriforme anecogena con pareti iperecogene ben evidenti (*figura 6.56*). Quando non visualizzabile dall’epigastrio il ramo portale destro e parte del tronco comune sono visualizzabili con scansioni intercostali destre (*figura 6.16*).

Della vena porta si dovrà valutare:

- il *calibro*: si misura in media espirazione bloccata, dal versante luminale della parete anteriore al versante luminale della parete posteriore, nel punto in cui

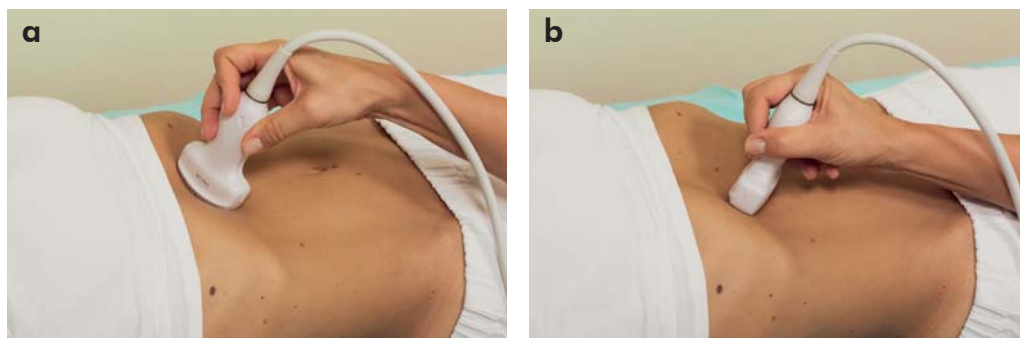


Figura 6.55 • **a.** Scansione trasversale epigastrica sull’oliva portale. **b.** Ruotando il trasduttore in senso orario incontreremo l’asse longitudinale del tronco portale.



Figura 6.56 • Scansione obliqua sottocostale destra (ilo epatico). È la scansione ottimale per misurare il calibro del tronco portale all’ilo. Per ottenere delle misurazioni riproducibili si usa come repere il punto in cui il tronco portale incrocia l’arteria epatica. VP: vena porta; AE: arteria epatica.

- **Scansioni trasversali:** si ottengono con il trasduttore posizionato perpendicolarmente all'asse longitudinale del paziente, sul fianco (sinistro o destro), e facendo scorrere il trasduttore verso l'alto e verso il basso fino ad oltrepassare entrambi i poli. Consentono un'ottimale valutazione di ciascun rene in tutta l'estensione polo-polo. Nella porzione superiore del piano di scansione visualizzeremo sempre il margine laterale del rene e nella porzione profonda il versante ilare (*figura 12.5*).

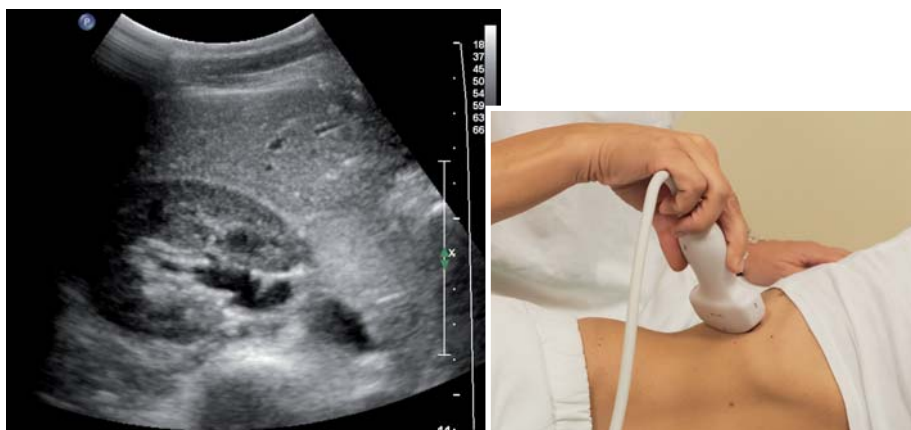


Figura 12.5 • Scansione trasversale sul fianco destro. Si visualizza il rene destro in una scansione trasversale passante per l'ilo, posteriormente al fegato.

- **Scansioni sottocostali oblique** si possono ottenere con il paziente in decubito laterale destro, utilizzando il fegato come finestra acustica e sono utili per seguire il decorso dei vasi renali di destra. Il medesimo approccio è in genere meno utile per lo studio dei vasi renali di sinistra poiché mascherati dal meteorismo intestinale (*video 12.2*).



Video 12.2 • Scansione obliqua sottocostale destra. Si visualizza il rene in scansione trasversale (R) ed è la scansione ottimale per seguire il decorso dei vasi renali di destra. Posteriormente al fegato (F) è possibile, in condizioni ottimali visualizzare tutto il decorso della vena renale (VR) e posteriormente ad essa dell'arteria renale (AR).