

Imaging vascolare e LEA : chi, cosa e perche'

Giuseppe Armentano

Centro Dea - Rossano

LEA

Arriva la nuova versione del Dm Tariffe.

Trasmessa dal Ministero della Salute la nuova versione del provvedimento che dà attuazione all'aggiornamento del 2017 rimasto però in tutti questi anni sulla carta.

Si partirà da Gennaio 2025 per la specialistica ambulatoriale e per la protesica.

PRESTAZIONI EROGABILI DALLA BRANCA DI ENDOCRINOLOGIA A PARTIRE DAL 01 GENNAIO 2025

➔	88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi		Cardiologia	Chirurgia vascolare	Diagnostica per immagini	Endocrinologia
➔	88.77.6	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi		Cardiologia	Chirurgia vascolare	Diagnostica per immagini	Endocrinologia
➔	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA		Endocrinologia			

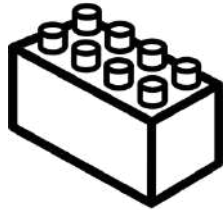
ENDOCRINOLOGIA 2025:

Ecocolordoppler tsa

Sogno o realtà?



Obiettivi



Fornire elementi utili per un corretto PDTA della Patologia Cerebro-vascolare



Fornire elementi utili per una corretta e appropriata prescrizione di esami di diagnostica vascolare



Fornire elementi utili per una corretta interpretazione della refertazione di ultrasonologia vascolare di ritorno

L' Aterogenesi È Un Processo Patologico



1.
Cronico

2.
Multi
fattoriale

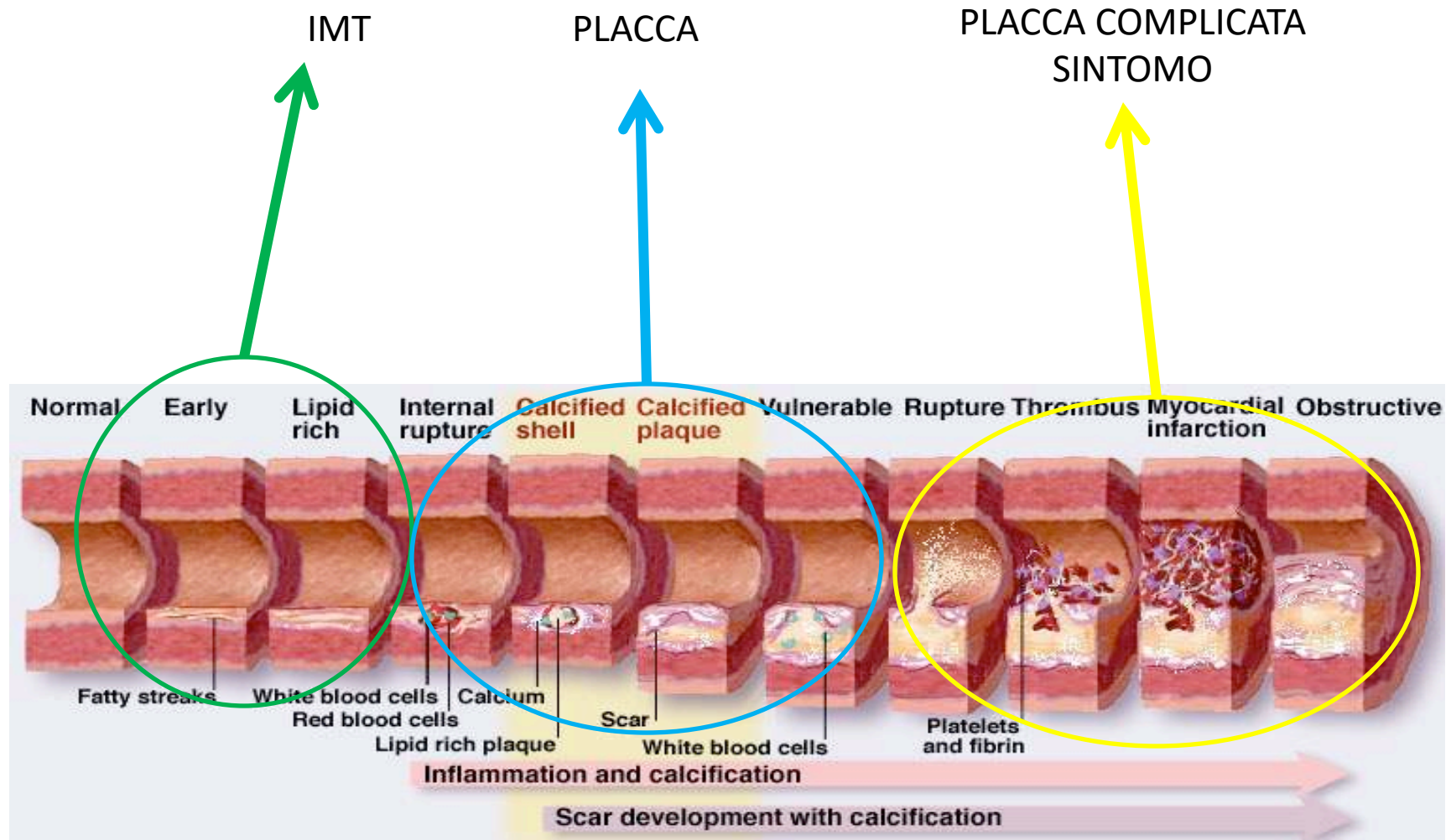
3.
Inizia prima dello
sviluppo di
eventi clinici

4.
Ha una
pogressione
silente

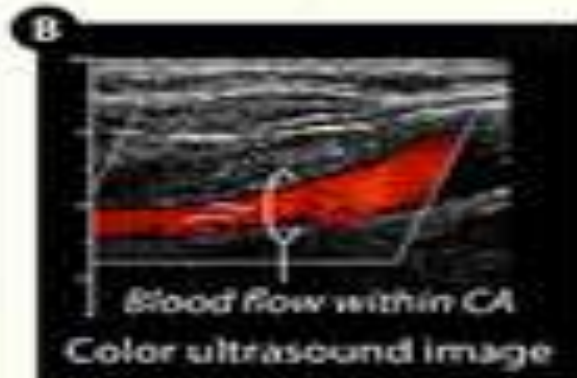
Prevenzione

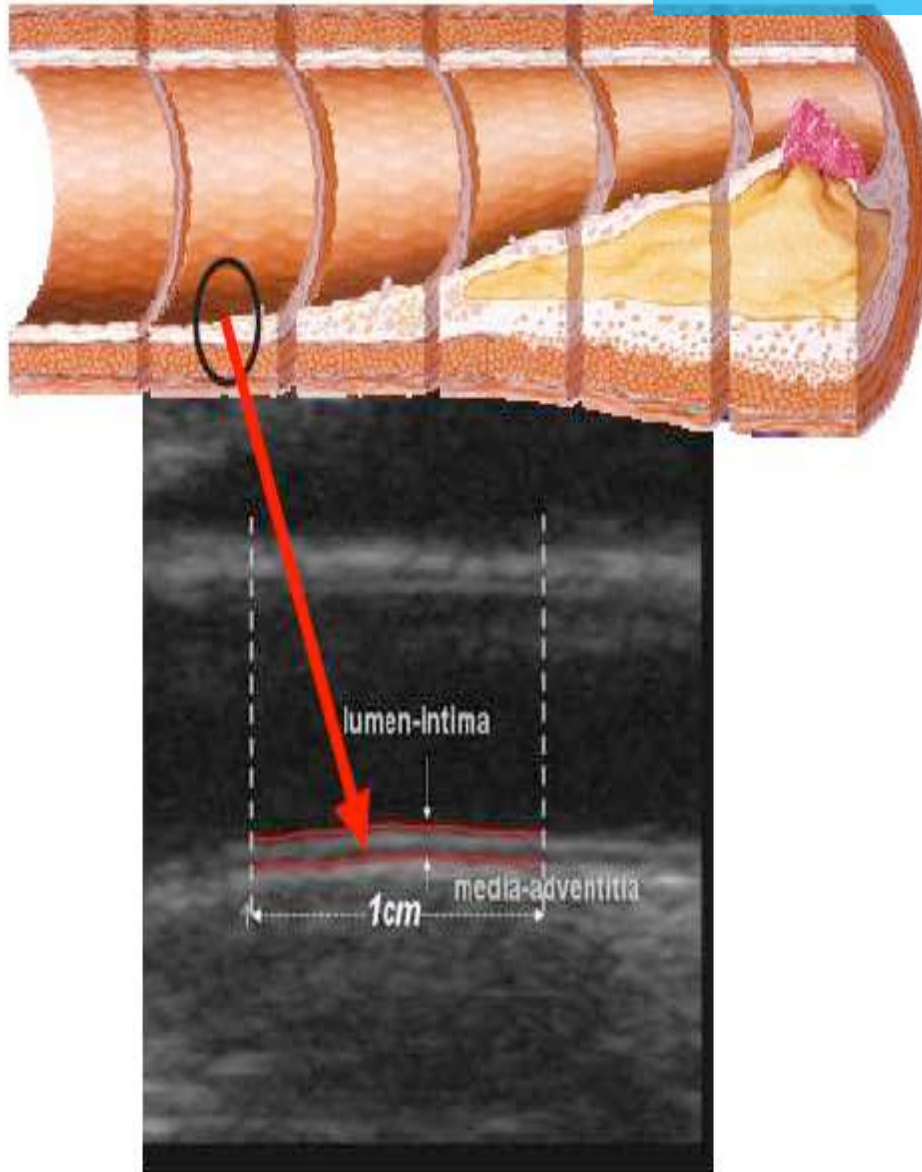
PRIMARIA

SECONDARIA



Importante individuare degli indicatori di malattia nel corso del lungo periodo asintomatico della patologia aterosclerotica





- Immagine ultrasonografica della parete arteriosa caratterizzata da due linee ecogene parallele (interfaccia lume-intima e media-adventizia) che delimitano uno spazio anecogeno.

- La distanza tra le due linee ecogene rappresenta lo spessore medio-intimale dell'arteria:

Spessore M-I normale 0.5-0.9 mm

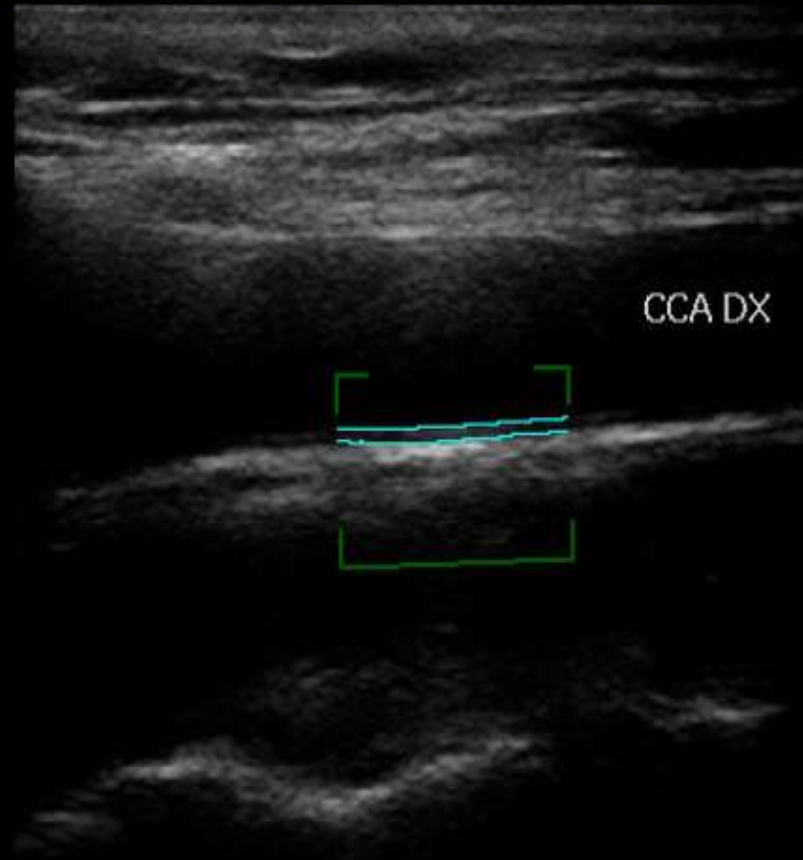
Ipessito 1-1.5mm

Placca >1.5mm

TSA
L12-3
24Hz
4cm

P

2D
H1
Gn 49
232dB/C4
D / 3 / 2



Vaso
Destra
Dist
CCA

Fotogr. corrente

IMT = 0.52 mm

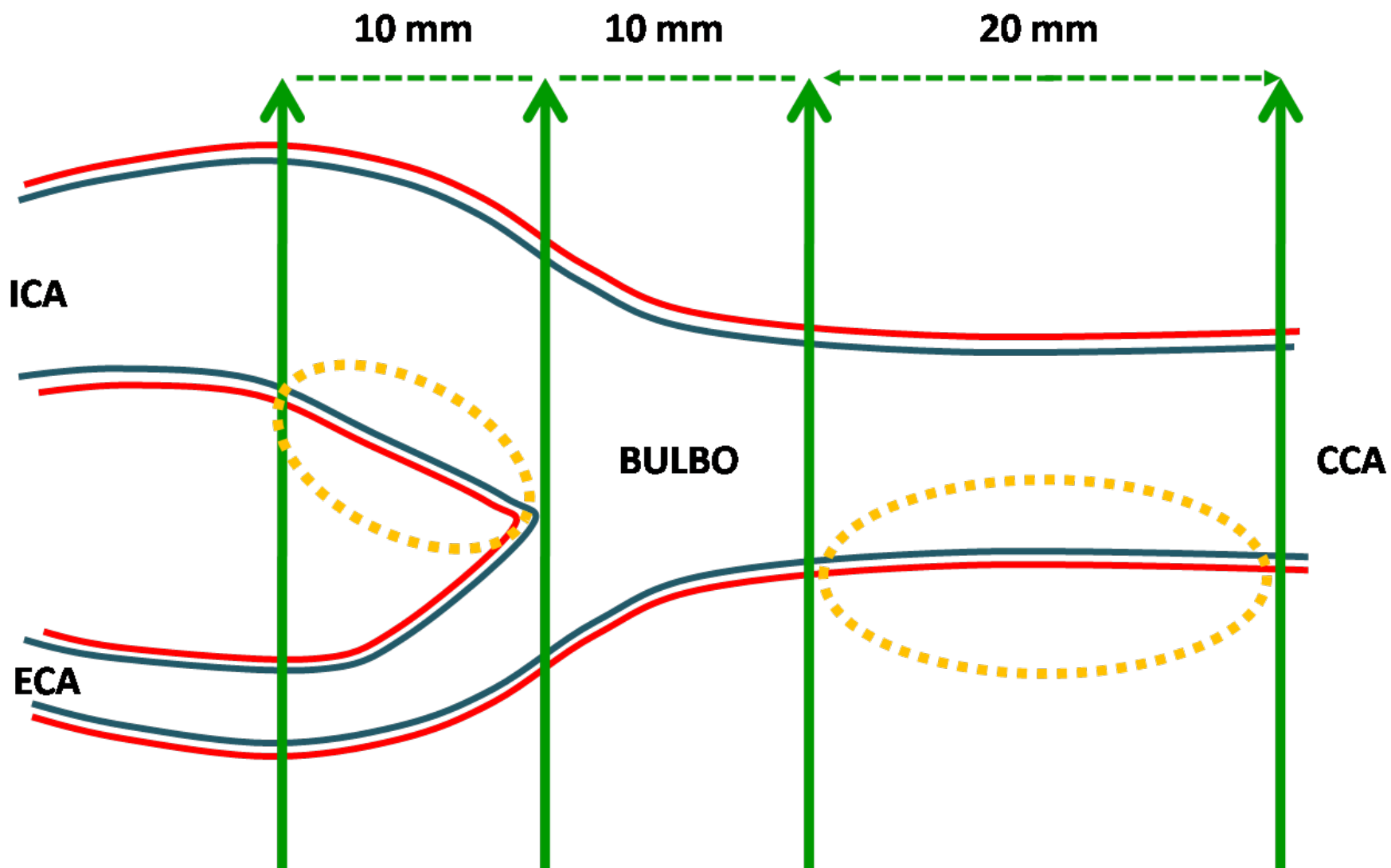
Completato
- correttamente = 98 %
Larghezza = 10.0 mm

Risultati memor.



G
5,0 10,0

Come misurarlo?



A chi misurarlo?



Raccomandato negli studi epidemiologici e nei Trials di intervento in ambito CV



Utile in presenza di elevato profilo di rischio CV, ma in assenza di aterosclerosi ostruttiva (informazione aggiuntiva rispetto all'identificazione dei soli fattori di rischio CV tradizionali)

Definire un protocollo di misurazione semplice e standardizzato per lo screening e il follow-up di soggetti ad alto rischio CV

Dati insufficienti per valutare il valore predittivo della riduzione di spessore M-I

Problemi

Programma di training e controllo qualità degli operatori

Definire un "valore soglia" di IMT per eventi

Recommendations for the use of laboratory, electrocardiogram, and imaging testing for cardiovascular risk assessment in asymptomatic patients with diabetes

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Routine assessment of microalbuminuria is indicated to identify patients at risk of developing renal dysfunction or at high risk of future CVD. ^{27,38}	I	B
A resting ECG is indicated in patients with DM diagnosed with hypertension or with suspected CVD. ^{38,39}	I	C
Assessment of carotid and/or femoral plaque burden with arterial ultrasonography should be considered as a risk modifier in asymptomatic patients with DM. ^{60–62}	IIa	B
CAC score with CT may be considered as a risk modifier in the CV risk assessment of asymptomatic patients with DM at moderate risk. ^{c 63}	IIb	B
CTCA or functional imaging (radionuclide myocardial perfusion imaging, stress cardiac magnetic resonance imaging, or exercise or pharmacological stress echocardiography) may be considered in asymptomatic patients with DM for screening of CAD. ^{47,48,64,65,67–70}	IIb	B
ABI may be considered as a risk modifier in CV risk assessment. ⁷⁶	IIb	B
Detection of atherosclerotic plaque of carotid or femoral arteries by CT, or magnetic resonance imaging, may be considered as a risk modifier in patients with DM at moderate or high risk CV. ^{c 75,77}	IIb	B
Carotid ultrasound intima–media thickness screening for CV risk assessment is not recommended. ^{62,73,78}	III	A
Routine assessment of circulating biomarkers is not recommended for CV risk stratification. ^{27,31,35–37}	III	B
Risk scores developed for the general population are not recommended for CV risk assessment in patients with DM.	III	C



Studio
delle
carotidi

Perché?

Con quali metodiche?

In quali pazienti?

Il diabete mellito come fattore di rischio cardiovascolare

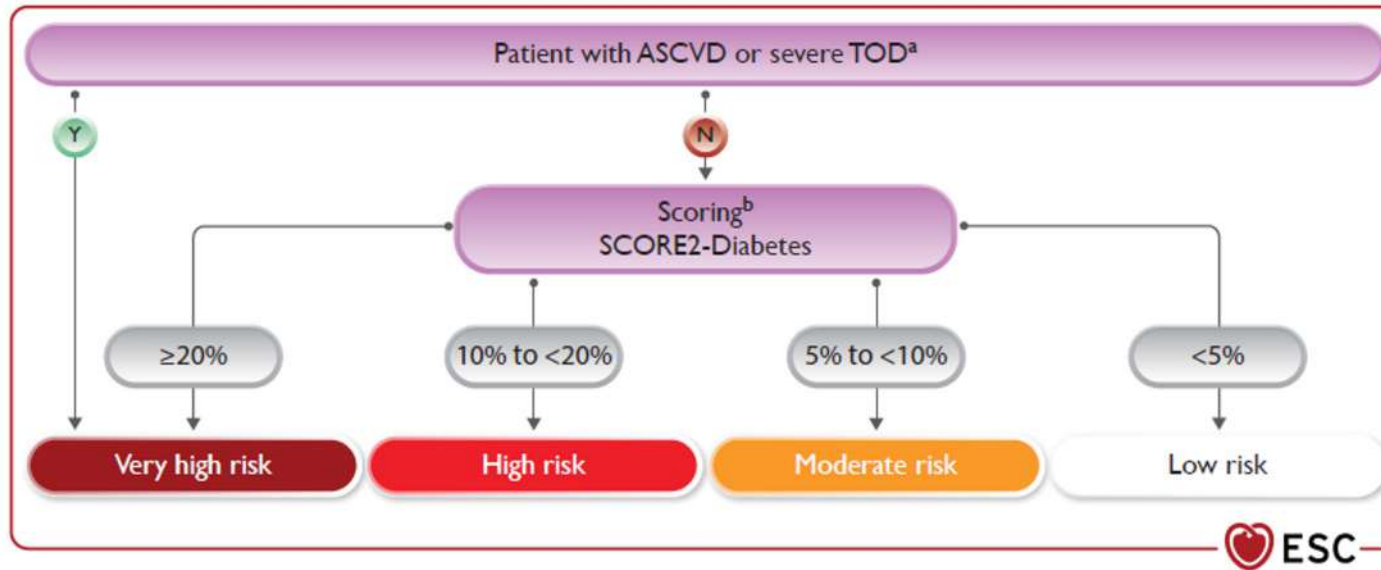
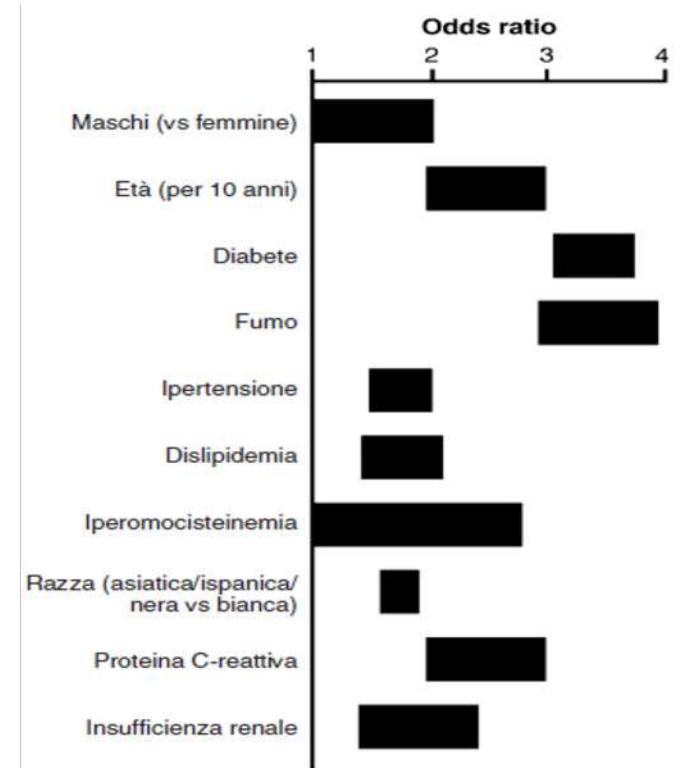
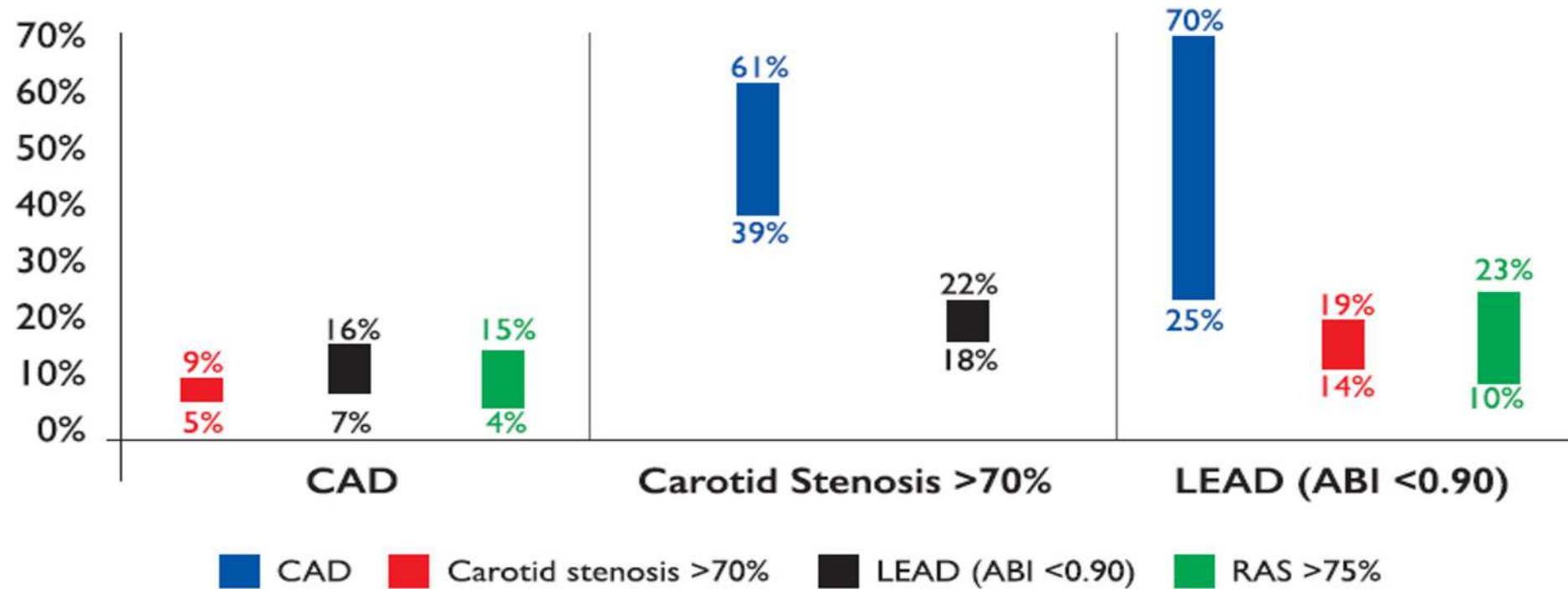


Figure 3 Cardiovascular risk categories in patients with type 2 diabetes. ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; CVD, cardiovascular disease risk; eGFR, estimated glomerular filtration rate; TOD, target-organ damage; UACR, urinary albumin-to-creatinine ratio. ^aSevere TOD defined as eGFR <45 mL/min/1.73 m² irrespective of albuminuria; or eGFR 45–59 mL/min/1.73 m² and microalbuminuria (UACR 30–300 mg/g; stage A2); or proteinuria (UACR >300 mg/g; stage A3), or presence of microvascular disease in at least three different sites [e.g. microalbuminuria (stage A2) plus retinopathy plus neuropathy].^{43–45} ^bThe thresholds (10-year CVD risk) suggested are not definitive but rather designed to prompt joint decision-making conversations with patients about intensity of treatment, as well as additional interventions. SCORE2-Diabetes refers to patients aged ≥40 years.



Perché il TSA nel pz diabetico

Il coinvolgimento multidistrettuale delle complicanze vascolari



Perché?



14% dei casi

A large, dark grey arrow pointing from the left towards the right, indicating a causal link. It is positioned in the center of the image, with the text "14% dei casi" written on it in white.

Stroke

A Newton's cradle ball, dark and reflective, with the text "Stroke" written on it in white. It is positioned on the right side of the image, with a thin black line extending upwards and to the right from its top.

Con quali metodiche?

Raccomandazione 1 Grado III-A

L'esame di scelta per la diagnosi delle malattie cerebrovascolari e per lo screening è l'eco-color-Doppler

Raccomandazione 2 Grado III-A

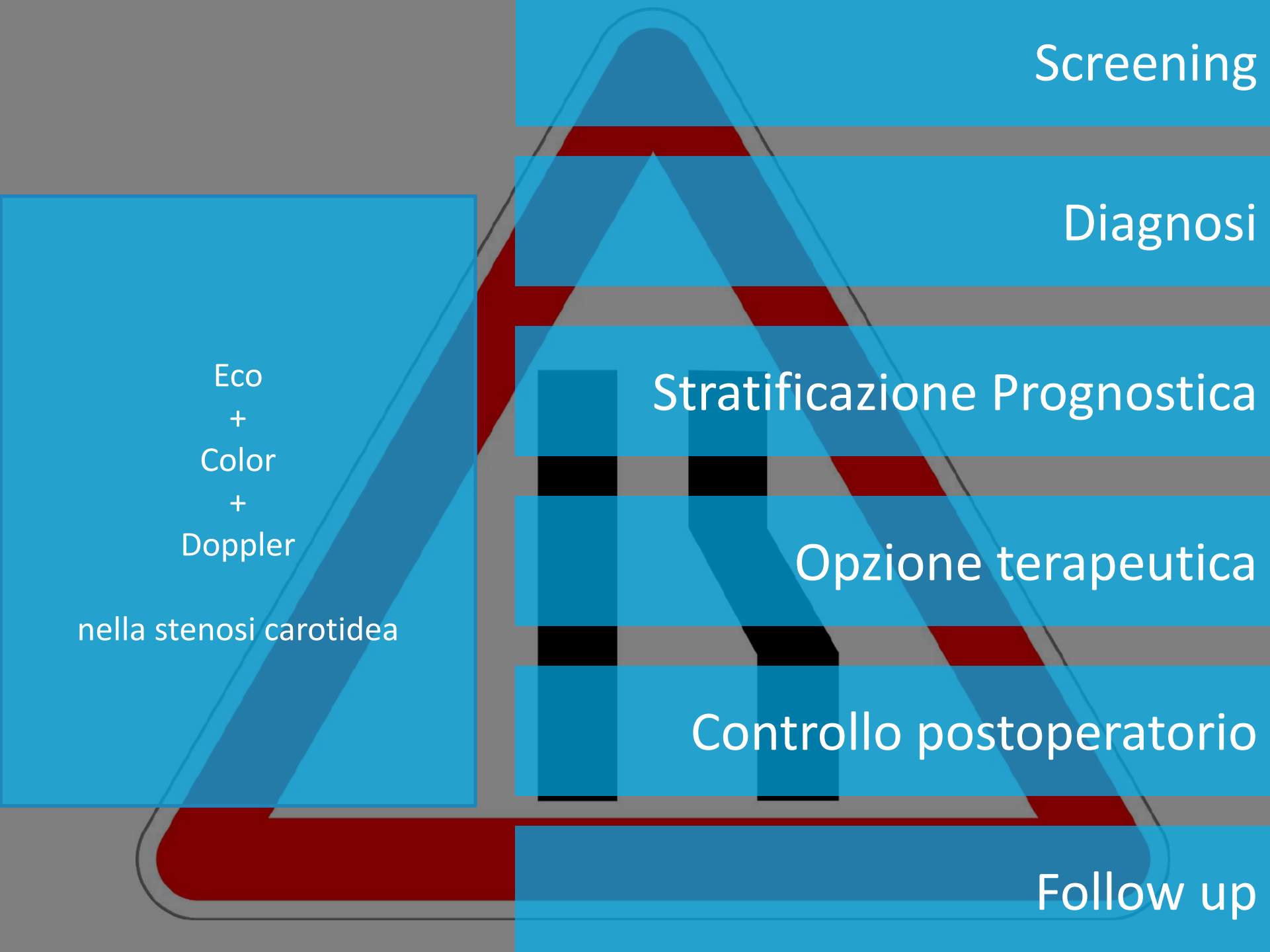
Lo studio ECD dei tronchi sovraortici è indicato nei pazienti con TIA o ictus recente per un inquadramento etiopatogenetico.

Deve essere eseguito precocemente dopo l'esordio della sintomatologia per pianificare una corretta terapia (entro 2-3 ore per le rivascolarizzazioni da trombosi o pochi giorni per i casi di ictus senza trombosi completa)

In quali pazienti?

Raccomandazione 3 Grado III-A

- **Pazienti con TIA o Ictus recente**
- **Cardiopatía Ischemica**
- **Paz. che devono essere sottoposti ad interventi di rivascolarizzazione**
- **Arteriopatía periferica**
- **Nell'ambito dell'inquadramento di patologie quali: diabete, ipertensione, dislipidemia, alterazioni emocoagulative.**

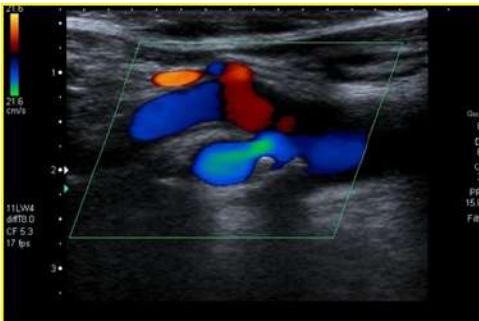


Esame eco-color-doppler



ECOGRAFIA VASCOLARE (B Mode)

Scansioni Longitudinali (AL-L-PL), Trasversali (AL-L-PL):
decorso, calibro, pulsatilità, profilo parietale, ecogenicità
endoluminale, presenza di placca (ecogena), struttura ecogena



ECO-COLOR-DOPPLER (Mappa a colori della velocità, Power, Convergenza, 3D)

Identificazione, direzione del flusso, profilo di placca (anecogena,
ulcerata), valutazione emodinamica qualitativa della stenosi



DOPPLER PULSATO (PW)

Contorno dell'onda (Elasticità, Resistenza, Frequenza cardiaca)
Caratteristiche dello spettro (Laminarità, Turbolenza)

Stima della velocità = Stima emodinamica quantitativa della
stenosi (unico criterio scientificamente validato)

Criteri ultrasonografici internazionali di grading della stenosi carotidea secondo l'American academy of Radiology (Consensus Conference del 2003), validati versus angiografia digitalizzata con metodo NASCET. Per una stenosi nel range > 70% tali criteri hanno una sensibilità del 92% ed una specificità del 97%.

GRADO DI STENOSI	CRITERI PRIMARI		CRITERI SECONDARI	
	ICA PSV (cm/sec)	STIMA PLACCA (%)	ICA/CCA PSV ratio	ICA EDV (cm/sec)
Normale	<125	Nessuna	<2	<40
<50%	<125	<50	<2	<40
50-69%	125-230	≥50	2-4	40-100
≥70%	>230	≥50	>4	>100
Near occlusion	Elevato, basso o non rilevabile	Visibile	Variabile	Variabile
Occlusione	Non rilevabile	Visibile, non rilevabile il lume	Non applicabile	Non applicabile

TSA

L12-3

19Hz

56°

2D

58%

R din. 50

P Basso

AGen

CF

62%

6000Hz

WF 360Hz

4.0MHz

PW

38%

WF 60Hz

SV1.5mm

3.6MHz

1.9cm

ICA pross Sinistra



TISO.2 MI 0.6

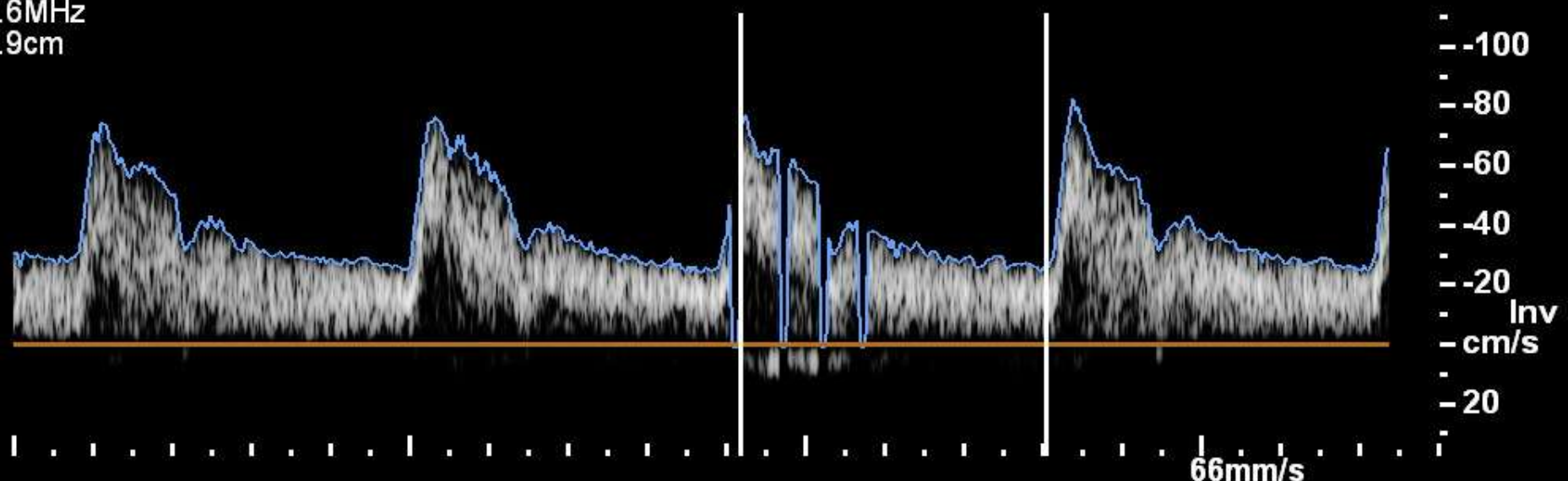
M3 M3

+57.8

|| PSV -78.4 cm/s
 EDV -26.1 cm/s
 MDV 0.000 cm/s
 RI 0.67

-57.8
cm/s

4.0cm



TSA

L12-3

20Hz

54°

2D

58%

R din. 50

P Basso

AGen

CF

62%

6000Hz

WF 360Hz

4.0MHz

PW

38%

WF 110Hz

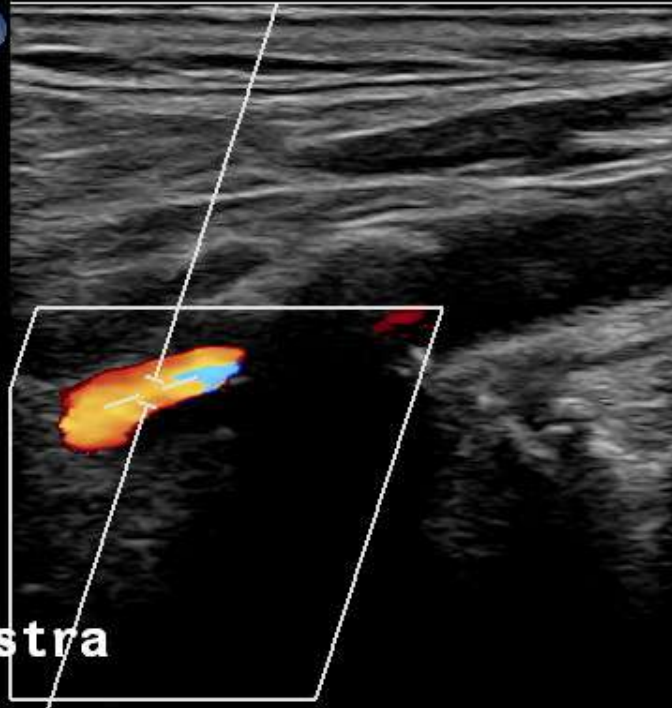
SV1.5mm

3.6MHz

2.3cm

ICA pross Destra

P



TISO.3 MI 0.4

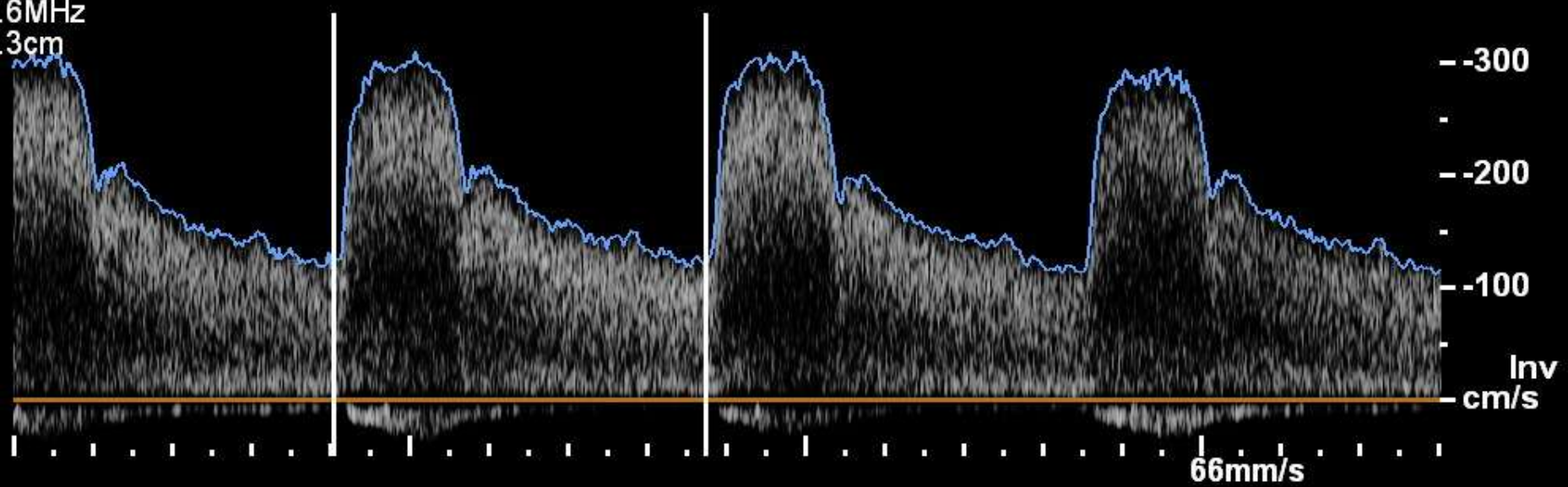
|| PSV -316 cm/s
 EDV -123 cm/s
 MDV -120 cm/s
 RI 0.61

M3 M3
+57.8



x2

4.0cm



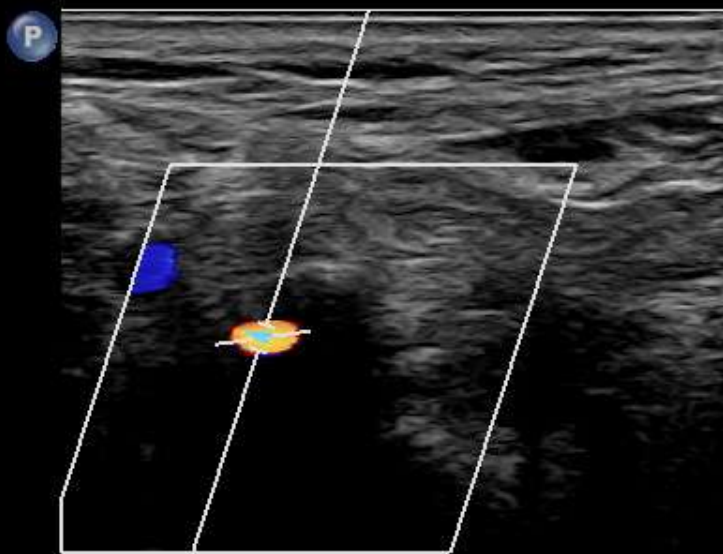
TSA
L12-3
14Hz 64°

2D
58%
R din. 50
P Basso
AGen

CF
62%
7500Hz
WF 412Hz
5.0MHz

PW
38%
WF 120Hz
SV1.5mm
3.6MHz
2.0cm

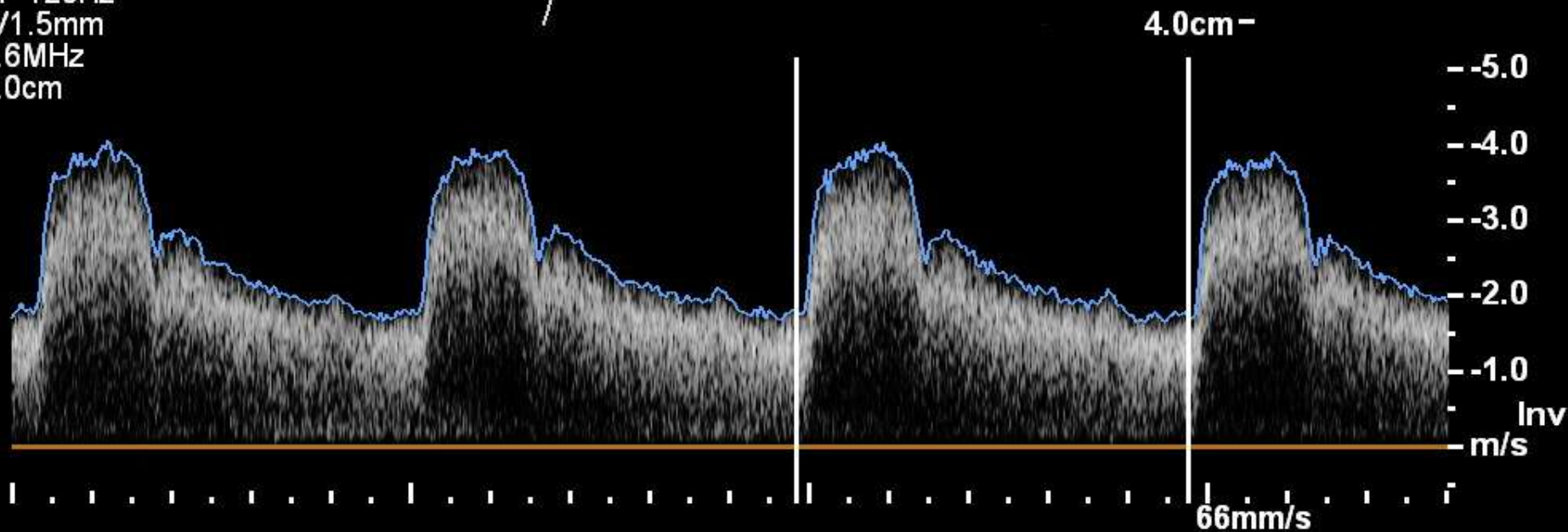
ICA pross Destra



TIS0.2 MI 0.4

PSV	-409 cm/s
EDV	-173 cm/s
MDV	-164 cm/s
RI	0.58

M3 M3
+57.8
-57.8
cm/s



COS'E' UNA STENOSI CAROTIDEA?

È una riduzione del diametro del lume misurabile alla angiografia invasiva.

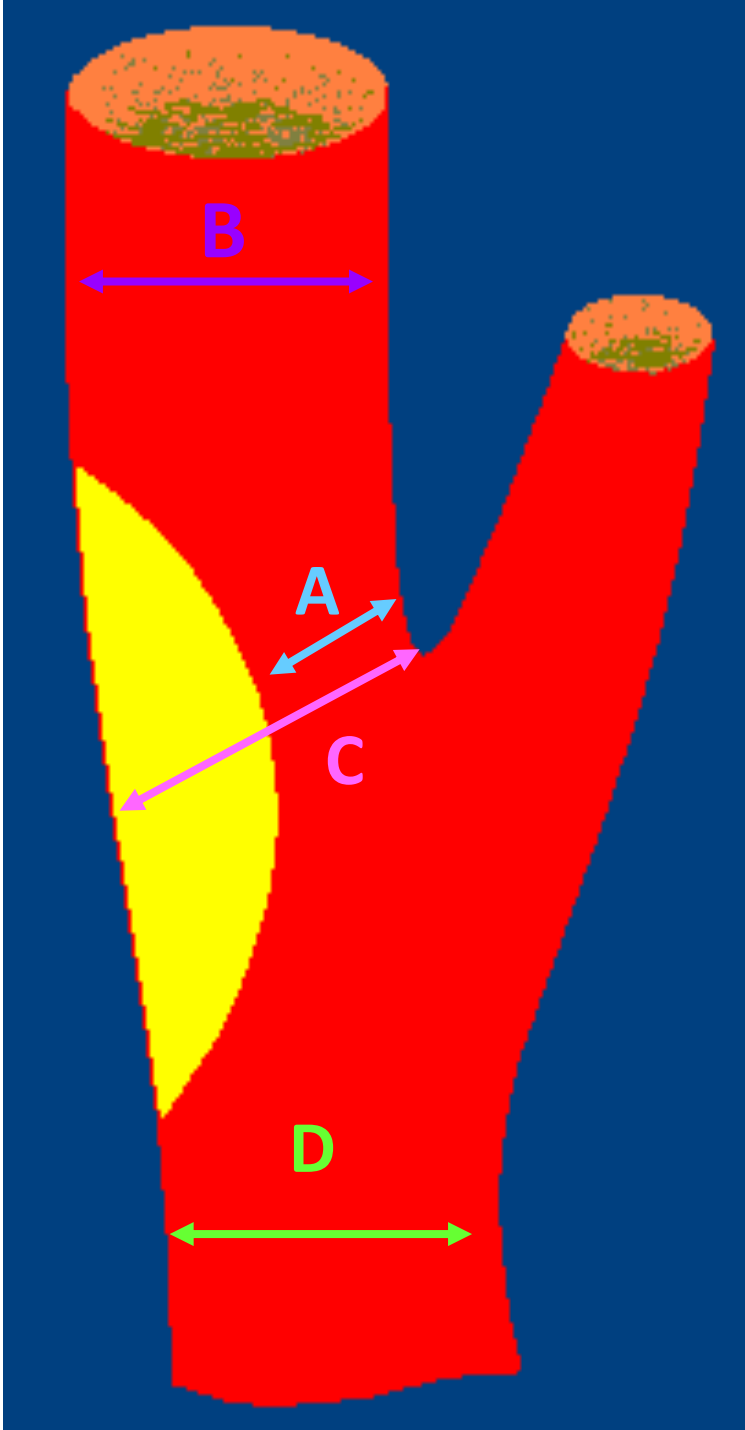
Metodo NASCET/ACAS:

$(1 - \text{Diametro residuo} / \text{diametro distale dell'ICA}) \times 100$

Metodo ECST:

$(1 - \text{Diametro residuo} / \text{diametro prossimale al bulbo}) \times 100$

Metodo dell'AREA DI STENOSI: non validato



Extracranial carotid and vertebral artery disease

Recommendations for imaging of extracranial carotid arteries

Recommendations	Class ^a	Level ^b
DUS (as first-line imaging), CTA and/or MRA are recommended for evaluating the extent and severity of extracranial carotid stenoses. ⁹⁹	I	B
When CAS is being considered, it is recommended that any DUS study be followed by either MRA or CTA to evaluate the aortic arch as well as the extra- and intracranial circulation. ⁹⁹	I	B
When CEA is considered, it is recommended that the DUS stenosis estimation be corroborated by either MRA or CTA (or by a repeat DUS study performed in an expert vascular laboratory). ⁹⁹	I	B

CAS = carotid artery stenting; CEA = carotid endarterectomy; CTA = computed tomography angiography; DUS = duplex ultrasound; MRA = magnetic resonance angiography.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

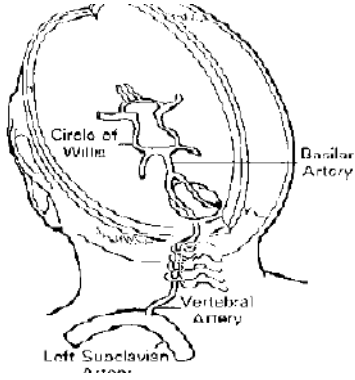
Nei pazienti con TIA / ictus è obbligatorio l'imaging urgente del cervello e dei vasi sopraaortici. La DUS è solitamente la modalità di imaging carotideo di prima linea per valutare le stenosi extracraniche di ICA.

Il vantaggio principale di CTA / MRA rispetto a DUS è la loro capacità di immagini simultaneamente dall'arco aortico fino alla circolazione intracranica e al parenchima cerebrale.

Mentre la TC è più ampiamente disponibile e distingue tra ictus ischemico ed emorragico, la risonanza magnetica è più sensibile nel rilevare l'ischemia cerebrale, specialmente nel primo periodo post-ictus. Il CTA offre un'eccellente sensibilità e specificità per il rilevamento della stenosi carotidea.

La calcificazione grave può sovrastimare la gravità della stenosi. L'ARR non visualizza la calcificazione vascolare, una questione importante se si deve prendere in considerazione il CAS. In una metaanalisi, DUS, MRA e CTA sono risultati equivalenti per la rilevazione di una significativa stenosi carotidea.

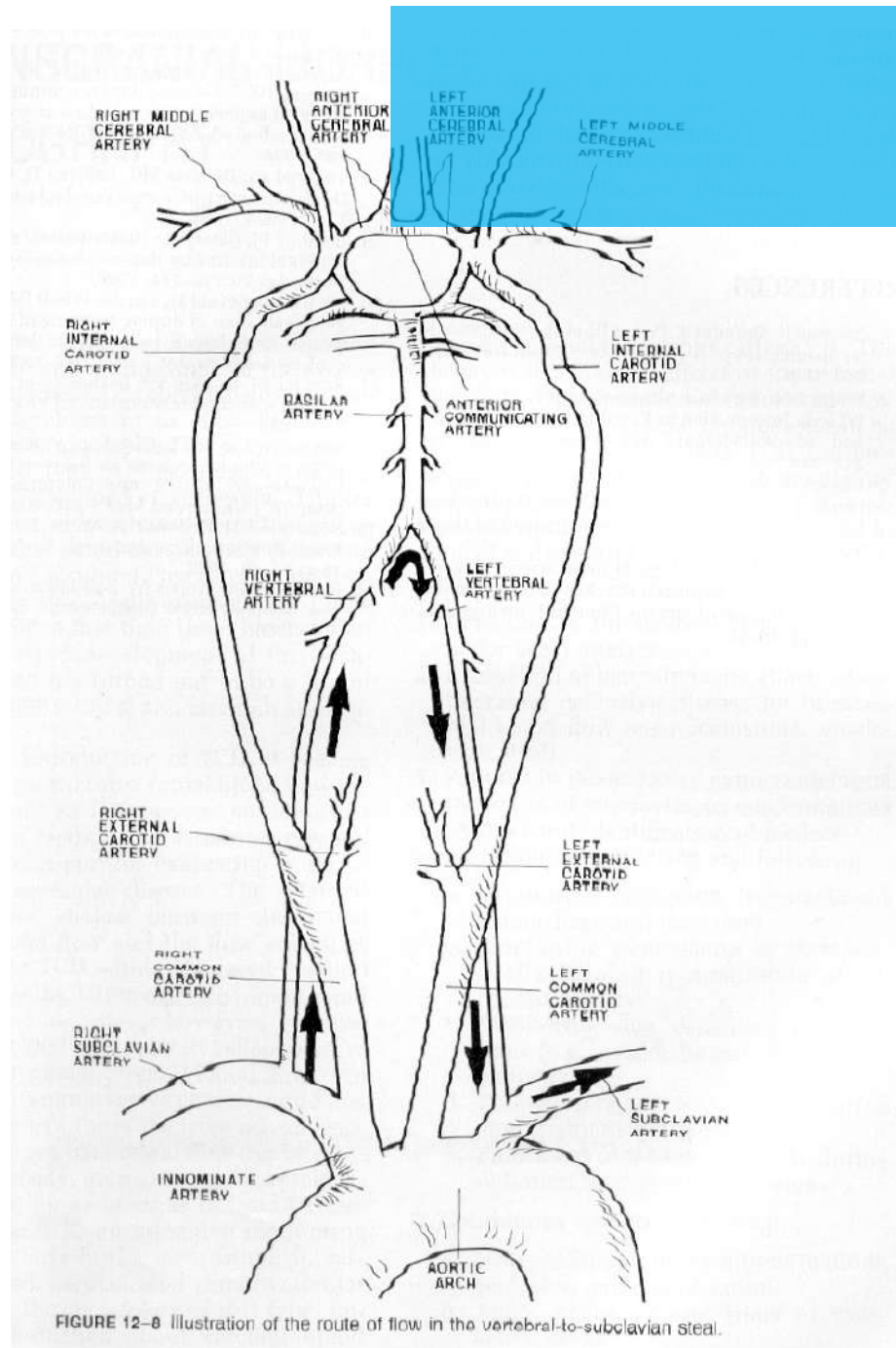
La DSA intra-arteriosa, necessaria per guidare la CAS ma non l'endarterectomia carotidea (CEA), è raramente richiesta a scopo diagnostico e viene utilizzata solo in situazioni altamente selezionate con risultati di imaging discordanti non invasivi o ulteriore malattia vascolare intracranica.



Le Vertebrali : Considerazioni anatomiche

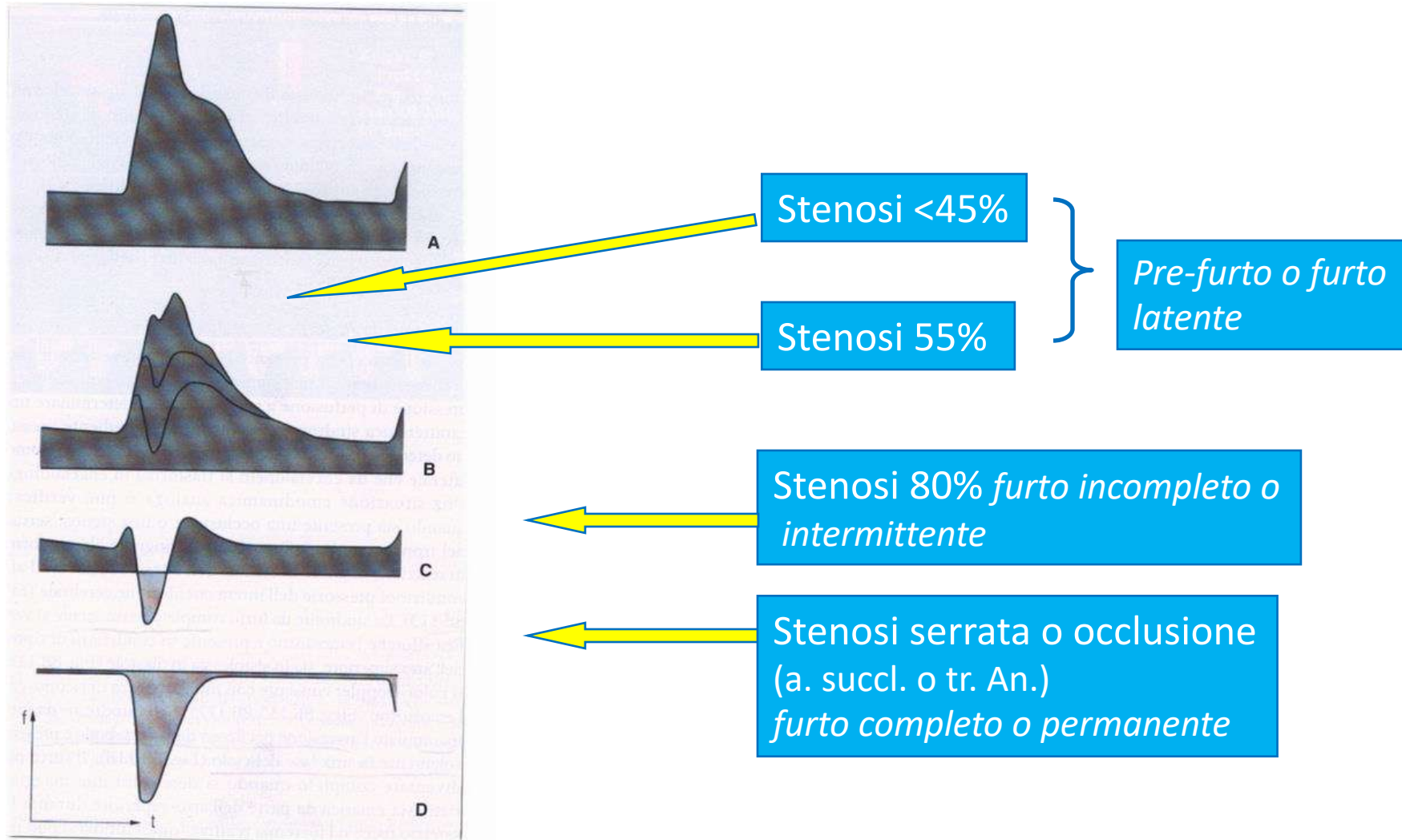
- **È l'unico sistema in cui le due arterie si uniscono formando un tronco comune**
- **Attraverso il circolo di Willis stabiliscono anastomosi con il sistema carotideo**
- **Nel 73% dei soggetti normali sono asimmetriche e la sinistra è dominante in circa 80% dei casi**
- **L'origine è tortuosa e limita l'esplorazione agli ultrasuoni, a sinistra ,in particolare è localizzata in profondità al di sotto della clavicola.**
- **Passa attraverso i processi trasversi da C1 a C6.**
- **In C1 entrambe escono dal processo trasverso, formando un'ansa diretta posteriormente , difficile da esplorare.**
- **Un breve segmento è intracranico ed esplorabile con TCD**

Quadri ecografici patologici



- **Arteria non visualizzata**
- **Arteria visualizzata ma con assenza di flusso**
- **Ipoplasia o arteria molto piccola per stenosi all'origine**
- **Aumento della velocità (aumento significativo del PSV marcata turbolenza, riduzione del lume)**
- **Netta riduzione della velocità di flusso, con aspetto spettrale di flusso frenato.**
- **Alterata direzione del flusso**

La diagnostica del distretto succlavio-vertebrale



Variatione del diagramma velocitometrico derivato dalla a. vertebrale in dipendenza della entità della stenosi succlavia

FOLLOW UP

Grado di stenosi	Stenosi asintomatica	Stenosi sintomatica
< 50%	Controllo a 1 anno	Controllo ogni 6 mesi
50-70%	Controllo a 6 mesi poi ogni anno	Controllo ogni 3 mesi
> 70% oppure placche ecoprive o ulcerate	Trattamento chirurgico Controllo a 3-6 mesi poi ogni anno	Chirurgia

GRADO



Raccomandazioni terapeutiche

Raccomandazione 13.1

L'endarterectomia carotidea è **indicata** nella **STENOSI SINTOMATICA** uguale o maggiore del 70%

Raccomandazione 13.2

L'endarterectomia carotidea **non è indicata** nella **STENOSI SINTOMATICA** inferiore al 50%

SPREAD Live

Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion

STENOSI CAROTIDEA SINTOMATICA: INDICAZIONI TERAPEUTICHE OTTIMALI

Stenosi <50%	Terapia medica
Stenosi 50-69%* <ul style="list-style-type: none">• Placca stabile• Placca instabile	Terapia medica Terapia chirurgica
Stenosi 70-95%**	Terapia chirurgica
Stenosi 96-99% (near occlusion)	Terapia chirurgica?

* In assenza di altri fattori di rischio per ictus e con rischio chirurgico basso

** Risultati controversi con il ACST=uomini, <65 aa, 60-80%

STENOSI CAROTIDEA ASINTOMATICA: INDICAZIONI TERAPEUTICHE OTTIMALI

Stenosi <60%	Terapia medica
Stenosi 60-79%* <ul style="list-style-type: none">• Placca stabile• Placca instabile	Terapia medica Terapia chirurgica
Stenosi 80-95%	Terapia chirurgica
Stenosi 96-99%	Terapia chirurgica?

* In assenza di altri fattori di rischio per ictus e con rischio chirurgico basso

ECO-COLOR-DOPPLER VASCOLARE

III EDIZIONE

Editors
**CLAUDIO RABBIA
LUIGI MATRICARDI**



EDIZIONI MINERVA MEDICA



**AMD
ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI**

**VADEMECUM DI
DIAGNOSTICA
VASCOLARE PER
IL DIABETOLOGO**



BOARD SCIENTIFICO

*Antimo Aiello
Maria Amitrano
Giuseppe Armentano
Vincenzo Armentano
Raffaele De Filippo
Nino Di Benedetto
Iole Gaeta
Sandro Gentile
Marialuisa Zedde*

Essere competenti in diagnostica vascolare è una **“abilità”**
irrinunciabile per il Diabetologo moderno.



Arrivederci a Rossano



Centro Diabetologico Dea: Tra i migliori 20 Centri Diabetologici in Italia

L'AMD (Associazione Medici Diabetologici) ha pubblicato sul sito istituzionale www.aemmedi.it, la Monografia degli Annali Amd 2017 - Full Data Circle, ossia un elenco delle migliori strutture Diabetologiche presenti in Italia. E' con immenso piacere che ci teniamo a comunicarvi che il Centro Diabetologico Dea è risultato essere tra le migliori 17 strutture di Diabetologia in Italia e l'unica nel Centro-Sud.

[Staff Centro Dea]

Prestazioni medico-specialistiche

Prenota le visite per la patologia diabetica e le sue complicanze per come previsto dal nomenclatore tariffario nazionale delle prestazioni specialistiche deliberato dalla Regione Calabria.

Le Tecnologie

Il Centro DEA è dotato delle più moderne attrezzature e tecnologie per un corretto approccio diagnostico terapeutico alla patologia diabetica e alle sue complicanze.

Area Riservata Medici

Il Centro DEA è sede di corsi di formazione di diagnostica vascolare per medici specialisti e personale sanitario. Scopri il calendario degli eventi in programma.

Dietologia

Ogni alimento svolge un compito specifico e necessario all'organismo, fin dalla nascita e per tutta la vita. Mangiare bene significa avere la giusta energia per svolgere ...



Certificazioni

Con l'obiettivo di migliorare i propri servizi, nel Centro DEA si è scelto di perseguire ed ottenere una certificazione ufficiale che attesti che le procedure che si svolgono nel Centro corrispondano a standard di professionalità e qualità certificati ISO 9001.



Il nostro team

La richiesta di prestazioni sempre più precise ed efficaci, è fortemente sentita dall'utenza che si rivolge al sistema sanitario nel suo complesso, a cominciare dal medico di base fino al grande ospedale. Tutto il personale del Centro DEA ha come obiettivo principale la cura dei propri pazienti.



Orari di apertura

GIORNO	MATTINA	POMERIGGIO
Lunedì:	08,30 - 13,00	14,00 - 18,00
Martedì:	08,30 - 13,00	14,00 - 18,00
Mercoledì:	08,30 - 13,00	16,00 - 20,00
Giovedì:	08,30 - 13,00	14,00 - 18,00
Venerdì:	08,30 - 13,00	14,00 - 18,00





corso teorico-pratico DIAGNOSTICA VASCOLARE

Direttore Scientifico • Dott. Giuseppe Armentano

 **Centro DEA**
Struttura Medico-Specialistica Accreditata - S.S.N.

CORSO N. 84



4 - 5 - 6 **APRILE** 2024



CORSO N. 85



18 - 19 - 20 **APRILE** 2024



CORSO N. 86



9 - 10 - 11 **MAGGIO** 2024



CORSO N. 87



23 - 24 - 25 **MAGGIO** 2024



CORSO N. 88



13 - 14 - 15 **GIUGNO** 2024



CORSO N. 89



27 - 28 - 29 **GIUGNO** 2024



CORSO N. 90



5 - 6 - 7 **SETTEMBRE** 2024



CORSO N. 91



19 - 20 - 21 **SETTEMBRE** 2024





Direttore Scientifico • Dott. Giuseppe Armentano

In questa sezione potrai scaricare il materiale relativamente ai corsi di diagnostica vascolare tenutosi presso il Centro Dea.

CENTRO DEA - CORSO TEORICO PRATICO TRONCHI SOVRAORTICI

MATERIALE CORSO TEORICO PRATICO TRONCHI SOVRAORTICI



ESEMPI DI REFERTAZIONE ECO-COLORDOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI



MATERIALE EXTRA - TRONCHI SOVRAORTICI





Grazie per l'attenzione

Gli elementi irrinunciabili



Profilo di parete



Localizzazione della placca



Caratterizzazione della placca
(eterogeneità, superficie)



Valutazione della stenosi
e metodo di rilevazione (NASCET, ECTS)



Indicazione del PSV - PDV

Ecocolor doppler vasi epiaortici

ECODOPPLER TRATTI SOVRAORTICI

eseguita il 02/02/2024 alle ore 14.41 con il **Dott.**

Presenza a Dx di placca eccentrica iperecogena al 50% CIRCA

ISPESSIMENTO mi CAROTIDEO SIN

Vertebrali mal visualizzabili.

02/02/2024

Il medico

... ..

Quali elementi
descrittivi
mancano in questo
referto ?

Ecocolor doppler TSA

Referto Ecocolor-doppler del 06-07-2007

Lieve ipertrofia medio-intimale delle carotidi
; presenza di placche ateromasiche
bilateralmente che determinano stenosi del
70%.

Diagnosi :

..... ; ateromasia delle carotidi

Accertamenti consigliati :

Nuovo controllo fra sei mesi

Quali elementi
descrittivi
mancano in questo
referto ?

Ecocolor doppler vasi epiaortici

CENTRO

12-12-2016

ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI
L'ESAME ECOCOLORDOPPLER HA EVIDENZIATO QUANTO
SEGUE:A DESTRA IN CORRISPONDENZA DEL BULBO
PRESENZA DI PLACCA CALCIFICA CHE SI ESTENDE NELLA
CAROTIDE INTERNA DOVE DETERMINA UNA STENOSI
INTORNO AL 65-70% DEL LUME CON PSV LIEVEMENTE
AUMENTATO.A SINISTRA PLACCA CALCIFICA CHE
DETERMINA STENOSI INTORNO AL 70% DEL LUME DELLA
CAROTIDE INTERNA.IL PSV RAGGIUNGE VALORI DI 120
CM/SEC

SI CONSIGLIA ANGIOTAC DEI VASI CAROTIDEI.

Quali elementi
descrittivi
mancano in
questo referto ?

Ecocolor doppler vasi epiaortici

OSP. 27/09/2016

ECODOPPLER TSA

A SX: PRIMA DELLA BIFORCAZIONE
PLACCA 30-40% CALCIFICA.

A DX: ALLA BIFORCAZIONE PLACCA 20%
CALCIFICA

Quali
elementi
descrittivi
mancano in
questo
referto ?

Ecocolor doppler vasi epiaortici

Referto :

Bilateralmente si apprezza ispessimento marcato delle pareti dei vasi esaminati, **esteso fino agli osti ed alle diramazioni** . In particolare a destra si apprezza un ispessimento concentrico delle pareti della CCA che determina una stenosi del 50% ;

A livello della parete posteriore del bulbo è presente una **placca fibrocalcifica di circa 8x3 mm.**

A Sinistra si apprezza un ispessimento delle pareti della CCA che determina una stenosi del 70% ; sempre a livello della CCA lungo la parete posteriore è presente una **placca fibrocalcifica di circa 9x2 mm.** Analoga formazione è presente in corrispondenza della parete posteriore del bulbo e misura **circa 16x3 mm.**

I valori delle velocità flussimetriche risultano alterati, specie a livello delle diramazioni carotidee.

Non apprezzabili le a. vertebrali.

Utile consulenza chirurgica

Quali elementi descrittivi mancano in questo referto ?

Ecocolor doppler vasi epiaortici

18/10/2018 STUDIO DOTT.

ECO TSA: PLACCA HARD ALLA
BIFORCAZIONE CAROTIDEA SX CON
STENOSI 40%.INSPESSIMENTO PARIETALE
ALL'ASSE CAROTIDEA DX NON
EMODINAMICO.INVARIATA RISPETTO
ALL'UC

Quali elementi
descrittivi
mancano in
questo referto ?

Ecocolor doppler vasi epiaortici

22/03/2024 PRESIDIO OSPEDALIERO DI TRICARICO.....

ECO TSA:ISPESSIMENTO MIO INTIMALE DI GRADO MODERATO ENTRAMBI GLI ASSI CAROTIDEI .
PLACCHE ATEROMASICHE FIBROCALCIFICHE DIFFUSE ENTRAMBI GLI ASSI .

ASSE DX: PRESENZA DI PLACCA FIBROCALCIFICA LUNGO LA PARETE MEDIALE DEL BULBO
DETERMINANDO STENOSI DEL 25%.

SSE SX: PLACCA FIBRO CALCIFICA LUNGO IL BULBO DETERMINANDO STENOSI DEL 20%

MAL VISUALIZZABILE IACE SX E LE ARTERIE VERTEBRALI
SI CONSIGLIA ANGIOTAC VASI DEL COLLO

CONCLUSIONI : STENOSI CAROTIDEE DI GRADO MODERATO DIFFUSE

DOTT.

Ecocolor doppler vasi epiaortici

27/04/2024 POLIAMBULATORIO

ANGIOTAC:

ESAME ESEGUITO CON APPARECCHIO MULTISTRATO SENZA E CON SOMMINISTRAZIONE DI MDC COMPLETATO RICODTRUZIONE MPR E 3D

REGOLRE DELINEZIONE DELL'ARCO AORTICO E DELL'EMERGENZA DEI TRONCHI SOVRA ORTICI.

SI EVIDENZIA ORIGINE DIRETTA DELL'ARCO DELLA VERTEBRALE SN MENTRE LA CC SN ORIGINA DAL TRONCO COMUNE ASSI CAROTIDEI A REGOLARE DECORSO ED OPACIZZAZIONE.

ALCUNE CALCIFICAZIONI BULBARI SPECIE A SN CHE INTERESSANO L'ORIGINE DELLE CI IN ASSENZA DI STENOSI SIGNIFICTIVE .
NEI LIMITI LE CE , LE VERTEBRALI E LE SUCCLAVIE .

REGOLARE LA DELINEAZIONE DELLE STRUTTURE GHIANDOLARI DEL COLLO .

QUALCHE LINFONODO REATTIVO LATEROCERVICALE A MORFOLOGIA CONSERVATA.

DOTT.