

PROTOCOL DE EXAMINARE CT

NUME: TRUSCA MARINA	COD PACIENT: 32427
CNP: 2390516341706	DATA NASTERII: 16/05/1939
DATA EXAMINARII: 28/06/2016	MEDIC ORDONATOR: Dr. PITIGOI DAN- CRISTIAN

DIAGNOSTIC DE TRIMITERE:

Tip instalatie: CT

EXAMINARE: CT PELVIS NATIV SI CU SUBSTANTA DE CONTRAST ADMINISTRATA INTRAVENOS

REZULTAT:

Pacienta cu diagnostic de trimitere: Proces proliferativ rectosigmoidian.

Examinarea CT pelvina, nativa si dupa administrarea orala si i.v. a substantei de contrast iodate, evidentiaza:

- vezica urinara in repletie, cu pereti regulati, fara prize de contrast focalizate patologice decelabile CT;
- ingrosare circumferentiala asimetrica segmentara interesand rectul superior si jonctiunea rectosigmoidiana (la acest ultim nivel aparand mai pronuntata, cu importanta reducere a calibrului lumenului digestiv, inasa fara distensie semnificativa in amonte), cu iodofilie crescuta, discret neomogena difuz, asociind contururi intens neregulate, aspecte suspecte pentru un posibil substrat tumoral;
- modificarile rectale de la nivelul etajului superior asociaza densificari ale grasimii perirectale, precum si cateva imagini micronodulare si nodulare mici (maxim 11 mm – seria 8 imaginea 56), si vin in raport cu fascia mezorectala posterioara, stergand parcelar limita de demarcatie neta;
- modificarile parietale de la nivelul versantului mezenteric al jonctiunii rectosigmoidiene prezinta extensie la nivelul grasimii intramezenterice, intens neregulat conturata, polilobulata, asociind densificari reticulare ale grasimii mezenterice adiacente, precum si cateva mici imagini nodulare suspecte (maxim 9 mm);
- jonctiunea rectosigmoidiana vine in raport segmentar nemijlocit cu fundul uterin (versanti ventral si cranial), fara limita de demarcatie neta, fara alte particularitati decelabile CT;
- uter in usoara retroversie, dimensiuni la limita superioara a normalului (diametre longitudinal de 6 cm/antero-posterior de 3 cm /transvers de 6 cm), cu doua imagini nodulare la nivelul miometrului fundic, una de 10 mm la nivelul versantului lateral stang, izodensa spontan, hipercaptanta in faza venoasa, cu omogenizare ulterioara cu restul miometrului, posibil mic fibrom uterin, respectiv imagine nodulara de 8 mm la nivelul versantului posterior, discret hipodensa spontan, hipocaptanta, nespecifica CT;
- fara particularitati cert patologice decelabile CT la nivelul lojelor anexiale bilaterale;
- necesita corelatie cu consultul ginecologic si ecografia transvaginala si / sau IRM pelvin pentru o mai buna caracterizare;
- cateva mici adenopatii inghinale bilaterale, de maxim 10/14 mm de partea stanga; fara adenomegalii tumorale pelvine;
- fara lichid de ascita la nivel pelvin;
- calcificari ateromatoase parietale aortice inferioare si la nivelul ramurilor iliace comune si interne

bilateral;

-la limita superioara a campului de examinare surprindem incomplet rinichiul drept avand aspect malrotat, orizontalizat, cu sinusul renal orientat spre medial, incomplet caracterizabil la examinarea actuala - de corelat cu ecografia abdominala;

-examinarea in fereastră de os nu deceleaza leziuni sugestive pentru determinari secundare osoase in regiunile examinate;

-cate o mica osteocondensare nodulara nespecifica la nivelul ischionului bilateral, cu diametre axiale maxime de 7 mm bilateral, precum si o mica osteocondensare nodulara (maxim 8 mm) la nivelul versantului stang al sacrului, discret neregulat conturate, posibile mici insule osoase benigne - de corelat cu scintigrafia osoasa si de urmarit imagistic;

-modificari spondilodiscartrozice etajate la nivel L3-L5, cu pensari etajate ale gaurilor de conjugare corespunzatoare bilateral si aspect sugestiv pentru conflicte intraforamenale cu radacinile nervoase spinale L3-L5 bilateral, precum si cu aspect de stenoza de canal vertebral lombar L3-L5 (diametre anteroposterioare mediosagitale minime de 10 mm) - de corelat cu consultul neurologic si de completat cu examinare IRM centrata la nivel vertebral lombar pentru caracterizarea superioara a modificarilor descrise.

Concluzii:

Modificari parietale rectale superioare si la nivelul jonctiunii rectosigmoidiene suspecte pentru un substrat tumoral, cu extensie la nivelul grasimii mezenterice, care apare densificata reticular, cu mici imagini nodulare suspecte incluse.

Modificarile rectale de la nivelul etajului superior asociaza densificari ale grasimii perirectale, cateva imagini micronodulare si nodulare mici perirectale, si vin in raport cu fascia mezorectala posterioara, stergand parcelar limita de demarcatie neta.

Uter mansonat segmentar nespecific de jonctiunea rectosigmoidiana la nivelul regiunii fundice, prezentand doua imagini nodulare intramiometriale fundice, una de aspect fibromatos laterala stanga si alta nespecifica CT intramietriala posterioara.

Necesita corelatie cu consultul ginecologic si ecografia transvaginala si / sau IRM pelvin pentru o mai buna caracterizare.

Cateva mici adenopatii inghinale bilaterale.

La limita superioara a campului de examinare surprindem incomplet rinichiul drept avand aspect malrotat, orizontalizat, cu sinusul renal orientat spre medial, incomplet caracterizabil la examinarea actuala - de corelat cu ecografia abdominala.

Trei mici osteocondensari nodulare nespecifice la nivelul ischionului bilateral, si respectiv versantului stang al sacrului, posibile mici insule osoase benigne - de corelat cu scintigrafia osoasa si de urmarit imagistic.

Modificari spondilodiscartrozice etajate la nivel L3-L5, determinand pensari etajate ale gaurilor de conjugare corespunzatoare bilateral si aspect sugestiv pentru conflicte intraforamenale cu radacinile nervoase spinale L3-L5 bilateral, precum si cu aspect de stenoza de canal vertebral lombar L3-L5 - de corelat cu consultul neurologic si de completat cu examinare IRM centrata la nivel vertebral lombar pentru caracterizarea superioara a modificarilor descrise.

Dr. BUCUR CIPRIAN
MEDIC RADIOLOG
D29305

Dr. BUCUR CIPRIAN-FLORIN
medic specialist
imagingistica medicala
competenta CT si RMN
SCE 77
ed: D29305