

# Presentazione

Fin dagli anni '80, con i miei Collaboratori, decidemmo di attrezzare la Divisione di Patologia Medica, che allora dirigevo, presso l'Ospedale S. Orsola dell'Università di Bologna, con una attrezzatura ecografica. E non nascondo che avevamo preso l'abitudine di studiare con ultrasuoni l'addome di quasi tutti i ricoverati, richiedendo a Vincenzo Arienti, Responsabile dell'Unità di Ecografica, di guardare con attenzione il canale gastroenterico; ciò sia che si trattasse di un paziente sofferente di patologia primaria o organica, a tale livello, sia che fosse portatore di patologia digestiva "funzionale" o, anche, quando non accusava neppure dispepsia.

D'altronde, tale richiesta veniva assai spesso formulata ai nostri esperti già dagli anni '70, quando cioè ancora si riteneva che l'ecografia non fosse una tecnica adatta allo studio dei visceri cavi.

In 20 anni di pratica e di comune lavoro, si è andato formando un Gruppo di Clinici con una certa esperienza su quanto l'ecografia poteva fornire per la diagnosi delle malattie gastroenterologiche, e di ecografisti con grande esperienza clinica a cui mai è stato possibile separare la diagnosi fatta con una tecnica di immagine da quella basata sul quadro clinico, fino, e assai spesso, alla verifica chirurgica ed anatomopatologica.

E così, negli anni, con sonde ancora rudimentali e non particolarmente idonee, ma con grande passione, intensa applicazione ed un briciolo di fantasia, si è riusciti ad individuare quelle immagini patologiche che tanto ci aiutavano nella diagnosi su pazienti affetti da malattie infiammatorie croniche o da forme tumorali.

Attualmente l'ecografia viene utilizzata quotidianamente nella pratica clinica, come elemento fondamentale ed integrante della visita medica, paragonandola ad altri strumenti di semeiotica tradizionale quali il fonendoscopio o l'elettrocardiografo. Ora, all'ecografista esperto, non si chiede più la ricerca del solo aspetto morfologico del "bersaglio", ma di suggerire una diagnosi, una prognosi ed un "follow-up" per i pazienti affetti da malattia infiammatoria cronica, di valutare l'estensione e di stadiare una neoplasia, di fare un'accurata valutazione flussimetrica nel sospetto di una patologia ischemica intestinale, di studiare se vi sono alterazioni di motilità gastrointestinale, di ricercare segni ecografici di malassorbimento, diverticolite, processi infettivi, ecc.. Anche di fronte ai sintomi vaghi ed aspecifici che costituiscono per il clinico un "tema spinoso", quali il meteorismo, le turbe dell'alvo, il peso addominale, i borborigmi, le eruttazioni, ovvero la cosiddetta "sindrome dispeptica", ci si aspetta che l'ecografia ci indirizzi ad una possibile diagnosi o all'esecuzione di ulteriori indagini mirate. Gli studi più recenti del microcircolo su parete intestinale infiammata, con l'ausilio del Doppler, del color Doppler, del power Doppler, dei mezzi di contrasto, hanno permesso di analizzare, in maniera sempre più precisa e sofisticata, le alterazioni della vascolarizzazione addominale, che potrebbero stare alla base di numerose patologie del tratto gastroenterico.

Non voglio qui discutere il valore clinico della metodica nello studio morfologico e funzionale nell'ambito della gastroenterologia, sia in termini di accuratezza diagnostica che nel campo della ricerca fisiopatologica. Desidero però ribadire che sull'abbondante ed eccellente iconografia sul tratto gastroenterico raccolta da Vincenzo Arienti in tanti anni di ricerca ed applicazione, ho basato numerose lezioni e relazioni.

Il Suo impegno e la Sua esperienza non potevano che suggerire la realizzazione di questo testo-atlante, ricco di immagini e di schemi esplicativi. Ottima anche la scelta dei Collaboratori, tutti particolarmente esperti nei vari argomenti trattati.

*Giovanni Gasbarrini*