



Fondazione SIRM

Presidente

Roberto Grassi

Consiglieri

Francesca Coppola
Emanuele Neri
Enrico Pofi
Carmelo Privitera

Comitato Tecnico Scientifico

Area Radiologica

Carlo Catalano
Gianpaolo Carrafiello
Emanuele Neri
Vincenza Granata

Area Economica-Legale

Giuseppe Turchetti
Michele Karaboue
Giovanni Pasceri

Comitato Editoriale

Domenico Albano
Andrea Agostini
Salvatore Alessio Angileri
Massimo Benenati
Federico Bruno
Gianvito Candita
Michaela Cellina
Diletta Cozzi
Chiara Floridi
Giuliana Giacobbe
Roberta Grassi
Pasquale Guerriero
Giuseppe Micci
Pierpaolo Palumbo
Silvia Pradella

Quesiti al medico radiologo. TC torace nella fibrosi cistica pediatrica

Piccole e grandi vie aeree:

- Descrivere se presenti bronchiectasie, definendo sede (polmone destro o sinistro, lobo e segmento) ed grado medio e massimo della dilatazione [rapporto diametro bronco/diametro vaso adiacente (B/V) – Grado1 (B/V 1-2) tubulare, grado 2 (B/V 2-3) sacculare, grado 3 (B/V > 3) cistica]
- Descrivere se presente stasi bronchiale delle piccole vie (es. rosette pattern, Y-shaped pattern, albero in fiore) e/o delle grandi vie aeree (impatti mucoidi)

Pareti bronchiali:

- Descrivere se presente ispessimento e in che grado percentuale approssimativamente interessa il lobo polmonare coinvolto (meno di 1/3, intorno alla metà, più di 2/3 del lobo)

Air Trapping

- Da considerarsi tale quando in espirio coinvolge più di 5 lobuli secondari: descrivere la sede (polmone destro o sinistro, lobo e segmento) e il grado di estensione (subsegmentaria o segmentaria)

Reperti parenchimali:

- Descrivere se presenti aree di consolidazione, di atelettasia, bolle o cisti (definendo sede e rapporti.)

Altri reperti da descrivere:

- Riportare se presenti linfadenomegalie ilo-mediastiniche e/o ascellari riconoscibili nelle condizioni basali, eventuale versamento pleuro-pericardico.

Conclusioni: se effettuato controllo precedente valutare stazionarietà, progressione o regressione del quadro.



**Addendum*

La fibrosi cistica (FC) è una malattia ereditaria a trasmissione autosomica recessiva che determina anomala escrezione del cloro e che si traduce in patologica escrezione del muco, molto denso e viscoso. Ha un impatto progressivo multiorgano e multiapparato, interessando in particolare il fegato e la colecisti, il pancreas, l'intestino e l'apparato riproduttivo, ma con principale coinvolgimento dei polmoni.

Ad oggi non esiste consensus unanime sulle modalità di acquisizione né sui tempi a cui eseguire i vari controlli, come integrarli con il classico RX del torace o sul ruolo della risonanza magnetica nei follow up radiologici.

Di seguito un protocollo TC che offre un buon compromesso tra esigenza diagnostica e controllo della dose:

Acquisizione volumetrica basale da apici alle basi a <u>fine inspirazione</u>	Acquisizione volumetrica basale dagli apici alle basi a fine <u>espirazione</u>
<ul style="list-style-type: none"> • 80 kV (pz <40 kg) o 100 kV (pz >40 kg) • 80 mAs (pz <40 kg) o 40 mAs (pz > 40 kg) • incremento 1 • spessore 2 mm • ricostruzione con B60s kernel. 	<ul style="list-style-type: none"> • 80 kV (pz < 40 kg) o 100 kV (pz > 40 kg) • 25-50 mAs (pz <40kg) o 25 mAs (pz > 40 kg) • incremento 1 • spessore 2 mm • ricostruzione con B60s kernel.

Marco Di Maurizio, Letizia Macconi, Enrica Rossi

31 Marzo 2022

Fondazione SIRM



Fondazione SIRM

