



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. Fibroma non ossificante (FNO)

Definire la sede: femore distale (tipicamente in regione postero-mediale), tibia prossimale o distale; si localizza in posizione eccentrica, intra- o iuxta-corticale, metafisaria o meta-diafisaria.

Descrivere l'aspetto della lesione: area di osteolisi geografica, a margini ben definiti, di morfologia ovalare con l'asse lungo parallelo all'asse lungo dell'osso e dimensioni variabili.

Considerare la diagnosi differenziale con il Difetto fibroso della corticale (sede esclusivamente intra-corticale, dimensioni ridotte, risoluzione sclerotica).

In relazione alla maturità della lesione può variarne l'aspetto:

- Difetto litico unico apparentemente concamerato;
- Difetto litico multiplo disseminato;
- Difetto misto;
- Difetto addensato (fase conclusiva).

Descrivere l'interfaccia reattiva: sottile sclerosi periferica;

Descrivere lo stato dell'osso corticale (assottigliata, rigonfia).

Non è presente alcuna reazione periostale.

La radiologia tradizionale permette la caratterizzazione della lesione.

Può essere utile un approfondimento con esame TC in caso di forme atipiche a crescita lenta per seguirne l'evoluzione fino alla sclerosi.

Specificare l'associazione con eventuali esostosi ossee ed i rapporti con esse (di solito al ginocchio).

Segnalare la presenza di eventuali fratture ossee.

All'esame RM lo studio della lesione può documentare segnale variabile, dipendente dallo stato di maturità e dalla composizione:

- T1: segnale iperintenso se prevale la componente adiposa, segnale ipointenso se prevale la componente fibrosa;
- T2: segnale iperintenso in fase di maturazione precoce, segnale ipointenso in fase avanzata.

Normalmente è assente edema osseo peri-lesionale.

Il m.d.c. e.v. è utile in caso di caratteristiche atipiche della lesione (sede

Fondazione SIRM



atipica, età > 40 aa, presenza di edema osseo).

Prof. Antonio Barile, Dr. Francesco Arrigoni, Dr.ssa Marzia Giordano

24 Gennaio 2022

Fondazione SIRM

