

**Istituto di Radiologia e Scuola di Specializzazione di Radiodiagnostica**

**UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE**

**Area Diagnostica per Immagini**

**FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI IRCCS**

**Direttore: Prof. Cesare Colosimo**

## **“CORSO di HRCT del Torace e non solo”**

**Direttore del corso: Prof. Riccardo Manfredi**

**Responsabile scientifico: Dott.ssa Anna Rita Larici**

**12-13 DICEMBRE 2019**

**Istituto di Radiologia, Il piano – ala A - Aule Ratti, Romanini, Guidotti**

**Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS**

**Largo Agostino Gemelli 8 - Roma**

### **RAZIONALE SCIENTIFICO**

L'inquadramento diagnostico delle patologie interstiziali del polmone e della fibrosi polmonare richiede un approccio multidisciplinare. La TC ad alta risoluzione (HRCT) del torace ha un ruolo fondamentale nel processo diagnostico di tali patologie poiché fornisce informazioni “in vivo” di dettaglio sul coinvolgimento polmonare. L'accurata valutazione del quadro radiologico in HRCT è imprescindibile per la corretta gestione clinica dei pazienti con patologie interstiziali del polmone. Questo corso si propone di fornire ai partecipanti un metodo sistematico di analisi, interpretazione e refertazione delle immagini HRCT attraverso lezioni frontali ed esercitazioni pratiche a piccoli gruppi sui pattern di presentazione di tali patologie, finalizzate a favorire l'interazione tra docenti e discenti e, quindi, l'apprendimento. Saranno, inoltre, proposti approfondimenti su argomenti di grande interesse clinico in termini prognostici, quali l'associazione tra fibrosi polmonare e tumore polmonare piuttosto che la relazione tra interstiziopatie ed ipertensione arteriosa polmonare. La discussione multidisciplinare di casistica con il clinico e l'anatomo-patologo concluderà il corso, sottolineando come l'interdisciplinarietà sia indispensabile per la corretta diagnosi e gestione clinico-terapeutica del paziente affetto da patologie interstiziali del polmone. Il corso è rivolto a Medici specialisti in Radiodiagnostica e deve essere inteso sia come momento di apprendimento per coloro che non hanno esperienza in tale ambito, sia come momento di approfondimento ed aggiornamento per coloro che già si occupano di tali patologie.

### **CASI CLINICI**

1) BALT-Linfoma a lenta progressione loco-regionale

Paziente di sesso femminile, 56 anni, non fumatrice, asintomatica, giunta alla nostra osservazione per la presenza di opacità polmonari multiple evidenziate casualmente in un radiogramma del torace preoperatorio (intervento di safenectomia). La HRCT eseguita a completamento diagnostico conferma la presenza di multiple consolidazioni parenchimali in sede subpleurica bilateralmente, associate a micronoduli con distribuzione perilinfatica. Gli esami di laboratorio, gli indici di flogosi, i test autoimmunitari ed emocoagulativi e i markers tumorali risultano negativi. La Paziente non viene sottoposta a nessuna terapia. Un controllo HRCT effettuato dopo 3 mesi documenta la persistenza delle alterazioni parenchimali e viene, pertanto, effettuata una broncoscopia con lavaggio e biopsia transbronchiale mediante EBUS. Il risultato documenta una mucosa bronchiale sede di infiltrato a carattere aggressivo-sostitutivo nei confronti delle strutture bronchiali, costituito da linfociti piccoli e monomorfi, CD20 positivi. Reperto morfologico, immunofenotipico e molecolare di Linfoma della

zona marginale del BALT. La paziente ha iniziato un trattamento chemioterapico con Clorambucile ed è ancora in follow-up con l'ematologia.

## 2) Asbestosi

Paziente di sesso maschile, 78 anni, con storia di esposizione all'asbesto e diagnosi funzionale di quadro restrittivo di grado moderato. Il test del cammino dimostra una marcata desaturazione durante lo sforzo. La HRCT documenta ispessimento dell'interstizio periferico, in gran parte calcifico, apprezzabile in sede subpleurica bilateralmente, espressione di alterazioni di natura fibrotica. La broncoscopia con lavaggio è risultata negativa per la ricerca di cellule neoplastiche, del bacillo di Koch e per miceti. Per l'età e la concomitante presenza di enfisema si decide di soprassedere alla biopsia per la definizione del pattern istologico. Viene posta, pertanto, come diagnosi molto probabile quella di fibrosi polmonare associata ad asbesto e il paziente trattato con cortisonici.

## 3) Aspergillosi broncopolmonare allergica

Paziente di sesso maschile, 68 anni, con storia di asma e quadro funzionale ostruttivo di grado moderato. Giunge alla nostra osservazione per la persistenza di tosse e modesta difficoltà respiratoria. L'esame radiografico del torace non documenta addensamenti di natura flogistica ma solo un ispessimento delle pareti bronchiali. Data la clinica e la negatività del quadro radiografico, il paziente viene sottoposto ad un esame HRCT a completamento diagnostico, che documenta bilateralmente numerose bronchiectasie tubulari con ispessimento delle pareti bronchiali, più evidenti nei lobi inferiori ove coesiste la presenza di abbondante materiale nel lume dei bronchi segmentari e subsegmentari. La broncoscopia, il BAL e i dati colturali hanno portato all'isolamento dell'aspergillus fumigatus. Il trattamento antifungino prolungato ha determinato il netto miglioramento clinico e radiologico a distanza di 1 anno.

## 4) Granulomatosi di Wegener

Paziente di sesso femminile, 39 anni. Anamnesi patologia prossima: intervento di antrotomia meatale bilaterale dei seni mascellari e setto turbino-plastica. A causa della comparsa di dispnea la paziente viene sottoposta ad un esame radiografico del torace che evidenzia la presenza di opacità polmonari bilaterali, alcune delle quali scavate. Nel sospetto di tubercolosi viene eseguito, a completamento diagnostico un esame HRCT del torace che conferma la presenza di lesioni scavate bilaterali, delle dimensioni massime di 3 cm circa. Gli esami di laboratorio ed il quadro HRCT pongono il sospetto di granulomatosi di Wegener. La biopsia chirurgica delle lesioni polmonari conferma l'ipotesi e la paziente viene sottoposta a trattamento con Rituximab con miglioramento del quadro TC e della sintomatologia clinica. La pz non ha effettuato regolarmente la terapia, con peggioramento del quadro radiologico nel ricovero del 2012.

## 5) NSIP accelerata

Paziente di sesso maschile, 75 anni, con diagnosi radiologica e broncoscopica di fibrosi interstiziale non specifica. Il paziente giunge al ricovero per la comparsa di febbre, astenia e dispnea improvvisa. L'emogasanalisi evidenzia grave ipossiemia. Nel sospetto clinico di embolia polmonare viene eseguito un esame TC del torace con mezzo di contrasto che non mostra segni di embolia polmonare ma evidenzia un peggioramento del quadro radiologico della patologia di base del paziente, con comparsa di diffuse aree a "vetro smerigliato" bilateralmente. Il paziente inizia terapia con Azatioprina, steroidi ed antibiotici. La sintomatologia continua a peggiorare nonostante il trattamento e si rende necessaria la ventilazione meccanica assistita. Dopo 12 giorni circa il paziente viene sottoposto ad un esame HRCT di controllo che mostra un ulteriore peggioramento del quadro radiologico con comparsa di aree di consolidazione parenchimale ed evidenti segni di distorsione dell'architettura polmonare. Il paziente continua terapia cortisonica ad alte dosi e antibiotici senza alcun miglioramento. Segue exitus del paziente. Diagnosi autoptica: fibrosi polmonare non specifica (NSIP) in fase accelerata.

## 6) Tumore polmonare in Silicosi con masse

Paziente di sesso maschile, 78 anni. Anamnesi: lavoratore per 15 anni in miniera di carbone. Da diversi anni il paziente è clinicamente stabile con lieve dispnea ed un quadro HRCT di pneumoconiosi con masse. Nell'arco di alcuni mesi comincia a manifestare peggioramento della dispnea, calo ponderale e toracoalgia sn. La HRCT del torace evidenzia la comparsa di una

neoformazione nel lobo superiore sn che infiltra la parete toracica. Il paziente viene sottoposto a broncoscopia con biopsia e broncolavaggio e sviluppa come complicanza un sanguinamento massimo che lo porta all'exitus. L'esame istologico documenta cellule indicative di carcinoma epidermoidale.

#### 7) Polmonite da Legionella

Paziente di sesso maschile, 48 anni, con sclerosi multipla in trattamento. Il paziente giunge al pronto soccorso per la comparsa di febbre, seguita dopo alcuni giorni da grave dispnea, dolori muscolari diffusi e confusione mentale. La radiografia del torace evidenzia un' estesa ipodiafania a carico del polmone dx. A completamento diagnostico viene eseguita una HRCT del torace che mostra aree di iperdensità parenchimale in parte con aspetto consolidativo in parte a "vetro smerigliato" associate ad ispessimento dei setti interlobulari. Date le condizioni cliniche, il paziente viene sottoposto a ventilazione meccanica e a terapia antibiotica ad ampio spettro. L'esame delle urine mostra una positività per l'antigene urinario della legionella per cui il paziente inizia terapia specifica con Rifadin e Macrolidi, con netto miglioramento della sintomatologia clinica e del quadro radiologico.

#### 8) Fibrosi polmonare in Artrite Reumatoide

Paziente di sesso maschile, 68 anni, che giunge al pronto soccorso per dispnea e sensazione di oppressione toracica. L'ecocardiografia evidenzia una falda di versamento pericardio. La radiografia del torace mostra una falda di versamento pleurico bilaterale con sfumate aree di ipodiafania bilateralmente. Nel sospetto di alterazione flogistiche, il paziente viene sottoposto ad esame HRCT del torace che mostra alterazioni fibrotiche con distribuzione non indicativa di fibrosi idiopatica. Lo screening immunologico e la broncoscopia pongono diagnosi di artrite reumatoide. Il paziente inizia terapia mirata con netto miglioramento della sintomatologia.

## **PROGRAMMA**

### **12 Dicembre**

8:30-9:00 Accoglienza e registrazione dei partecipanti

9:00-9:30 Rivisitiamo la tecnica HRCT del torace: perché parlarne ancora (L. Calandriello)

9:30-10:00 Approccio per pattern in HRCT: l'aumento della densità polmonare (M. Mereu)

10:00-10:30 Approccio per pattern in HRCT: il nodulare (A. del Ciello)

10:30-11:00 Approccio per pattern in HRCT: il cistico e la ridotta densità polmonare (P. Franchi)

*11:00 Coffee break*

11.30-12:00 Approccio per pattern in HRCT: il reticolare (R. Polverosi)

12:00-12:30 UIP vs non-UIP (A.R. Larici)

12:30-13:00 Discussione

*13:00-14:00 Lunch*

14:00-16:00 Workshop a piccoli gruppi con refertazione interattiva su casistica HRCT (M. Mereu, R. Polverosi, L. Calandriello)

*16:00 Coffee break*

16:30-18:30 Workshop a piccoli gruppi con refertazione interattiva su casistica HRCT (A.R. Larici, P. Franchi, A. del Ciello)

18:30 Conclusione dei lavori

### **13 Dicembre**

9:00-9:20 I “big killers” polmonari (L. Richeldi )

9:20-9:50 L’imaging delle patologie fumo-relate: dalle vie aeree all’interstizio (A. Farchione)

9:50-10:20 Focus sulle ILA (interstitial lung abnormalities) (N. Sverzellati)

10:20-10:50 La diagnosi di IPF: linee guida ATS 2018 ad 1 anno dalla pubblicazione (G. Cortese)

10:50-11:00 Discussione

*11:00 Coffee break*

11:30 Screening del tumore polmonare e IPF (M. Silva)

12:00-12:30 Ipertensione polmonare e patologie interstiziali (A. Valentini)

12:30-13:00 L’approccio multidisciplinare (L. Richeldi)

13:00-13:30 Discussione

*13:30-14:30 Lunch*

14:30-17:30 Discussione multidisciplinare di casi clinici con tutti i Discenti (A. R. Larici, F. Varone, G. Cicchetti, G. Macis, G. Rindi)

17:30 Questionario ECM e conclusione del Corso

**CREDITI ECM:** È stato richiesto l’accreditamento ECM per “Medico Radiologo”

**ISCRIZIONI:** Per effettuare la registrazione online utilizzare il seguente link:

<http://fopecom-rm.unicatt.it/fopecomonline/default.aspx?Edizione=1&IdEvento=6516>

Il costo di iscrizione per i soci SIRM è di € 200,00, per i non soci è di € 300,00

### **PROVIDER**

Università Cattolica del Sacro Cuore

Formazione Permanente ECM, Convegni e Manifestazioni

Accreditamento della Commissione Nazionale ECM n° 2463

E-mail: [romana.costabile@unicatt.it](mailto:romana.costabile@unicatt.it)

Tel. +39 06.30154297 - +39 06.30154074

### **SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**



Spino (A) F.lli. S. C. del Sacro Cuore

Molipharma srl

E-mail: [info@molipharma.com](mailto:info@molipharma.com)

Tel +39 06 30156014