

INDICE ABSTRACT CONGRESSO REGIONALE FADOI TOSCANA 20-21 OTTOBRE 2017

Sezione A - Terapia

1

Real life use of edoxaban: preliminary data on prescription, efficacy and safety

Moroni Federico, Grifoni Elisa, Vannucchi Vieri, Seravalle Cristiana, Pallini Francesca, Pesci, Alessandra, Imbalzano Letizia, Ristori Francesca, Cimolato Barbara, Masotti luca, Landini Giancarlo

UO Medicina Interna Ospedale Santa Maria Nuova Firenze

2

Un caso di anticoagulazione con rivaroxaban dopo gastroplastica

Ciucciarelli Lucia, Blaszczyk Silvia, Vetere Annamaria, Ciani Elisa, Raimondi Lucia, Tarmum Amir Tarmum, Spolveri Stefano

S.O.C. Medicina Interna Ospedale del Mugello, USL Toscana Centro

Sezione B – Reumatologia e immunologia

3

Arterite gigantocellulare, una diagnosi spesso misconosciuta.

Blasi Eleonora, Crociani Andrea, Cioni Gabriele, Baroncelli Silvia, Antonielli Elisa, Florenzi Chiara, Rutili Maria Serena, Fintoni Tommaso, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo

Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

4

DRESS syndrome: a clinical case report and literature review.

Para Ombretta, Fedeli Lorenzo, Crociani Andrea, Blasi Eleonora, Zaccagnini Giacomo, Corbo Lorenzo, Florenzi Chiara, Cioni Gabriele, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo

Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

5

Un raro caso di artrite da rickettsia conorii.

Blasi Eleonora, Crociani Andrea, Cioni Gabriele, Zaccagnini Giacomo, Antonielli Elisa, Baroncelli Silvia, Rutili Maria Serena, Fintoni Tommaso, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo

Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

Sezione C – Pneumologia

6

Chylothorax in suspected lymphangiomatosis in a pregnant woman.

Florenzi Chiara, Crociani Andrea, Blasi Eleonora, Cioni Gabriele, Corbo Lorenzo, Zaccagnini Giacomo, Rocchi Federica, Turchi Valerio, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo

Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

7

La NIV e il trauma toracico contusivo: i dati della nostra realtà

crociani andrea, antonielli elisa, ferretti eugenio, blasi Eleonora, cioni gabriele, corbo lorenzo, florenzi chiara, luise fabio, pieralli filippo, nozzoli carlo

Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

8

The odd couple. pulmonary embolism in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: data from a retrospective cohort.

Blasi Eleonora, Vasari Giacomo, Antonielli Elisa, Baroncelli Silvia, Para Ombretta, Crociani Andrea, Corbo Lorenzo, Florenzi Chiara, Zaccagnini Giacomo, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo

Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

9

Un caso di polmonite a lenta risoluzione...

crociani andrea, cioni Gabriele, zaccagnini giacomo, corbo lorenzo, florenzi chiara, giampieri margherita, bacci francesca, sammicheli lucia, pieralli filippo, nozzoli carlo

Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

10

Un caso di sarcoidosi mediastinica: un incidentaloma di percorso.

Pallini Francesca, Pesci Alessandra, Vannucchi Vieri, Moroni Federico, Landini Giancarlo, Seravalle Cristiana, Cimolato Barbara, Scerra Cornelia, Bertini Laura, Imbalzano Maria Letizia, Fattorini Lamberto

Medicina Ospedale S. Maria Nuova Firenze

Sezione D – Malattie infettive

11

Assessment of empirical antibiotic therapy appropriateness and optimization at an internal medicine ward: impact of an antimicrobial stewardship program.

Faraone Antonio, Magnante Giovanna, Cappugi Chiara, Boccadori Costanza, Alessi Chiara, Fortini Alberto

Medicina Interna Ospedale San Giovanni Di Dio, Firenze

12

Due casi di febbre persistente e addensamento polmonare nascondono un'endocardite infettiva del cuore destro.

De Crescenzo Veronica, Amendola Alessandra, Nizzi Carlotta, Magaldi Michele, Manini Maurizio

Medicina Interna Ospedale San Giovanni Di Dio Orbetello (GR)

13

Endocarditis after 2015

Scheggi Valentina, Alterini Bruno, Sparano Clotilde

Medicina e riattivazione Cardiologica, AOU Careggi, Firenze

14

EVALUATION OF CARDIOVASCULAR RISK BY PERIPHERAL ARTERIAL TONOMY AND ULTRASOUND EVALUATION OF INTIMA MEDIA THICKNESS AT COMMON CAROTIDS IN HIV POSITIVE PATIENTS.

Cioni Gabriele, Corbo Lorenzo, Florenzi Chiara, Zaccagnini Giacomo, Baroncelli Silvia, Antonielli Elisa, Giampieri Margherita, Bacci Francesca, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo, Martinelli Canio, Corti Paola, Boddi Maria

Università di Firenze, AOU Careggi, Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi, Firenze

15

Infezioni da batteri gram-negativi multiresistenti: risultati di uno studio caso-controllo condotto in un reparto di medicina interna.

Baroncelli Silvia, Fortini Pietro, Antonielli Elisa, Blasi Eleonora, Crociani Andrea, Florenzi Chiara, Corbo Lorenzo, Zaccagnini Giacomo, Mancini Antonio, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo

Medicina Interna e d'Urgenza, AOU Careggi, Firenze

16

Optimization of carbapenem prescriptions at the internal medicine ward of the san giovanni di dio hospital, florence: results of a restrictive antimicrobial stewardship program.

Faraone Antonio, Filetti Simona, Scarti Luca, Fortini Alberto Medicina Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze

17

Un insolito caso di meningite da Streptococcus agalactiae.

Tesei Alessandra, Fiorelli Costanza, Degli Innocenti Giulia, Di Mare Francesco, Bribani Andrea

Medicina Ospedale Serristori, Figline V.no, Firenze

18

Creazione di un sistema computerizzato di supporto alle decisioni cliniche per il trattamento empirico delle infezioni delle vie urinarie e delle polmoniti nell'azienda ospedaliero universitaria careggi.

Casati Carlotta, Innocenti Rinaldo, Corradi Francesco, Bartalesi Filippo, Suardi Lorenzo Roberto, Di Lauria Nicoletta, Farese Alberto, Corti Giampaolo, Pieralli Filippo, Bassam Dannaoui, Bartoloni Alessandro, Morettini Alessandro

Medicina Alta Complessità Assistenziale 2, Malattie Infettive AOU Careggi Firenze

19

Lesioni cerebrali focali multiple: non sempre una diagnosi immediata.

Pesci Alessandra, Pallini Francesca, Vannucchi Vieri, Moroni Federico, Seravalle Cristiana, Cimolato Barbara, Scerra Cornelia, Ristori Francesca, Imbalzano Letizia, Bertini Laura, Fattorini Lamberto, Landini Giancarlo

Medicina Ospedale S. Maria Nuova Firenze

20

Morbo di Pott

Fabbrizzi Francesca, Fruttuoso Silvia, Petrioli Alessandra, Burberi Leonardo, Torrigiani Arianna, Digregorio Serena, Bernardini Marina, Fabbri Marco, Casati Carlotta, Morettini Alessandro

Medicina Alta Complessità Assistenziale 2 AOU Careggi Firenze

21

Una chiara malattia ematologica

Venturini Luigi, Belcari Claudio, Rocchi Miriana, Andreini Roberto

Medicina Interna Ospedale di Pontedera

Sezione E – Gastroenterologia

22

A case of portal biliopathy

Florenzi Chiara, Zaccagnini Giacomo, Cioni Gabriele, Blasi Eleonora, Baroncelli Silvia, Corbo Lorenzo, Rocchi Federica, Turchi Valerio, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo

Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

23

Colecistite acuta e polmonite, uno studio retrospettivo in medicina interna.

Montini Maria Silvia, Vannini Giulia, Valoriani Alice, Micheletti Irene, Palatresi Daniele, Staglianò Loredana, Beatrice Salvatore, Tarquini Roberto

Medicina Interna 1, Ospedale San Giuseppe, Empoli

24

LA SEPSI: PRESENTAZIONE ANOMALA DEL MORBO DI CHRON

DegliInnocenti Giulia, Colasanti Luciana, Tesei Alessandra, Di Mare Francesco, Chisciotti Valentina, Bribani Andrea

Medicina ospedale Serristori Figline v.no (Firenze)

25

TIPS placement as an effective treatment for liver cirrhosis-associated chylothorax.

Zaccagnini Giacomo, Para Ombretta, Florenzi Chiara, Blasi Eleonora, Baroncelli Silvia, Cioni Gabriele, Corbo Lorenzo, Fedeli Lorenzo, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo

Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

26

Trattamento a cinque mesi con Glucerna SR nel diabetico e nel dislipidemico sovrappeso

Masoni Maria Chiara, Andreini Roberto, Belcari Claudio

Medicina Ospedale Pontedera

27

Una gastroenterite da non sottovalutare: un raro caso di colite neutropenica.

Di Mare Francesco, Fabbroni Angiola Anna, Chisciotti Valentina, Colasanti Luciana, Petri Ilaria, Burberi Francesco, Tesei Alessandra, Degli Innocenti Giulia, Marchi Leonardo, Tavernese Giuseppe, Leolini Elisabetta, Fiorelli Costanza, Bribani Andrea

Medicina ospedale Serristori Figline v.no (Firenze)



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



28

Una rara causa di pancreatite acuta.

Torrigiani Arianna, Fabbrizzi Francesca, Digregorio Serena, Cosentino Eleonora, Fruttuoso Silvia, Corradi Francesco, Morettini Alessandro

Medicina Alta Complessità Assistenziale 2 AOU Careggi, Firenze

Sezione F – Endocrinologia

29

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI IN UN COMPLESSO CASO DI IPERTIROIDISMO

Chisciotti Valentina Maddalena, Burberi Francesco, Marchi Leonardo, Fabbroni Angiola Anna, Fiorelli Costanza, Petri Ilaria, Di Mare Francesco, Colasanti Luciana, Tesei Alessandra, Degli Innocenti Giulia, Tavernese Pino, Leolini Elisabetta, Bribani Andrea

Usl Toscana Centro. Ospedale Serristori Figline Valdarno

30

Uno strano shock settico

Cosentino Eleonora, Bernardini Marina, Casati Carlotta, Innocenti Rinaldo

Medina Interna ACA 2, AOU Careggi

Sezione G – Ematologia

31

Un insolito caso di anemia acuta, febbre e dolori addominali dopo intervento di emicolectomia per adenocarcinoma del colon.

De Crescenzo Veronica, Amendola Alessandra, Nizzi Carlotta, Magaldi Michele, Manini Maurizio

Medicina Interna Ospedale San Giovanni Di Dio Grosseto

Sezione H – Cardiologia

32

Complicanze cardiovascolari nella malattia ossea di Paget

Picchioni Tommaso, Alessandri Mario, Carrai Paolo, Fornai Giulia, Pondrelli Carlo, Merlotti Daniela, Gonnelli Stefano, Nuti Ranuccio, Gennari Luigi

Azienda ospedaliera universitaria senese

33

Correlazione tra arterial stiffness e decadimento cognitivo in una popolazione geriatrica

Picchioni Tommaso, Giambelluca Amalia, Alessandri Mario, Carrai Paolo, Caffarelli Carla, Gonnelli Stefano, Nuti Ranuccio

Azienda ospedaliera universitaria senese

Sezione I – Tromboembolismo venoso

34

Gruppo Tromboembolismo venoso

La profilassi del tromboembolismo venoso in medicina interna: stato dell'arte ed implementazione retrospettiva del PADUA score e dello score IMPROVE in un campione di pazienti ricoverati in un reparto di medicina Interna della regione toscana.

Bellizzi Annamaria, Palombi Gianluigi, Moretti Leonardo, Iovine Francesca, Servi Moira, Gherardini Valerio, Baldi Giulio, Lombardini Francesco, Piacentini Michele

UO Medicina Interna PO Piombino

35

Studio retrospettivo del trattamento anticoagulante nei pazienti neoplastici con TVP: verso una tailored therapy

Bartalena Cecilia, Moretti Angelica, La Vella Matteo, Croci Francesca, Ghiadoni Lorenzo, Carmassi Franco

AOUP Cisanello

Sezione L – Neurologia e malattie cerebrovascolari

36

A strange migraine

Donnarumma Emilia, Malandrino Danilo, Poggesi Loredana, Torri Marco, Berni Andrea, Tozzetti Camilla, Cecioni Ilaria

Medicina Alta Complessità Assistenziale AOU Careggi, Firenze, Università degli Studi di Firenze

37

Cause rare di ischemia cerebrale giovanile: la CADASIL.

Signorini Ira, Dei Alessandro, Grifoni Elisa, Romagnoli Mario, Prattichizzo Fernando, Maggi Francesca, Giulietti Chiara, Giordano Antonio, Dainelli Francesca, Schipani Elena Murgida Giuseppe Salvatore, Cinotti Stefano, Masotti Luca

UOC Medicina Interna 2, Ospedale S.Giuseppe, Empoli, Azienda USL Toscana Centro

38

L'ictus ischemico a eziopatogenesi indeterminata: scenari clinici e percorsi diagnostici.

Grifoni Elisa, Dei Alessandro, Signorini Ira, Romagnoli Mario, Prattichizzo Fernando, Maggi Francesca, Giulietti Chiara, Giordano Antonio, Dainelli Francesca, Schipani Elena, Murgida Giuseppe Salvatore, Cinotti Stefano, Masotti Luca

UOC Medicina Interna 2, Ospedale S.Giuseppe, Empoli, Azienda USL Toscana Centro

39

“Eppur (non) si muove!”. the strange case of isolated bilateral hypoglossal nerve palsy.

Pieralli Filippo, Mancini Antonio, Luise Fabio, Sammicheli Lucia, Blasi Eleonora, Amantini Aldo, Graziani Paola, Antonielli Elisa, Baroncelli Silvia, Nozzoli Carlo

Medicina Interna e d'Urgenza, AOU Careggi, Firenze

Sezione M- Casi clinici

40

A propositi di un caso di sindrome di Shy Drager

Abate Luigi, Voglino Michele, Cascinelli Irene, Molinari Raffaele, Salvadori Stefania, Marcocci Andrea, Zacchei Simona, Fabbrini Domenico, Castria Donatella, Notario Giovanni, Todini Mauro, Artusa Marino

Medicina Ospedale Montepulciano ASL Toscana Sud Est

41

A strange cause of isolated neutropenia.

Bazzini Cristina, Maestriperi Vanessa, Denaro Valentina, Cappellini Elisabetta, Maria Cristina Giovacchini, Teghini Laila, Panigada Grazia

U.O. Medicina Interna, Pescia

42

An unusual initial presentation of a breast cancer: paraneoplastic eczema and nephrotic syndrome.

Giacomo Zaccagnini, Crociani Andrea, Cioni Gabriele, Florenzi Chiara, Antonielli Elisa, Baroncelli Silvia, Para Ombretta, Fedeli Lorenzo, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo

Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi, Firenze

43

ANTICOAGULARE O NON ANTICOAGULARE? QUANDO "LESS IS MORE"

Carrara Davide, Simonetti Federico, Taccola Daniele, Nigro Paola, Cioppi Adriano, Ciaccio Serafino, Fascetti Stefano, Bellotto Chiara, Credidio Luigi, Bertolucci Luca, Galli Giulia, Annoni Valentina, Fabiani Plinio

U.O. Medicina Generale, Ospedale Versilia, USL Toscana NordOvest, Lido di Camaiore

44

BODY PACKER SYNDROME

Deg'innocenti Dino, Lopilato Eugenia, Conforti Barbara, Freschi Alberto, Bini Giancarlo

Medicina Ospedale S.Stefano Prato

45

Chetoacidosi diabetica euglicemica: case report di un paziente affetto da Diabete Mellito di tipo 2 in trattamento con Inibitore del cotrasportatore Sodio-Glucosio (SGLT2)

Alessi Chiara, Donati Valeria, Iannelli Giovanni, Faraone Antonio, Boccadori Costanza, Fortini Alberto

Medicina Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze

46

Ipertensione polmonare e fibrosi mediastinica: una strana coppia

Vannucchi Vieri, Moroni Federico, Pesci Alessandra, Pallini Francesca, Seravalle Cristiana, Cimolato Barbara, Imbalzano Maria Letizia, Bertini Laura, Fattorini Lamberto, Ristori Francesca, Scerra Cornelia, Landini Giancarlo

Medicina Ospedale Santa Maria Nuova, Firenze

47

Marmellata letale

Bracali Ilaria, Giani Alessandra, Guarducci Lorenzo, Bertoni Michele, Calabrese Emanuele, Foschini Alice, Lotti Pamela, Martini Roberto, Restuccia Tea, Risaliti Filippo, Zanieri Samanta, Di Natale Massimo Edoardo

Medicina Interna 2 - Ospedale Santo Stefano di Pra

48

Platypnea-orthodeoxia in an old woman with pulmonary embolism

Moroni Federico, Vannucchi Vieri, Fornaro Alessandra, Capecchi Irene, Grossi Francesco, Seravalle Cristiana, Pesci Alessandra, Pallini Francesca, Milli Massimo, Landini Giancarlo

Medicina Ospedale S. Maria Nuova Firenze

49

Porfiria acuta: presentazione subdola di una malattia rara.

Dos Santos Pacheco Ana Rita, Forteleoni Maria Giovanna, Galassi Luigi, Rossi Fabrizio, Panichi Ombretta, Rustici Alessandra, Kassapaki Afroditi, Verdiani Valerio

Medicina interna Grosseto

50

Quanto è difficile fare l'internista : si parte da una diplopia e si arriva a...

Spolveri Stefano, Meini Cinzia, Baldoni Daniele, Francini Valter, Ciliberti Maria, Buccioni Tommaso, Vannini Roberto

Medicina Ospedale del Mugello, Borso San Lorenzo (FI)

51

Scompenso cardiaco dovuto a miopericardite da reinfezione da citomegalovirus in adulto immunocompetente:case report.

Bernetti Margherita, Martini Roberto, Restuccia Tea, Bertoni Michele

Medicina Nuovo Ospedale di Prato

52

Sindrome neurologica acuta in paziente con LES: le insidie diagnostiche.

Brancati Simona, Chiarugi Ludia, Rosselli Matteo, Tarquini Roberto, Emmi Giacomo, Domenico Prisco

Medicina Interna 1, Alta complessità, Ospedale San Giuseppe Empoli; Università degli Studi di Firenze

53

Sospetta Sindrome di Moschowitz in paziente con piastrinopenia e insufficienza renale acuta

Sibilia Gabriella, Venturini Luigi, Paci Anna, Riccioni Silvia, Amato Gioacchino, Loreface Pasquale,

Costagli Moreno, Andreini Roberto

Medicina Ospedale Pontedera

54

Un caso di dolore addominale indifferenziato.

Fiorelli Costanza, Fabbroni Angiola Anna, Burberi Francesco, Chisciotti Valentina, Degl'innocenti Giulia, Di Mare Francesco, Petri Ilaria, Tesei Alessandra, Bribani Andrea

Ospedale Serristori, Figline Valdarno

55

Un caso complesso di astenia

Bernetti Margherita, Colombini Angela, Scirtò Grazie Eleonora

Medicina Nuovo Ospedale di Prato

56

Un caso complesso di ematuria, anemia emolitica e insufficienza renale acuta: il ruolo fondamentale della clinica.

Tarquini Roberto, Guazzini Giulia, Dolenti Silvia, Emmi Giacomo, Prisco Domenico

Medicina interna 1, ospedale s. Giuseppe di Empoli; Università degli Studi di Firenze

57

Un caso di chetoacidosi diabetica in corso di terapia con glicosurici

Lombardi Martina, Del Ghianda Scilla, Camaiti Alberto

Medicina interna Asl Toscana Nord-ovest, PO Livorno

58

Un caso di dubbia epatite autoimmune

Corbo Lorenzo, Zaccagnini Giacomo, Cioni Gabriele, Blasi Eleonora, Crociani Andrea, Antonielli Elisa, Rocchi Federica, Turchi Valerio, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo

Medicina Interna e d'Urgenza Azienda ospedaliero universitaria careggi, Firenze

59

Un caso di ipotermia endocrina

Vogliano Michele, Cascinelli Irene, Salvadori Stefania, Artusa Marino, Marcocci Andrea, Todini Mauro, Zacchei Simona, Castria Donatella, Notario Giovanni, Molinari Raffaele, Abate Luigi

UOC Medicina Generale Osp Riuniti della Valdichiana Senese

60

Un caso di SIADH

Cati Graziella, Lamanna Donatella, Mazzi Angela, de Palma Alessandro, Alessandri Massimo

UOC Medicina Interna Colline Metallifere, Massa Marittima

61

Un fegato "giallo"

Digregorio Serena, Burberi Leonardo, Torrigiani Arianna, Corradi Francesco, Innocenti Rinaldo, Morettini Alessandro

Medicina Alta Complessità Assistenziale 2 AOU Careggi, Firenze

62

Un raro tumore dell'esofago.

Corbo Lorenzo, Blasi Eleonora, Crociani Andrea, Florenzi Chiara, Baroncelli Silvia, Antonielli Elisa, Rocchi Federica, Turchi Valerio, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo

Medicina Interna e d'Urgenza, AOU Careggi, Firenze

Sezione N– Organizzazione e clinical governance

63

Il 2 A in High care medica a Pescia.

Tommasi Eleonora, Alessandri Antonio, Bazzini Cristina, Chiti Irene, Gentili Roberta, Maestripieri Vanessa, Panigada Grazia

U.O. Medicina Interna, Pescia

64

CHOOSING WISELY – SLOW MEDICINE: un progetto per l'appropriatezza e l'umanizzazione delle cure.

Parca Gino, Dei Simona, Migliacci Rino, Patrussi Lia

Medicina Interna, Ospedale di Arezzo

65

Test, procedure, terapie a rischio di inappropriatazza: cosa ne pensano gli operatori sanitari ? Il problema, le cause e le soluzioni. Risultati di un questionario rivolto al personale sanitario ospedaliero e ai medici di medicina generale.

Parca Gino, Dei Simona, Falsini Giovanni, Migliacci Rino, Patrussi Lia

Medicina Interna, Ospedale di Arezzo

Sezione O– Varie

66

Il Day service: un ponte tra ospedale e territorio per la Medicina Interna in Valdinievole

Giovanetti Roberto, Bazzini Cristina, Cappellini Elisabetta, Chiti Irene, Denaro Valentina, Maestripieri Vanessa, Teghini Laila, Panigada Grazia

Medicina Interna Ospedale di Pescia

67

Incremento del rischio di frattura e della mortalità conseguente a frattura nei pazienti con diabete mellito tipo 2 rispetto ai soggetti non diabetici

Alessandri Mario, Patti Aurora, Picchioni Tommaso, Merlotti Daniela, Caffarelli Carla, Francolini Valentina, Gonnelli Stefano, Nuti Ranuccio, Dotta Francesco, Gennari Luigi

Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

68

Le complicanze scheletriche nei pazienti trapiantati di polmone: studio longitudinale

Alessandri Mario, Caffarelli Carla, Tomai Pitinca, Maria Dea, Picchioni Tommaso, Carrai Paolo, Gonnelli Stefano, Rottoli Paola, Nuti Ranuccio

Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

69

Se complesso è il parente (ovvero dell'angiogenesi ovvero del lupus)

Di Natale Massimo Edoardo, Guarducci Lorenzo, Giani Alessandra, Bracali Ilaria, Bertoni Michele, Calabrese Emanuele, Foschini Alice, Lotti Pamela, Martini Roberto, Restuccia Tea, Risaliti Filippo, Zanieri Samanta.

U.O. Medicina Interna 2 - Ospedale Santo Stefano Prato

70

STUDIO DELLA FUNZIONE ENDOTELIALE ATTRAVERSO TONOMETRIA ARTERIOSA PERIFERICA IN UNA POPOLAZIONE AFFETTA DA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA.

Cioni Gabriele, Corbo Lorenzo, Crociani Andrea, Zaccagnini Giacomo, Antonielli Elisa, Baroncelli Silvia, Para Ombretta, Bacci Francesca, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo

Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi, Università Firenze



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Sezione A **Terapia**

Un caso di anticoagulazione con rivaroxaban dopo gastroplastica.

Ciucciarelli Lucia, Blaszczyk Silvia, Vetere Annamaria, Ciani Elisa, Raimondi Lucia, Tarmum Amir Tarmum, Spolveri Stefano
S.O.C. Medicina Interna Ospedale del Mugello, USL Toscana Centro

Ad oggi non esistono raccomandazioni sull'uso dei DOAC nei pazienti che sono stati sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica. Tuttavia in letteratura sono disponibili dati sul profilo clinico di rivaroxaban che, non essendo influenzato dal peso corporeo, rende non necessario il dosaggio della concentrazione plasmatica del farmaco. Mentre è noto che la terapia anticoagulante con coumadin dopo interventi di chirurgia bariatrica necessita di attento monitoraggio ed aggiustamento delle dosi, in letteratura ci sono pochi dati sugli effetti della chirurgia bariatrica sull'attività anticoagulante dei DOAC. Per il rivaroxaban i dati disponibili suggeriscono che gli effetti farmacocinetici e farmacodinamici non siano alterati dopo interventi di chirurgia bariatrica. Descriviamo il caso di un uomo di 70 anni giunto alla nostra osservazione per l'insorgenza di astenia e dispnea per sforzi lievi, fino a pochi giorni prima ben tollerati, in assenza di angor. In anamnesi esposizione tabagica, BPCO, ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale permanente, arteriopatia obliterante periferica, pregresso posizionamento di protesi aorto-bisiliaca per aneurisma dell'aorta addominale e successiva esclusione endovascolare di un aneurisma ipogastrico destro trattato con embolizzazione di rami periferici e dell'asse iliaco esterno sinistro. Il paziente, obeso, con BMI attuale 37, è stato sottoposto nel 1996 a gastroplastica, intervento di chirurgia bariatrica di tipo gastrorestrittivo. CHA2DS2VASC 3, HASBLED 2. All'ECG FA con FVM nella norma. Un ecocardiogramma ha mostrato lieve dilatazione delle sezioni destre con pressione arteriosa polmonare non campionabile, assenti anomalie della cinetica del ventricolo sinistro, funzione sistolica globale normale (FE 60%), assente versamento pericardico. Geneva risk score semplificato 2. Agli esami ematici INR 3.14, D-dimero elevato. E' stata pertanto eseguita un'angioTC polmonare che ha documentato reperti riferibili a fenomeni tromboembolici di significato non recente a livello delle diramazioni subsegmentarie dei vasi arteriosi polmonari bilateralmente. Un ecocolorDoppler venoso degli arti inferiori è risultato negativo per fenomeni di TVP in atto. La diagnostica radiologica ha escluso la presenza di neoplasie. Il paziente, in terapia con coumadin per fibrillazione atriale permanente, aveva un TTR del 55%. Pertanto, è stata modificata la terapia anticoagulante orale con il passaggio a rivaroxaban 20 mg al giorno. Tale farmaco viene assorbito principalmente a livello gastrico e la sua biodisponibilità è influenzata dall'assunzione del cibo. Con la terapia in atto il paziente ha mostrato progressivo miglioramento clinico ed obiettivo. Quindi, in considerazione del pregresso intervento di chirurgia bariatrica, dopo un mese di trattamento, il paziente ha eseguito il dosaggio dell'attività anti-Xa a picco e valle, che sono risultati rispettivamente 245 ng/mL e 88 ng/mL, nella norma, in accordo con i dati disponibili in letteratura.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Sezione B

Reumatologia e Immunologia

Arterite gigantocellulare, una diagnosi spesso misconosciuta.

Blasi Eleonora, Crociani Andrea, Cioni Gabriele, Baroncelli Silvia, Antonielli Elisa, Florenzi Chiara, Rutili Maria Serena, Fintoni Tommaso, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo
Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

Una donna di 71 anni, fumatrice, sottoposta ad asportazione di due polipi intestinali benigni due anni prima, viene ricoverata per febbre e astenia presenti da due mesi. L'esame obiettivo è risultato nella norma. Gli esami ematici hanno rilevato leucocitosi neutrofila, anemia normocitica, incremento di reticolociti, dei livelli di vitamina B12, di procalcitonina, di proteina C-reattiva e di IgG anti EBV-VCA; gli autoanticorpi sono risultati negativi. L'elettrocardiogramma ha mostrato una tachicardia sinusale. L'ecocardiografia e la radiografia del torace sono risultate negative. La TC del collo, del torace e dell'addome hanno mostrato la presenza di linfadenopatia toraco-addominale millimetrica in assenza di lesioni patologiche a livello degli organi ipocondriaci. Una PET ha mostrato alterazioni compatibili con una vasculite dei grandi vasi (arterie carotidi e succlavie comuni, aorta toracica e addominale). Un ecocolordoppler dell'arteria temporale, ascellare, succlavia e dell'arco aortico ha confermato la diagnosi di vasculite. La biopsia dell'arteria temporale ha rivelato lesioni suggestive di arterite di Horton. La paziente è stata trattata con corticosteroidi ad alto dosaggio mostrando miglioramento clinico.

L'arterite di Horton è una vasculite immunomediata sistemica che colpisce le arterie di medio e grosso calibro. Le forme tipiche sono facilmente riconosciute, mentre le forme silenziose o incomplete rimangono spesso misconosciute. La forma paucisintomatica è classificata in forme monosintomatiche oculari, febbrili o anemiche, forme ischemiche extraoculari e forme pseudotumorali.

DRESS syndrome: a clinical case report and literature review.

Para Ombretta, Fedeli Lorenzo, Crociani Andrea, Blasi Eleonora, Zaccagnini Giacomo, Corbo Lorenzo, Florenzi Chiara, Cioni Gabriele, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo
Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

BACKGROUND:

Drug-induced severe cutaneous adverse reactions (SCARs) include Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS), acute generalized exanthematous pustulosis and epidermal necrolysis (Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis). The identification of the causal drug is crucial in order to avoid further exposure.

CLINICAL

a 53 year old australian woman, with a history of asthma, presented gastrointestinal infection in the last four weeks. Therefore, she began treatment with erythromycin, administered orally in Australia. Three weeks later, she developed fever up to 40 degrees, papules in the hands extending to face, trunk and extremities, exfoliative erythroderma, pruritus, skin pain and dry cough. She was hospitalized and investigation revealed leukocytosis, atypical lymphocytosis and elevated serum transaminases. Erythromycin was stopped and she received medical treatment with antihistamines and systemic steroid. The patient's condition improved as her symptoms and associated complications resolved. She was discharged with gradual clearing of the steroid therapy.

CASE:

DISCUSSION:

DRESS syndrome is a serious drug reaction associated with the use of several drugs. Recognition may be difficult, and the disease is just rare enough that clinicians will eventually see it but may not be familiar with it. The diagnosis is clinical and it is set according to the criteria of the scale of RegiSCAR. As the initial manifestations are unspecific, the diagnosis and treatment could be delayed. The importance of recognizing this syndrome is an early treatment to get better prognostics. The mortality is up to 10 %.

Un raro caso di artrite da rickettsia conorii.

Blasi Eleonora, Crociani Andrea, Cioni Gabriele, Zaccagnini Giacomo, Antonielli Elisa, Baroncelli Silvia, Rutili Maria Serena, Fintoni Tommaso, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo
Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

Una donna di 71anni, affetta da ipertensione arteriosa e diabete mellito, accede al pronto soccorso per comparsa di febbre ondulante, rash papulo-pustoloso in sede sottomammaria e palmoplantare, dattilite del II dito della mano destra, artrite acuta dell'articolazione tibio-tarsica e medio-tarsica del piede sinistro. L'esame obiettivo ha rilevato un soffio sistolico. L'emogasanalisi ha mostrato insufficienza respiratoria di tipo 1. Gli esami ematici hanno mostrato leucocitosi, incremento di procalcitonina, proteina C-reattiva, ipergammaglobulinemia policlonale. Le emocolture, la sierologia per HIV e per malattie veneree, il tampone faringeo, vaginale e uretrale sono risultati negativi. Lo screening anticorpale è risultato positivo per gli anticorpi anti-nucleari e negativo per fattore reumatoide, anticorpi antipeptide ciclico-citrullinato e anti antigeni estraibili. Sono stati rilevati elevati livelli di anticorpi anti-Rickettsia conorii e antistreptolisina O. L'ecocardiografia transesofagea è risultata negativa. La radiografia e la TC del torace hanno mostrato addensamenti basali bilaterali, opacità a vetro smerigliato a livello del lobo destro inferiore, versamento pleurico sinistro. La radiografia della mano destra ha mostrato presenza di osteoartrosi erosiva dell'articolazione interfaleangiale distale del secondo dito. L'ecografia articolare di mano destra, caviglia e piede sinistro ha mostrato sinovite ed entesite di queste articolazioni. L'ecocolordoppler degli arti inferiori eseguito in modalità CUS è risultata negativa per trombosi venosa profonda. La paziente è stata trattata con doxiciclina mostrando miglioramento clinico. L'artromialgia è frequente nella febbre bottonosa del Mediterraneo, ma l'artrite è rara. La doxiciclina è raccomandata per il trattamento di questa patologia.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Sezione C

Pneumologia

Chylothorax in suspected lymphangiomatosis in a pregnant woman.

Florenzi Chiara, Crociani Andrea, Blasi Eleonora, Cioni Gabriele, Corbo Lorenzo, Zaccagnini Giacomo, Rocchi Federica, Turchi Valerio, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo
Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

A 32 year old 27 weeks pregnant Senegalese woman was admitted to our hospital for dyspnea. She had had a trauma at 3 weeks of pregnancy and first onset of dyspnea at 5 weeks. Chest radiography showed pleural effusion. Copious chyle was drained. Chest computed tomography scan showed lymphadenopathy and lung densification. Blood test revealed negative procalcitonin, QuantiFERON and infection tests. Microbiological exams on chyle were negative; cytological exam was negative with presence of poor cellularity (mostly histio-lymphocytes). Blood and chyle immunophenotyping was negative.

Chylothorax (about 2 litres a day) was resistant to fasting. She remained afebrile. She underwent caesarean section at 29-30 weeks of pregnancy. Chyle production continued (about 2 litres a day). Then minithoracotomy was performed, with recurrence of chylothorax. She therefore underwent surgical intervention by thoracotomy (after a preparatory short lipid-rich diet in order to help identifying the seat of chyle formation), in which chyle production was found in lymphatic tissue on diaphragm surface, that was then treated with cauterization and talc. After a period of fasting and total parenteral nutrition, she progressively resumed lipid-lowering diet, and started treatment with subcutaneous octreotide. There was no chylothorax recurrence, so that drainage tubes could be removed, after rifamycin injection.

Pathological exam on pleura showed diffuse inflammatory infiltrate with giant cells and angiectasia with reactive mesothelial hyperplasia.

New chest abdomen CT scan showed findings which were suggestive of lymphangiomatosis of lung, spleen and bone.

Chylothorax is an abnormal presence of chyle in the pleural space. It is usually due to mediastinal trauma or neoplasm, while it more rarely derives from lung lymphatic lesions.

Lymphangiomatosis is a rare disease which is characterized by lymphatic structure abnormalities (diffuse proliferation of abnormal lymphatic channels) that can involve lungs, mediastinum, pleura, abdomen, bone.

It mostly occurs in children and young adults. Onset of symptoms can be due to increased lymphatic flow or to hormones (e.g. during pregnancy). It may present with cough and dyspnea. Possible complications are recurrent chylothorax, pericardial effusion and seroperitoneum. Diagnosis can be made by tissue pathology and lymphoscintigraphy.

Prognosis is usually progressive and the disease can eventually cause deterioration of lung, but in some cases regression of symptoms can occur (e.g. after delivery).

Lymphangiomatosis treatment is not yet well defined. Antiangiogenic agents have been proposed. Treatment of chylothorax includes bowel rest with total parenteral nutrition, limitation of lipid intake (in order to minimize chyle production), octreotide (in order to decrease splanchnic blood flow), pleural drainage, percutaneous embolization, while surgical approach is reserved for resistant cases.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



La NIV e il trauma toracico contusivo: i dati della nostra realtà

crociani andrea, antonielli elisa, ferretti eugenio, blasi Eleonora, cioni gabriele, corbo lorenzo, florenzi chiara, luise fabio, pieralli filippo, nozzoli carlo
Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

La ventilazione non invasiva (Non Invasive Ventilation – NIV) è largamente impiegata nel trattamento dell'insufficienza respiratoria al fine di ridurre il ricorso a quella invasiva. Il suo ruolo nel trauma toracico appare tuttavia non ancora chiaramente definito a causa della mancanza di studi di qualità.

Scopo del nostro studio è stato valutare gli effetti della NIV in pazienti con trauma toracico ricoverati presso un reparto di Terapia SubIntensiva a gestione internistica dal 2011 al 2016. E' stato eseguito uno studio retrospettivo arruolando ed analizzando (mediante impiego della cartella elettronica ArchiMed®) i dati anagrafici, la dinamica del trauma, valutazioni cliniche ed emogasanalitiche, impostazioni della NIV e fisioterapia respiratoria precoce, di 30 pazienti consecutivi ricoverati per trauma toracico e con insufficienza respiratoria. L'età media era 71 anni e la dinamica del traumatismo nel 50% dei casi era rappresentata da incidenti stradali mentre la restante parte era attribuibile a traumi da precipitazione (43% inferiore a caduta da due metri). Nella nostra popolazione il trattamento con NIV ha portato a un miglioramento degli indici di funzionalità respiratoria in assenza di complicanze legate alla procedura. Nella nostra casistica la NIV ha confermato, come già descritto in letteratura, di essere una metodica in grado migliorare la funzionalità respiratoria nei pazienti con trauma toracico.

The odd couple. pulmonary embolism in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: data from a retrospective cohort.

Blasi Eleonora, Vasarri Giacomo, Antonielli Elisa, Baroncelli Silvia, Para Ombretta, Crociani Andrea, Corbo Lorenzo, Florenzi Chiara, Zaccagnini Giacomo, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo
Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is the fourth leading cause of death worldwide and Pulmonary embolism (PE) is one of the causes of acute exacerbations of COPD (AECOPD). Clinical diagnosis of PE is difficult in patients with COPD because symptoms of PE may be nonspecific and other findings cannot reliably distinguish these two conditions. PE worsens the prognosis in patients with COPD.

This study aims to evaluate both the accuracy of the diagnostic score Wells, Wells simplified, Geneva and Geneva simplified and the prognostic validity of Bova score, PESI, sPESI and 2014 Model ESC in patients with AECOPD. Patients with AECOPD were selected from an internal medicine if they have performed a pulmonary CT angiography and/or lung scan detecting a possible PE as a cause of the exacerbation.

We included 168 patients with AECOPD (56.6% male) of 76.1 ± 8.8 years of age; 16.1% have shown clear signs of PE to the pulmonary CT angiography. The diagnostic power of the Wells Score showed $AUC = 0.96$, $p < 0.0001$ and Wells Score simplified $AUC = 0.85$, $p < 0.0001$. D-Dimer ($p < 0.001$), cTnI ($p < 0.001$) and the right axial deviation (OR 4.28; $p = 0.05$) obtained by ECG have confirmed the association between PE. PESI score is associated in a statistically significant manner to the poor prognosis in patients with PE, too. PE increase by 4 times the risk of death in patients hospitalized for AECOPD.

PE is a common condition in patients with AECOPD compared with general population and it has a significant impact on the prognosis of patients.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Un caso di polmonite a lenta risoluzione...

crocianni andrea, cioni Gabriele, zaccagnini giacomo, corbo lorenzo, florenzi chiara, giampieri margherita, bacci francesca, sammicheli lucia, pieralli filippo, nozzoli carlo
Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

Una donna di 74 anni si reca al pronto soccorso per astenia ed anoressia. Nell'anamnesi patologica remota: ipotiroidismo in terapia sostitutiva, sindrome ansioso-depressiva in trattamento farmacologico e pregressa istero-annessiectomia per patologia fibromatosa. Agli esami di laboratorio iponatremia e ipocalcemia con quadro emogasanalitico indicativo di insufficienza respiratoria parziale. Eseguito RX del torace con dimostrazione di esteso addensamento in campo mediasuperiore sinistro e basale destro. Intrapresa ossigenoterapia e antibiotici, veniva ricoverata presso il nostro reparto.

In considerazione dello scarso miglioramento degli indici di funzione respiratoria nonostante la terapia in atto e della negatività degli indici infettivi (negativo anche il colturale su broncolavaggio alveolare), è stata eseguita TC del torace con mdc che ha mostrato estese consolidazioni a livello dei campi medio-superiore bilateralmente compatibili con quadro di polmonite organizzata criptogenetica. E' stata intrapresa pertanto una terapia steroidea con graduale miglioramento del quadro che ha permesso la dimissione dopo 15 giorni di ricovero.

A completamento ripetuto controllo TC a distanza di un mese che ha dimostrato netta riduzione degli addensamenti polmonari confermando la diagnosi di polmonite organizzata criptogenica. La polmonite organizzata è una malattia polmonare polmonare infiammatoria caratterizzata da un quadro clinico-radiologico e patologico caratteristico (presenza di tessuto di granulazione negli spazi aerei distali). La comparsa dei sintomi (febbre, tosse, malessere, anoressia con perdita di peso e dispnea di norma lieve) avviene gradualmente ed in modo subacuto. Si distinguono forme secondarie (es. farmaci, neoplasie, disordini autoimmuni etc) e forme idiopatiche (Cryptogenic Organizing Pneumonia - COP). Se è presente il coinvolgimento del lume bronchiolare si parla di forme associate a bronchiolite obliterante (Bronchiolitis Obliterans Organizing Pneumonia - BOOP).

La terapia si basa sull'impiego dei corticosteroidi e la prognosi è di norma favorevole nelle forme criptogeniche seppure il rischio di recidiva alla sospensione della terapia è consistente.

Un caso di sarcoidosi mediastinica: un incidentaloma di percorso.

Pallini Francesca, Pesci Alessandra, Vannucchi Vieri, Moroni Federico, Landini Giancarlo, Seravalle Cristiana, Cimolato Barbara, Scerra Cornelia, Bertini Laura, Imbalzano Maria Letizia, Fattorini Lamberto
Medicina Ospedale S. Maria Nuova Firenze

Il riscontro occasionale di una linfadenopatia mediastinica in un giovane uomo di 33 anni fa pensare in prima ipotesi a una forma linfoproliferativa.

Paziente di sesso maschile, originario di Sri Lanka, pregressa forte esposizione tabagica (circa 40 sigarette al giorno fino a due anni fa), attualmente in Italia per motivi lavorativi. Si reca in DEA per dolore trafittivo in regione sottomammaria sinistra, non irradiato, non associato a sintomi neurovegetativi, variabile con il decubito e con gli atti del respiro e incrementato dalla digitopressione. Vengono effettuati esami ematochimici con indici di citolisi miocardica, ECG e ecocardiogramma che risultano nella norma. La Rx del torace mostra aspetto slargato del mediastino per cui viene effettuata TC del torace che mostra multiple linfadenopatie mediastiniche in assenza di altre alterazioni di rilievo. Una volta trasferito presso il nostro Reparto vengono effettuati esami ematochimici con marcatori neoplastici, profilo immunologico completo, ricerca HIV e quantiferon risultati nella norma e Tc total body con mdc, che conferma la presenza di linfadenopatie mediastiniche oltre a linfonodi laterocervicali bilaterali.

E' stata quindi effettuata ecografia mirata sui linfonodi laterocervicali e effettuata biopsia eco guidata in tale sede. Sono stati prelevati multipli frustoli millimetrici e inviati ad analizzare in formaldeide.

Il referto istologico ha dimostrato la presenza di flogosi granulomatosa gigantomacrocitaria non necrotizzante di tipo sarcoide. Il paziente è stato indirizzato allo specialista Pneumologo per l'inizio della terapia.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Sezione D

Infettivologia



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Assessment of empirical antibiotic therapy appropriateness and optimization at an internal medicine ward: impact of an antimicrobial stewardship program.

faraone Antonio, magnante Giovanna, cappugi chiara, boccadori costanza, alessi chiara, fortini alberto
Medicina interna Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze

Inappropriate use of antimicrobials is associated with the emergence of antibiotic resistance, increased morbidity, mortality and health care costs. We aimed to assess the effect of an antimicrobial stewardship program (ASP) on appropriateness and optimization patterns of empirical antibiotic treatments at our institution.

Starting from may 2016, an ASP, consisting in 1) implementation of facility-specific guidelines for the treatment of most common infectious diseases, 2) educational activities and 3) carbapenems restriction, was implemented at our internal medicine unit.

We retrospectively assessed appropriateness and patterns of modification to empirical antibiotic prescriptions, based on in vitro susceptibility results, in patients discharged in two comparable periods, before (October – November 2015, period 1) and after (October – November 2016, period 2) the antimicrobial stewardship intervention.

Overall, 272 (42.83%) of 635 patients discharged in period 1 and 238 (36.72%) of 648 in period 2 received an empirical systemic antibiotic treatment ($p=0.02$). 46 of empirically treated patients in pre-intervention period and 25 in post-intervention period, obtained at least 1 positive culture and were enrolled to the study. Based on in vitro susceptibility of isolated organisms, empirical antibiotic prescriptions were considered appropriate in 56.52% (26 of 46) and 60% (15 of 25) of the enrolled patients, respectively in the pre- and post-intervention period ($p=0.77$). After obtaining culture results, empirical treatment remained unchanged in 35 (76.08%) of 46 patients in period 1 and in 20 (80%) of 25 patients in period 2. Antimicrobial spectrum narrowing (de-escalation) was practiced in 2 (4.34%) patients in the first period and never in the second; escalation was applied respectively in 6 (13.04%) and 3 (12%) patients. 75% (15 of 20) of patients who received an inappropriate empirical prescription in period 1 and 60% (6 of 10) of inappropriately treated patients in period 2 did not undergo treatment tailoring after microbial cultures obtainment.

The implementation of an ASP at our institution was associated with a slight improvement in appropriateness of empirical antibiotic prescriptions based on in vitro susceptibility tests, while not achieving statistical significance. Conversely, it had no impact on the rate of optimization of antibiotic regimens, which remained low, making antibiogram an underused diagnostic resource at our facility. In the next future, supplementary strategies to address this critical issue are needed.

Due casi di febbre persistente e addensamento polmonare nascondono un'endocardite infettiva del cuore destro.

De Crescenzo Veronica, Amendola Alessandra, Nizzi Carlotta, Magaldi Michele, Manini Maurizio
Medicina Interna Ospedale San Giovanni Di Dio Orbetello (GR)

Premessa: nei paesi industrializzati l'incidenza dell'endocardite è compresa tra 4 e 7 casi per 100.000 abitanti; il 25-35% dei casi di endocardite su valvola nativa (NVE) è associata a pratiche assistenziali che può manifestarsi anche in ambito comunitario (45% dei casi), nei pazienti che sono stati a contatto con la struttura di cura nei precedenti 90 giorni. L'endocardite associata all'uso di sostanze per via endovenosa interessa particolarmente la valvola tricuspide ed è comunemente causata da *Staphylococcus aureus*, che in molti casi è meticillino resistente; le vegetazioni da endocardite destra embolizzano, generalmente, a livello polmonare, determinando la comparsa di alterazioni radiografiche. Il 5-15% dei pazienti con endocardite ha emocolture negative.

1° caso clinico: donna di 87 anni ricoverata in Medicina Interna per febbre con temperatura fino a 38,5°C da due settimane; per questo valutata più volte anche a livello ambulatoriale ospedaliero dove erano stati prescritti chinolonici ed un macrolide ma senza efficacia. Agli esami ematici presenta Hb= 8,2 gr/dl, leucociti 8230/mm³, piastrine 98.000/mm³, VES 61, PCR 6,07 mg/dl; alla TC torace: modesto versamento pleurico a dx associato ad area di consolidazione parenchimale; emocolture negative; trattata empiricamente con meropenem e vancomicina nei sette giorni seguenti senza beneficio; l'ecocardiogramma transtoracico evidenzia: un quadro di endocardite tricuspidalica con massa mobile prolassante adesa sul lembo laterale di dimensioni 20X 9 mm; jet da insufficienza tricuspide severa con gradiente VA di 44 mmHg. Viene continuata, con modifica indicata dall'infettivologo, la terapia antibiotica con Daptomicina, Levofloxacina e meropenem; il controllo a 15 giorni evidenzia dimensioni ridotte della vegetazione (< 1 cm); risoluzione della febbre e riduzione degli indici di flogosi.

2° caso clinico: donna di 33 anni affetta da epatite cronica HCV correlata, con riferito abuso di stupefacenti ed alcol; tre giorni prima del ricovero comparsa di febbre fino a 40°C. La TC del torace: evidenzia "bilateralmente estese aree di consolidazione parenchimale di natura flogistica e minimo versamento pleurico"; viene ricoverata in medicina per polmonite. Gli esami ematici evidenziano Hb 8,8 gr/dl, leucociti 11.500/mm³ con neutrofilia, piastrine 863.000/mm³; PCR 14,63 mg/dl, VES 85; emocolture positive per *staphylococcus aureus* sensibile a vancomicina MIC 0,5; daptomicina MIC 0,25; un controllo TC del torace a paziente già in terapia con vancomicina e carbapenemico, evidenziava l'incremento degli addensamenti con comparsa di iniziale colliquazione e versamento pleurico bilaterale; persistenza della febbre. L'ecocardiogramma transesofageo evidenzia: "una vegetazione endocarditica mobile sul lembo settale della tricuspide, prolassante in atrio e ventricolo di circa 2 cm. La terapia con daptomicina, rifampicina e gentamicina comporta entro una settimana la scomparsa della febbre ed il netto miglioramento degli indici di flogosi con associata negativizzazione delle emocolture. L'ecocardiogramma dopo 15 giorni mostra la scomparsa della vegetazione endocarditica.

Conclusioni: le due pazienti con endocardite del cuore destro ricoverate contemporaneamente nel nostro reparto si sono presentate entrambe per febbre e addensamenti polmonari; in un caso con emocolture negative e nell'altro con emocoltura positiva per *staphylococcus aureus*, prevedibile, sia in riferimento al quadro TC del torace che per il riferito abuso di sostanze per via ev. Ricaviamo da questa esperienza che la febbre persistente con quadro clinico in peggioramento, nonostante una



XVI Congresso Regionale FADOI Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale ANIMO Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



appropriata terapia antibiotica, pur se compatibile con la diagnosi di polmonite, sia con emocolture positive per staphylococcus aureus ma anche con la negatività delle stesse, deve indurre ad una precisa valutazione cardiaca con ecocardiogramma transtoracico e/o transesofageo.

Endocarditis after 2015

Scheggi valentine, alterini Bruno, sparano clotilde
Medicina e riattivazione Cardiologica, AOU Careggi, Firenze

Infective endocarditis (IE) is a severe disease, associated with high morbidity and in-hospital mortality. Despite improvements in diagnostic and therapeutic strategies, both the incidence and severity of the disease seem to be unchanged. The epidemiologic profile of IE has changed during the past years, with important differences between countries and increasing numbers of staphylococcal and nosocomial endocarditis cases. New diagnostic and therapeutic strategies have been developed in order to improve the diagnosis and the prognosis of the disease.

We are conducting a study to evaluate epidemiology and prognosis of endocarditis in our hospital (AOUC). We are also participating to an international registry, EURO-ENDO, a study sponsored by the European Society of Cardiology.

We enroll all consecutive patients admitted to our department with a diagnosis of endocarditis. The primary end-point is to evaluate the in-hospital mortality and the one-year mortality. The secondary end-points will be the clinical, epidemiological, microbiological, and therapeutic characteristics, the number and timing of non-invasive imaging techniques performed, the implementation of the ESC guidelines, concerning the practical use of echocardiography and other diagnostic techniques, the type and duration of antibiotic therapy, the indications and timing of surgical therapy

Results are still pending

We believe that endocarditis needs a multidisciplinary management (endocarditis team), where the internist has a central role. We invite all Tuscany centers to participate to our study to improve our knowledge of endocarditis, updating the epidemiology and the management of this pathology after last guidelines revision of 2015.

EVALUATION OF CARDIOVASCULAR RISK BY PERIPHERAL ARTERIAL TONOMETRY AND ULTRASOUND EVALUATION OF INTIMA MEDIA THICKNESS AT COMMON CAROTIDS IN HIV POSITIVE PATIENTS.

Cioni Gabriele, Corbo Lorenzo, Florenzi Chiara, Zaccagnini Giacomo, Baroncelli Silvia, Antonielli Elisa, Giampieri Margherita, Bacci Francesca, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo, Martinelli Canio, Corti Paola, Boddi Maria

Università di Firenze, AOU Careggi, Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi, Firenze

In this study we evaluated markers of endothelial dysfunction, such as reactive hyperemia, von Willebrand factor (vWF), plasminogen activator inhibitor type 1 (PAI-1), tissue-type plasminogen activator (t-PA) and sub-clinical atherosclerosis by ultrasonographic carotid intima-media thickness (c-IMT) assessment, in HIV positive patients.

16 HIV positive patients [time from diagnosis 4 (1-7) years] [M 15, F 1, median age of 44 (24-65) years; naïve for antiretroviral drugs, with viral load of 9,400 (2,100-100,000) copie/mL, and number of CD4 of 587 (340-1,000) mm³ at the baseline] and 16 age- and sex-matched controls subjects were enrolled in the study. All patients and controls underwent c-IMT ultrasound assessment and peripheral arterial tonometry (PAT) (EndoPAT™). vWF was measured by using miniVidas analyser (BioMerieux, Lyon, France), PAI-1 and t-PA by an ELISA method.

c-IMT ultrasound assessment showed intimal thickening in 56.3 % (9/16) of HIV positive patients compared to 12.5 % of controls (2/16) (p=0.023). HIV positive patients showed a lower reactive hyperemia index (RHI) with respect to the control population [1.99 (1.27-2.85); 2.20 (1.48-3.22); p=0.032]. RHI values were significantly lower in subjects with carotid intimal thickening with respect to those without carotid intimal thickening [1.98 (1.39-2.51); 2.20 (1.27-3.22); p=0.007]. In HIV positive patients RHI values were significantly correlated with t-PA (r=-0.65, p=0.007), and a trend towards a significant correlation between RHI and PAI-1 was observed (r=-0.39, p=0.13). No relationship between t-PA, PAI-1, vWF and c-IMT was found.

Our data demonstrate the presence of an increased carotid intima-media thickness in HIV positive patients. The altered endothelial function detected by non invasive peripheral arterial tonometry is associated with soluble markers and sub-clinical atherosclerosis.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Infezioni da batteri gram-negativi multiresistenti: risultati di uno studio caso-controllo condotto in un reparto di medicina interna.

Baroncelli Silvia, Fortini Pietro, Antonielli Elisa, Blasi Eleonora, Crociani Andrea, Florenzi Chiara, Corbo Lorenzo, Zaccagnini Giacomo, Mancini Antonio, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo
Medicina Interna e d'Urgenza, AOU Careggi, Firenze

Il progressivo incremento dei tassi di prevalenza delle infezioni nosocomiali sostenute da patogeni Gram-negativi, prevalentemente multidrug resistenti (MDR), rappresenta un problema di rilevanza crescente, gravato da un aumento esponenziale dei tassi di mortalità, da elevati costi socio sanitari e ulteriormente complicato dalla progressiva riduzione delle opzioni terapeutiche disponibili. Con lo scopo di affrontare la tematica dell'antibiotico resistenza e di approfondirne alcuni aspetti, abbiamo deciso di intraprendere uno studio retrospettivo caso-controllo, su una popolazione di pazienti ricoverati presso il reparto di "Medicina Interna per la Complessità Assistenziale 1" dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, nel periodo compreso tra il 1° Gennaio 2010 e il 31 Dicembre 2015, con infezione da parte di germi Gram-negativi MDR. In particolare abbiamo concentrato l'attenzione sulle infezioni sostenute da *A. baumannii*, *P. aeruginosa* e *K. pneumoniae* MDR, con spettro di resistenza estesa ai carbapenemi, andando a valutarne l'outcome, inteso come durata di ricovero e mortalità. Abbiamo, inoltre, posto l'attenzione su alcuni aspetti clinici dei pazienti colpiti da questo tipo di infezioni e abbiamo preso in considerazione alcuni dei principali fattori con significato prognostico negativo, quali il recente trattamento antibiotico assunto dai pazienti e la presenza o meno di devices invasivi. Andando a confrontare i tassi di mortalità e i dati relativi alla durata della degenza tra le due popolazioni oggetto dello studio, quella dei pazienti infetti e quella dei pazienti senza infezioni da patogeni MDR, abbiamo, infine, voluto sottolineare la necessità di individuare misure di emergenza che abbiano lo scopo di rallentare o contrastare il fenomeno dell'antibiotico resistenza.

Abbiamo condotto uno studio retrospettivo caso-controllo, su pazienti ricoverati nell'arco di sei anni, dal 1° Gennaio 2010 al 31 Dicembre 2015, presso il reparto di "Medicina Interna per la Complessità Assistenziale 1" dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze. Come casi sono stati selezionati 177 pazienti con diagnosi di infezione da *A. baumannii*, *P. aeruginosa* e *K. pneumoniae* MDR, con resistenza estesa ai carbapenemi, ed infezione documentata su campioni di sangue, urine e lavaggio broncoalveolare. Sono stati selezionati come controlli 354 pazienti, 2 per ogni caso, appaiati per sesso, età (± 5 anni), periodo di ricovero (± 3 mesi) rispetto ai casi. Sia per il gruppo dei casi che per quello dei controlli, sono state prese in considerazione alcune tra le più comuni comorbidità o condizioni predisponenti presenti nei pazienti ricoverati in reparti di medicina interna: scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), insufficienza renale cronica (IRC), diabete mellito, emodialisi, neoplasia in fase attiva, chemioterapia, immunodepressione, intervento chirurgico. Alle comorbidità è stata attribuita una valenza prognostica mediante l'utilizzo dell'indice di Charlson, secondo il quale i pazienti sono stati suddivisi in basso (score ≤ 2) o alto grado di comorbidità (score ≥ 3). Abbiamo valutato l'utilizzo o meno nel corso della degenza di casi e controlli di alcuni dei principali devices invasivi, quali tracheostomia, catetere venoso centrale (CVC), catetere vescicale (CV), sondino nasogastrico (SNG) e gastrostomia endoscopica percutanea (PEG). E' stato valutato se i pazienti fossero stati sottoposti a trattamento antibiotico con cefalosporine di terza generazione, fluorochinoloni o carbapenemi, per almeno 48 ore, nei 15 giorni precedenti la diagnosi. E' stato, infine preso in considerazione l'outcome di queste infezioni inteso come durata di ricovero e

mortalità.

Per quanto riguarda la popolazione dei casi, 52 (29,3%) pazienti erano affetti sia da scompenso cardiaco che da BPCO, 35 (19,7%) da IRC, 45 (25,4%) da diabete mellito, 36 (20,3%) da neoplasia in fase acuta, 4 (2,2%) erano sottoposti ad emodialisi, 10 (5,6%) a trattamento chemioterapico, 56 (31,6%) a intervento chirurgico in corso di ricovero e 54 pazienti (30,5%) risultavano immunodepressi. Per quanto riguarda i controlli, 118 (33,3%) pazienti presentavano scompenso cardiaco, 94 (26,5%) BPCO, 65 (18,3%) IRC, 91 (25,7%) diabete mellito, 71 (20,0%) neoplasia in fase acuta, 8 (2,2%) erano stati sottoposti a trattamento dialitico, 21 (5,9%) a chemioterapia, 47 (13,2%) a intervento chirurgico in corso di degenza e 103 (29,0%) erano immunodepressi. Nella popolazione dei casi 77 (43,5%) pazienti presentavano tracheostomia, 128 (72,3%) CVC, 170 (96,0%) CV, 103 (58,1%) SNG e 26 (14,6%) PEG. Nella popolazione dei controlli 48 (13,5%) pazienti presentavano tracheostomia, 136 (38,4%) CVC, 269 (75,9%) CV, 111 (31,3%) SNG e 8 (2,2%) PEG. Nel gruppo dei casi 81 (45,7%) pazienti avevano assunto recente trattamento antibiotico con fluorochinoloni, 45 (25,4%) con cefalosporine di terza generazione e 110 (62,1%) con carbapenemi. Dei controlli, a 131(37,00%) pazienti era stata somministrata terapia con fluorochinoloni, a 90 (25,4%) con cefalosporine di terza generazione e a 77 (21,7%) con carbapenemi. La durata media di degenza del gruppo dei casi è risultata 26,44 giorni (\pm 22,84) mentre quella dei controlli è risultata 9,67 giorni (\pm 7,69). Infine, la mortalità relativa ai pazienti appartenenti al gruppo dei casi è risultata nettamente superiore rispetto a quella dei controlli con una differenza statisticamente significativa tra le due popolazioni ($p < 0,0001$): 52 (29%) pazienti su 177 casi sono deceduti, rispetto a 32 (9%) pazienti su 354 controlli.

In base ai dati raccolti il nostro studio fornisce un'immagine della situazione in un reparto di Medicina Interna ad alta intensità di cure, confermando alcuni degli aspetti già ampiamente documentati in letteratura. Allo scopo di approfondire queste importanti tematiche abbiamo condotto il nostro studio, andando a valutare due obiettivi principali: il primo è stato quello di analizzare i fattori di rischio per sviluppo di infezioni da Gram-negativi MDR ed il secondo di valutarne la prognosi, in termini di durata media di degenza e mortalità. In base ai dati raccolti, la popolazione dei casi e quella dei controlli si sono dimostrate sostanzialmente sovrapponibili per quanto riguarda la presenza delle comorbilità prese in considerazione, con valori percentuali di prevalenza delle singole patologie comparabili. L'analisi riguardante la presenza o meno di alcune invasività ha evidenziato un loro maggior utilizzo nei pazienti appartenenti al gruppo dei casi, con differenza statisticamente significativa, a conferma del fatto che questi dispositivi invasivi costituiscono una nota porta d'ingresso per i patogeni MDR. Per quanto riguarda la valutazione della terapia antibiotica recentemente assunta dai pazienti, con durata del trattamento di almeno 48 ore nel corso dei 15 giorni precedenti la diagnosi, se per l'assunzione di cefalosporine di terza generazione si sono registrati valori percentuali sovrapponibili nelle due popolazioni, è emersa una sostanziale differenza, statisticamente significativa, per la terapia con fluorochinoloni e carbapenemi. Un risultato rilevante di questo studio è stato, inoltre, che i pazienti con infezioni da *A. baumannii*, *P. aeruginosa* e *K. pneumoniae* MDR hanno mostrato un incremento significativo dei tempi medi di degenza e della mortalità intraospedaliera, rispetto ad una popolazione di controllo con simili caratteristiche demografiche e simili comorbilità, in linea con quanto riportato dalla letteratura scientifica su questo argomento.

Optimization of carbapenem prescriptions at the internal medicine ward of the san giovanni di dio hospital, florence: results of a restrictive antimicrobial stewardship program.

faraone Antonio, filetti simona, scarti luca, fortini alberto
Medicina Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze

the overuse of carbapenems, mainly determined by the spread of ESBL-producing Enterobacteriaceae, has contributed to the emergence of carbapenem-resistant organisms, which currently represent the most worrying threat among multidrug-resistant bacteria, due to the shortage of therapeutic options against these strains. Antimicrobial stewardship programs (ASP) offer an opportunity to optimise antibiotic use and modify inappropriate prescriptive behaviors, which, in turn, could favor a containment of antimicrobial resistance diffusion. With the aim to reduce the inappropriate use of carbapenem drugs, we implemented a restrictive antimicrobial stewardship program at our institution.

starting from May 2016, a prior authorization strategy addressing prescription of carbapenems was implemented at our 76-bed internal medicine unit. As a result, carbapenem orders are required to be authorized within 72 hours by an expert clinician, member of the local antimicrobial stewardship team; to avoid delay in appropriate antibiotic treatment, administration of carbapenem drugs is freely allowed until approval obtainment. If the carbapenem prescription is judged inappropriate and not authorized, an alternative therapeutic option is recommended by the expert clinician.

To assess the impact of the ASP on carbapenems prescriptions in the first year after its implementation, we recorded clinical data, appropriateness judgment and approval status of each patient receiving a carbapenem order in the period May 2016 - April 2017. Amount of carbapenem prescriptions and appropriateness rate were assessed quarterly.

from May 2016 to April 2017, 37 patients were prescribed carbapenems. Overall, 35.1% (13/37) of prescriptions were inappropriate; in particular, prescriptions were judged inappropriate and discontinued in 11 (44%) of 25 patients on empirical treatment and in 2 (16.6%) of 12 patients on culture-based treatment. The number of carbapenem prescriptions remained stable over the study period (14 in the first trimester, 13 in the fourth), with a transient decrease in the second and the third trimester (5 in both trimesters). The rate of inappropriateness declined from 64.2% (9/14) in the first trimester to 23% (3/13) in the fourth ($p < 0.05$).

a high rate of inappropriate carbapenem prescriptions was registered in the first trimester after implementation of the ASP. The preauthorization-based strategy allowed early discontinuation of inappropriate carbapenem treatments and determined a rapid and significant decrease in inappropriate prescriptions.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Un insolito caso di meningite da *Streptococcus agalactiae*.

Tesei Alessandra, Fiorelli Costanza, Degli Innocenti Giulia, Di Mare Francesco, Bribani Andrea
Medicina Ospedale Serristori, Figline V.no, Firenze

Segnaliamo il caso di una paziente di 82 anni, affetta da valvulopatia mitralica non meglio specificata, afferrita presso il nostro DEA per comparsa di nausea e cervicgia da due giorni, cui si erano associate da alcune ore febbre, alterazione dello stato cognitivo ed emiparesi destra. In DEA la paziente ha eseguito esami ematici con riscontro di elevati valori di PCR, mentre l'esame delle urine, la TC cranio e la radiografia del torace risultavano nei limiti della norma. Successivamente, in base all'esito della rachicentesi che rilevava incremento della proteinorachia, dei lattati e dei leucociti nel LCR ed isolamento dello *Streptococcus agalactiae* ad esame batterioscopico del liquor, la paziente è stata trasferita presso il reparto di Malattie Infettive dell'Ospedale Santa Maria Annunziata di Firenze. In questa sede si è estesa la ricerca dell'eventuale focolaio di infezione a livello endocardico, per mezzo di una ecografia transesofagea risultata negativa, e a livello articolare, per mezzo di una artrocentesi con lavaggio articolare risultato positivo per modesta leucocitosi con esame colturale negativo. In considerazione della positività delle emocolture per *Streptococcus agalactiae* e in base all'epidemiologia del battere, si è comunque ritenuto che la localizzazione menigeale fosse secondaria ad una sepsi sistemica da focolaio primitivo rimasto ignoto. Durante la degenza, in corso di terapia antibiotica mirata con levofloxacina, la paziente ha mostrato miglioramento clinico, pur persistendo un minimo deficit di forza all'emilato destro, ed è stata pertanto trasferita presso una lungo degenza per il programma di riabilitazione. Lo *Streptococcus agalactiae* è un cocco Gram positivo beta-emolitico del gruppo B abituale agente patogeno del tratto urinario, genitale femminile e gastroenterico. Le meningiti causate da questo agente sono rare al di fuori della popolazione neonatale e delle donne in età puerperale. Dalla letteratura sappiamo che i casi di meningite causata da questo patogeno possono presentarsi clinicamente associati a sintomi neurologici focali (come nel caso presentato) e che spesso esitano in sequele neurologiche (infarti ed ascessi cerebrali, idrocefalo, deficit di nervi cranici, cefalea ricorrente ed epilessia).

Sempre dalla letteratura si apprende che la diagnosi di meningite da *Streptococcus agalactiae*, richiede la ricerca di altri focolai settici sia come sede primaria (distretto ORL e vie genito-urinarie per prime) sia come localizzazione secondaria (endocardite, spondilodiscite) della sepsi e rende imperativa la ricerca di fattori predisponenti sistemici (come DM, malattie autoimmuni, cirrosi o neoplasia) e l'esclusione delle cause di rottura della barriera ematoencefalica (come in seguito a procedure neurochirurgiche o traumi).



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Creazione di un sistema computerizzato di supporto alle decisioni cliniche per il trattamento empirico delle infezioni delle vie urinarie e delle polmoniti nell'azienda ospedaliero universitaria careggi.

Casati Carlotta, Innocenti Rinaldo, Corradi Francesco, Bartalesi Filippo, Suardi Lorenzo Roberto, Di Lauria Nicoletta, Farese Alberto, Corti Giampaolo, Pieralli Filippo, Bassam Dannaoui, Bartoloni Alessandro, Morettini Alessandro
Medicina Alta Complessità Assistenziale 2, Malattie Infettive AOU Careggi Firenze

Background:

L'antibiotico resistenza è una problematica globale che sta mettendo a rischio una categoria di farmaci che per decenni hanno salvato la vita a milioni di persone. Per tale motivo, la resistenza batterica agli antibiotici è riconosciuta attualmente come una delle principali minacce globali per la salute umana, portando ad un incremento della morbilità, della mortalità e dei costi per l'assistenza sanitaria. Alla base della crisi dell'antibiotico resistenza si possono identificare numerosi fattori comuni in tutti i paesi del mondo e coinvolgenti il comportamento umano ai vari livelli della società. Tra le varie cause, è riconosciuto unanimemente come l'abuso ed il misuso degli antibiotici rappresenti uno dei principali fattori per lo sviluppo della resistenza batterica agli antibiotici ed è stato dimostrato come un miglioramento dell'appropriatezza della terapia antibiotica empirica e delle sue pratiche prescrittive si traduca in un miglioramento dell'outcome clinico, della durata della terapia antibiotica e dell'ospedalizzazione. Tra i programmi di antimicrobialstewardship nati di conseguenza, una particolare attenzione viene riposta sull'istruzione e la formazione del personale sanitario con tecniche educazionali sia attive che passive e l'utilizzo di programmi decisionali computerizzati (CDSS- computer decisional support system) sono attualmente promossi come una via efficace per migliorare la prescrizione dell'antibiotico.

Obiettivo:

Descrizione di un programma di implementazione di un sistema computerizzato di supporto per il trattamento delle infezioni urinarie e delle polmoniti in Medicina Interna.

Data la complessità dei malati afferenti presso il nostro ospedale e la frequenza di infezioni da germi multiresistenti (MDR), sono stati elaborati in stretta associazione con l'AIM Team dell'ospedale di Careggi (Antimicrobial and Infection Management- AIM, costituito da Infettivologi, Microbiologi e Farmacisti) i protocolli terapeutici per i principali quadri infettivi, rappresentati da polmoniti (limitate a CAP e HAP) e infezioni delle vie urinarie (limitate a pielonefriti ed urosepsi). Tali algoritmi sono stati elaborati sulla base delle più recenti linee guida internazionali ed evidenze in letteratura, sui principali fattori di rischio per germi MDR per ciascun tipo di infezione, sulla base dei dati epidemiologici locali, regionali ed aziendali delle principali resistenze agli antibiotici, sulla gravità clinica del caso e sull'appropriatezza farmacocinetica e farmacodinamica dei diversi antibiotici. Gli algoritmi così creati, sono stati inseriti nella cartella informatizzata utilizzata all'interno della AOUC (Archimed), permettendone l'uso diretto al momento della diagnosi di uno dei quadri infettivi precedentemente descritti. Attraverso una serie di domande a cascata con risposte mutuamente escludenti, il programma permette di generare combinazioni di informazioni che determinano l'attribuzione ad una specifica scelta terapeutica.

Durante la fase di elaborazione dell'algoritmo vi sono stati numerosi momenti di confronto e revisione. Al momento è ancora in corso la prima fase di applicazione che coinvolge 3 SOD dell'AOUC (Medicina Interna, Subintensiva, Malattie infettive e Tropicali) durante la quale verrà valutata l'applicabilità sulla base del grado di impiego dei protocolli terapeutici. Successivamente



XVI Congresso Regionale FADOI Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale ANIMO Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



sarà valutata l'aderenza delle prescrizioni alle indicazioni terapeutiche. Una volta validato, è possibile l'estensione a tutti i reparti dell'AOUC. Fondamentale sarà la revisione annuale degli algoritmi sulla base delle nuove evidenze scientifiche o modifiche dell'ecologia locale.

Lesioni cerebrali focali multiple: non sempre una diagnosi immediata.

Pesci Alessandra, Pallini Francesca, Vannucchi Vieri, Moroni Federico, Seravalle Cristiana, Cimolato Barbara, Scerra Cornelia, Ristori Francesca, Imbalzano Letizia, Bertini Laura, Fattorini Lamberto, Landini Giancarlo
Medicina Ospedale S. Maria Nuova Firenze

La presenza di lesioni cerebrali multiple con edema perilesionale fa pensare in prima ipotesi a una natura ripetitiva delle stesse.

Un uomo di cinquantaquattro anni accede al nostro reparto per cefalea persistente associata a rallentamento ideo-motorio e febbre elevata non rilevata in DEA (riferita fino a 40°C a domicilio). Alla visita non erano presenti segni di irritazione meningeale né deficit neurologici focali. In anamnesi patologica remota nessuna malattia degna di nota. Riferiva recente comparsa di micosi del cavo orale con conseguente odinofagia e calo ponderale per cui ha eseguito terapia locale con antifungino.

In DEA è stata effettuata radiografia del torace che non ha evidenziato addensamenti polmonari pleuroparenchimali. Alla TC del cranio diretta evidenza di multiple areole di ipodensità a sede sottocorticale in regione temporale e temporo-mesiale sinistra con spianamento dei solchi e lieve compressione sul ventricolo omolaterale e in sede parietale posteriore, bilateralmente, di verosimile natura edemigena sospette per lesioni ripetitive. Gli esami ematici non presentavano alterazioni degne di nota.

In reparto il paziente ha eseguito TC total body con mdc e poi RMN encefalo con mdc che hanno confermato la presenza di multiple lesioni focali cerebrali con impregnazione marginale ed edema perilesionale la maggiore delle quali in sede temporo-parietale sinistra (diametro 1,9 mm). Non altre lesioni significative nei restanti distretti corporei tranne gozzo multinodulare. Alla esofagogastroduodenoscopia ernia iatale ed esofagite di grado A sec L.A.. Tra gli esami ematici da segnalare la negatività dei principali markers neoplastici. Pervenuta invece la positività per HIV precedentemente non nota. Il paziente ha quindi eseguito puntura lombare che ha mostrato proteinorachia e positività della PCR per Toxoplasma Gondii. Negativo il fundus oculi. Negativo il batterioscopico del liquor e il BK.

La presenza di lesioni cerebrali multiple deve indurre il medico a escludere anche la possibile genesi infettiva delle stesse. Altra considerazione da fare è che la sindrome da immunodeficienza acquisita e le sue principali complicanze sono tutt'ora patologie da considerare in una attenta diagnosi differenziale.

Morbo di Pott

Fabbrizzi Francesca, Fruttuoso Silvia, Petrioli Alessandra, Burberi Leonardo, Torrigiani Arianna, Digregorio Serena, Bernardini Marina, Fabbri Marco, Casati Carlotta, Morettini Alessandro
Medicina Alta Complessità Assistenziale 2 AOU Careggi Firenze

N.M. 28 anni proveniente da Nigeria, in Italia da 9 mesi.

Da circa 4 mesi sintomatico per lombalgia con riferita disuria e stranguria e calo ponderale di circa 20 Kg.

Due precedenti accessi in pronto soccorso per tale sintomatologia attribuita a infezione delle vie urinarie.

Successivo terzo accesso in pronto soccorso per analoga sintomatologia.

All'ingresso in ospedale paziente vigile, orientato con parametri vitali stabili. Grave malnutrizione (BMI 13.5).

Si presentava con TC addome eseguita su consiglio del Medico Curante, tale esame mostrava lesione litica di L1 con contenuto osteo-addensante della spongiosa somatica che, attraverso ampia discontinuità della corticale laterale, si estrinseca nello spazio compreso fra colonna vertebrale ed il muscolo psoas sinistro calando in basso per almeno un corpo vertebrale, ed assottigliando lo stesso psoas.

Nell'ottica di approfondire la natura della lesione litica presente a livello di L1 sospetta per infettiva, abbiamo eseguito: Quantiferon test risultato positivo, sierologia per Schistosoma, Echinococco, Brucella, Lue, HIV, HBV e HCV, urinocoltura e parassitologico delle feci risultati invece negativi. Eseguito inoltre approfondimento diagnostico con RM del rachide lombo-sacrale con mezzo di contrasto che confermava la presenza della grossolana lesione litica sostitutiva a livello di L1 occupante quasi interamente il corpo vertebrale, il peduncolo e la massa laterale di sinistra, con impegno dello spazio epidurale anteriore, determinante una modesta impronta sul pacchetto di radici della cauda, e con estensione attraverso il canale di coniugazione L1/L2 di sinistra, nel contesto del muscolo psoas, dopo la somministrazione del mezzo di contrasto rilievo di enhancement marginale del tessuto neoformato in corrispondenza dell'area litica di L1 e della porzione solida estesa lungo lo psoas di sinistra.

Per definire con certezza la natura di tale lesione eseguito quindi prelievo ago-bioptico TC-guidato e nel forte sospetto di TB intrapresa subito dopo tale procedura terapia anti-micobatterica a base di rifampicina e etambutolo. Colturale su biopsia vertebrale risultato in seguito positivo per M.tuberculosis complex toti sensibile. Trattato quindi con rifampicina, etambutolo, moxifloxacin evitanto pirazinamide ed isoniazide per epatotossicità.

Con questo caso clinico vogliamo sottolineare l'importanza di sospettare la spondilite tubercolare in giovani adulti provenienti da zone endemiche per tubercolosi con dolore al rachide di lunga durata, dato che un precoce riconoscimento e una pronta conferma diagnostica di tale patologia, possono far sì che venga intrapresa il prima possibile la terapia antimicobatterica. L'inizio precoce della terapia antitubercolare è infatti efficace nel trattamento di tale patologia soprattutto nelle fasi precoci.

Una chiara malattia ematologica

Venturini Luigi, Belcari Claudio, Rocchi Miriana, Andreini Roberto
Medicina Interna Ospedale di Pontedera

Descrizione di un caso di pancitopenia e febbre in un reparto di Medicina. Donna di 58 anni accede al PS per riferito episodio di ipoglicemia. Seguita dall'unità funzionale di salute mentale per depressione maggiore; affetta da diabete tipo 2 insulino-trattato. Gli esami al PS documentano pancitopenia ed innalzamento degli indici di flogosi (Hb 7.3 g/dl, MCV 81 fl, GB 1460/mmc (N 490/mmc), PLT 82.000/mmc, glicemia 108 mg/dl, PCR 11.5 mg/dl, procalcitonina 1.8 ng/ml); la paziente riferisce nelle ultime settimane febbre ed attualmente bruciore minzionale.

Vengono prelevate EC, viene effettuata ET, si inizia terapia con Piperacillina/tazobactam. Altri esami ematici evidenziano immunofissazione positiva per componente monoclonale IgG Kappa, una proteina Bence Jones positiva, Beta2 microglobulina e ferritina aumentata. La TC torace addome con MDC documenta splenomegalia.

Per tale motivo, viene effettuata agoaspirato midollare e BOM: «Si osservano numerosi elementi istiocito-macrofagici (CD 68 PGM1+) con citoplasma carico di microrganismi più evidenti dopo colorazione con GIEMSA, riferibili ad amastigoti di Leishmania...reperti riferibili a Leishmaniosi midollare...»

Viene iniziata terapia con Amfotericina B liposomiale 3 mg/kg EV per 5 giorni, poi al 14° e 21° giorno con pronta e buona risposta clinica.

La Leishmaniosi risulta una parassitosi; l'uomo è ospite accidentale, il cane rappresenta il serbatoio.

♣ asintomatica (30:1 in Europa)

♣ sindrome chiamata "kala azar" [dall'indostano e assamese kālā āzār, comp. di kālā «nero» e āzār (voce persiana) «malattia»]:

La Clinica è rappresentata da:

incubazione: 2- 6 mesi (poche settimane-alcuni anni) febbre, malessere, perdita di peso, splenomegalia con/senza epatomegalia, dolore addominale, linfadenopatia (Africa orientale, rara in altre zone).



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Sezione E
Gastroenterologia

A case of portal biliopathy

Florenzi Chiara, Zaccagnini Giacomo, Cioni Gabriele, Blasi Eleonora, Baroncelli Silvia, Corbo Lorenzo, Rocchi Federica, Turchi Valerio, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo
Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

A 42 year old Pakistani man with portal hypertension, deriving from portal and superior mesenteric thrombosis, due to congenital protein C deficiency, and complicated with esophageal varices, congestive gastropathy, splenomegaly and portal cavernoma cholangiopathy, was admitted to our hospital for jaundice.

Blood test revealed low platelet count and elevated total bilirubin, transaminases and alkaline phosphatase levels. Abdominal ultrasound showed marked gallbladder dilatation, with large intraluminal stones, and ascites. Abdominal CT scan displayed splenomegaly, marked bile ducts dilatation, tortuous gallbladder with fundus microlithiasis but without intraluminal lithiasis (likely because of little calcium quantity), lacked visualization of main hepatic duct, cystic duct and choledochus (due to stenosis or obstruction by hydodense material) and of porto-spleno-mesenteric axis, presence of diffuse collateral venous pathways and ascites. Magnetic resonance cholangiopancreatography confirmed marked bile ducts ectasia and presence of numerous stones in the whole biliary tree. Cholangiography was performed, which confirmed marked dilatation of intrahepatic bile ducts and choledochus, steno-obstruction of mediodistal tract, multiple biliary ducts lithiasis; biliary drainage was placed. Next cholangiographic controls showed persisting dilatation of bile ducts with multiple lithiasis and steno-obstruction of choledochus; then choledochus bilioplastic was performed and internal-external biliary drainage was replaced. Our patient presented rectorrhagia and subsequent anemia, which needed trasfusion support.

Colonoscopy showed large and frail haemorrhoids.

In consideration of increasing ascites, abdominal drainage was placed too. New cholangiography revealed mediodistal choledochus restenosis. He then presented hemobilia. No new endoscopic indications were posed. Surgical intervention of porto-caval shunt was considered. New angio CT scan showed little increase of bile ducts ectasia and aerobilia, but decrease of splenomegaly and ascites. Abdominal drainage could so be removed.

Hemobilia and melena persisted. Esophagogastroduodenoscopy didn't reveal the seat of bleeding. Combined evaluation by surgeon and interventional radiologist was done and new cholangiographic control was made, which confirmed persistent steno-obstruction of mediodistal choledochus; hence metallic stent between duodenum and proximal tract of main bile duct was placed, with subsequent resolution of gastrointestinal bleeding.

Closing of biliary drainage was attempted, but cholestatic indices soon increased, then drainage was opened again and washings were performed. Cholangiographic control revealed persisting intrahepatic bile ducts ectasia and presence of filling defects (likely due to clots, residues of previous hemobilia); transhepatic biliary drainage was replaced and washings were performed. We decided not to begin anticoagulation for protein C deficiency and thrombosis, in consideration of recurrent episodes of bleeding.

Our patient was finally resigned from the hospital and sent to a territorial structure of continuity assistance.

Portal biliopathy (PB)/portal cavernoma cholangiopathy (PCC) refers to the presence of cholangiographic abnormalities in the extrahepatic biliary system in patients with non-cirrhotic/non-neoplastic extrahepatic portal vein obstruction (EHPVO) and portal cavernoma (PC), in the absence

of other biliary tract diseases.

The pathogenesis of PB is due to an extrinsic compression of bile ducts by PC or to ischemic damage secondary to altered biliary vascularization in EHPVO and PC. PCC consists of a reversible component, which is due to compression by porto-portal collateral veins, and a fixed component, which is probably due to ischemia deriving from deficient portal blood supply at the time of portal thrombosis or prolonged compression by cavernoma (fibrous mass containing multiple collateral veins). While the former resolves with decompression of collaterals/porto-systemic shunt surgery, the latter persists despite decompression of collaterals.

The majority of patients are asymptomatic, while approximately 20% are symptomatic. Symptoms are usually due to biliary stenoses or strictures, with or without biliary stones. Clinical manifestations include long standing jaundice due to chronic cholestasis, or biliary pain with or without cholangitis due to biliary stones. Risk factors for the causation of symptoms are: the age of patient, the cause of portal hypertension, the duration of portal hypertension, the pattern of occlusion of spleno-portal axis (prevalence of symptoms is higher in case of extension of thrombosis to the splenomesenteric veins) and the presence of gallstones and common bile duct stones. Most patients with EHPVO present with variceal bleeding and hypersplenism. Portal biliopathy is a progressive disease. Progressive liver dysfunction and secondary biliary cirrhosis can develop in a minority of patients.

In order to make diagnosis, presence of a portal cavernoma, typical cholangiographic changes on endoscopic or MR cholangiography, and the absence of other causes of these biliary changes (like primary sclerosing cholangitis or cholangiocarcinoma) are mandatory. Serum chemistry, ultrasound with color Doppler imaging, MR imaging and MR portovenography are modalities of choice for evaluation of PB. The latter are non-invasive imaging techniques for mapping of biliary and vascular abnormalities in these patients. Endoscopic retrograde cholangiography (ERCP) has no diagnostic role, because it is an invasive technique and it is associated with an increased risk of complications, hence it is reserved for therapeutic procedures.

Asymptomatic patients do not require any treatment. Treatment of symptomatic PCC can be approached in a stepwise manner. First, biliary clearance is done by endoscopic procedures (ERCP), for stone extraction, balloon dilatation of biliary stricture, placement of biliary stents, biliary sphincterotomy, in order to facilitate drainage and removal of bile duct stones. Plastic stenting with timely repeated stent exchanges is the first line intervention for jaundice or cholangitis due to biliary strictures. Second, if biliary obstruction does not resolve, portal decompression is done by creation of surgical porto-systemic shunt (PSS) or transjugular intrahepatic porto-systemic shunt (TIPS) in order to reduce portal venous pressure; this causes significant resolution of biliary changes. In patients with non-shuntable veins or blocked shunts, repeated stent exchanges are the alternative modality of treatment. Third, a small proportion of patients have persistent biliary obstruction and are thought to have a mechanical ischemic stricture; they may benefit from second-stage biliary drainage surgery (by creation of bilioenteric anastomosis, such as hepaticojejunostomy or choledochoduodenostomy) or cholecystectomy, or endotherapy for biliary strictures. Variceal bleeding and hypersplenism are usual indications for surgery. In the absence of a shuntable vein, splenectomy and devascularization may resolve the PCC in some patients by decreasing portal pressure. Liver transplantation can be considered in patients with secondary biliary cirrhosis, recurrent cholangitis or unsuccessful control of portal hypertension. Definitive treatment often requires multiple and combined interventions both on vascular and on biliary system. Patients with symptomatic PCC have good prognosis after successful endoscopic biliary drainage and after successful shunt surgery.

Endoscopic procedures are associated with an increased frequency of hemobilia. Repeated stent exchanges may be associated with recurrent cholangitis with formation of sludge and concretions.

Colecistite acuta e polmonite, uno studio retrospettivo in medicina interna.

Montini Maria Silvia, Vannini Giulia, Valoriani Alice, Micheletti Irene, Palatresi Daniele, Staglianò Loredana, Beatrice Salvatore, Tarquini Roberto
Medicina Interna 1, Ospedale San Giuseppe, Empoli

Per colecistite acuta si intende un processo infiammatorio a carico della colecisti e nella maggioranza dei casi si trova associata alla litiasi biliare.

Le Linee Guida Tokyo del 2007, rivisitate nel 2013, ne definiscono i criteri diagnostici, i criteri di severità, individuandone 3 gradi e le indicazioni per il trattamento.

Seppur non descritto tra le complicanze della colecistite acuta, nella pratica clinica quotidiana capita frequentemente, in pazienti ricoverati con criteri diagnostici che soddisfano la diagnosi di colecistite, di vario grado, di rilevare un concomitante o talvolta sfalsato temporalmente, focolaio flogistico polmonare. Vista la relativa numerosità dei casi giunti alla nostra attenzione, nei quali le due patologie caratterizzavano il quadro clinico, abbiamo ritenuto interessante effettuare uno studio retrospettivo osservazionale con obiettivo di valutare la reale frequenza dell'associazione colecistite/polmonite, mediante metodica radiografica ed ecografica. Sono state analizzate le caratteristiche cliniche, laboratoristiche e strumentali di questi pazienti al fine di identificare eventuali correlazioni tra questi fattori e la concomitanza delle 2 patologie, cercando di identificare indicatori che potessero avere un valore predittivo dell'associazione. E' stato inoltre valutato l'impatto della polmonite sull'andamento clinico dei pazienti, in particolare sulle complicanze, sul trattamento necessario, sulla durata della degenza, sulla mortalità e le riospedalizzazioni a 30 giorni.

Per questo studio retrospettivo osservazionale sono stati reclutati tutti i pazienti ricoverati presso l'U.O. Medicina Interna 1, Ospedale San Giuseppe, Empoli, nell'arco di circa 6 mesi (da metà Dicembre 2016 a metà Giugno 2017) con sospetto diagnostico di colecistite acuta. Di tutti i pazienti sono stati valutati la clinica, gli esami ematochimici eseguiti all'ingresso (emocromo, creatinina, PCR e procalcitonina, fibrinogeno, AST, ALT, bilirubina totale, amilasi, glicemia) ed i reperti riscontrati all'ecografia dell'addome. I pazienti sono stati sottoposti, in base ai reperti clinico-laboratoristici e strumentali, all'applicazione dei criteri diagnostici di colecistite acuta secondo le linee guida TG13 ed alla valutazione della severità del quadro secondo i gradi proposti dalle stesse linee guida. È stata ricercata l'eventuale presenza di polmonite tramite valutazione clinica e laboratoristica e tramite esami strumentali come la radiografia del torace, l'ecografia del torace o talvolta altre metodiche come la TC del torace.

Tutti hanno avuto una consulenza chirurgica per valutare l'eventuale indicazione ad intervento precoce o ad inserimento in lista operatoria per intervento chirurgico in elezione. Di tutti i pazienti sono stati valutati inoltre la durata della degenza, l'eventuale decesso durante il ricovero e le riospedalizzazioni a 30 giorni.

In questo studio sono stati reclutati 35 pazienti dei quali 17 uomini e 18 donne con età media di 70,2 anni. Nei 32 pazienti con diagnosi confermata di colecistite acuta, in 19 casi (40,6%) è stata evidenziata anche una polmonite. I pazienti sono stati pertanto suddivisi in due gruppi: gruppo 1 (pazienti senza riscontro di polmonite) e gruppo 2 (con polmonite associata). Non abbiamo riscontrato differenze statisticamente significative tra i due gruppi né per quanto riguarda le caratteristiche demografiche e la presentazione clinica all'ingresso né per quanto riguarda il grado di severità, appartenendo la maggior parte dei casi ad un grado I. In 10 casi la polmonite è stata



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



diagnosticata con ecografia del torace ed in un solo caso alla radiografia del torace. Nel caso di un paziente l'addensamento è stato riscontrato durante esecuzione di TC torace-addome con mdc ed infine in una paziente non sono stati riscontrati franchi addensamenti né all'ecografia né alla radiografia del torace, tuttavia con quadro clinico compatibile, interessamento prevalentemente interstiziale all'ecografia e sierologia positiva per *Chlamydia pneumoniae*. Nei pazienti sottoposti ad entrambi gli esami strumentali, in 5 casi la polmonite è stata diagnosticata all'ecografia mentre la radiografia del torace è risultata negativa. Per quanto riguarda gli esami di laboratorio è emerso che i valori di fibrinogeno e di creatinina all'ingresso risultavano essere significativamente più elevati nei pazienti con polmonite associata. In particolare valori di fibrinogeno >753 mg/dL sembrano correlare con buona capacità predittiva, vista anche l'esigua numerosità campionaria, con la presenza di polmonite. Non sono emerse differenze significative riguardo la mortalità e nessun paziente è stato riospedalizzato a 30 giorni. Per quanto riguarda il trattamento solo 5 pazienti sono stati sottoposti a colecistectomia laparoscopica precoce e tutti appartenevano ad un grado 2 di severità.

Questo studio, seppur eseguito su un piccolo numero di pazienti, dimostra come l'associazione tra colecistite acuta e polmonite sia un riscontro frequente nella pratica clinica e che pertanto va ricercata soprattutto nei pazienti con elevati valori di fibrinogeno e creatinina all'ingresso, come l'ecografia sia di fondamentale importanza nella diagnosi delle due patologie, che il trattamento chirurgico sia ancora poco frequentemente praticato soprattutto nei casi lievi. E' necessario uno studio su un campione più ampio al fine di ottenere informazioni più consistenti sulla frequenza di questa associazione, sugli agenti eziologici prevalenti, sull'andamento clinico, al fine di ottimizzare l'iter diagnostico-terapeutico, ridurre la degenza media, i ricoveri ripetuti e migliorare l'outcome di questi pazienti.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



LA SEPSI: PRESENTAZIONE ANOMALA DEL MORBO DI CHRON

Degl'Innocenti Giulia, Colasanti Luciana, Tesei Alessandra, Di Mare Francesco, Chisciotti Valentina, Bribani Andrea
Medicina ospedale Serristori Figline v.no (Firenze)

Riportiamo il caso di un paziente di 69 anni con storia di diabete mellito di tipo II, ipertensione arteriosa, dislipidemia mista con recente inizio di terapia con statine.

All'ingresso al nostro DEA soporoso, pallido sudato ed ipoteso con rilievo emogasanalitico di acidosi metabolica con incremento dei lattati in quadro di shock settico con rhabdmiolisi (cpk 17.319 U/l) e IRA di verosimile origine prerenale. Durante la visita all'ingresso in PS episodio di melena con riscontro, dopo inserimento di SNG, di ristagno caffèano. Prelevate emocolture ed urinocolture, il paziente è stato trattato con fluid challenge e trasferito sui letti monitorizzati di sub-intensiva dove è stata impostata antibiotico terapia inizialmente empirica ad ampio spettro e terapia reidratante con progressivo miglioramento della sintomatologia e successivo trasferimento, alla stabilizzazione del quadro clinico, presso i letti di degenza ordinaria. Eseguito successivamente switch antibiotico a ciproxin e metronidazolo su antibiogramma delle emocolture ed urinocolture risultate positive per *E. faecium*.

Alla EGDS, eseguita per persistenza di epigastralgia, rilievo di quadro di disepitelializzazione della mucosa esofagea con ulcere serpiginose nel corpo gastrico (biopsie in corso). Durante la degenza, inoltre, si sono verificati diversi episodi di rettorragia e diarrea (con coproculture e ricerca per *Clostridium* entrambe negative) associate a dolore ricorrente in fosse iliaca sinistra e indici di flogosi persistentemente mossi, per cui è stata eseguita una TC addome seguita da colon TC con rilievo di marcato ispessimento concentrico delle pareti delle ultime anse ileali con associato marcato ispessimento del tessuto adiposo mesenteriale, congestione vascolare e linfatica e numerose tumefazioni linfonodali, reperti compatibili con alterazioni flogistiche croniche e subcute associate a tipo Crohn. Alla colonscopia rilievo di mucosa ileale eritematosa con ulcere nel sigma e nel canale anale (eseguite multiple biopsie con istologia in corso). La valutazione ecografica ha mostrato ispessimento omentale con iniziali segni di ascessualizzazione e incremento del flusso ematico alla valutazione con color-doppler. Nel sospetto di un morbo di chron prelevata calprotectina fecale e sierica risultate entrambe positive con valori rispettivamente di 11,8 mcg/mL e 446,5 mg/kg; il dosaggio degli autoanticorpi (ASCA e p-ANCA) è in corso. Iniziata quindi terapia con mesalazina e steroidi sia per via sistemica che topica con rapido miglioramento della sintomatologia addominale e progressiva normalizzazione degli indici di flogosi.

Il morbo di Chron rappresenta infatti una malattia con sintomatologia spesso sfumata, subdola che può esordire con complicanze extraintestinali.

TIPS placement as an effective treatment for liver cirrhosis-associated chylothorax.

Zaccagnini Giacomo, Para Ombretta, Florenzi Chiara, Blasi Eleonora, Baroncelli Silvia, Cioni Gabriele, Corbo Lorenzo, Fedeli Lorenzo, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo
Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi Firenze

Introduction

Chylothorax is a pleural effusion rich in chylomicrons and triglycerides which usually presents in the setting of chest traumatism or malignancies. We report the case of a chylothorax of unusual origin in a 64-year-old woman.

Clinical case

A 64 year-old woman was admitted to our ward with dyspnea due to a large-sized chylothorax. She was known to have HCV-related liver cirrhosis but no ascites. There was a recent history of chest trauma. Cardiac function was normal and thorough diagnostic work-up didn't reveal any signs of malignancy. Video-assisted thoracoscopic surgery showed pleural and diaphragmatic inflammation in absence of traumatic lesions or malignancy. Immunophenotype of blood and pleural fluid was negative. Tuberculosis was ruled out. In summary, no cause of chylothorax other than portal hypertension could be found. Therapy with diuretics along with a low-fat diet and medium-chain triglycerides dietary supplements, somatostatins and parenteral feeding failed to relieve symptoms. After placement of a thoracic pig-tail the patient was discharged to home. There were two episodes of hepatic encephalopathy, probably due to dehydration. After a transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) had successfully been placed, pleural effusion decreased considerably. There were no more relapses of encephalopathy. She was subsequently treated with antivirals for HCV, with negativization of viral markers, and successfully underwent liver transplantation. The patient is currently HCV-free and asymptomatic.

Conclusions

Chylothorax is a rare manifestation of liver cirrhosis. Even in absence of ascites, chylothorax might be caused by portal hypertension and TIPS can be an effective treatment option.

Trattamento a cinque mesi con Glucerna SR nel diabetico e nel dislipidemico sovrappeso

Masoni Maria Chiara, Andreini Roberto, Belcari Claudio
Medicina Ospedale Pontedera

Il Diabete Mellito (DM) e le dislipidemie sono importanti fattori di rischio cardiovascolare. In questo gioca inoltre un ruolo estremamente importante l'eccesso di tessuto adiposo addominale, "organo" responsabile del rilascio di adipocitochine che contribuiscono all'instaurarsi di insulino-resistenza anche nei pazienti non diabetici.

Numerose evidenze sottolineano l'importanza della terapia dietetica, con obiettivi quali il controllo del peso corporeo, il controllo glicemico, il controllo della lipidemia, la prevenzione ed il trattamento dei fattori di rischio o complicanze legate alle malattie metaboliche. La perdita del 5-10% del peso corporeo iniziale con una dieta equilibrata con bilancio calorico negativo, è sufficiente, attraverso la riduzione dell'insulino-resistenza, per il miglioramento del controllo glicemico, pressorio e lipidico.

Glucerna SR è un prodotto dietetico liquido ipocalorico (0,97 Kcal/ml) a basso indice glicemico, per uso orale. La presenza di carboidrati a lento rilascio, fibre solubili prebiotiche (FOS), l'elevato apporto di acidi grassi monoinsaturi (MUFA) e Omega-3, lo rendono specifico per soggetti con alterato metabolismo glucidico e lipidico.

La distribuzione calorica è la seguente: 18,5% proteine, di cui 60% caseinato di Na, 10% caseinato di Ca, 30% proteine isolate di soia; 32,5% lipidi, di cui 23% olio di girasole ricco in oleico, 72% olio di canola, 5% lecitina; 49% carboidrati, di cui 36% maltodestrina, 42% glicerina, 22% fruttosio; 33,5g/L fibra, di cui 84% maltodestrina modificata, 16% FOS.

In 20 soggetti consecutivi sovrappeso (4 maschi, 16 femmine, età 52.5 ± 11.3 (m \pm ds), BMI 35 ± 4.7), 11 con DMT2, 9 con dislipidemia, è stato intrapreso un trattamento con Glucerna SR nella dose di un flacone da 230 ml/die sempre sostitutivo del pranzo. Riportiamo i dati preliminari a cinque mesi.

Seguono nel poster definitivo tabelle dove sono riportati i risultati a 5 mesi della casistica in toto, nel sottogruppo dei diabetici ed in quello dei dislipidemici.

Il nutraceutico è un approccio plausibile, accettato e spendibile nell'economia del paziente dismetabolico (diabetico e/o dislipidemico) in sovrappeso.

Una gastroenterite da non sottovalutare: un raro caso di colite neutropenica.

Di Mare Francesco, Fabbroni Angiola Anna, Chisciotti Valentina, Colasanti Luciana, Petri Ilaria, Burberi Francesco, Tesei Alessandra, Degli Innocenti Giulia, Marchi Leonardo, Tavernese Giuseppe, Leolini Elisabetta, Fiorelli Costanza, Bribani Andrea
Medicina ospedale Serristori Figline v.no (Firenze)

Riportiamo un caso clinico di un paziente di 64 anni, accompagnato presso il PS di Figline V.no, per una “gastroenterite severa protratta da una settimana con 15 scariche di diarrea al giorno e vomito”.

In anamnesi pregressa colecistectomia per calcolosi nel 1996. OSAS con CPAP notturna. Circa tre mesi prima il paziente era stato sottoposto a intervento di emicolectomia dx e epatectomia sinistra per ETP del colon dx con MTX lobo epatico sx (T3NOM1). Un mese prima aveva eseguito primo ciclo di chemioterapia adiuvante con schema FOLFOX (5 fluorouracile e oxaliplatino e acido folinico). Dopo circa 10 giorni da tale ciclo comparsa di diarrea e vomito. Cinque giorni prima è stato sottoposto a secondo ciclo di chemioterapia con 5FU e cisplatino con elastomero. Da tale ciclo il paziente ha riferito aumento delle scariche di diarrea nonostante terapia con loperamide. Per intensa astenia e stato di disidratazione acuta il paziente è stato accompagnato presso il PS di Figline V.No. All'esame obiettivo paziente pallido, cute e mucose asciutte. Addome globoso ma trattabile, non dolorabile, peristalsi torbida. GCS 14, lieve sopore ma collaborante, non evidenti deficit neurologici focali. Presenza di PORTH. Iperpiressia con TC 38 C°. Diarrea acquosa e chiara persistente. (qSOFA: 2). Ad una TC addome: Esofago distale disteso, distensione fluida dello stomaco, duodeno e di alcune anse dell'intestino tenue prossimale e distale, tale hanno pareti minimamente ispessite. Distensione del colon trasverso con calibro di 6,5-7 cm con livelli idroaerei. Colon discendente e colon sigmoideo e sigma distale e retto distesi da fluido con livelli idroaerei. Non segni di perforazione e liquido endoaddominale. Agli esami ematici leucopenia e all'ega acidosi lattica.

Da una analisi della letteratura tale caso è ascrivibile ad una colite neutropenica.

La colite neutropenica (inizialmente definita tiflite, in base ad alcune segnalazioni in cui era interessato solo il cieco) rappresenta una gravissima forma di colite tossica inizialmente descritta in bambini sottoposti a chemioterapia per leucemia linfatica acuta ma poi anche negli adulti in corso di trattamento per tumori solidi e dopo trapianto d'organo. Esordisce alcune settimane dopo il trattamento con diarrea profusa, febbre (molto spesso settica), dolori addominali frequentemente associati a peritonismo. Invariabilmente è presente una marcata neutropenia (meno di 100 leucociti per mm³) e radiologicamente si repertano ileo paralitico e ispessimento parietale del cieco o dell'intero colon. La mortalità è elevatissima, a causa di complicanze quali perforazione, necrosi del viscere, emorragia o shock settico.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Una rara causa di pancreatite acuta.

Torrigiani Arianna, Fabbrizzi Francesca, Digregorio Serena, Cosentino Eleonora, Fruttuoso Silvia, Corradi Francesco, Morettini Alessandro
Medicina Alta Complessità Assistenziale 2 AOU Careggi, Firenze

N.I, donna di 23 anni, non esposizione tabagica o storia di potus. Riferito calo ponderale di circa 4 kg nell'ultimo mese associato ad anoressia. Da circa 2 mesi comparsa di dolore addominale diffuso, che nell'ultimo periodo è diventato continuo, maggiormente localizzato a sede epigastrica ed associato a nausea. Giunge in DEA per peggioramento della sintomatologia dolorosa. Agli esami ematici evidenza di incremento delle lipasi (1922 U/L) diagnostico per pancreatite acuta, per cui la paziente viene sottoposta a TC con mdc che dimostra nelle scansioni post-contrastografiche una disomogenea impregnazione in fase arteriosa, con più omogeneo enhancement in fase venosa, a livello della testa del pancreas con concomitante brusca riduzione di calibro del DPP, senza tuttavia evidenziare franche tumefazioni in tale sede. L'esame evidenzia inoltre linfadenopatie in sede lombo aortica, celiaca e nel ventaglio mesenterico ed esclude litiasi biliare. Agli esami ematici calcemia e trigliceridemia nei limiti. La paziente viene pertanto ricoverata presso il nostro reparto dove viene effettuata colangio-RM, che conferma l'aspetto lievemente disomogeneo della testa del pancreas, che appare tumefatta con aspetto pseudo-nodulare, ed evidenzia un quadro di "rigidità" del parenchima con scarsa lobulazione adiposa. I reperti, di non univoca interpretazione, risultano compatibili con un quadro di pancreatite focale, senza tuttavia poter escludere altra natura, per cui, nel sospetto di un processo autoimmune, viene effettuato il dosaggio delle IgG4 sieriche e dei plasmablasti che risultano elevati. La paziente viene pertanto sottoposta ad ecoendoscopia con biopsia pancreaticca, che conferma la presenza di un infiltrato linfoplasmacellulare ricco di igG4 con fibrosi.

La pancreatite autoimmune è una rara malattia infiammatoria del pancreas classificata dal punto di vista anatomico-patologico, secondo l'International Association of Pancreatology, come PA di tipo 1, contraddistinta da elevati livelli di IgG4 sieriche nel 75% dei casi e che rappresenta una possibile manifestazione della malattia IgG4-correlata, e PA di tipo 2 che invece è IgG4 negativa. Solitamente si presenta con quadro di ittero ostruttivo asintomatico, ma in alcuni casi può esordire con un episodio di pancreatite acuta. Sul piano radiologico si distingue una forma diffusa, caratterizzata da un coinvolgimento dell'intera ghiandola, che appare ingrandita (aspetto "sausage-like") ed ipodensa in fase arteriosa, con enhancement di mdc in fase venosa, ed una forma focale caratterizzata dalla presenza di una massa pancreaticca, che pone problemi di diagnosi differenziale con una neoplasia pancreaticca. Nelle forme focali la patologia dovrebbe essere sospettata in pazienti di giovane età, con storia di malattie autoimmuni, segni radiologici suggestivi e con elevati valori di IgG4 e plasmablasti. L'esame istologico rimane il gold standard per una diagnosi di certezza, ma i dati laboratoristici-strumentali sono altresì importanti per un corretto percorso diagnostico-terapeutico.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANÍMO Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Sezione F
Endocrinologia

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI IN UN COMPLESSO CASO DI IPERTIROIDISMO

CHISCIOTTI VALENTINA MADDALENA, BURBERI FRANCESCO, MARCHI LEONARDO, FABBRONI ANGIOLA ANNA, FIORELLI COSTANZA, PETRI ILARIA, DI MARE FRANCESCO, COLASANTI LUCIANA, TESEI ALESSANDRA, DEGLI INNOCENTI GIULIA, TAVERNESE PINO, LEOLINI ELISABETTA, BRIBANI ANDREA
USL TOSCANA CENTRO. OSPEDALE SERRISTORI FIGLINE VALDARNO

CASO CLINICO: R.D , donna 72 anni. APR: DM di tipo 2, ipertensione arteriosa essenziale con iniziale cardiopatia ipertensiva, FA in terapia con TAO. Ipotiroidismo in terapia con levotiroxina. Eseguita EGDS marzo 2017: piccolo polipo sessile non biopsiato per terapia emoreologica in atto. Terapia farmacologica domiciliare: Eutirox 5 mcg 1 cp, Metformina 1000 mg 1 cp x2, Pantoprazolo 20 mg 1 cp, Coumadin, Competact 15/850 mg 1 cp, Lanoxin 0,0625 mg 1 cp, Bisoprololo 1,25 mg 1 cp, Karvezide 300/25.

APP: da circa due mesi la pz riferisce tre episodi di diarrea/die, vomito post prandiale con anoressia, recente dimagrimento di circa 5 Kg, sindrome ansioso depressiva di recente insorgenza. Per persistenza della sintomatologia diarroica ed astenia la pz si reca in DEA. In ecografia clinica cardio-toraco addominale FE conservata 62%, stenosi mitralica lieve, versamento pleurico bilaterale. Percorso diagnostico:

- In data 02/05 ricovero in reparto di Medicina Interna A (High Care). Agli EE lieve incremento degli indici di flogosi PCR 1,85, TSH soppresso, emocromo, elettroliti, funzione epatorenale nella norma. NTproBNP 3500 pg/mL. Lievi segni di malnutrizione (COL HDL 24 mg/dL, Albumina 49,6%). Dosaggio Immunoglobuline negativo. Valutazione Celiachia negativa. Eseguita COLONSCOPIA negativa. Coproculture negative, Hemooccult negativo su 3 campioni. Ridotto dosaggio Levotiroxina. Dimessa al domicilio in data 05/05 con dg di diarrea in corso di def diagnostica in corso di scompenso cardiaco. Programmata visita in Day Service a distanza di una settimana per valutazione ormoni tiroidei.

- In data 06/05 accesso in DEA per vomito post prandiale e diarrea. Ricovero in Med Int. All' ECOGRAFIA ADDOME BEDSIDE Murphy ecografico positivo in assenza di calcolosi ma con pareti colecistiche ispessite. Alla TC addome con MDC alterazioni flogistiche a sede colecistica. EGDS di controllo negativa. Intrapresa terapia con Metroinidazolo con miglioramento del quadro clinico. Dosaggio ormoni tiroidei in corso. Pz dimessa in data 17/05 con diagnosi di verosimile colecistite alitiasica.

- In data 30/05 accesso per vomito e diarrea e comparsa di edemi declivi. Emocromo ed indici di flogosi nella norma. Calprotectina fecale negativa, Coproculture negative, Hemooccult negativo su 3 campioni. Eseguita ECOGRAFIA TIROIDEA bedside con rilievo di aree pseudonodulari a carico di entrambi i lobi con incremento della vascolarizzazione tiroidea.

Ft3 9,6 pg/mL ed ft4 5,11 ng/ML. Intrapresa terapia con Metimazolo, Propanololo e Duloxetina. Al controllo TSH < 0,010, fT3 4,69 pg/mL, fT4 3,47 ng/ML. All'elettrocardiogramma FA con FVM 80 bpm. La pz ha reintro preso alimentazione per os con persistenza di alcuni episodi diarroici. Dimessa in data 08/06 con dg di ipertiroidismo determinante quadro di scompenso cardiaco. Al controllo ambulatoriale del 22/06 u.s.: Pz vigile, sensorio integro, , alimentazione ed alvo nella norma. persistenza di lieve astenia, TSH < 0,01



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Al controllo ambulatoriale del 10/07 u.s.:pz asintomatica. All' ECOGRAFIA TIROIDEA: quadro a tipo gozzo multinodulare. All' ECOGRAFIA CARDIOTORACICA assenza di versamento pleuro-pericardico. All' ECG FA in buon controllo FVM. Intrapreso Rivaroxaban. Al successivo controllo NAO del 20/09 u.s. non sono emerse controindicazioni alla prosecuzione della terapia. Pz stabile, asintomatica. Assenza di diarrea e miglioramento dell' appetito e del tono dell' umore. Non ulteriori accessi in DEA.

Conclusioni: i disturbi tiroidei non possono essere ben distinti come entità nosologiche specifiche e diagnosticabili in prima istanza, soprattutto nei casi in cui il pz presenti un quadro di gravi comorbidità associate e polifarmacoterapia. L'ecografia clinica bedside risulta dirimente nel dirigere l'ipotesi diagnostica, essendo di basso costo ed immediata risposta (talvolta anche antecedentemente agli esami ematochimici)

- La prosecuzione dell' assistenza in Day Service con approccio multidimensionale ed integrato con il territorio permette la valutazione del pz in ogni suo aspetto proseguendo la cura del paziente in collaborazione con il MMG e riducendo il rischio di rricoveri.

- Pazienti con distiroidismo associato a fibrillazione atriale, diabete mellito, dislipidemia, osteoporosi, dovrebbero essere sottoposti a valutazione della funzione tiroidea con dosaggio del TSH ed fT4 ogni quattro mesi e durante ogni ricovero ospedaliero.

Uno strano shock settico

Cosentino Eleonora, Bernardini Marina, Casati Carlotta, Innocenti Rinaldo
Medina Interna ACA 2, AOU Careggi

Un uomo di 82 anni con pregressa tubercolosi polmonare in età giovanile e storia di patologia autoimmune non ulteriormente approfondita (positività per ANA 1:640) si presenta alla nostra attenzione. Viene riferito dai parenti che da più di un anno il paziente ha presentato un netto scadimento delle condizioni generali e un drammatico cambiamento della personalità e del comportamento con deflessione del tono dell'umore in senso depressivo, riduzione dell'appetito associata a dispepsia con conseguente marcato calo ponderale.

Il motivo dell'accesso al Pronto Soccorso era un trauma da caduta avvenuto al domicilio per verosimile episodio di ipotensione ortostatica: era stato ritrovato a terra e la caduta era stata preceduta da episodio di capogiro, veniva escluso dal paziente dolore toracico, dispnea o cardiopalmo. In DEA il paziente aveva effettuato valutazione cardiologica che aveva escluso un evento cardiaco acuto ischemico o aritmico. Era stata inoltre eseguita una TC encefalo che non aveva mostrato alterazioni di significato acuto emorragico o ischemico, successivamente era stata eseguita una TC torace e addome che aveva documentato degli addensamenti polmonari diffusi compatibili con quadro di polmonite a focolai multipli. Era stato quindi disposto il trasferimento presso il nostro reparto di degenza.

All'ingresso il paziente si presentava in mediocri condizioni generali, ipoteso, con segni di severa malnutrizione proteico-calorica, le indagini di laboratorio indicavano presenza di anemia tendenzialmente macrocitica, persistente iponatremia, normali valori di potassio ed incremento degli indici di flogosi. E' stata dunque intrapresa idratazione e terapia antibiotica con amoxicillina/acido clavulanico per la presenza di addensamenti polmonari verosimilmente flogistici alla TC. In 5a giornata tuttavia il paziente ha presentato febbre elevata, agli esami ematici presenza di leucocitosi neutrofila e incremento marcato della procalcitonina in un quadro di sepsi a verosimile partenza polmonare; per il rilievo di una marcata ipotensione è stato sottoposto a reintegro volêmico e modificata la terapia antibiotica a favore di meropenem e linezolid. Nella stessa giornata è risultato disponibile il dosaggio degli ormoni tiroidei che ha mostrato un quadro di ipotiroidismo centrale. Ciò ha posto il sospetto di una crisi surrenalica in corso di sepsi legata ad un probabile panipopituitarismo. Per tale motivo oltre all'integrazione volêmica e alla terapia antibiotica abbiamo iniziato la terapia sostitutiva con idrocortisone endovena e successivamente con tiroxina con rapida risposta emodinamica e netto miglioramento delle condizioni generali nonché dell'iponatremia tali da permettere la dimissione dopo 15 giorni di ricovero. Per le condizioni iniziali del paziente non è stato possibile effettuare un prelievo del cortisolo e dell'ACTH prima dell'inizio del trattamento sostitutivo.

Una volta che il quadro clinico è risultato stabilizzato è stata eseguita una TC cranio con quesito specifico per la valutazione della sella turcica che ha confermato la presenza di empty sella. L'empty sella (o sella vuota) è una condizione anatomica descritta per la prima volta da Busch nel 1951 caratterizzata da un rimodellamento della sella turcica e dall'appiattimento della ghiandola pituitaria derivante dall'estensione dello spazio subaracnoideo all'interno della sella. La sindrome della sella vuota può essere completa o parziale a seconda che la sella turcica sia completamente o parzialmente riempita di liquido cerebrospinale, ciò comporta un vario grado di dislocamento della ghiandola pituitaria ed ha caratteristiche distinte da un punto di vista sia anatomico che radiologico. Disfunzioni endocrine si riscontrano nel 25-30% dei casi di sella vuota.

Nelle forme parziali lo spessore della ghiandola pituitaria è di circa 3-7 mm e meno del 50% della sella è riempita di fluido spinale mentre nella forma completa lo spessore della ghiandola pituitaria è inferiore a 2 mm e più del 50% della sella risulta riempita di liquido cerebrospinale. I pazienti con tale sindrome presentano deficit di almeno un ormone ipofisario, tuttavia il 50% dei pazienti presenta molteplici carenze ormonali di cui l'iperprolattinemia è la più frequente. La sindrome è classificata come primaria o secondaria.

La forma primaria è definita in casi con etiologia ignota dopo aver escluso una storia di precedenti alterazioni a carico dell'ipofisi come trattamenti chirurgici, farmacologici o radioterapici, condizioni predisponenti risultano essere lo pseudotumor cerebri, l'obesità e la multiparità; invece le forme secondarie possono essere associate a un trattamento chirurgico o radiante di un tumore ipofisario o a qualsiasi altra condizione che danneggi la ghiandola pituitaria come una storia di apoplessia pituitaria o di neurosarcooidosi. Nella maggior parte dei pazienti con empty sella le funzioni ipofisarie possono rimanere normali nonostante un'importante erniazione subaracnoidea e la compressione severa della ghiandola pituitaria. tuttavia il 25-35% dei pazienti con sindrome della sella vuota primaria presenta anomalie endocrine. I deficit ipofisari isolati sono infrequenti (l'ipogonadismo ipogonadotropico si osserva nel 6%, l'ipoadrenalismo centrale e analogamente l'ipotiroidismo centrale si presentano nell'1% dei pazienti), l'iperprolattinemia può verificarsi a causa della compressione del peduncolo pituitario nel 10-12% dei pazienti.

Il nostro paziente aveva una sindrome della sella vuota primaria con ipofunzione dell'ipofisi anteriore. Le caratteristiche cliniche (segni e sintomi presenti ma sfumati da più di un anno in assenza di supplementi ormonali) suggeriscono che l'ipopituitarismo associato alla sindrome della sella vuota nel nostro paziente era parziale tuttavia in un momento di stress estremo quale la sepsi in corso di polmonite nosocomiale il deficit di ACTH e conseguentemente di cortisolo ha dato luogo a una crisi addisoniana presentando grave ipotensione, iponatremia, ed ipotiroidismo. Il nostro paziente infatti presentava iponatremia grave ed una ipotensione che mal si correggevano con fluidi endovena questo ci aveva indotto a ipotizzare un quadro di ipopituitarismo con insufficienza surrenalica secondaria e ad intraprendere la ricerca degli ulteriori deficit ormonali in particolare l'ipotiroidismo e a intraprendere prontamente terapia con idrocortisone. L'iponatremia in caso di empty sella infatti risponde molto poco ai fluidi endovena e viene corretto solo con somministrazione di idrocortisone.

È importante tenere presente l'ipotesi di una crisi Addisoniana nella diagnosi differenziale dello shock; tale condizione richiede infatti un rapido riconoscimento e l'immediato inizio di terapia sostitutiva. L'iponatremia grave dovrebbe allertare i medici sulle possibilità di trovarsi di fronte ad una crisi Addisoniana e questi non dovrebbero essere tratti in inganno dal basso contenuto di sodio nelle urine e trattare questa condizione come semplice disidratazione.

In conclusione, l'ipopituitarismo dovrebbe essere considerato in tutti i pazienti con un quadro di SIADH che non presenti alcuna causa apparente (ad es. carcinoma broncogeno) e anche nei pazienti che hanno una lieve disidratazione con una natremia inappropriatamente bassa. In tali casi dovrebbe inoltre essere condotta un'anamnesi e un esame obiettivo accurati anche se questo può essere difficile in pazienti con disturbi mentali associati alla grave iponatremia. In secondo luogo, se gli ormoni ipofisari sono inappropriatamente bassi in presenza di ormoni bersaglio ridotti, dobbiamo esaminare i deficit endocrini secondari.



XVI Congresso Regionale **FADOI** Toscana

Firenze

Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale **ANIMO** Toscana

Firenze

Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Sezione G Ematologia

Un insolito caso di anemia acuta, febbre e dolori addominali dopo intervento di emicolectomia per adenocarcinoma del colon.

De Crescenzo Veronica, Amendola Alessandra, Nizzi Carlotta, Magaldi Michele, Manini Maurizio
Medicina Interna Ospedale San Giovanni Di Dio Grosseto

Premessa: la porpora trombotica trombocitopenia (PTT) è una malattia rara con un'incidenza annuale di 4-11 casi per milione di abitanti. Una condizione tipicamente associata alla PTT è il cancro: un'angiogenesi anomala, una rapida crescita tumorale e una compromissione midollare possono indurre un danno endoteliale con liberazione di vWF; inoltre la mucina prodotta da alcuni adenocarcinomi può avere un effetto lesivo sulle cellule endoteliali favorendo la produzione di ULvWF. La PTT nella sua forma completa si presenta con anemia microangiopatica, piastrinopenia; disturbi neurologici, insufficienza renale e febbre.

Caso clinico: uomo di 78 anni accede al Pronto Soccorso 15 giorni dopo un intervento di emicolectomia per carcinoma del colon, senza evidenza di metastasi nel pre-operatorio; riferisce febbre, profonda astenia e dolori addominali. Gli esami evidenziano un Hb di 6.4 gr/dl, piastrine 50.000/mm³; e la TC Addome documenta la presenza di due raccolte fluide di 25 e 27 mm in fossa iliaca destra interpretate come possibili ascessi, inducendo al ricovero in ambito chirurgico dove viene trattato con emotrasfusioni, terapia marziale ed antibiotici. Trasferito in medicina interna per l'aggravarsi di anemia e piastrinopenia: presenta Hb= 7.8 gr/dl, leucociti= 5110 /mm³; piastrine 16.000/mm³; LDH 3281 U/L; ferritina > 7500 ng/ml; creatinina 1,6 mg/dl; reticolociti normali in valore assoluto = 54.200; normali TP, aPTT e fibrinogeno; Coombs negativo; D-Dimero = 72.00 (vn: 0.00-0.50); incremento degli indici di flogosi con PCR= 16 mg/dl (vn: 0.30); l'esame dello striscio periferico evidenzia "elementi linfoplasmocitoidi, alcuni mielo e metamielociti; rari eritroblasti ortocromatici; diffuse note dismorfiche a carico della serie rossa con numerosi schistociti; la TC di torace e addome, ripetute, evidenziano un marcato aumento dei linfonodi mediastinici non presenti in precedenza e numerosi linfonodi patologici in sede lombo-aortica e celiaco-mesenterica aumentati rispetto al controllo precedente l'intervento chirurgico; l'istologia della neoplasia asportata era diagnostica per adenocarcinoma mucinoso; la biopsia osteomidollare evidenziava una massiccia infiltrazione del midollo da parte delle cellule neoplastiche.

Conclusioni: il quadro clinico osservato e gli esami ematochimici con anemia, piastrinopenia ed i patognomonici schistociti ci hanno permesso di porre diagnosi di microangiopatia trombotica in paziente con insolita tumultuosa progressione, di neoplasia solida, con metastasi linfonodali sopra e sotto diaframmatiche, ed infiltrazione midollare da parte delle cellule adenocarcinomatose del colon. Il raro caso da noi osservato pone in evidenza la necessità di fronte ad un'anemia acuta di una attenta e precisa diagnostica differenziale, striscio periferico compreso, per escludere anche le condizioni più rare che rappresentano emergenza ematologica, per poter addivenire così ad un pronto ed efficace intervento terapeutico.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Sezione H

Cardiologia

Complicanze cardiovascolari nella malattia ossea di Paget

Picchioni Tommaso, Alessandri Mario, Carrai Paolo, Fornai Giulia, Pondrelli Carlo, Merlotti Daniela, Gonnelli Stefano, Nuti Ranuccio, Gennari Luigi
Azienda ospedaliera universitaria senese

Corpo dell'abstract

La malattia ossea di Paget affligge un numero rilevante di soggetti in tutto il mondo, in particolare in determinate aree geografiche quali: Europa, di cui maggiormente Italia, Inghilterra e Spagna. Tale malattia è caratterizzata da un incremento del rimodellamento osseo a livello di uno (forma monostotica) o più (forma poliostotica) distretti scheletrici che possono andare incontro ad incremento volumetrico e deformità. La malattia è associata anche all'insorgenza di varie complicanze sia a livello scheletrico (quali le fratture, l'osteoartrosi e la degenerazione neoplastica a livello dei distretti ossei colpiti) che extrascheletrico tra cui una elevata prevalenza di patologie cardiovascolari descritta in alcune casistiche. La più frequente, tra queste, è senza dubbio lo scompenso cardiaco ad alta portata, tipico delle forme poliostotiche della malattia e legato alla ipervascolarizzazione dei distretti ossei interessati dalla malattia. Studi limitati avrebbero inoltre evidenziato un' aumentata prevalenza di calcificazioni a livello cardiaco e vascolare. L'obiettivo di questo studio è stato di valutare i parametri ecocardiografici e l'incidenza di calcificazioni valvolari e vascolari in un gruppo di pazienti portatori di osteodistrofia di Paget osseo rispetto a quella della popolazione non pagetica.

Il nostro studio ha confrontato i dati ottenuti da 181 pazienti affetti da malattia ossea di Paget (74 femmine e 107 maschi) con i dati provenienti da 153 controlli di pari età. All'interno della coorte di pazienti pagetici 98 presentavano una forma poliostotica e 83 una forma monostotica di malattia. Ogni soggetto è stato sottoposto ad un doppler ultrasonografico dei vasi epiaortici e ad esame ecocardiografico con un apparecchio Esaote my Lab 60. Al momento del reclutamento è stata raccolta una dettagliata anamnesi mirata soprattutto all'individuazione delle principali comorbidità e trattamenti che potessero influenzare gli outcomes come metabolici e cardiovascolari. Inoltre sono stati dosati i valori sierici di calcio, fosfato, creatinina, fosfatasi alcalina ossea specifica e OPG-RANKL.

All'interno della coorte di pazienti pagetici, due di questi presentavano uno scompenso cardiaco ad alta gittata: Entrambi presentavano una forma severa e poliostotica di malattia per la quale non erano mai stati sottoposti a precedente trattamento farmacologico con aminobisfosfonati. Il restante gruppo di pazienti non presentava invece segni e sintomi compatibili con scompenso cardiaco. La valutazione ecocardiografica di tale gruppo di pazienti non ha evidenziato significative alterazioni della cinetica ventricolare né differenze di frazione di eiezione rispetto ai controlli. Venivano invece riscontrate significative differenze del pattern di rilasciamento diastolico nei pazienti pagetici rispetto ai controlli. Parallelamente veniva riscontrata una maggiore prevalenza di calcificazioni valvolari cardiache che raggiungeva la significatività statistica nei casi poliostotici di malattia. Relativamente all'analisi ecografica dei tronchi sovraortici si registrava un significativo incremento dello spessore intima-media nei casi di malattia ossea di Paget monostotica e poliostotica rispetto al gruppo controllo. Tali differenze erano ancora più evidenti escludendo i pazienti ed i controlli affetti da ipertensione arteriosa.

In conclusione, i dati di questo studio evidenziano un significativo incremento del rischio cardiovascolare nei soggetti affetti da malattia ossea di Paget, verosimilmente legato all'estensione e all'attività della malattia, meritevole di ulteriori approfondimenti.

Correlazione tra arterial stiffness e decadimento cognitivo in una popolazione geriatrica

Picchioni Tommaso, Giambelluca Amalia, Alessandri Mario, Carrai Paolo, Caffarelli Carla, Gonnelli Stefano, Nuti Ranuccio
Azienda ospedaliera universitaria senese

L'arterial stiffness può essere considerato come la misura della rigidità del circolo arterioso e si esprime come l'alterazione della distensibilità sistolo-diastolica del vaso. Tale parametro è ritenuto espressione di danno vascolare precoce. Molti studi in letteratura hanno dimostrato come l'arterial stiffness sia un fattore di rischio indipendente per patologia cardiovascolare, soprattutto nella popolazione geriatrica. Non è altrettanto chiara, la correlazione diretta tra rigidità arteriosa e decadimento cognitivo nell'anziano. L'arterial stiffness può essere misurato attraverso varie metodiche, invasive e non, una di queste è l'echotracking, che permette di rilevare alcuni parametri tra cui lo spessore medio-intimale (RF-QIMT) e la pulse wave velocity (PWV). Quest'ultima è considerata il gold standard per la misurazione della rigidità vascolare tramite eco-doppler.

L'intento del nostro studio è stato quello di indagare l'impatto della rigidità arteriosa, misurata attraverso eco-doppler carotideo, sul decadimento cognitivo in una popolazione geriatrica ambulatoriale.

La popolazione studiata si costituisce di 80 pazienti geriatrici ambulatoriali suddivisi in un gruppo di ipertesi (n=60, età media 75.8 anni) e un gruppo di non ipertesi (n=30, età media di 74.8 anni). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a misurazione di pressione arteriosa ambulatoriale, monitoraggio pressorio delle 24 h, mini mental state examination (MMSE) e doppler carotideo con Esaote MyLab 60 per la misurazione del RF-QIMT e della PWV. Abbiamo escluso i pazienti con insufficienza renale, scompenso cardiaco, demenza, diabete mellito ed insufficienza epatica.

In entrambi i gruppi il PWV aumentava in maniera significativa all'aumentare dell'età. Il PWV era significativamente più elevato nel gruppo degli ipertesi ($p < 0.05$). Si evidenziava inoltre una correlazione negativa tra il valore del PWV ed il punteggio del MMSE ($p < 0.05$). Tale tendenza veniva confermata considerando tra le variabili dipendenti età, BMI e RFQIMT ($p < 0.005$).

Il nostro studio conferma una correlazione diretta tra rigidità arteriosa e decadimento cognitivo. Inoltre, come dimostrato dalla letteratura, anche nella nostra popolazione di studio si evidenzia lo stretto rapporto tra età, ipertensione arteriosa ed aumento della stiffness vascolare.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Sezione I

Tromboembolismo venoso



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



La profilassi del tromboembolismo venoso in medicina interna: stato dell'arte ed implementazione retrospettiva del PADUA score e dello score IMPROVE in un campione di pazienti ricoverati in un reparto di medicina Interna della regione toscana.

Bellizzi Annamaria, Palombi Gianluigi, Moretti Leonardo, Iovine Francesca, Servi Moira, Gherardini Valerio, Baldi Giulio, Lombardini Francesco, Piacentini Michele
UO Medicina Interna PO Piombino

Nella scelta dei pazienti da sottoporre a tromboprofilassi, le Linee Guida della Regione Toscana hanno recentemente sostituito la Scheda FADOI (scheda TEV) con gli score Padua ed Improve. Scopo di questo studio è:

1) fotografare la situazione attuale nella profilassi del tromboembolismo venoso, in un reparto di Medicina Generale della Regione Toscana.

2) verificare retrospettivamente, le conseguenze dell'applicazione del Padua Score e dello score Improve ed in particolare verificare se, in accordo con alcune segnalazioni presenti in Letteratura, il primo abbia un significato prognostico.

Lo studio ha valutato retrospettivamente, un gruppo di 302 pazienti ricoverati consecutivamente nel Reparto di Medicina di Piombino in un periodo di 6 mesi. Esclusi pazienti già in trattamento anticoagulante, i ricoverati per tromboembolismo venoso o per emorragia in atto o sospetta. Esclusi pazienti non trattati secondo le attuali Linee Guida. Analizzati 230 pazienti. Questi sono stati suddivisi in gruppi A e B in base al valore dell'attuale Scheda TEV >2,5 gruppo A; <2,5 gruppo B. I gruppi C e D sono stati determinati dall'implementazione retrospettiva dello Score Padua rispettivamente maggiore o minore di 4. Il gruppo C è stato ulteriormente suddiviso in C1 e C2 in base all'applicazione dello score Improve rispettivamente minore o maggiore di 7, valore oltre il quale è controindicata la profilassi. Infine la popolazione è stata ulteriormente suddivisa in gruppi in base al valore crescente del Padua score <4, fra 4 e 7 e >7. E' stato quindi confrontato il numero dei pazienti eligibile per profilassi in base all'applicazione dei vari score e i dati di mortalità fra i gruppi individuati, sia in termini di mortalità ospedaliera che a 3 e 6 mesi. Sono stati infine confrontati i dati di mortalità fra i gruppi individuati con valore crescente del Padua Score. Il confronto dei dati di mortalità è stato effettuato con il metodo del chi-quadrato.

La scheda di profilassi per TEV ha consentito di riconoscere 191 pazienti con indicazione a profilassi per TEV (gruppo A) e 39 pazienti (gruppo B) privi di tale indicazione. L'applicazione alla stessa popolazione di pazienti, del Padua score ha individuato 146 pazienti eligibili per profilassi (gruppo C) e 84 pazienti non eligibili per profilassi (gruppo D).

I primi sono ulteriormente divisibili in 2 sottogruppi C1 e C2 in base al valore dello score Improve. L'indicazione finale alla profilassi in base all'applicazione dei 2 score: Padua >4 ed Improve <7, riguarda il 60% dei pazienti attualmente trattati.

Il confronto fra i dati di mortalità evidenzia, una maggiore mortalità nel gruppo di pazienti sottoposti a profilassi per TEV in base alla Scheda attualmente in uso, rispetto al gruppo che non ha necessitato di profilassi, statisticamente significativa a 6 mesi. L'applicazione retrospettiva del Padua Score (gruppi C e D) evidenzia una maggiore differenza di mortalità fra pazienti eligibili e pazienti non eligibili per profilassi tromboembolica, sempre statisticamente significativa, anche come mortalità ospedaliera. L'applicazione ulteriore dello Score Improve, permette di individuare un sottogruppo di pazienti ad elevatissima mortalità (Padua score >4 e score Improve >7): 71,8% a



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



sei mesi. La suddivisione in gruppi di mortalità in base ai valori del Padua Score: Padua Score <4, Padua Score fra 4 e 7, e Padua Score >7, ha evidenziato a 3 e a 6 mesi una mortalità con andamento parallelo al valore dello score.

Nella scelta dei pazienti da sottoporre a tromboprofilassi, le Linee Guida della Regione Toscana hanno recentemente sostituito la Scheda FADOI con gli score Padua ed Improve. L'applicazione retrospettiva evidenzia una significativa riduzione dei pazienti eligibili per profilassi, ed evidenzia il valore prognostico del Padua Score, in quanto score capace di intercettare le comorbidità.

Studio retrospettivo del trattamento anticoagulante nei pazienti neoplastici con TVP: verso una tailored therapy

Bartalena Cecilia, Moretti Angelica, La Vella Matteo, Croci Francesca, Ghiadoni Lorenzo, Carmassi Franco
AOUP Cisanello

Il tromboembolismo venoso ha un'incidenza di 900000/anno con elevata mortalità anche se sono ad oggi noti i fattori di rischio che producono il fenotipo protrombotico. E' ormai ampiamente riconosciuto che i pazienti affetti da cancro sono quelli con più elevato rischio di sviluppare eventi trombotici poiché il tumore induce un cambiamento nell'equilibrio emostatico del paziente con attivazione di uno stato di ipercoagulabilità. Scopo di questo studio è stato quello di valutare la trombosi venosa profonda, in particolare nei pazienti affetti da patologia maligna. Scopo secondario è stato valutare l'efficacia dei Risk Score attualmente a nostra disposizione per poterci indirizzare sempre di più verso una tailored therapy.

Sono stati analizzati retrospettivamente 47 pazienti ammessi all'U.O. di Medicina D'Urgenza Universitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP) tra il 01 gennaio 2016 e il 31 agosto 2017 (20 mesi), con diagnosi principale o secondaria di trombosi venosa profonda (TVP). Per ogni paziente sono stati valutati i fattori di rischio (congeniti ed acquisiti) con particolare attenzione alla presenza di patologia tumorale, la terapia domiciliare, la terapia eseguita durante il ricovero e prescritta alla dimissione e le caratteristiche di presentazione clinica e quelle laboratoristiche.

Nei pazienti tumorali, è stato calcolato il punteggio dello score di Khorana, sulla base dei fattori di rischio cancro-specifici valutati, per tutti i pazienti sono stati inoltre calcolati gli score CHA₂ VASc, HAS-BLED, IMPROVE-VTE e IMPROVE-BLEED.

Le TVP sono state suddivise, dal punto di vista diagnostico, in TVP arti inferiori e TVP in sedi inusuali (vene iliache, arto superiore, distretto splancnico, distretto cavale superiore). Nella valutazione del rischio tromboembolico, tra i fattori congeniti sono stati considerati FV Leiden, FII G20210A, mutazione del FXII, deficit di proteina C e proteina S, mutazione del gene MTHFR (e valori di omocisteinemia associati).

Tra i fattori acquisiti sono invece stati valutati patologia tumorale, tabagismo, tossicodipendenza, recente chirurgia maggiore, obesità, immobilizzazione, pregresso episodio tromboembolico, infezioni in atto al momento dell'evento acuto e presenza di anticorpi anti-fosfolipidi.

I 47 pazienti inclusi nello studio, con età media di 71 anni, erano 19 femmine e 28 maschi; 8 pazienti presentavano fattori di rischio congeniti, 46 fattori di rischio acquisiti e 25 una patologia tumorale. E' stata individuata 1 sola TVP idiopatica. Il punteggio CHA₂ VASc è risultato in media 3 e, per ogni paziente, superiore al punteggio HAS-BLED. Per i pazienti affetti da cancro, lo score di Khorana è risultato in media 2. L'IMPROVE-VTE, calcolato a posteriori, è risultato in media 5, quella dell'IMPROVE-BLEED 4. Nei pazienti tumorali sia i valori di IMPROVE-VTE, che i valori di IMPROVE-BLEED sono risultati sempre maggiori che nei pazienti non tumorali. Soltanto 9 pazienti (19%) effettuavano terapia profilattica prima del ricovero e, di questi, 6 (13%) erano pazienti affetti da cancro. Circa 2/3 dei pazienti presentavano segni suggestivi di TVP all'ingresso in reparto. Il trend del D-dimero è risultato mediamente in diminuzione con trattamento anticoagulante, tuttavia tutti i pazienti tumorali presentavano D-dimero >0,3 mg/L sia in ingresso che alla dimissione, tranne un paziente, la cui neoplasia però non era in fase attiva al momento del ricovero.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Tutte le TVP sono state trattate con terapia antitrombotica in acuto (3 con UFH, 42 con EBPM, 1 con TAO e 6 con NAO) e alla dimissione (1 con UFH, 32 con EBPM, 1 con TAO e 12 con NAO). Il dosaggio terapeutico utilizzato è stato lo stesso per tutti i pazienti (dosaggio standard). Su un totale di 25 pazienti neoplastici, circa 2/3 si presentavano all'ingresso con clinica positiva, di cui 9 hanno presentato embolia polmonare (36%). Su un totale di 17 pazienti con embolia polmonare, circa la metà erano pazienti neoplastici.

Tra i pazienti con TVP degli arti inferiori (31 pazienti), 12 presentavano patologia neoplastica (39%), mentre tra i 16 pazienti con TVP in sedi inusuali, in 13 erano pazienti tumorali (81%). Tutti i pazienti hanno effettuato almeno un esame diagnostico-strumentale (Ecocolor-doppler e/o angio-TC).

Nel nostro studio solo il 26% dei pazienti con fattori di rischio noti e solo il 24% dei pazienti neoplastici effettuava una terapia profilattica domiciliare (circa 1/4 per entrambi i sottogruppi), ciò lascia supporre che gran parte degli eventi trombotici poteva essere prevenuta impostando un adeguato trattamento profilattico. In particolare nei pazienti neoplastici, ove il fenotipo pro-trombotico è risultato essere, in accordo con la letteratura, talmente aggressivo da manifestarsi anche in presenza di una profilassi anticoagulante, è da auspicare un impiego estensivo del trattamento profilattico antitrombotico per pazienti che finora ne sono stati esclusi, anche con i nuovi anticoagulanti orali, che potrebbero permettere di tollerare meglio la terapia. L'utilizzo di Risk Score sempre più precisi, come il Khorana per i pazienti tumorali, specialmente se associati tra loro, può indirizzarci verso una una tailored therapy, dove il fenotipo pro-trombotico più aggressivo venga trattato con terapia anticoagulante con dosaggio e durata appropriati.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Sezione L
Neurologia e malattie cerebrovascolari

A strange migraine

Donnarumma Emilia, Malandrino Danilo, Poggesi Loredana, Torri Marco, Berni Andrea, Tozzetti Camilla, Cecioni Ilaria
Medicina Alta Complessità Assistenziale AOU Careggi, Firenze, Università degli Studi di Firenze

We describe a case of a 48-years-old woman who reported violent right orbit pain, blurred vision and diplopia.

In her history :congenital cardiopathy (interatrial septal defect and pulmonary stenosis) underwent in 2002 with pulmonary valve plastic surgery and DIA correction; migraine (pain of the right face with 1-2 attacks per month) responding to paracetamol that in the last month have been accentuated, not cardiovascular risk factors.

- On admission, physical examination revealed normal vital parameters; horizontal and upward diplopia, midriasis of the right pupil, ptosis of the right eyelid. Blood test showed mild anemia . Brain computed tomography and magnetic resonance were normal.

- After 72 her symptoms worsened with complete 3° and 4 cranial nerve paresis and right face hypoesthesia. Orbital tomography, viral and Borrelia sierology , EMG and desmedt test , were negative. In suspect Toulouse-hunt syndrome she started steroids .

-In the department, due to the poor response to steroids, an additional angio resonance showed small aneurism of the supraclinoid internal carotid (size 6x3 mm). An endovascular treatment was performed with a good result.

In the following days, neurological symptoms progressive improved.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Cause rare di ischemia cerebrale giovanile: la CADASIL.

Signorini Ira, Dei Alessandro, Grifoni Elisa, Romagnoli Mario, Prattichizzo Fernando, Maggi Francesca, Giulietti Chiara, Giordano Antonio, Dainelli Francesca, Schipani Elena Murgida Giuseppe Salvatore, Cinotti Stefano, Masotti Luca
UOC Medicina Interna 2, Ospedale S. Giuseppe, Empoli, Azienda USL Toscana Centro

Introduzione. La CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy) è una malattia ereditaria dei piccoli vasi cerebrali, a trasmissione autosomica dominante, causata da mutazioni del gene NOTCH3 (situato sul cromosoma 19p13). Clinicamente è caratterizzata da eventi ischemici cerebrali di tipo lacunare, ricorrenti e determinanti una lenta evoluzione in demenza vascolare, crisi emicraniche con aura atipica e prolungata, e da un quadro neuroradiologico di encefalopatia vascolare sottocorticale (leucoaraiosi), coinvolgente in modo particolare i poli temporali e la capsula esterna.

Caso clinico. Presentiamo il caso di una donna di 58 anni, fumatrice e ipertesa in trattamento farmacologico, giunta alla nostra attenzione per improvvisa comparsa di disartria e deviazione della rima orale della durata di 15-20 minuti. Da qualche tempo venivano riferiti inoltre episodi di disequilibrio e disturbi della memoria. All'esame obiettivo neurologico la paziente si presentava vigile, con lieve rallentamento ideomotorio e sfumata disartria, lieve ipomimia, non deficit stenici, ma lievissima disprassia della marcia e tetraiperriflessia osteotendinea diffusa simmetrica. Alla TC cranio e angioTC dei vasi intracranici eseguite in urgenza veniva segnalata la presenza di esiti lacunari multipli con calcificazioni dei nuclei della base e ipodensità della sostanza bianca, in assenza di lesioni a carattere acuto. Una RM encefalo evidenziava multiple aree bi-emisferiche, simmetriche, prevalentemente sottocorticali, sopra e sottotentoriali, di verosimile natura ischemica cronica, e una possibile piccola lesione ischemica acuta sottotentoriale emisferica sinistra. All'elettroencefalogramma erano presenti discrete anomalie fronto-temporali bilaterali. Una valutazione cardiologica con elettrocardiogramma standard e dinamico per 24 ore ed ecocardiogramma transtoracico e transesofageo non mostrava reperti patologici; non segni suggestivi di shunt destro-sinistro a un ecocolor Doppler transcranico. In considerazione della storia clinica e del quadro neuroradiologico di encefalopatia vascolare ischemica cronica prevalentemente sottocorticale, è stato eseguito test genetico per CADASIL, per la ricerca delle mutazioni del gene NOTCH3, risultato positivo. Alla dimissione la paziente presentava un punteggio di 1 alla scala di Rankin modificata. Veniva consigliata terapia con antiaggregante piastrinico e statina, oltre alla abituale terapia anti-ipertensiva e alla completa astensione dal fumo di sigaretta.

Conclusioni. La CADASIL, benché annoverata tra le cause rare di ischemia cerebrale, rappresenta la più frequente causa ereditaria di deterioramento cognitivo su base vascolare, e deve essere sospettata in tutti i giovani-adulti con eventi ischemici cerebrali di tipo lacunare, soprattutto se ricorrenti. Il sospetto clinico viene supportato dalla presenza di crisi emicraniche, di altri casi nei parenti di I e II grado e, in particolare, dalla presenza di encefalopatia vascolare sottocorticale marcata ed eccessiva rispetto al profilo di rischio vascolare del paziente.

L'ictus ischemico a eziopatogenesi indeterminata: scenari clinici e percorsi diagnostici.

Grifoni Elisa, Dei Alessandro, Signorini Ira, Romagnoli Mario, Prattichizzo Fernando, Maggi Francesca, Giulietti Chiara, Giordano Antonio, Dainelli Francesca, Schipani Elena, Murgida Giuseppe Salvatore, Cinotti Stefano, Masotti Luca
UOC Medicina Interna 2, Ospedale S. Giuseppe, Empoli, Azienda USL Toscana Centro

Introduzione. Fino a un terzo di tutti gli ictus ischemici sono di origine indeterminata, e sono stati classificati fino ad oggi come ictus di natura criptogenetica. Date le evidenze a favore di una patogenesi verosimilmente embolica nella maggior parte di questi casi, è stato recentemente coniato il termine ESUS (Embolic Stroke of Undetermined Source) per indicare un'entità clinica che ha le caratteristiche di un ictus ischemico su base embolica, per il quale tuttavia la causa rimane non identificata nonostante approfondite indagini che escludano fonti cardiache e vascolari. L'ESUS viene pertanto definito come un infarto cerebrale non lacunare (>1.5 cm) confermato all'imaging neuroradiologico, in assenza di evidenza di aterosclerosi a livello extra- o intra-cranico determinante stenosi $\geq 50\%$ del lume delle arterie che irrorano l'area ischemica, cause maggiori di cardioembolismo, o altre specifiche cause di ictus (dissecazione arteriosa, arteriti autoimmuni, emicrania/vasospasmo, abuso di droghe).

Scenari clinici e percorsi diagnostici. La fibrillazione atriale (FA) parossistica può essere causa di ESUS in una significativa percentuale di casi. In presenza di una lesione ischemica corticale o cortico-sottocorticale non lacunare o di lesioni ischemiche multiple bilaterali, soprattutto in pazienti di età più avanzata e in associazione a marcatori strumentali e bioumorali suggestivi di "cardiopatía atriale", una FA parossistica come possibile causa di ESUS deve essere ricercata anche quando l'ECG standard o il monitoraggio ECG per 24 ore risultino negativi, ricorrendo al monitoraggio ECG prolungato ambulatoriale con loop recorder esterno o impiantabile, che consentono di rilevare una FA parossistica in percentuali di casi fino al 15-30%. Nella nostra recente esperienza il monitoraggio cardiaco prolungato con loop recorder esterno ha consentito di rilevare episodi di FA parossistica in 3 su 5 pazienti con ictus embolico di natura indeterminata selezionati in base a tali criteri.

Il forame ovale pervio (FOP) è un'anomalia cardiaca congenita che ha una prevalenza nei pazienti con ESUS di circa il 40%, e il suo riscontro, così come la probabilità di embolia paradossa ad esso correlata, è più comune nei pazienti più giovani, soprattutto in assenza di fattori di rischio cardiovascolare tradizionali. Nella nostra recente esperienza in 4 pazienti di età inferiore a 55 anni con ictus ischemico con criteri diagnostici per ESUS, l'ecocardiogramma transtoracico, anche se negativo per reperti patologici, è stato associato a studio con ecocolor Doppler transcranico con test alle microbolle e/o ecocardiogramma trans-esofageo (anch'esso con test alle microbolle, e sensibilizzato, se necessario, con manovra di Valsalva), consentendo il rilievo e la caratterizzazione del FOP e l'invio a valutazione specialistica per la chiusura percutanea.

Placche aterosclerotiche substenosanti a livello extra- ed intracranico o dell'arco aortico possono essere causa di ESUS in seguito a rottura di placca o a fenomeni di embolizzazione artero-arteriosa. Escluse altre cause di ictus, soprattutto in pazienti di età più avanzata e con profilo di rischio cardiovascolare elevato, la presenza di placche aortiche dovrebbe essere ricercata attraverso uno studio ecocardiografico transtoracico e transesofageo e un esame angioTC dell'aorta toracica. Tra le cause più rare di ESUS, la ricerca di alterazioni trombofiliche (con particolare riguardo agli anticorpi antifosfolipidi) può essere indicata in pazienti con ictus giovanile (età <60 anni), con



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



eventi trombotici arteriosi e/o venosi recidivanti nonostante il controllo degli altri fattori di rischio e con storia familiare positiva. Una neoplasia occulta come possibile causa di ESUS dovrebbe essere infine considerata una volta esclusi fattori di rischio tradizionali in pazienti con storia clinica suggestiva, età avanzata, familiarità per neoplasie, presenza di infarti cerebrali in territori multipli. Conclusioni. I meccanismi potenzialmente implicati nell'eziopatogenesi dell'ESUS sono numerosi ed eterogenei. L'identificazione di tali meccanismi attraverso percorsi diagnostici di II e III livello è quindi di fondamentale importanza per ottimizzare le strategie di prevenzione secondaria in questi pazienti.

“Eppur (non) si muove!”, the strange case of isolated bilateral hypoglossal nerve palsy.

Pieralli Filippo, Mancini Antonio, Luise Fabio, Sammicheli Lucia, Blasi Eleonora, Amantini Aldo, Graziani Paola, Antonielli Elisa, Baroncelli Silvia, Nozzoli Carlo
Medicina Interna e d’Urgenza, AOU Careggi, Firenze

A 71 years old woman presented to the ER for rapidly evolving dysphagia and tongue edema. Few days before admission she had intense pharyngodinia without fever and diarrhea. On admission the only relevant physical finding was isolated bilateral hypoglossal nerve palsy with mild edema of the tongue and without lesion of the oro-pharyngeal district on physical examination and extended imaging on CT and MRI scan. The patient rapidly developed respiratory failure due to aspiration pneumonia needing intubation and tracheostomy.

During the following days she underwent spinal tap and electroneuromyography. Laboratory findings, including liquor and viral serology, were unremarkable, and repeated extensive neurophysiological exams during the hospital course showed only isolated bilateral hypoglossal nerve palsy.

During the following months there was a gradual recovery of the deglutition. Currently she restarted oral feeding and in the following weeks removal of tracheostomy has been planned. In medical literature few cases of isolated bilateral palsy are reported. One case is reported following acute EBV infections and other cases are reported due to overextension the neck after whiplash injury or endotracheal intubation.

All these conditions were absent in the present case. The presumed origin of the process in this case remains still unknown.



XVI Congresso Regionale **FADOI** Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale **ANIMO** Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Sezione M **Casi Clinici**

A propositi di un caso di sindrome di Shy Drager

Abate Luigi, Voglino Michele, Cascinelli Irene, Molinari Raffaele, Salvadori Stefania, Marcocci Andrea, Zacchei Simona, Fabbrini Domenico, Castria Donatella, Notario Giovanni, Todini Mauro, Artusa Marino
Medicina Ospedale Montepulciano ASL Toscana Sud Est

Introduzione – La sindrome di Shy-Drager (MSA-A), assieme all’atrofia olivo-ponto-cerebellare non familiare (MSA-C) ed alla degenerazione striato-nigrica (MSA-P), rappresenta una delle 3 espressioni dell’atrofia sistemica multipla (MSA) intesa come malattia neurodegenerativa riconducibile ad un’atrofia neuronale. Descriviamo un caso di nostra osservazione.

Caso clinico –. Donna di 72 inviata dal PS per sospetta epilessia in morbo di Parkinson, non controllata dal trattamento in atto con Fenobarbital, sodio Valproato, L-Dopa, prescritti nel corso di un precedente ricovero in altro Ospedale. La storia della paziente e l’osservazione clinica ci hanno permesso di escludere le precedenti diagnosi e sospendere la terapia in corso. Infatti, la sintomatologia era caratterizzata da repentini episodi sincopali con la stazione eretta ed in assenza di morsus. Il rilievo di marcata elevazione dei valori pressori in clinostatismo e di severa ipotensione ortostatica ci hanno indirizzati verso una forma disautonomica che ha trovato conferma negli ulteriori accertamenti eseguiti e nella eclatante risposta alla terapia con mineraloattivi (fludrocortisone acetato $\frac{3}{4}$ di cp al mattino) e beta bloccanti (Metoprololo $\frac{1}{2}$ cp la sera).

Discussione – L’epidemiologia della sindrome di Shy Drager non consente di definirne incidenza e prevalenza essendo una sindrome rara. Di solito esordisce nella quinta/settima decade di vita e con un rapporto M:F di 2 a 1. La maggior parte dei pazienti raggiunge la disabilità grave entro 7-8 anni dall’esordio, mentre alcuni pazienti, se precocemente diagnosticati e trattati, possono sopravvivere anche fino a 20 anni dall’esordio dei sintomi. Già nella loro prima pubblicazione del 1960 gli autori Milton Shy e Glenn Drager hanno puntualmente descritto le caratteristiche cliniche della sindrome completa:

.....ipotensione ortostatica con episodi sincopali, incontinenza urinaria e rettale, perdita di sudorazione, atrofia dell’iride, paralisi dei mm. oculari esterni, rigidità, tremore, impotenza, atonia vescicale, perdita del tono dello sfintere anale, fascicolazioni, evidenza di una lesione neuropatica con l’EMG e conferma di una lesione neuropatica con la biopsia muscolare....

Abbiamo concluso per Sindrome di Shy Drager ed ai successivi controlli clinici la paziente ha mostrato una soddisfacente cenestesi con la prosecuzione del trattamento proposto.

A strange cause of isolated neutropenia.

Bazzini Cristina, Maestripieri Vanessa, Denaro Valentina, Cappellini Elisabetta, Maria Cristina Giovacchini, Teghini Laila, Panigada Grazia
U.O. Medicina Interna, Pescia

Introduction.

A 28-years-old woman was admitted in our Internal Medicine Unit with fever ($>40^{\circ}\text{C}$), vomiting and diarrhea.

Case.

Her past medical history was unremarkable.

The patient was dehydrated, at physical examination the abdomen and the thorax were normal, no lymph nodes were palpable.

The laboratory test showed a reduction of white cell count with neutropenia (270 neutrophils/mm³); C-reactive protein (CRP) was low (2.13mg/dl) and procalcitonin was negative. Chest X-ray and abdominal ultrasound were negative. Blood, urine and stool cultures were negative as well as serological tests for HIV, HAV, HBV, HCV, CMV, EBV, Parvovirus, HHV-6 and HSV. She was treated with empirical antibiotic therapy (meropenem and teicoplanin). Rotavirus were detected in the stool and the diagnosis of isolated neutropenia induced by rotavirus acute gastroenteritis (AGE) was performed.

Discussion.

Rotavirus infection is the most common aetiology of AGE among young children. In adults, diagnostics focus mainly on bacterial causes, though recent studies suggest that rotavirus is a frequent agent.

This case shows clinical symptoms cannot help in distinguish between rotavirus and bacterial AGE, but CRP is usually lower in patients with rotavirus AGE.

Immunosuppression is usually correlated with a greater risk of rotavirus infection, even if this infection may be detected also in immunocompetent adults patients hospitalized with AGE as our patient.

Conclusions.

Rotavirus infection is a possible cause of AGE in adults. An early diagnosis of rotavirus AGE can potentially prevent unnecessary use of antibiotic treatment, save additional diagnostic procedures and help taking decisions on hygienic precautions. This may be useful both for the patient and the economy of the healthcare system.

An unusual initial presentation of a breast cancer: paraneoplastic eczema and nephrotic syndrome.

Giacomo Zaccagnini, Crociani Andrea, Cioni Gabriele, Florenzi Chiara, Antonielli Elisa, Baroncelli Silvia, Para Ombretta, Fedeli Lorenzo, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo
Medicina Interna e d'Urgenza AOU Careggi, Firenze

Introduction

Paraneoplastic syndromes may represent the initial manifestations of underlying malignancies. We report the case of a breast cancer in an elder woman presenting with nephrotic syndrome and eczema.

Case

description

A 77 years-old woman was hospitalized for a maculopapular itchy rash on her back and limbs and a coexistent generalized non-palpable purpura which had firstly presented 4 months earlier. Lab tests showed hyporegenerative anemia, mild thrombocytopenia with positive anti-EDTA antibodies, positive inflammatory markers, mildly elevated light chains M proteins with a normal κ/λ ratio and negative urinary Bence-Jones protein, high serum vitamin B12 levels and CKD with nephrotic proteinuria. She tested negative for infections, acquired hemostasis disorders (hemophilia and Von Willebrand disease) and disease-specific autoantibodies, with only a slight positivity of ANA and ASMA. Skin biopsy showed eczematous dermatitis. Blood smear revealed giant platelets thrombocytosis and anisopoikilocytosis: bone marrow biopsy findings were compatible with myelodysplastic syndrome. We suspected a paraneoplastic etiology from a solid cancer and ordered a total-body CT scan, which resulted negative. However, we learned that she had refused breast cancer screening for many years. Thus, we performed a mammography and found a lesion: histological examination showed invasive ductal carcinoma.

Conclusions

Breast cancer is well-known to cause paraneoplastic syndrome, mostly neurological ones. The association of eczema and glomerulonephritis with breast cancer is described only by few case-reports, and their concurrent presentation as initial symptoms is remarkably unusual.

ANTICOAGULARE O NON ANTICOAGULARE? QUANDO “LESS IS MORE”

Carrara Davide, Simonetti Federico, Taccola Daniele, Nigro Paola, Cioppi Adriano, Ciaccio Serafino, Fascetti Stefano, Bellotto Chiara, Credidio Luigi, Bertolucci Luca, Galli Giulia, Annoni Valentina, Fabiani Plinio

U.O. Medicina Generale, Ospedale Versilia, USL Toscana NordOvest, Lido di Camaiore

CASE REPORT: Uomo, 69 anni, pensionato, giungeva in PS per dispnea ed emftoe. In anamnesi nota porpora trombocitopenica idiopatica da oltre 30 anni, in trattamento steroideo a basse dosi e pregressi cicli di Ig, ipertensione arteriosa, poliposi del colon già sottoposta a pregresse polipectomie, pregresso riscontro di lupus anticoagulant. Terapia attuale: metilprednisolone 4 mg, amiodarone 200 mg

All'esame emocromico moderata anemia normocitica (Hb 8,8 g/dl) e piastrinopenia (PLT 25000/ μ l), mentre l'RX torace evidenziava segni di stasi del piccolo circolo in assenza di lesioni pleuroparenchimali. Veniva inoltre evidenziata fibrillazione atriale non databile all'ECG eseguito in PS. Seguiva pertanto ricovero c/o la U.O.C. Medicina Generale dell'Ospedale Versilia. All'ingresso in reparto paziente sostanzialmente asintomatico ad eccezione di modesta dispnea da sforzo, obiettivamente presenza di edemi declivi improntabili per il resto ndr. Si provvedeva a monitorare i parametri vitali e l'emocromo, programmando TC torace con MdC che risulterà negativa per nodularità, con sfumate aree di ground-glass submantellari riferibili a fenomeni flogistico-infettivi. Sul versante terapeutico veniva trattato con furosemide cui seguiva rapido miglioramento del quadro clinico ed impostata terapia con prednisone 1mg/kg/die con modesto incremento della conta piastrinica, per cui veniva successivamente sottoposto a ciclo terapeutico con Ig vena (0,4 g/kg/die) cui seguiva risalita delle piastrine (65000/ μ l). Veniva inoltre eseguito depistage diagnostico dell'anemia, da cui emergeva un profilo marziale ai limiti bassi della norma per cui veniva sottoposto a studio endoscopico digerente con riscontro di polipo del colon trasverso, che veniva asportato chirurgicamente. Veniva inoltre sottoposto a biopsia osteomidollare, risultata poi nei limiti della norma.

In relazione al pregresso singolo riscontro di positività del LAC, veniva ripetuta la ricerca che ne confermava la positività ad alto titolo.

Il paziente veniva dimesso in 13° giornata in condizioni di benessere soggettivo, con supporto marziale per os e, dopo consulto multidisciplinare, senza terapia anticoagulante. Il follow-up ematologico ha mostrato una conta piastrinica oscillante tra 20000 e 50000/ μ l in terapia steroidea a basso dosaggio, in assenza di episodi emorragici né tromboembolici.

DISCUSSIONE: la fibrillazione atriale è un ben noto fattore di rischio per ictus ed embolia sistemica, per cui le raccomandazioni internazionali consigliano con elevato grado di evidenza il trattamento anticoagulante nei pazienti ad elevato rischio (CHA₂DS₂VASc \geq 2). Tuttavia in questo caso clinico, nonostante il paziente avesse indicazione a trattamento anticoagulante sulla base del rischio tromboembolico legato all'FA, la conta piastrinica e soprattutto i nadir della stessa a 20000-30000/ μ l, avrebbero esposto il paziente ad un eccessivo rischio di sanguinamento. È stata inoltre discussa anche la confermata positività al LAC, che tuttavia risultava essere, al momento, soltanto laboratoristica, in quanto non vi era storia di eventi trombotici artero-venosi.

È stata inoltre presa in considerazione l'obliterazione percutanea dell'auricola, come suggerito dalle linee guida nei pazienti con controindicazione assoluta al trattamento anticoagulante orale. Anche



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



tale soluzione, le cui prove di efficacia in termini di riduzione del rischio di ictus sono inferiori a quelle della terapia anticoagulante, prevede un trattamento quantomeno temporaneo con antiaggreganti, anch'essi controindicati dalla patologia ematologica del paziente. In tale circostanza è stata pertanto perseguita una strategia di tipo conservativo e, in caso di nuova riesacerbazione della porpora trombocitopenica idiopatica, verrà candidato a terapia immunosoppressiva con rituximab o con trombopoietino mimetici. Qualora la conta piastrinica dovesse aumentare con tali farmaci e mostrarsi stabile, il paziente potrà essere avviato al trattamento anticoagulante, preferibilmente con DOAC a basso dosaggio.

BODY PACKER SYNDROME

**DEGL'INNOCENTI DINO, LOPILATO EUGENIA, CONFORTI BARBARA, FRESCHI ALBERTO, BINI GIANCARLO
MEDICINA OSPEDALE S.STEFANO PRATO**

Body packing is a method by which illicit drugs may be carried within the human body. Patients involved in this practice may present to Emergency Departments with complex medical, legal and ethical considerations. Each packet of cocaine, heroin or amphetamine contains a life-threatening dose of drug. Body-packer syndrome consists of gastro-intestinal occlusion or potentially lethal intoxication caused by rupture of the packets.

A 27-year-old patient, black breed was transferred from E.D. to medical ward, in judicial arrest, for clinical observation for voluntary ingestion of ovules containing illicit drug confirmed with abdominal CT. About twenty ovules were visualized in the stomach, small bowel and the colon until the sigma. During the clinical stay, the patient was treated with laxatives with the emission of all foreign bodies.

Due to the slow progression of the last ovule positioned at level of pylorus, a multidisciplinary specialist gastroenterologist and surgical consultant was assessed to the need for joint surgical-endoscopic treatment. This procedure was avoided with forcing medical treatment. After a day of clinical observation the last foreign body has been eliminated.

The review of this clinical case allows us to make some clinical-management considerations related to: the place of clinical observation, the need for clinical monitoring for possible release an important amount illicit drug for breaking of the ovules, an adoption of a systematic protocol for the clinical management for to get a minimal morbidity and no mortality.

Chetoacidosi diabetica euglicemica: case report di un paziente affetto da Diabete Mellito di tipo 2 in trattamento con Inibitore del cotrasportatore Sodio-Glucosio (SGLT2)

Alessi Chiara, Donati Valeria, Iannelli Giovanni, Faraone Antonio, Boccadori Costanza, Fortini Alberto
Medicina Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze

Background: La chetoacidosi (DKA) è un'acidosi provocata da un'elevata concentrazione di corpi chetonici conseguente ad una carenza assoluta o relativa di insulina. Gli SGLT2 inibitori sono farmaci che agiscono inibendo il cotrasportatore sodio-glucosio SGLT2 localizzato nella parte prossimale del tubulo contorto prossimale che è responsabile per circa il 90% del riassorbimento del glucosio. Pertanto agiscono riducendo la soglia plasmatica renale per il glucosio e inducendo glicosuria determinano un conseguente effetto di riduzione della glicemia. Case Report: Giungeva alla nostra osservazione per astenia e dispnea a riposo un uomo di 58 anni, affetto da Diabete mellito di tipo 2, neoplasia intestinale metastatica, ipercolesterolemia. In terapia domiciliare con atorvastatina, bisoprololo, canaglifozin, ondansetron.

L'emogasanalisi mostrava severa acidosi metabolica normocloremica a Gap anionico aumentato: pH 6,996, pCO₂ 10,4 mmHg, pO₂ 140,6 mmHg, HCO₃ 2,5 mmol/l, BE(B) -26,9 mmol/l, AnGap 35,2 mmol/l, Lattati 3,16 mmol/l. La glicemia era 226 mg/dl, il Sodio 163 mg/dl, il Potassio 3,9 mmol/l. All'esame chimico-fisico delle urine emergeva la presenza di chetoni (>80 mg/dl) e glicosuria (>10 g/l).

Il paziente veniva trattato con infusione endovenosa di Sodio Bicarbonato 8,4%, infusione di insulina regolare, infusione di Glucosata al 5% con Cloruro di Potassio. Veniva sospeso il canaglifozin. Dopo 24 h i dati emogasanalitici erano i seguenti: pH 7,454, HCO₃ 20,0 mmol/l, AnGap 27,8 mmol/l, Sodio 160 mmol/l, Potassio 3,14 mmol/l, Glucosio 173 mg/dl, Lattati 1,6 mmol/l. Questo è stato il primo episodio di chetoacidosi diabetica per questo paziente. In letteratura sono sempre più frequenti le descrizioni di casi di chetoacidosi diabetica euglicemica in corso di terapia con glifozine. Vista la proprietà di questa classe di farmaci di disperdere il glucosio, la diagnosi di chetoacidosi diabetica potrebbe essere ritardata o confusa dai valori glicemici solo moderatamente elevati.

Ipertensione polmonare e fibrosi mediastinica: una strana coppia

Vannucchi Vieri, Moroni Federico, Pesci Alessandra, Pallini Francesca, Seravalle Cristiana, Cimolato Barbara, Imbalzano Maria Letizia, Bertini Laura, Fattorini Lamberto, Ristori Francesca, Scerra Cornelia, Landini Giancarlo
Medicina Ospedale Santa Maria Nuova, Firenze

Introduzione:

Nella classificazione di ipertensione polmonare esiste un gruppo, descritto dalle linee guida ESC, denominato come “ipertensione polmonare da meccanismi multifattoriali non chiari (Pulmonary Hypertension with unclear multifactorial mechanism)”. In questo raggruppamento sono elencate una serie di patologie che possono essere associate (più o meno raramente) ad una condizione di ipertensione polmonare. Riportiamo un caso di ipertensione polmonare associata a mediastinite fibrosante in un paziente ricoverato presso il nostro reparto di Medicina Interna per febbre e dispnea

Caso

clinico

Un uomo di 44 anni di nazionalità indiana si ricovera per febbre e dispnea insorte da alcuni giorni. In anamnesi patologica remota non patologie degne di nota. Il paziente riferisce di essere tornato da poche settimane da un viaggio in India dove aveva soggiornato per 6 mesi. In PS riscontro di insufficienza respiratoria parziale con evidenza all'ecocardiogramma di dilatazione delle sezioni destre e ipertensione polmonare moderata. Nel sospetto di embolia polmonare viene eseguita angioTc che esclude la presenza di difetti di riempimento dei vasi polmonare evidenziando tuttavia multipli addensamenti parenchimali con broncogramma aereo e presenza di tessuto neofornato a sede peri-ilare bilaterale responsabile di effetto massa sulle strutture vascolo-bronchiali e associato a numerose tumefazioni linfonodali mediastiniche. Viene pertanto iniziata terapia antibiotica ad ampio spettro, steroidi e diuretici con parziale miglioramento del quadro clinico e trasferito il paziente nel nostro reparto. Durante il ricovero viene eseguita una FBS rilievo di marcato edema e lieve compressione delle strutture bronchiali. I prelievi citologici e microbiologici sono risultati negativi così come l'esame biptico eseguito con TBNA. Il test per HIV è risultato negativo e quantiferon negativo, ACE e chitotriosidasi nei limiti, IgE nei limiti. A distanza di 15 giorni viene ripetuta Tc torace che mostra relativo miglioramento del quadro radiologico per cui il paziente viene dimesso con indicazione ad eseguire PET. Dopo circa 30 giorni di trattamento con steroidi e diuretici il paziente esegue PET che evidenzia marcata captazione perilare di verosimile significato neoplastico. Il paziente viene pertanto ricoverato per eseguire biopsia Tc guidata e dimesso in attesa dei risultati. La biopsia eseguita su lesione ilare dx è risultata negativa per cellule maligne con riscontro di sole cellule infiammatorie. Il campione colturale su esame biptico è risultato negativo. Alla visita di controllo il paziente riferisce nuovo peggioramento della dispnea per cui viene nuovamente ricoverato con indicazione ad eseguire scintigrafia polmonare che mostra una completa assenza di vascolarizzazione dell'albero vascolare polmonare ad eccezione del lobo inferiore dx. Viene ripetuta una angio-Tc del circolo polmonare che conferma la presenza di tessuto a manicotto a sede peri-ilare con compressione delle strutture vascolari. Ad un ecocardiogramma rilievo di grave ipertensione polmonare con severa disfunzione del ventricolo dx e versamento pericardico. Viene pertanto indicata esecuzione di mediastinoscopia con rilievo al prelievo biptico di fibrosi polmonare. Il paziente è in attesa di eseguire cateterismo cardiaco dx al momento è in terapia con terapia steroidea e diuretici ad alte dosi.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Conclusioni

La fibrosi mediastinica rappresenta una condizione rara ma potenzialmente letale dovuta ad una proliferazione di tessuto fibroso nel mediastino con conseguente compressione delle strutture broncovascolari. Solitamente è associata a malattie granulomatose (ad es sarcoidosi, tubercolosi o istoplasmosi) ma può anche ritrovarsi in forma idiopatica. La clinica dipende molto dalle strutture che vengono colpite (vascolari, bronchiali o organi mediastinici) e la diagnosi è molto complessa e spesso eseguita solo su criteri clinico-radiologici.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Marmellata letale

Bracali Ilaria, Giani Alessandra, Guarducci Lorenzo, Bertoni Michele, Calabrese Emanuele, Foschini Alice, Lotti Pamela, Martini Roberto, Restuccia Tea, Risaliti Filippo, Zanieri Samanta, Di Natale Massimo Edoardo
Medicina Interna 2 - Ospedale Santo Stefano di Prato

L'Atropa belladonna è una pianta della famiglia delle Solanaceae le cui foglie e bacche contengono alcaloidi quali atropina, iosciamina e scopolamina. L'ingestione di quantità anche modeste di Atropa belladonna può causare una sindrome anticolinergica caratterizzata da allucinazioni, agitazione psico-motoria, insufficienza respiratoria e cardiovascolare, tachicardia, midriasi, secchezza delle mucose, ritenzione urinaria e febbre.

B.B., uomo di 79 anni, accedeva al DEA il 17/8 per insorgenza improvvisa di stato confusionale con allucinazioni, disartria, midriasi, dubbio deficit del VII nervo cranico a sinistra, febbre e tachicardia. Il paziente aveva una storia di cardiopatia ischemica post-infartuale, fibrillazione atriale in terapia anticoagulante orale, vasculopatia polidistrettuale e pregresso minor stroke lacunare, pertanto, nel sospetto di ictus veniva sottoposto a TC cranio ed angio-TC dei vasi del collo ed intracranici, risultata negativa. La sera del ricovero i parenti riferivano assunzione quella stessa mattina di marmellata ottenuta con bacche Atropa belladonna scambiata erroneamente per Sambuco. Durante i primi giorni di degenza il paziente veniva trattenuto Unità di Terapia Sub-Intensiva per monitoraggio emodinamico e, secondo le indicazioni del Centro Antiveneni di Firenze veniva trattato con intrastigmina, fluidoterapia e benzodiazepine con graduale miglioramento della sintomatologia fino a completa risoluzione.

Pur essendo presenti i sintomi tipici di una sindrome tossica anticolinergica, la rara frequenza delle intossicazioni accidentali da Atropa belladonna, la mancata immediata informazione dell'assunzione di bacche selvatiche da parte dei familiari del paziente e la sua pesante anamnesi cardiovascolare, hanno inizialmente erroneamente orientato per un disturbo cerebrovascolare acuto, ritardando la diagnosi ed il trattamento della sindrome anticolinergica.

Platypnea-orthodeoxia in an old woman with pulmonary embolism

Moroni Federico, Vannucchi Vieri, Fornaro Alessandra, Capecchi Irene, Grossi Francesco, Seravalle Cristiana, Pesci Alessandra, Pallini Francesca, Milli massimo, Landini Giancarlo
Medicina Ospedale S. Maria Nuova Firenze

Background; Platypnea–orthodeoxia syndrome (POS) is characterized by dyspnea and arterial oxygen desaturation that occurs in the upright position and improves with recumbency. Position-dependent right-to-left shunting appears to underlie POS. This shunting requires both an anatomic and functional defect. Anatomic defects allow communication between the right and left-sided circulation. Functional defects act through situations that increase right –left gradient due to concomitant pulmonary hypertension or , even when though pulmonary pressures are normal, in the presence of an intrathoracic anatomy that allow blood to flow from the right atrium to the left atrium

Case report A 82 year old lady with a medical history of hypertension, parossystic atrial fibrillation, was referred for increased dyspnea after elbow fracture. EGA showed severe hypoxemia (pO₂ 45 Sat 82,6).Diagnostic work up revealed pulmonary embolism. During hospitalization patient required high oxygen flows to maintain sat O₂ = 95%, but when she was sitting upright, saturation dropped to 85%, Standard bedside transthoracic echocardiography showed normal right ventricle size . A more accurate examination revealed interatrial aneurysmo with paten Foramen ovale (PFO). An intravenous agitated bubble study was done with appearance of air bubbles within the left atrium, suggesting an intracardiac shunt.

A transesophageal echocardiography confirmed the presence of PFO with a large right to left shunt. Patient was referred for percutaneous closure of shunt with Amplatzer dispositive, without complications. A control echocardiogram showed no more right left shunt. After the procedure patient's positional shortness of breath resolved and she doesn't need oxygen. Conclusion; POS is a rare entity that requires high index of suspicion. An accurate history, focused on the variation of dyspnea when patient is supine is crucial. PFO is a common cause of POS, especially when associated to other conditions as pulmonary hypertension. Transthoracic and transesophageal echocardiography with bubble contrast with intravenous agitated saline are the test of choice for diagnosis. We stress the importance to correctly diagnose POS because percutaneous intervention of closure of PFO leads to dramatic improvement of symptoms

Porfiria acuta: presentazione subdola di una malattia rara.

Dos Santos Pacheco Ana Rita, Forteleoni Maria Giovanna, Galassi Luigi, Rossi Fabrizio, Panichi Ombretta, Rustici Alessandra, Kassapaki Afroditi, Verdiani Valerio
Medicina interna Grosseto

Si descrive il caso di una donna di 38 anni trasportata al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Grosseto per dolore addominale persistente e generalizzato.

I sintomi erano comparsi dopo l'assunzione di un antibiotico e durante la fase premenstruale. Niente da segnalare nell'anamnesi patologica remota. Nella storia familiare era presente un caso di porfiria (zia paterna).

Alla palpazione l'addome era diffusamente dolente, lievemente globoso con Blumberg negativo. Obiettività negativa per cuore, torace, arti. Non deficit neurologici. Parametri emodinamici nella norma.

Gli esami ematici di routine risultavano normali ad eccezione di una modesta iponatremia. Trattenuta in OBI per due giorni vengono eseguiti RX Addome, Ecografia Addome, TC Addome che non hanno mostrato alcuna alterazione. Al trasferimento in Medicina Interna la paziente lamentava ancora insistente dolore tanto da richiedere infusione di morfina. Sono stati dosati ALA e PBG in un campione di urina che hanno portato alla diagnosi di Porfiria acuta. Durante il decorso si è assistito ad un parziale miglioramento. Era stata prescritta dieta ipercalorica e infusione di destrosio. Contattato Centro di riferimento Regionale la paziente è stata lì trasferita e in tale sede sono stati eseguiti anche i test molecolari e genetici. Rivista a distanza di mesi la paziente sta bene ed ha ripreso le sue abituali attività.

Le porfirie sono un gruppo di malattie metaboliche rare a carattere ereditario dovute al deficit di uno degli enzimi della biosintesi dell'eme. Si riconoscono otto tipi di malattie classificate in due gruppi, epatiche o eritropoietiche. La porfiria intermittente acuta (AIP) è una porfiria epatica, autosomica dominante dovuta alla carenza di idrossimetilbenzilasi-sintasi (HMBS). Anche se presenta trasmissione genetica, questa non è sufficiente per causare un attacco acuto e vari fattori estrinseci svolgono un ruolo essenziale nella manifestazione della malattia. Un attacco acuto è caratterizzato da disfunzioni di natura neurologica potenzialmente fatali (disfunzione autonome, neuropatie motorie periferiche o viscerali, che possono progredire fino alla paralisi respiratoria e bulbare), quindi la sua diagnosi e trattamento precoce sono fondamentali. Sono stati definiti test diagnostici di primo livello, sensibili e specifici: la misurazione dei precursori delle porfirine, acido 5-aminolevulinico (ALA) e porfobilinogeno (PBG), in un campione di urina, ma il sospetto clinico è spesso ritardato in quanto i sintomi imitano altre condizioni comuni. Nel caso descritto l'unico sintomo rilevante era il dolore addominale. Abbreviazioni: AIP: Acute intermittent porphyria; ALA: Aminolevulinic acid; PBG: Porphobilinogen; HMBS: hydroximetilbenzilase-synthasis.

Quanto è difficile fare l'internista : si parte da una diplopia e si arriva a...

Spolveri Stefano, Meini Cinzia, Baldoni Daniele, Francini Valter, Ciliberti Maria, Buccioni Tommaso, Vannini Roberto
Medicina Ospedale del Mugello, Borso San Lorenzo (FI)

Il 22/8 u.s. si presenta al DEA del nostro Ospedale un uomo di 42 anni per improvvisa insorgenza di diplopia, preceduta da vertigini soggettive, affaticabilità nei movimenti con lombalgia, e disfagia lieve. Il paziente ha una familiarità per miastenia gravis (padre con interessamento esclusivamente oculare ed anticorpi negativi e nonna materna con interessamento sistemico). Non patologie note in anamnesi. Nessuna sintomatologia respiratoria; non sintomatologia gastroenterica attuale e nei giorni precedenti; non emerge consumo di cibi sottovuoto non conservati correttamente. L' oculista rileva paralisi del 3° n.c. di sinistra; il consulente neurologo rileva normale steno e sensibilità ai 4 arti, non dismetria nella prova indice naso, ROT nella norma agli arti inferiori, deficit dell'abduzione bilaterale e adduzione osin. Il paz viene ricoverato in Medicina dell'Ospedale del Mugello con sospetto di :

1. sindrome di Miller-Fisher, una variante rara della sindrome di Guillain-Barré che interessa i nervi cranici o
2. oftalmoplegia internucleare da malattia demielinizzante.

Esegue pertanto rachicentesi, con esame chimico -fisico (aspetto limpido, incolore, 2 GB e 2 GR, proteine 41 mg/dL - v.n. 15-45), indice di Link (0,51 - nella norma), ricerca delle bande oligoclonali (assenti); esame elettromiografico (sfumata riduzione dell'interferenza sui muscoli prossimali degli arti inf e sul mm. orbicolare dell'occhio sinistro, test di stimolazione ripetitiva a 3 e 5 Hz sul muscolo abducente del V dito negativo) ; RMN dell'encefalo e midollo cervicale (non significative alterazioni di segnale a carico dell'encefalo; in DWI non evidenti aree di restrizione della diffusione).

Escluse pertanto le prime due ipotesi, nel frattempo il paziente sviluppa ptosi palpebrale bilaterale e stipsi: a questo punto optiamo per diagnosi sospetta di

3. Miastenia Gravis con interessamento prevalentemente oculare (nonostante la negatività del test di stimolazione ripetitiva all'EMG).

Somministriamo piridostigmina 60 mg sei volte al dì e il paziente mostra discreto miglioramento sintomatologico con scomparsa della disfagia e della sensazione di astenia generalizzata ed iniziale ripresa dell'oculomozione.

Preleviamo inoltre atc anti recettore acetilcolina (Ach Rab) ed anti MUSK ed iniziamo terapia steroidea e con IgVena 0,4 g/kg per 5 giorni. Esegue TC torace che non mostra masse mediastiniche, in particolare non tessuto solido nella sede anatomica del timo. Al termine del ciclo il paziente viene dimesso a domicilio con Deltacortene 25 mg 1 cp x 3, Mestinon 160 mg 1 cp x 2 e 180 mg R 1 cp la sera. Persiste ptosi palpebrale, movimenti oculari presenti, ma non ancora nella norma, diplopia solo nello sguardo laterale estremo bilaterale. Viene avviato all'Amb. di Neurologia di Careggi che ha in cura anche il padre.

Dopo qualche giorno veniamo informati da un neurologo di Catania che la compagna del nostro paziente, trasferitasi da qualche settimana presso i genitori, ha sviluppato una sintomatologia simile. Dall'anamnesi risulta anche l'ingestione di olive confezionate in modo industriale e consumate assieme al compagno.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Attiviamo pertanto la ricerca della tossina botulinica su tampone rettale da inviare all'istituto Superiore di Sanità a Roma; dopo una risposta preliminare negativa, il test di amplificazione multiplex Real Time PCR evidenzia POSITIVITA' per tossina botulinica. La terapia con antitossina è efficace solo se somministrata in concomitanza con l'esordio dei sintomi; è stato pertanto sospeso lo steroide ma mantenuta la terapia con piridostigmina, in attesa di una risoluzione clinica a questo punto spontanea.

L'ACh Rab è risultato "borderline" (0,65 nmol/L, v.n. 0 - 0,50) con atc antiMUSK negativi (0,01 nmol/L). Sono atc presenti da sempre per familiarità o atc reattivi per danno della placca da tossina botulinica?

Il caso è unico perchè in un soggetto con familiarità per miastenia si è avuta una intossicazione da tossina botulinica.

Il botulismo è una sindrome neuroparalitica dovuta all'azione di neurotossine che agiscono bloccando il rilascio dell'acetilcolina a livello delle giunzioni neuromuscolari ed è considerata una sindrome miasteniforme. Il botulismo alimentare è un'intossicazione dovuta all'ingestione di tossina preformata in un alimento.. Si tratta quindi di un vero e proprio avvelenamento, che produce una sintomatologia paralitica dei nervi cranici e che può portare alla morte per paralisi respiratoria. Per provocare la malattia è sufficiente ingerire un quantitativo minimo di tossina; il 90% dei casi associati al consumo di conserve preparate in ambito domestico. La tipologia di alimento correlato ai casi di botulismo varia secondo le abitudini alimentari delle popolazioni coinvolte e la casistica subisce andamenti mutevoli e variazioni dipendenti da eventi sociali come per esempio le crisi economiche o l'immigrazione: in Toscana nel 2016 si sono 6 casi di botulismo dovuti al consumo di olive in salamoia e di peperoncini ripieni prodotti in sede domestica; in Italia nel periodo 1984-2013 la tipologia di alimento identificato in laboratorio è risultato nel 43,7% vegetali in olio, nel 26,2% vegetali in acqua/salamoia, nel 7,8% tonno e nel 6,8% prosciutto crudo. Gli alimenti di produzione industriale sono stati responsabili dell'8,5% dei focolai di botulismo notificati. Bibliografia : Il botulismo alimentare in Italia: sorveglianza, prevenzione e controllo Auricchio B et al Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo, Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, ISS

Scompenso cardiaco dovuto a miopericardite da reinfezione da citomegalovirus in adulto immunocompetente: case report.

Bernetti Margherita, Martini Roberto, Restuccia Tea, Bertoni Michele
Medicina Nuovo Ospedale di Prato

La prevalenza dell'infezione da Citomegalovirus (CMV) è stimata circa 30-100% nella popolazione generale con la prima esposizione al virus determinata con test sierologici. L'infezione primaria è generalmente a-/paucisintomatica. E' possibile una riattivazione-reinfezione spesso in corso di immunodepressione. Le complicanze cardiovascolari costituiscono una rara manifestazione dell'infezione da CMV e la loro diagnosi è spesso difficile nei pazienti immunocompetenti. Descriviamo un caso clinico di un uomo che ha sviluppato un'insufficienza cardiaca secondaria a miocardite da reinfezione da CMV.

Caso clinico: V.S., anni 77. Familiarità per morte improvvisa. Ipertensione arteriosa essenziale. Anamnesi di FA parossistica. Nell'ottobre 2016 riscontro di TV sostenuta interrotta con dc shock; successivo impianto di pace maker defibrillatore. Alla coronarografia albero coronarico indenne da lesioni; al controllo ecocardiografico alla dimissione funzione ventricolare sinistra (FE) 40-45%. Nel marzo 2017 accesso in DEA per dispnea ingravescente in assenza di angore e febbre. Alla radiografia del torace riscontro di disomogeneo addensamento basale destro con consensuale versamento pleurico e congestione del piccolo circolo. Agli esami ematici proteina C reattiva (PCR) nel range della norma, globuli bianchi 7800/mm³, lieve monocitosi, transaminasi ai limiti superiori. Tn I negativa e proBNP 1000 pg/ml. Trattato con terapia antibiotica e diuretici per via infusiva con miglioramento clinico-laboratoristico e dimesso al domicilio. Dal momento della dimissione dispnea per sforzi precedentemente ben tollerati ed astenia. Nell'aprile 2017 è stata eseguita TC torace diretta con dimostrazione della risoluzione del quadro flogistico e persistenza di segni di disventilazione bibasale. Per il persistere dei sintomi nel maggio 2017 esegue controllo ecocardiografico con riscontro di disfunzione ventricolare sinistra (FE 20%) con lieve versamento pericardico circonfenziale.

Il paziente viene inviato al DEA e ricoverato presso il nostro reparto. Alla radiografia del torace diffusa accentuazione della trama ed ili globosi. All'EO quadro di scompenso. Agli EE emocromo nella norma, lieve monocitosi, PCR negativa, Pro BNP 3026 pg/ml. Il paziente è stato trattato con alti dosaggi di terapia diuretica ev con netto miglioramento della clinica e riduzione del pro-BNP (653 pg/ml).

Nell'ipotesi di una insufficienza cardiaca secondaria a miopericardite è stata eseguita ricerca sierologica dei principali virus cardiotropi con positività per Cytomegalovirus: Ab IgM ELFA= 1.04 U.A./ml (v.n. < 0.70), Ig G ELFA = 54 U.A./ml (v.n.< 0.4), con Ab IgG Avidity 0.87 valori compatibili con forte avidità. Il quadro sierologico è compatibile con riattivazione-reinfezione da CMV che temporalmente risale a più di 4 mesi prima.

Nel giugno 2017 è stato eseguito un ecocardiogramma di controllo che ha dimostrato un netto miglioramento clinico e strumentale con FE 40-45% (sovrapponibile a ottobre 2016). E' possibile ipotizzare che l'infezione delle vie respiratorie precedente al nostro ricovero possa aver determinato una temporanea immunodepressione tale da considerare la riattivazione del CMV. Il nostro caso riafferma la possibilità di un interessamento cardiaco in corso di riattivazione/reinfezione da CMV ed enfatizza l'importanza di considerare l'eziologia virale in corso di inspiegabile peggioramento della funzione cardiaca.

Sindrome neurologica acuta in paziente con LES: le insidie diagnostiche.

Brancati Simona, Chiarugi Ludia, Rosselli Matteo, Tarquini Roberto, Emmi Giacomo, Domenico Prisco
Medicina Interna 1, Alta complessità, Ospedale San Giuseppe Empoli; Università degli Studi di Firenze

Una giovane donna di 29 anni alla 33a settimana di gravidanza veniva ricoverata in ginecologia per sospetta gestosi gravidica, caratterizzata da elevati livelli di pressione arteriosa, proteinuria in range nefrosico con marcata ipoalbuminemia (1.4 g/dl), piastrinopenia (98000/mm³) e anemia microcitica (7.5 g/dl). Iniziata terapia con alfa metildopa, solfato di magnesio e quindi sottoposta a parto cesareo urgente. Nonostante la sindrome gestosica tenda a risolversi rapidamente nel post partum, le condizioni della ragazza non sembravano migliorare ma anzi peggiorano progressivamente fino alla comparsa di febbre elevata continua con puntate fino a 39-40 °C, dispnea e incremento dello stato edemigeno. Giungeva alla nostra osservazione per consulenza internistica al 3 giorno post-partum. All'esame obiettivo era presente un franco rash eritematoso sul viso e sulle superfici cutanee esposte suggerendo una spiccata fotosensibilità di cui la paziente riferiva di soffrire da anni in aggiunta ad una oligoartrite migrante e ricorrente di mani, caviglie e polsi mai indagata. La presentazione clinica era altamente sospetta per LES riacutizzatosi nel post partum, sospetto poi confermato dalla positività del pattern autoanticorpale tipico (anti-dsDNA e Anti-Smith). A completamento diagnostico per escludere una sovrainfezione infettiva, anche in caso di inizio di terapia immunosoppressiva, si sottoponeva a TC torace addome che confermava reperti compatibili con polisierosite e stato edemigeno diffuso in assenza di focolai flogistici. Negativa la ricerca di PCR per virus e batteri tipici e atipici. Dopo aver escluso foci settici e data l'aggressività della malattia abbiamo iniziato terapia corticosteroidica ad alti dosaggi con metilprednisolone 750 mg die e terapia immunosoppressiva con Micofenolato Mofetile con dosaggio iniziale di 500 mg aumentato progressivamente fino a 2 gr al giorno. La sintomatologia ha avuto un progressivo miglioramento con riduzione delle manifestazioni cutanee, scomparsa della febbre e riduzione della proteinuria seppure ancora in range nefrosico. Nonostante il miglioramento clinico e laboratoristico la paziente ha iniziato a lamentare un improvviso calo del visus associato a cefalea, confusione mentale e crisi epilettiche subentranti. Iniziato trattamento con Levetiracetam e benzodiazepine con remissione delle crisi. La TC cranio diretta escludeva lesioni acute e l'esame del liquor è risultato nei limiti. L'EEG eseguito per stato soporoso, ha documentato ritmo di fondo a circa 8-9 Hz, solo incostantemente, bilaterale. Alla RMN encefalo con mdc sono state riscontrate diffuse alterazioni di segnale a sede sopra e sotto-tentoriale con risparmio della sostanza bianca profonda, compatibili con quadro di vasculite e verosimilmente, dato il contesto clinico, di neuroLES. Per il rapido coinvolgimento del sistema nervoso centrale la paziente veniva trasferita all'attenzione dei colleghi immunologi presso la SOD di Medicina interna interdisciplinare di Careggi. La rivalutazione delle immagini dalla neuroradiologia supportata dai colleghi immunologi, ha confermato le alterazioni del segnale notando però come queste fossero prevalentemente localizzate nel lobo occipitale e nei lobi frontali, simmetriche e bilaterali con aspetto suggestivo di edema vasogenico cortico-sottocorticale. Veniva pertanto prospettata una diagnosi alternativa responsabile del quadro neurologico: la sindrome PRES. Tale sindrome è caratterizzata da edema vasogenico cortico-sottocorticale interessante simmetricamente le aree cerebrali posteriori, in quanto scarsamente innervate dalle terminazioni simpatiche e maggiormente suscettibili al danno da iperperfusiones dovuto a picchi ipertensivi, gestosi o farmaci citotossici. Si sviluppa infatti in condizioni cliniche

eterogenee quali preclampsia/ eclampsia, malattie autoimmuni, sepsi, oppure terapie farmacologiche in particolare con immunosoppressori. Tra gli immunosoppressori si annoverano prevalentemente la ciclosporina, il tacrolimus, il sirolimus, il methotrexate ma anche il micofenolato. La sindrome è benigna e reversibile, ma soltanto se riconosciuta in tempo prima che le alterazioni si trasformino in lesioni permanenti. Clinicamente si presenta con cefalea, confusione mentale, nausea, vomito, disturbi della vista e sintomi motori che possono condurre fino al coma e alla morte. Nell'ambito delle malattie autoimmuni, la differenziazione tra PRES, lupus neuropsichiatrico e altre complicanze del lupus eritematoso sistemico a carico del sistema nervoso centrale può presentare difficoltà a causa della frequente sovrapposizione delle manifestazioni cliniche. Nel lupus eritematoso sistemico la PRES non è una manifestazione primitiva della malattia, ma una complicanza secondaria a diversi fattori, quali lo stato ipertensivo associato a riacutizzazione di glomerulonefrite, il recente inizio o l'aumento di dosaggio di farmaci immunosoppressori, la terapia con metilprednisolone ad alte dosi. In presenza di questi aspetti e della sintomatologia tipica va posto il sospetto clinico di PRES. In caso di conferma neuroradiologica va mantenuta la terapia immunosoppressiva, se la malattia è attiva, e vanno trattate le manifestazioni cliniche della sindrome. Veniva pertanto effettuato uno stretto monitoraggio pressorio con raggiungimento dei valori al di sotto dei 140/90 mm/hg. In considerazione della persistenza di importante proteinuria (fino a 37 g nelle 24 ore), edemi diffusi, versamento ascitico, pleurico, e pericardico e il reperto, agli esami ematici, di alterazioni compatibili con iniziale sindrome da attivazione macrofagica in corso di LES attivo (incremento significativo della ferritina, dei trigliceridi, riduzione del fibrinogeno, anemia e piastrinopenia) è stata potenziata la terapia steroidea a 500 mg/die e diuretica (passaggio a furosemide 250 mg/24 ore) con iniziale miglioramento clinico e laboratoristico (risalita delle piastrine e del fibrinogeno, riduzione della proteinuria a 9 g/24 ore). Ripetuta la RMN 8 giorni dopo mostrava completo riassorbimento dell'edema sottocorticale. La paziente ha completamente recuperato lo status neurologico abituale e non sono state riscontrate sequele neurologiche. Quando una paziente post partum come nel nostro caso presenta deficit neurologici focali, le diagnosi differenziali da considerare includono emorragia, infarto, trombosi venosa, vasculite, pontina o mielinolisi extrapontina e sindrome da encefalopatia posteriore reversibile (PRES). Data la buona prognosi e la completa reversibilità della sindrome un pronto riconoscimento è cruciale per instaurare un trattamento immediato. La risonanza magnetica dell'encefalo è fondamentale per fare questa distinzione tenendo presente che la sindrome di PRES è un'entità reversibile quando l'eziologia è correttamente riconosciuta ed adeguatamente trattata.

Sospetta Sindrome di Moschcowitz in paziente con piastrinopenia e insufficienza renale acuta

Sibilia Gabriella, Venturini Luigi, Paci Anna, Riccioni Silvia, Amato Gioacchino, Lorefice Pasquale, Costagli Moreno, Andreini Roberto
Medicina Ospedale Pontedera

la Sindrome di Moschcowitz o Porpora Trombotica Trombocitopenica è una patologia rara, caratterizzata da anemia emolitica, piastrinopenia e coinvolgimento di altri organi e apparati (soprattutto il sistema nervoso centrale e l'apparato urinario). La patogenesi è verosimilmente autoimmune e colpisce prevalentemente le donne adulte. Nella maggior parte dei casi risulta essere idiopatica, sebbene si associ di frequente a neoplasie, sepsi, gravidanza, collagenopatie ed assunzione di alcuni farmaci, tra cui la Ticlopidina

paziente donna di 75 anni, giunta al Pronto Soccorso per vertigini e vomito biliare, ricoverata per piastrinopenia associata a insufficienza renale acuta grave, non note precedentemente. La paziente era stata dimessa dalla U.O. Medicina circa tre mesi prima, con diagnosi di embolia polmonare, a seguito della quale aveva iniziato ad assumere terapia anticoagulante orale con dicumarolico, farmaco che era stato sostituito dal MMG con Ticlopidina per la comparsa di dolori addominali crampi formi, verosimilmente associati all'assunzione dell'anticoagulante. Dall'anamnesi: paziente sottoposta 23 anni prima ad intervento chirurgico e radioterapia per neoplasia endometriale, ipertensione arteriosa in terapia con amlodipina e torasemide. All'ingresso in Reparto la signora si presentava apiretica, con pressione arteriosa a 155/85 mmHg; i reperti toracici e addominali erano nella norma, il sensorio era integro ed era assente edema distale, presentava ecchimosi a livello degli arti superiori e del tronco. Al momento del ricovero, sulla base dei reperti di insufficienza renale acuta e di piastrinopenia, veniva prescritta idratazione per via infusione e veniva sospesa la terapia con Ticlopidina. Il giorno successivo al ricovero, gli esami ematochimici confermavano la trombocitopenia (PLT = 5000), la comparsa di lieve anemizzazione con marcata anisopoichilocitosi e rari schisto citi, aumento della hs-troponina I (19714 ng/L), aumento del BNP (365,8 pg/mL), dell'LDH, della PCR, della bilirubinemia totale e diretta, della creatinina mia (4,7 mg/dl) e dell'azotemia. Dal punto di vista clinico, la paziente aveva avuto, nel corso della notte, un episodio di confusione mentale, in assenza di reperti obiettivi significativi; il mattino seguente aveva sviluppato disartria, per cui era stata richiesta una TC dell'encefalo, risultata negativa per lesioni emorragiche e/o ischemiche in fase acuta.

Sulla base del quadro clinico neurologico, dei reperti ematochimici di trombocitopenia, anemia emolitica e insufficienza renale acuta, e anche del verosimile coinvolgimento cardiaco, veniva così posto il sospetto di Sindrome di Moschcowitz. La paziente veniva quindi sottoposta a trattamento corticosteroidico, e, in accordo con i colleghi della Rianimazione dell'Ospedale di Empoli, si disponeva il trasferimento presso la loro U.O. con lo scopo di iniziare il trattamento con plasmaferesi.

La storia anamnestica del paziente e l'esame clinico obiettivo restano momenti fondamentali per la formulazione di una diagnosi corretta, soprattutto in caso di patologie che ricorrono con bassa frequenza in un reparto di Medicina Interna. È fondamentale, inoltre, indagare con precisione le terapie che i pazienti assumono a domicilio e ripetere la visita completa del paziente più volte durante il ricovero. Nel caso specifico sono stati dirimenti i reperti di pancitopenia, anisopoichilocitosi, insufficienza renale acuta con anemia e la comparsa della disartria per giungere al sospetto diagnostico di Sindrome di Moschcowitz.

Un caso di dolore addominale indifferenziato.

fiorelli costanza, fabbroni angiola anna, burberi francesco, chisciotti valentina, degl'innocenti giulia,
di mare francesco, petri ilaria, tesei Alessandra, bribani andrea
Ospedale serristori, figline valdarno

Si descrive il caso di clinico di B.L. donna di 66 anni che accede in Pronto Soccorso per dolore addominale in fossa iliaca sinistra insorto dalla sera precedente , ingravescente con esacerbazione durante la notte
Non riferisce nè febbre né vomito. Alvo canalizzato Nega sintomi urinari Non storia di litiasi urinaria

APR Iperensione trattamento Obestìa Dislipidemia . Alla fine del 2016, sempre per episodi di dolore addominale in fossa iliaca sinistra, aveva eseguito pancolonscopia risultata completamente negativa, in particolare assenza di diverticoli del. Presenza di dolicosigma. All'arrivo apiretica PA 160/90 FC 89 R FR 17 SO2 in aria ambiente 98% All'EO presenta cuore e torace nei limiti , addome globoso per adipe trattabile Viva dolorabilità al quadrante di sinistra, Blumberg positivo, peristalsi presente In ecografia clinica non dilatazione calico pielica non falde fluide endoaddominali Agli esami ematici non alterazioni di rilievo In particolare GB 5330 103/mmc PCR 0.98 mg/dl Esegue in PS TC addome con rilievo di “aspetto addensato del tessuto adiposo periviscerale in adiacenza del colon discendente (anse intestinali del tenue in fossa iliaca sinistra- Non diverticoli a carico del sigma. Non aria libera

Inizia terapia antibiotica con amoxicillina/clavulanato 2,2 gr x 3 e viene somministrato perfalgan per il controllo del dolore

Disposto ricovero in turno medico la paziente si è mantenuta apiretica con indici di flogosi leggermente mossi (PCR 1,2 valore massimo) sintomatica per dolore addominale E' stata valutata da specialista chirurgo che ha posto sospetto diagnostico di appendice epiploica. E' stata pertanto ripetuta TC addome con quesito specifico, che ha evidenziato “addensamento del tessuto adiposo di pertinenza del colon discendente medio-distale delimitante tessuto a densità adiposa in corrispondenza del quale la parete del colon appare irregolare . tale formazione appare ovalare di circa 3 cm di diametro max collegata al colon da un peduncolo

Un caso complesso di astenia

Bernetti Margherita, Colombini Angela, Scirtò Grazie Eleonora
Medicina Nuovo Ospedale di Prato

I disordini dell'equilibrio acido-base sono frequenti nella popolazione ospedalizzata e possono essere il risultato di numerose patologie di diversa natura e spesso concomitanti. Paziente S.B. di anni 35. Nota bulimia nervosa dall'età di 13 anni in comorbidità con abuso alcolico (da circa 10 anni) con anamnestica pancreatite acuta alcolica, abuso di sostanze psicotrope (oppiacei e cannabinoidi) ed in passato dipendenza da BDZ ed antistaminici. Accede in DEA richiedendo valutazione psichiatrica ma alla valutazione clinica si presenta rallentata ed astenica. Agli esami ematici insufficienza renale con creatininemia 2.67 mg/dl, urea 109 mg/dl, sodio 129 mEq/L, potassio 3.1 mEq/l, cloruri 68 mEq/l. Al controllo emogasanalisi in aria ambiente alcalosi metabolica non compensata pH 7.52, pCO₂ 55.3, pO₂ 61, K 2.5, Na 132, HCO₃ 45.5, lattati 0.7. Rx torace nei limiti.

Eseguita in DEA consulenza psichiatrica che escludeva recente assunzione di sostanze o abuso di farmaci.

In reparto è stato eseguito esame tossicologico su urine con riscontro di positività per oppiacei e benzodiazepine. Intrapresa idratazione e correzione elettrolitica per iposodiemia, ipopotassiemia e ipomagnesemia. Agli esami ematici inoltre riscontro di iperuricemia (16 mg/dl). All'esame ecografico dell'addome documentata iniziale nefropatia da urati con reni dimensionalmente ridotti simmetricamente con lieve dilatazione calico pellica e strutture caliceali corticalizzate soprattutto a destra.

Alla dimissione migliorato lo stato di vigilanza e ottenuta la correzione dei principali elettroliti con miglioramento dell'insufficienza renale cronica (alla dimissione creatininemia 1.50 mg/dl). Emogasanalisi alla dimissione: pH 7.49, pCO₂ 47.5, pO₂ 79.2, HCO₃ 36, cHCO₃ 11.4 e lattati normalizzati.

Nel nostro caso l'alcalosi metabolica riscontrata fa parte di un complesso disordine dell'equilibrio idrico ed elettrolitico in quanto concomitano in anamnesi il vomito autoindotto, l'abuso di diuretici con ipopotassiemia ed infine emerge il recente abuso di antiacidici (alginato/Sodio bicarbonato - gaviscon). Un meccanismo di compenso all'alcalosi metabolica è rappresentato dall'ipoventilazione in questo caso accentuata dall'abuso di oppiacei che diviene verosimilmente preminente. L'iperuricemia severa riscontrata potrebbe essere riconducibile ad anamnestico abuso di alcol (in particolare birra che ha alto contenuto di purine), ipercatabolismo del tessuto adiposo, esercizio fisico eccessivo ed infine ipovolemia da diuretici e conseguente disidratazione.

Un caso complesso di ematuria, anemia emolitica e insufficienza renale acuta: il ruolo fondamentale della clinica.

Tarquini Roberto, Guazzini Giulia, Dolenti Silvia, Emmi Giacomo, Prisco Domenico
Medicina interna 1, ospedale s. Giuseppe di Empoli; Università degli Studi di Firenze

PRESENTAZIONE DEL CASO

Paziente di sesso maschile di 64 anni, con storia di ipertensione arteriosa di I° in terapia con ramipril ed epilessia dall'età giovanile (recentemente sospesa la terapia per assenza di crisi da circa 20 anni) si presentava in DEA per dolore ai quadranti inferiori dell'addome associato a tre episodi diarrea con feci liquide normocoliche, ematuria e febbre a 38° ad andamento continuo non associata a brivido; era già stato valutato dal MMG con prima ipotesi diagnostica di ritenzione urinaria acuta in corso di infezione delle basse vie urinarie complicata da prostatite, per cui era stato posizionato CV, poi rimosso per intolleranza, ed intrapresa terapia antibiotica con ciprofloxacina e ceftriaxone. In DEA eseguita ecografia dell'addome che evidenziava recidiva di ritenzione urinaria con sedimento vescicale e minima falda fluida perirenale; agli esami ematochimici riscontro di lieve piastrinopenia (109000/microlitro) e rialzo aspecifico degli indici di flogosi; coagulazione, LDH, emoglobina, funzione renale ed epatica nei limiti.

Nei primi due giorni di degenza obiettività toracica, cardiologica e neurologica negativa, scomparsa della diarrea, con persistenza di modesta ematuria, della febbre e di dolenzia addominale, perineale e peniena ingravescenti; agli esami ematici progressiva riduzione dei valori di piastrine, dell'emoglobina (tuttavia ancora nel range della norma) con creatininemia e LDH nei limiti; presente inoltre grave ipoproteinemia (PT 3,9 g/dl). All'esame urine rilievo di aspetto ematico, con eritrociti e leucociti nel sedimento, proteinuria in range nefrosico. Nel sospetto di una glomerulonefrite acuta sono stati dosati ANA, ANCA, ENA SCREENING, immunocomplessi circolanti, risultati tutti negativi. Riscontrati inoltre elevati valori di PSA (43 ng/ml) e netta dolorabilità anteriore all'esplorazione rettale, in assenza di tracce ematiche. Il terzo giorno, in concomitanza di un netto peggioramento del quadro algico addominale comparsa agli esami ematochimici di brusco calo delle piastrine (9000/microlitro) associato a netto peggioramento della funzione renale (urea 72 mg/dl, creatinina 1,55 mg/dl, BUN/crea <20), rialzo delle LDH (2300 U/l) e della bilirubina (4 mg/dl e frazione indiretta 2,5 mg/dl); il collega ematologo, posto il dubbio di piastrinopenia autoimmune in corso di sepsi a partenza dalle vie urinarie complicata da prostatite, consigliava terapia con immunoglobuline. La successiva segnalazione da parte del laboratorio della presenza di schistociti, seppur con bassa percentuale, spostava l'orientamento diagnostico verso una microangiopatia trombotica (TMA). Nel sospetto di sindrome di Moschcowitz, veniva inviato il dosaggio dell'attività dell'ADAMTS13 presso i laboratori di Careggi ed il paziente veniva sottoposto a posizionamento di catetere venoso centrale a lunga permanenza, al fine di iniziare il plasma-exchange. Il posizionamento del dispositivo venoso è stato complicato dalla puntura accidentale della arteria carotide interna trattata con emostasi meccanica e crioterapia locale. Nelle ore successive, durante il primo ciclo di plasmafersi, per comparsa di disfonia e progressivo peggioramento degli scambi respiratori, il paziente veniva trasferito in UTI e sottoposto, previo tentativo di intubazione inefficace, a cricoidotiroidectomia d'urgenza e ventilazione meccanica. Per il successivo sviluppo di pneumotorace bilaterale poi complicato da emotorace sinistro è stato inoltre necessario un intervento per evacuazione di ematoma extrapleurico. La degenza è stata ulteriormente complicata dallo sviluppo di pseudoaneurisma dell'a. Radiale destra, anche questo sottoposto a trattamento chirurgico.

Durante la degenza sono stati eseguiti nove cicli di plasmateresi quotidiana, risultati inefficaci con la persistenza di anemia emolitica microangiopatica (LDH 2000 U/l in media), grave piastrinopenia (intorno a 15,000/microlitro) e compromissione della funzione renale (eGFR 23 ml/min/1,73 m²) necessitante di terapia sostitutiva continua (CVVHDF). Comparsa inoltre di incremento dei valori di amilasi e compromissione della funzione epatica, con rialzo di transaminasi, gammaGT e INR, associati a ulteriore incremento dei valori di bilirubina. La normale attività di ADAMTS13 (di molto superiore al cut-off diagnostico del 5%) escludeva la diagnosi di porpora trombotica trombocitopenica mentre la storia clinica, l'anamnesi farmacologica, la negatività della sierologia per HIV e dei marcatori neoplastici associati a TC total-body negativa escludevano causa di TMA secondaria. Vista la preponderanza dell'interessamento renale e il rilievo di bassi valori di complemento veniva quindi posto il sospetto di sindrome uremico-emolitica (HUS). Il quadro veniva approfondito, nonostante l'attuale assenza di diarrea, mediante la ricerca di Shiga-tox (diretta e tramite rt-PCR), e la ricerca di anticorpi anti-LPS di E.coli, risultate poi negative. Sono state inoltre ricercate le mutazioni dei componenti del complemento e fattori correlati (CFH, CFI, CD46, C3, THBD, CFB, DGKE, CHFR1 e CHFR5) presso il centro SEU della IRCCS Ca grande di Milano, anche queste risultate successivamente negative. Dato il decorso rapidamente ingravescente, veniva intrapresa in maniera empirica terapia con eculizumab, al dosaggio d'attacco settimanale di 900 mg per 5 settimane, con rapido e progressivo miglioramento della piastrinopenia, riduzione dei valori di LDH e normalizzazione della funzione epatica. Alla sospensione della CRRT ripresa della diuresi spontanea, con il raggiungimento di un valore di eGFR intorno a 37 ml/min/1,73 m²; il quadro di anemia persisteva per ipostimolazione midollare legata ad all'insufficienza renale. Il paziente veniva inoltre svezzato da ventilazione meccanica. Il paziente veniva dimesso dopo 72 gg di degenza, comprensivi di ciclo di riabilitazione intensiva con buon ripristino della qualità di vita, con programma di somministrazione di eculizumab a dosaggio di mantenimento (1200 mg ogni tre settimane) con stretto follow-up nefrologico. All'ultimo controllo nefrologico di settembre 2017 evidenza di completa risoluzione della piastrinopenia, emoglobina 13,3 g/dl con LDH e aptoglobina nei limiti, all'esame urine assenza di anomalie rilevanti (persiste lieve proteinuria) con eGFR stazionaria intorno a 35 ml/min/1,73m²; ridotto il dosaggio settimanale di epoletina alfa a 6000 per due volte alla settimana. Il paziente sta attualmente proseguendo il trattamento con eculizumab presso la nefrologia di Torregalli.

CONCLUSIONI

Nel nostro caso il paziente si presentava inizialmente con una creatinina nei limiti ma con una piastrinopenia rapidamente ingravescente ed in assenza di franca anemia; la successiva comparsa della grave compromissione renale sviluppatasi nell'arco di giorni e l'interessamento del TGI, così come il risparmio del SNC, associati alla storia di diarrea, erano elementi che potevano orientare fin da subito verso una diagnosi di HUS, nonostante la rara incidenza nell'adulto, a riprova che l'accurata valutazione clinica deve sempre rappresentare il cardine su cui basare il ragionamento clinico. È stato quindi risolutivo rimettere in discussione la diagnosi, iniziando un trattamento, che seppure non supportato da esami di laboratorio, era suggerito non solo dalla clinica ma anche dalla mancata risposta alla terapia, limitando la compromissione della funzione renale. La brillante risposta all'eculizumab, nonostante la negatività delle indagini genetiche, rappresenta un valido criterio ex adjuvantibus di diagnosi di HUS mediata da complemento, che seppur rara, deve sempre rappresentare una possibile ipotesi nella diagnostica differenziale delle TMA nel paziente adulto.

Un caso di chetoacidosi diabetica in corso di terapia con glicosurici

Lombardi Martina, Del Ghianda Scilla, Camaiti Alberto
Medicina interna Asl Toscana Nord-ovest, PO Livorno

Gli inibitori del co-trasportatore renale sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2) sono autorizzati per il trattamento del diabete di tipo 2. Nei pazienti esposti a questi farmaci sono stati segnalati gravi casi di chetoacidosi diabetica, con alcuni casi di decesso. Una recente metanalisi condotta per valutare l'incidenza di chetoacidosi diabetica nei pazienti in terapia con SGLT2 inibitori, non ha riscontrato un significativo aumento di chetoacidosi diabetica indotta da questa classe di farmaci rispetto ad altri ipoglicemizzanti orali, suggerendo addirittura un possibile ruolo protettivo dei SGLT2 inibitori verso questa complicanza. Al contrario, in uno studio di confronto tra pazienti con recente introduzione di un inibitore di SGLT2 o di un inibitore della dipeptidil peptidasi-4 (DPP4), i pazienti trattati con SGLT2 inibitori hanno mostrato un rischio di sviluppare una chetoacidosi diabetica circa doppio, rispetto ai pazienti in terapia con DPP4 inibitori.

Si riporta il caso di una donna di 78 anni con ipertensione arteriosa e diabete mellito tipo 2, giunta alla nostra attenzione per comparsa da alcuni giorni di confusione mentale, rallentamento psicomotorio e febbre.

La paziente viveva sola, con scarso supporto sociale e riferiva in passato un trattamento insulinico con schema basal-bolus, sostituito da circa un mese con terapia anti-diabetica orale con metformina, repaglinide e dapaglifozin (in assenza di documentazione sul precedente compenso metabolico). All'esame obiettivo si presentava vigile, rallentata, con addome trattabile, dolorabile in ipocondrio destro, segno di Murphy positivo e cute e mucose senza chiari segni di disidratazione. Agli accertamenti ematochimici emergeva una grave acidosi metabolica (pH 7,17) con elevati chetoni urinari, lattati solo lievemente aumentati (1,5 mmol/l) e marcata iperglicemia (510 mg/dl). Si riscontravano inoltre elevati valori di proteina C reattiva (26,9 mg/dl VN 0-0,5) e procalcitonina (7,53 ng/ml VN <0,5), in presenza di lieve neutrofilia (leucociti 12800/mcl), normale funzione renale ed epatica con indici di colestasi nei limiti della norma. L'emoglobina glicata mostrava un pessimo compenso glicometabolico (HbA1c 150 mmol/mol) con insulina e C-peptide dosabili ma ai limiti inferiori della norma (C peptide 1,5 ng/ml, 0,8-4,2; insulina 3,3 mcUI/ml, VN 3,2-16,3), per la marcata iperglicemia. Emergeva inoltre un'urinocoltura positiva per E. Coli multisensibile ed una colecisti ecograficamente a pareti ispessite con materiale iperecogeno interno, sospetta per colecistite acuta.

La paziente è stata trattata con idratazione endovenosa, terapia insulinica infusione, bicarbonato di sodio endovenoso e antibiotico terapia a largo spettro (piperacillina/tazobactam). Si è ottenuta una progressiva correzione dell'acidosi metabolica, calo degli indici di flogosi e della leucocitosi neutrofila, miglioramento dell'obiettività addominale, con mantenimento di stabile apiressia.

Dopo circa 24 ore è stata sospesa l'infusione insulinica ed intrapresa terapia insulinica basal bolus con raggiungimento dei target glicemici previsti nella gestione del paziente con patologia acuta. È stata sospesa la terapia con dapaglifozin, informando la Rete Nazionale di Farmacovigilanza dell'AIFA, il medico di medicina generale ed il diabetologo di riferimento della paziente del grave evento avverso intercorso. Nonostante la patogenesi di questi casi di chetoacidosi non sia completamente chiarita, è noto che questi farmaci sono in grado di stimolare la secrezione di glucagone, aumentando così la produzione di corpi chetonici; l'inibizione degli SGLT2, stimola inoltre il riassorbimento dei corpi chetonici a livello dei tubuli renali determinando un aumento

della chetonemia, che può portare fino all'acidosi. Nella maggior parte dei casi di chetoacidosi riportate in corso di inibitori di SGLT2, tale complicanza si è verificata nei primi mesi di trattamento, indipendentemente dalla posologia di farmaco utilizzata. Tali eventi sono stati spesso associati a disidratazione, scarsa assunzione di cibo, infezioni, vomito, riduzione della dose di insulina o scarso controllo glicemico. Generalmente, sono stati riportati aumenti moderati dei valori di glucosio, per lo più al di sotto di 250 mg/dl, tanto che si è parlato di una chetoacidosi euglicemica.

Anche nel caso qui riportato la paziente aveva recentemente iniziato il trattamento con dapaglifozin, non aveva eseguito alcun controllo della glicemia, aveva un'infezione urinaria intercorrente con una verosimile concomitante colecistite ed è verosimile ipotizzare uno scarso apporto di cibo e liquidi nei giorni precedenti il ricovero. Tutto ciò può quindi aver contribuito a sviluppare la chetoacidosi che, a differenza di altri casi già segnalati, si è accompagnata ad una marcata iperglicemia, forse anche per il concomitante stato settico e la scarsa funzionalità beta cellulare residua.

In considerazione dell'ottima efficacia nel controllo glicometabolico e al documentato effetto protettivo sul rischio cardiovascolare degli inibitori SGLT2 si sta assistendo ad una loro crescente prescrizione; è quindi importante che i clinici siano attenti al potenziale, seppur raro rischio di chetoacidosi diabetica legata a questa classe di farmaci. Questo caso conferma l'importanza di un'accurata selezione dei pazienti da avviare a tale terapia considerando in particolare la riserva pancreatica, il compenso glicometabolico precedente, la suscettibilità ad infezioni urinarie e la compliance del paziente alla terapia e all'automonitoraggio glicemico, avvertendo inoltre il paziente e i familiari degli eventuali segni e sintomi della chetoacidosi diabetica.

Un caso di dubbia epatite autoimmune

corbo Lorenzo, zaccagnini giacomo, cioni gabriele, blasi Eleonora, crociani andrea, antonielli elisa, rocchi federica, turchi valerio, pieralli filippo, nozzoli carlo
Medicina Interna e d'Urgenza Azienda ospedaliero universitaria careggi, Firenze

Una paziente di 49 anni con ittero, urine ipercromiche e feci ipocromiche è stata ricoverata presso il nostro reparto. In anamnesi remota erano presenti una Sindrome di Sjogren ed un pregresso ricovero nell'anno precedente per epatite tossica da diclofenac. All'esame obiettivo abbiamo osservato ittero ed epatomegalia, mentre per quanto riguarda gli esami di laboratorio abbiamo riscontrato un'incremento di GOT, ALP, GGT e bilirubina, IgG totali elevate, sierologie per epatiti virali negative, alti titoli di ANA e di anticorpi anti-muscolo liscio. Alla biopsia epatica è emerso un quadro istologico compatibile con epatite autoimmune. Abbiamo quindi impostato una terapia steroidea con prednisone, risultante in un miglioramento degli esami di laboratorio. Due ipotesi sono state prese in considerazione riguardo a questo caso: epatite autoimmune di tipo 1 e danno epatico indotto da farmaci (DILI, drug induced liver injury) con caratteristiche di autoimmunità. L'epatite autoimmune è scatenata da trigger ambientali agenti su un substrato genetico: molti farmaci sono stati implicati nello scatenare un'epatite autoimmune, tra cui il diclofenac. La diagnosi richiede elevati titoli anticorpali specifici, elevati titoli di IgG totali e biopsia epatica. La DILI con caratteristiche di autoimmunità è un'importante sottogruppo delle epatotossicità dovute all'esposizione a farmaci. La presentazione clinica, istologica e i titoli anticorpali sono simili all'epatite autoimmune. Sono stati descritti molti casi di DILI con caratteristiche di autoimmunità dovuti al diclofenac in letteratura medica. Qualche volta può essere complesso discriminare tra le due patologie; tuttavia la terapia è la stessa (steroidi). Una caratteristica utile ad identificare una DILI è l'assenza del ricorrere di sintomi ad origine epatica dopo la sospensione della terapia steroidea.

Un caso di ipotermia endocrina

Vogolino Michele, Cascinelli Irene, Salvadori Stefania, Artusa Marino, Marcocci Andrea, Todini Mauro, Zacchei Simona, Castria Donatella, Notario Giovanni, Molinari Raffaele, Abate Luigi
UOC Medicina Generale Osp Riuniti della Valdichiana Senese

L'ipotermia riconosce differenti cause determinanti.

Il trattamento in urgenza prevede il ricorso a fluidoterapia endovenosa con preriscaldamento delle soluzioni iniettabili e ricorso ad agenti esterni (fonti di calore dirette o indirette) per migliorare lo stato termico del paziente.

Tuttavia un corretto approccio terapeutico dovrebbe prevedere un buon inquadramento patogenetico del problema per essere realmente efficace. Infatti

abbiamo verificato nella nostra esperienza che talvolta non è sufficiente un trattamento secondo protocollo.

Caso Clinico

Donna di 59 anni accompagnata dal servizio di emergenza territoriale in PS per riscontro di severa ipotermia (TC 31°C), rallentamento ideo-motorio e difficoltà alla deambulazione. Valutata dai colleghi dell'area intensivista veniva giudicata idonea per ricovero in ambiente internistico. GCS 14/15 in ingresso. L'anamnesi della signora si caratterizzava per ictus ischemico a sede insulare sx di 3 anni prima, aterosclerosi carotido-vertebrale moderata e diabete tipo 2. In terapia farmacologica con insulina, acido acetil salicilico, ranitidina ed atorvastatina. In regime d'urgenza veniva eseguita una TC Encefalo che escludeva la presenza di lesioni ischemico-emorragiche di fase acuta con sistema ventricolare nei limiti e linea mediana in asse. Dal laboratorio emergeva aumento del TSH e modesto rialzo degli indici specifici di flogosi. Il dosaggio sierico e urinario delle sostanze psicotrope aveva dato esito negativo. Da subito veniva iniziato trattamento dell'ipotermia con infusioni preriscaldate di soluzione fisiologica e glucosata, coperte termiche e dispositivi esterni fonte di calore. La paziente veniva valutata, per il peggioramento clinico progressivo, già in seconda giornata di ricovero, dallo specialista neurologo che metteva in evidenza un quadro clinico caratterizzato da afasia motoria, movimenti involontari rapidi simil mioclonici degli arti superiori e Babinsky bilaterale nel contesto di un quadro atassico-spastico. Si programmava l'esecuzione di un EEG (non anomalie di significato epilettiforme) e l'inizio di una terapia antiepilettica con levetiracetam. La ripetizione della TC Encefalo a distanza di 24 ore non rilevava modificazioni rispetto alla precedente. La paziente subiva in terza giornata un rapido ulteriore declino dello stato neurologico (GCS 7/15) e pertanto si optava per il ricorso alle cure in ambiente intensivo. Intanto gli esami di laboratorio mostravano iniziale aumento della creatinemia, della cpk e della mioglobina come dati nuovi da considerare con un dosaggio del cortisolo circadiano (8-16-24) e dell'acth che mostrava grave insufficienza dell'asse ipofisi-surrene (ipocortisolismo ipocorticotropo). A questo punto è stato necessario iniziare terapia ormonale sostitutiva con mineraloattivi (fludrocortisone acetato) e desametasone che in 5-7 gg riportava la paziente ad uno stato di vigilanza e di miglior controllo dell'ipotermia permettendole l'estubazione e l'inizio di terapie di svezzamento di nuovo in ambiente internistico. Nel contempo il quadro si complicava a causa di una polmonite nosocomiale che ha richiesto ciclo antibiotico empirico protratto. Superato anche il problema infettivo la paziente ha iniziato la rieducazione motoria con difficoltà legate principalmente allo scarso controllo autonomo nei passaggi clino-orto dove l'ipocortisolismo ha inciso in maniera significativa. Con il ristabilirsi del deficit endocrino (migliorato anche il deficit tiroideo) la paziente ha gradualmente

recuperato la cenestesi con risoluzione pressochè completa del quadro neurologico e ripristino della bilancia termica. Veniva dimessa dalla nostra UOC con diagnosi di “Ipotermia severa di origine endocrina secondaria ad ipopituitarismo selettivo latente con ipocorticosurrenalismo ipocorticotropo ed ipotiroidismo subclinico”

Materiali e metodi

Viene presentato un caso clinico descrivendone l' anamnesi, l'esame obiettivo e l'epicrisi. Viene illustrato il ragionamento clinico nell'iter diagnostico che si avvale del ricorso alle indagini strumentali e di laboratorio.

Risultati

Il caso presentato evidenzia come l'ipotemia puo' riconoscere cause endocrine misconosciute e come il trattamento terapeutico convenzionale fallisca se non si mette in atto una strategia volta al recupero della disfunzione endocrina che allo stesso tempo puo' favorire ulteriori complicanze.

Conclusioni

Il deficit dell'asse ipofisi-surrene specie se associato ad ipotiroidismo puo' essere una causa reversibile di ipotermia caratterizzata da sintomi neurologici e neurovegetativi altamente confondenti per il clinico. Il ricorso alle terapie convenzionali per il trattamento dell'ipotermia puo' fallire e portare il paziente all'exitus se non si interviene sul recupero della disfunzione endocrina.

Un caso di SIADH

Cati Graziella, Lamanna Donatella, Mazzi Angela, de Palma Alessandro, Alessandri Massimo
UOC Medicina Interna Colline Metallifere, Massa Marittima

T.F donna di 70 aa

Anamnesi: cardiopatia ischemica post IMA. Sindrome del QT lungo. Diabete mellito. Due pregressi ricoveri per stato soporoso secondario ad iponatriemia.

Motivo del ricovero: dolore addominale.

Esame obiettivo nei limiti. Non segni di ipotensione e/o disidratazione. All' EN: pz soporosa, facilmente risvegliabile, non deficit di lato.

Durante la degenza presenta crisi epilettica con scosse tonico-cloniche e morsicatura della lingua.

Esami di laboratorio:

Emocromo nei limiti. Glicemia 100 mg/dl, NA 119 mEq/l, K 3 mEq/L, Urato 1.3 mg/dl, creatinina 0.57 mg/dl, Azotemia 19 mg/dl, Sodiuria 422 mEq/l 24 h, Osmolarità urinaria 297 mmOsm/L; Osmolarità plasmatica 250 mmOsm/l. Dosaggio di TSH, Ft3, Ft4, cortisolemia, ACTH nei limiti.

Esami strumentali effettuati:

EGA: alcalosi respiratoria

EGC: nei limiti. QTc 0.43 mm/sec

TAC cranio e RMN encefalo: nei limiti

TAC addome e Torace: negative per ETP.

Decorso clinico: progressivo miglioramento clinico dopo riequilibrio elettrolitico ed introduzione in terapia di Levetiracetam.

In considerazione del mancato riscontro di cause paraneoplastiche, neurologiche o ormonali nella genesi della SIADH, concludevamo per SIADH idiopatica.

Veniva effettuata la prescrizione del TOLVAPTAN (SAMSCA) al dosaggio di 15 mg al di.

La SIADH (sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico) rappresenta una causa frequente di iponatriemia la cui eziologia comprende cause neoplastiche, infiammatorie o traumatiche cerebrali, farmacologiche e idiopatiche. Una corretta diagnosi eziologica della SIADH è fondamentale ai fini di una terapia appropriata. Le manifestazioni cliniche dipendono dalla gravità dell'iponatriemia e dalla velocità con cui si instaura; i sintomi neurologici sono riconducibili all'edema cerebrale secondario all'ipotonicità plasmatica (cefalea, letargia, ottundimento, sopore, convulsioni, coma), ma anche una correzione troppo rapida dell'iponatriemia, può portare a complicanze neurologiche fatali. Indipendentemente dall'eziologia, il meccanismo fisiopatologico comune della SIADH è l'aumentata produzione/azione di ADH con conseguente riassorbimento dell'acqua, mediata dall'acqua-porina, a livello dei tuboli collettori e la perdita di sodio. La SIADH si caratterizza da iposodiemia < 135 mEq/L, ipo-osmolalità plasmatica < 275mOsm/kg, sodiuria > di 30-40 mmol/l , iperosmolalità urinaria > 100 mOsm/kg, normale equilibrio acido-base, normale potassiemia, frequente ipo-uricemia, euvoemia, normale funzione renale, surrenalica e tiroidea ed assenza di segni clinici di disidratazione o edema. Una variante clinica della SIADH è la CSW (cerebral salt wasting o sindrome cerebrale da perdita di sali) che oggi viene considerata da numerosi esperti una patologia a se stante con caratteristiche distintive rispetto alla SIADH. Entrambe le patologie sono presenti in pazienti con patologie cerebrali e si caratterizzano per la presenza di ipo-osmolalità sierica, elevata osmolalità urinaria ed elevata escrezione urinaria di sodio. Mentre però



XVI Congresso Regionale FADOI Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale ANIMO Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



nella SIADH si ha uno stato di eu/ipervolemia nella CSW si è in presenza di ipovolemia da deplezione del volume extracellulare è secondaria ad un alterazione del trasporto renale di sodio (renal sal wasting).

Un fegato "giallo"

Digregorio Serena, Burberi Leonardo, Torrigiani Arianna, Corradi Francesco, Innocenti Rinaldo, Morettini Alessandro
Medicina Alta Complessità Assistenziale 2 AOU Careggi, Firenze

Un fegato “giallo”

J. C. di anni 56 accede in DEA per dolore addominale, nausea e vomito, con riscontro agli esami ematici di ipertransaminasemia (GOT 629, GPT 2151) e rialzo degli indici di colestasi (gamma-GT 440) con bilirubina normale. All'ecografia fegato lievemente steatosico in assenza di altre alterazioni di rilievo. Riferisce modico consumo di alcol ai pasti, non assume terapia domiciliare. Riferisce inoltre negli ultimi due mesi episodi saltuari di dolore epigastrico irradiato alla scapola destra e alcuni episodi di prurito (rilievo di IgE elevate). In anamnesi pregressa epatite E e tumore della ghiandola di Bartolino. Quattro mesi prima lo screening per i virus epatite, eseguito a causa del ripetersi nell'ultimo anno di episodi febbrili accompagnati da sintomi gastrointestinali, era nella norma. Per escludere la genesi autoimmune dell'epatite sono stati prelevati gli auto-anticorpi specifici, risultati tutti negativi. Nel tentativo di escludere una patologia delle vie biliari è stata richiesta una colangio-RM, che la paziente non ha potuto eseguire per claustrofobia. Allo scopo di dirimere l'origine dell'epatite e data la persistenza dell'ipertransaminasemia è stata approfondita l'anamnesi prossima, e la paziente ha riferito di avere assunto per circa un mese un prodotto a base di “funghi” consigliato da un fitoterapista cinese, poi sospeso per insorgenza di prurito. Essendo la paziente asintomatica è stata dimessa e ha effettuato controlli seriatî degli enzimi epatici, tornati dopo un mese nella norma. E' stato quindi deciso di soprassedere all'esecuzione di una biopsia, e di attribuire all'epatite una genesi tossica.

Numerose risultano le segnalazioni di effetti tossici, anche a livello epatico, delle erbe medicinali di tradizione asiatica e cinese. La tossicità non è attribuibile con sicurezza solo al principio attivo (epatotossici sono per esempio gli alcaloidi pirrolizidinici presenti in consolida, senecione, farfaraccio, eliotropio, eupatorio, cinoglossa, crotalaria, borragine), ma potrebbe essere dovuta anche alla preparazione scorretta delle materie prime, agli inquinanti presenti nel preparato (metalli pesanti, fitoestrogeni, fitoprogesterone, pesticidi), all'adulterazione con principi attivi farmacologici (cortisone, ecc), o all'interazione con farmaci assunti dal paziente. Risulta essere molto complesso e attualmente del tutto incompleto il monitoraggio delle reazioni avverse da erbe medicinali, per la scarsa conoscenza delle stesse dovuta alla carenza di studi clinici dedicati. Il gruppo di lavoro SIFO (Informazione Scientifica della Regione Toscana) si sta occupando appunto di monitorare i casi di epatotossicità da prodotti erboristici cinesi, dato che non essendovi una chiara legislazione, vi sono in commercio anche prodotti la cui tossicità è misconosciuta (l'erba querciola, il cui commercio è proibito dal Ministero della Sanità, ha determinato 28 casi documentati di epatite acuta di cui 3 fulminanti). Sarebbe auspicabile che la fitoterapia, anziché essere considerata una medicina alternativa, trovi spazio nella medicina tradizionale e venga approfondita durante il percorso di studi di ogni medico.

Un raro tumore dell'esofago.

corbo Lorenzo, blasi eleonora, crociani andrea, florenzi chiara, baroncelli silvia, antonielli elisa, rocchi federica, turchi valerio, pieralli filippo, nozzoli carlo, Medicina Interna e d'Urgenza, AOU Careggi, Firenze

Un uomo di 47 anni è stato ricoverato nel nostro ospedale per coma chetoacidotico. In anamnesi remota aveva un diabete mellito di tipo 1 con scarsa aderenza terapeutica. Il paziente è stato trattato con ventilazione invasiva, supporto aminico, terapia insulinica. Dopo la stabilizzazione dello stato clinico, agli esami ematici abbiamo riscontrato anemia normocitica (7,7 g/dl) con un'elevata conta dei reticolociti. Aptoglobina, LDH e bilirubina erano nel range di normalità. Abbiamo effettuato un'esplorazione rettale, negativa per sangue o melena. Per la persistenza dell'anemia abbiamo eseguito un'esofagogastroduodenoscopia con riscontro nell'esofago prossimale di una lesione sessile di circa 6 cm con un'erosione superficiale. L'esame istopatologico ha rivelato un tumore di Abrikossof.

I tumori di Abrikossof, o tumori a cellule granulari, sono dei tumori di origine neuroectodermica rari e di solito benigni (maligni nel 2% dei casi). Il tumore si presenta spesso come un piccolo nodulo nel tessuto sottocutaneo. La maggior parte dei pazienti hanno tra i 40 e i 60 anni al momento della diagnosi che spesso è incidentale, essendo il tumore perlopiù asintomatico. La maggior parte dei tumori di Abrikossof sono a carico della lingua, ma sono stati descritti anche a carico di pelle, esofago, laringe, stomaco, vie biliari e apparato genitale. L'esofago è una localizzazione rara: ciò porta spesso a confondere tale tumore con un carcinoma a cellule squamose, specialmente quando si presenta con iperplasia pseudoepiteliomatosa dell'epitelio squamoso sovrastante. La terapia è conservativa o endoscopica; la rimozione è indicata se il tumore è grande, sintomatico o se presenta ulcerazioni di superficie, che sono un fattore di rischio per malignità. Nel nostro caso dopo la rimozione endoscopica l'esame istologico ha mostrato la resezione completa di un tumore a cellule granulari benigno.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Sezione N

Organizzazione e Clinical Governance

Il 2 A in High care medica a Pescia.

Tommasi Eleonora, Alessandrì Antonio, Bazzini Cristina, Chiti Irene, Gentili Roberta, Maestripietri Vanessa, Panigada Grazia
U.O. Medicina Interna, Pescia

E' dimostrato che circa il 10% dei pazienti ricoverati in High care Medica hanno maggiore instabilità clinica e complessità assistenziale della media e pertanto necessitano di più intensa sorveglianza, con assorbimento di maggiori risorse. In Azienda Toscana centro è in fase di attuazione nelle degenze del dipartimento specialistiche mediche, un area definita 2 A in cui concentrare tali pazienti e dove allocare adeguate dotazioni strumentali e di personale. I pazienti da assegnare al setting 2 A non sono i pazienti non devono presentare gravi insufficienze d'organo che necessitino di ricovero in area critica. Tipici pazienti da 2 A sono quelli con ictus in fase acuta, con insufficienza respiratoria con necessità di ventilazione non invasiva (NIV), con instabilità clinica definita dai valori di NEWS > 5, con alto carico assistenziale identificato con punteggi di IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale) e di ICA (Indice di Complessità Assistenziale) <7 (o la cui somma risulti <14) integrati dal giudizio clinico e quelli che per la patologia o per le terapie in atto necessitano di un elevato grado di sorveglianza clinica ed infine i pazienti in step-down dal livello superiore.

Nel High care medica dell'ospedale di Pescia l'area 2 A con caratteristiche multidisciplinari è già presente da alcuni anni e comprende 8 posti letto con disponibilità di 6 monitor multiparametrici con traccia elettrocardiografica di cui 4 posti letto dedicati ad Area Stroke. Scopo del presente lavoro è valutare l'appropriatezza d'uso dei letti 2 A in base alle caratteristiche dei pazienti in termini di instabilità, complessità, dipendenza, carico diagnostico/terapeutico ricoverati consecutivamente in 2 mesi (Giugno-luglio 2017) e definire le competenze da implementare nel personale.

Di tutti pazienti sono stati calcolati: provenienza, dati anamnestici, diagnosi di dimissione, procedure invasive, NEWS, IDA e ICA all'ingresso, dati di monitoraggio dei parametri vitali, impegno in termini diagnostico-terapeutici.

In 2 mesi estivi sono stati ricoverati nel 2 A 38 pazienti (M47%), età media 72 anni, degenza media di 8±6 giorni e mortalità totale di 2.6%. L' 89% proveniva dal DEU, 3 pazienti dalla terapia intensiva e 1 da altro ospedale. I pazienti presentavano multiple comorbilità (il 34% presentava almeno 3 comorbilità). I 18 pazienti con stroke avevano NIHSS variabile da 3 a 10, 1 paziente è stato sottoposto a trombolisi endovena, nel 24% si è attuata la riabilitazione precoce. Dei pazienti con insufficienza respiratoria (n=7, 1 era affetto da fibrosi, 3 da BPCO riacutizzata e 3 da polmonite) 2 erano già in ossigenoterapia domiciliare; la NIV è stata necessaria per 5 pazienti, in 1 paziente si è reso necessario il drenaggio toracico. Altre cause di ricovero erano embolia polmonare (n=2), politrauma (n=2), sepsi (n=2), intossicazione farmacologica (n=2), scompenso cardiaco (n=1), iponatremia (n=1), insufficienza renale acuta.

24 pazienti hanno effettuato almeno un esame ultrasonografico. Il 52.6% dei pazienti ha effettuato una terapia antibiotica, il 73% profilassi antitrombotica con EBPM, il 63% inibitori di pompa e il 23% benzodiazepine, in 1 paziente è stata necessaria l'infusione di amine.

I nostri dati confermano l'utilità di letti di 2 A in High Care medica. L'appropriatezza dei ricoveri, pur non ottimale, è risultata globalmente buona.

Le competenze dell'internista tutor del 2 A oltre che cliniche in senso lato e relazionali devono essere flessibili, spaziare dal management dello stroke, all'uso degli ultrasuoni e alle procedure



XVI Congresso Regionale FADOI Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale ANIMO Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



invasive. Anche il personale infermieristico deve potenziare i suoi strumenti dalla coscienza dalle scale neurologiche per lo stroke alla gestione della NIV.

CHOOSING WISELY – SLOW MEDICINE: un progetto per l'appropriatezza e l'umanizzazione delle cure.

Parca Gino, Dei Simona, Migliacci Rino, Patrussi Lia
Medicina Interna, Ospedale di Arezzo

Nonostante sia universalmente riconosciuto che la medicina debba basarsi su prove scientifiche di efficacia e sicurezza, è ben noto come molti esami e trattamenti largamente diffusi nella pratica medica non siano utili per i pazienti e possano talora rivelarsi anche dannosi. Nel 2010 Howard Brody sottolineava la responsabilità etica di tutti i medici nei confronti della sostenibilità del sistema sanitario e lanciava la proposta che ogni società scientifica creasse "The Top Five List", una lista di cinque test diagnostici o trattamenti che, pur spesso utilizzati, secondo prove scientifiche di efficacia non apportavano benefici significativi ai pazienti. Sempre nel 2010 Grady nella serie di articoli "Less is more" (Archives of Internal Medicine) insisteva sulla necessità di confutare il mito che "fare di più è sempre fare meglio". Nel 2012 l'American Board of Internal Medicine lanciava l'iniziativa Choosing Wisely, con l'obiettivo di ridurre l'uso eccessivo di test e procedure a favore di scelte cliniche più appropriate. Più di 60 società scientifiche americane hanno aderito all'iniziativa, individuando elenchi di pratiche comuni che dovrebbero essere messe in discussione da operatori sanitari e pazienti.

Riprendendo tale esperienza, e collaborando con il movimento italiano Slow Medicine, nel maggio 2015 la nostra azienda ha intrapreso un cammino per migliorare qualità e sicurezza dei servizi, attraverso l'individuazione e riduzione di esami diagnostici e trattamenti che -secondo le conoscenze scientifiche disponibili- non apportano benefici significativi, possono invece essere fonte di rischi, e non rappresentano un buon uso delle risorse. Inoltre, per uscire da un riduzionismo tecnologico e tendere ad una umanizzazione delle cure, altrettanto importante è la valorizzazione del rapporto medico-paziente, anch'esso fondamentale per migliorare qualità e sicurezza delle cure

I nostri interventi per procedere sulla strada della appropriatezza ed umanizzazione delle cure

- 1) Stesura di una Delibera aziendale (n. 242 del 13/5/2015) con cui è stato ratificato il progetto, costituito un gruppo di lavoro e definito un cronoprogramma
- 2) Creazione di TOP FIVE LISTS dipartimentali. I professionisti delle varie discipline sono stati chiamati ad individuare una loro propria TOP FIVE, relativa alla personale area di competenza, e a condividerne le modalità di implementazione nelle varie realtà operative
- 3) Eventi formativi a livello dipartimentale ed aziendale (con coinvolgimento in più occasioni dei MMG e dell'Ordine dei Medici di Arezzo, Siena, Grosseto) e condivisione di esperienze con la Rete nazionale di Slow Medicine (a Cuneo, Siena, Grosseto, Roma, Torino, L'Aquila)
- 4) Sondaggio su piattaforma informatica, rivolto a tutti gli operatori, per valutare i livelli di conoscenza e interesse, promuovere l'iniziativa ed avere dagli stessi operatori eventuali suggerimenti su come procedere
- 5) Incontri con le associazioni di cittadini
- 6) Adesione alla Rete Nazionale OSPEDALI e TERRITORI SLOW, con l'obiettivo di discutere e condividere le indicazioni di appropriatezza fra MMG e specialisti
- 7) Sviluppo della campagna "Buongiorno io sono" rivolta ad una attenzione agli aspetti di relazione con i pazienti. E' la versione italiana di quella lanciata in Inghilterra da Kate Granger, dottoressa trentunenne che si è ammalata di cancro e dopo aver incontrato colleghi che non solo non le



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



dicevano come si chiamavano ma non la guardavano neanche negli occhi ha lanciato la campagna “Hello my name is”. Presentarsi per facilitare l'individuazione del professionista e consentire a pazienti e familiari di fare le richieste giuste alla persona giusta. Per ridurre quel disorientamento che è fra i principali motivi di disagio per i pazienti che entrano negli ambienti sanitari. Per sottolineare attenzione nei confronti dell'altro e disponibilità a una relazione

Per quanto riguarda le prime valutazioni di impatto, abbiamo analizzato consapevolezza ed attitudini degli operatori con i dati provenienti dal sondaggio “Test, procedure, terapie a rischio di inappropriately: cosa ne pensano gli operatori sanitari? Il problema, le cause, le soluzioni” ed abbiamo valutato l'impatto del progetto nella pratica clinica a proposito sia dell'impiego degli esami di laboratorio in pazienti ricoverati, sia del corretto utilizzo del cateterismo vescicale e del buon uso del sangue (dati ancora preliminari per queste ultime due pratiche). Con un approfondimento particolare della raccomandazione “non richiedere test diagnostici/esami ematochimici ad intervalli regolari ma in risposta a precisi quesiti clinici” è stato creato un gruppo di lavoro del Dipartimento di Medicina dell'Area Aretina (5 UOC; 6.406 ricoveri nel 2016) che ha prodotto un documento condiviso comprendente sia le strategie di implementazione che la revisione di un gruppo di esami di laboratorio il cui uso era stato giudicato per lo più inappropriato. Il percorso di condivisione e di formazione si è concluso alla fine del 2015. Per valutare l'impatto del progetto sulla pratica clinica è stato confrontato il numero di esami di laboratorio del 2016 (post-intervento) rispetto agli anni 2014 e 2015, corretto per il numero di ricoveri. Il numero di esami di laboratorio totali è risultato in calo non significativo nel 2015 rispetto al 2014 (-4% degli esami totali), a dimostrazione di una stabilità delle abitudini prescrittive dei clinici prima dell'intervento. Nel 2016 si è osservata una riduzione media del numero di esami del 22% (variabile da -29% a -16% ma significativa per tutte le UOC) con una riduzione in valore assoluto di 43.496 esami). Parimenti, il numero di esami per paziente si è ridotto in valore assoluto (-6,8, da 32,1 a 25,3), nel 2016 rispetto al 2015.

Questi dati mostrano come, con un intervento strutturato, gli internisti coinvolti nel progetto si siano convinti che “fare più esami non significa fare meglio” ed abbiano modificato significativamente l'appropriatezza delle richieste di esami di laboratorio. La riduzione è stata ottenuta in tutte le strutture coinvolte, dato che suggerisce la riproducibilità dell'esperienza in altri contesti, nei quali l'appropriatezza nell'impiego del laboratorio non sembra essere superiore a quella della Medicina Interna.

La raccolta ed il monitoraggio dei dati proseguiranno anche nell'anno corrente, saranno estesi anche ad altre pratiche e valuteranno la durata nel tempo dell'azione di miglioramento. La scommessa del progetto Choosing Wisely-Slow Medicine è quella di modificare una cultura, sia dei professionisti che dei cittadini, che troppo spesso porta a pensare che “fare di più” significa fare meglio” e troppo spesso porta a sostituire la relazione di cura con la prescrizione di esami e di farmaci.

Attraverso l'individuazione di referenti, la partecipazione dei cittadini e lo sviluppo di una formazione permanente sui temi dell'appropriatezza, stiamo proseguendo una serie di attività per allineare le conoscenze degli operatori sulle basi della Slow Medicine e per definire e condividere i contenuti di una rete per l'appropriatezza e l'umanizzazione delle cure

**Test, procedure, terapie a rischio di inappropriately: cosa ne pensano gli operatori sanitari ?
Il problema, le cause e le soluzioni. Risultati di un questionario rivolto al personale sanitario
ospedaliero e ai medici di medicina generale.**

Parca Gino, Dei Simona, Falsini Giovanni, Migliacci Rino, Patrussi Lia
Medicina Interna, Ospedale di Arezzo

E' stato realizzato un questionario conoscitivo indirizzato agli operatori sanitari, volto ad indagare cosa essi pensino relativamente alle procedure e/o test inappropriati nel sistema sanitario, sulle cause del problema e sulle eventuali soluzioni.

Lo studio è stato effettuato nel periodo maggio-luglio 2016 mediante un modulo online inviato a tutto il personale sanitario ospedaliero della ASL Sud Est Area Aretina e ai MMG.

Risultati

Al questionario hanno risposto 377 sanitari (135 medici, di cui 114 ospedalieri e 21 MMG, 173 infermieri/ostetrici, 17 ausiliari e 40 tecnici. 370 (98,1%) hanno completato il questionario, 7 (1,8%) sanitari hanno risposto di non volere effettuare il questionario.

1) La percezione del problema dei test/procedure inappropriate: I medici intervistati pensano nel 60% dei casi che i test/procedure inappropriate costituiscano un serio problema nel sistema sanitario nazionale. Il 47% dei medici ricevono almeno una richiesta di esami inappropriate alla settimana da parte dei pazienti; l'11 % ricevono tali richieste ogni giorno mentre il 25% ricevono tale richiesta raramente.

Quando il medico non prescrive al paziente l'esame richiesto perché ritenuto non appropriato il paziente generalmente accetta l'indicazione del medico; nel 24% dei casi il paziente non concorda o concorda raramente con il punto di vista del medico.

2) Le cause: Le motivazioni che spingono i medici a prescrivere comunque test inappropriate ai pazienti principalmente dipendono da insicurezza del medico (39%) o dal timore di malpractice (21%); il 12% perché non ha tempo sufficiente da dedicare a convincere il paziente.

3) Le soluzioni: La maggior parte dei medici considera di essere nella posizione migliore per risolvere il problema anche con la collaborazione dei pazienti, che da soli non sono nella condizione di risolvere il problema. Solo il 19% ritiene che spetti alle aziende sanitarie affrontare il problema; nessuno considera il ruolo di terze parti (industrie farmaceutiche, assicurazioni, avvocati).

I medici ritengono nel 34% che avere più tempo disponibile per discutere con i pazienti le varie alternative possa ridurre il ricorso a procedure inappropriate; il 32% ritiene che sia utile avere a disposizione specifiche raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche e realizzate con un linguaggio facilmente comprensibile. Come soluzioni, gli infermieri e le altre figure professionali sanitarie pensano soprattutto che servano specifiche raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche (47%) per contenere il problema degli esami inappropriate.

4) Le iniziative: I medici nel 72% dei casi conoscono l' iniziativa Choosing Wisely, rispetto al 42% degli infermieri e al 40% di altre figure professionali. Però la partecipazione ad iniziative relative al progetto Choosing Wisely non è stata ottimale: del 49% per i medici, del 30% per gli infermieri e del 22% per le altre figure professionali.

Conclusioni

I medici intervistati riconoscono chiaramente il problema degli esami/procedure/terapie inappropriate e ritengono di essere nella posizione ideale per affrontare il problema. L'indagine indica che i medici non attribuiscono la responsabilità degli esami inappropriate ai



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



pazienti, la principale causa del problema sembra essere il timore che i medici hanno di essere coinvolti in questioni di malpractice e dalla necessità di rassicurare se stessi. Soluzioni per risolvere il problema sono considerate avere più tempo a disposizione per spiegare ai pazienti le alternative possibili e avere a disposizione specifiche raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche relative ad esami/test/procedure a rischio di inappropriatelyzza. La partecipazione alle iniziative aziendali sulla Choosing Wisely è risultata bassa per tutte le figure professionali coinvolte.

I numeri da ricordare:

Il 60 % dei medici ritiene che la frequenza dei test e procedure non necessarie sia un serio problema

Il 58 % dei medici dicono che i loro pazienti richiedono un test inappropriato almeno una volta alla settimana

Il 68 % dei medici ritiene di avere grande responsabilità nel rassicurare i pazienti che non eseguono il test non appropriato

Dal 13 al 69 % dei medici dice che, persino sapendo che il test non sia necessario, finisce per prescrivere il test se il paziente insiste

L' 81 % dei medici ritiene di essere nella posizione ottimale (anche con l'aiuto dei pazienti) per affrontare e risolvere il problema dei test/procedure inappropriate



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana

Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Sezione O

VARIE



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Il Day service: un ponte tra ospedale e territorio per la Medicina Interna in Valdinievole

Giovannetti Roberto, Bazzini Cristina, Cappellini Elisabetta, Chiti Irene, Denaro Valentina, Maestripieri Vanessa, Teghini Laila, Panigada Grazia.
Medicina Interna Ospedale di Pescia

Il Day Service è un modello organizzativo di attività specialistica ambulatoriale programmabile che comporta l'attivazione di interventi coordinati e interdisciplinari centrati su un problema clinico definito di nuova insorgenza o legato ad una patologia cronica nota. Tale modello prevede la presa in carico globale del problema clinico presentato dal paziente ed è finalizzato non solo all'inquadramento diagnostico ma anche alla gestione terapeutica ambulatoriale del paziente. Il day service si propone quindi come una forma alternativa al ricovero ospedaliero, volta a migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, ridurre i tempi di diagnosi e i ricoveri inappropriati. I pazienti possono provenire direttamente dal territorio inviati dal MMG con metodologia facilitata, dal DEU quando il ricovero non sarebbe appropriato, ma è necessario completare il percorso diagnostico terapeutico in tempi brevi o eseguire un follow-up complesso ravvicinato o nel post dimissione quando sia necessaria la pianificazione di un approfondimento di problematiche nel breve periodo.

L'attività di Day Service nella nostra realtà è già funzionale da molti anni ed è garantita attraverso uno spazio fisico dedicato con adeguata strumentazione (recentemente rinnovato), un case manager infermieristico per la programmazione delle attività, gestione appuntamenti tramite liste cup e slot riservati, un medico tutor internista dedicato in considerazione della numerosità e della tipologia di accessi da reparti di degenza, da DEU o da territorio con problematiche internistiche o non definite, la necessità del contenimento dei ricoveri per questa specialistica, e del contenimento della durata della degenza; un personale infermieristico dedicato. Attualmente le attività si svolgono in orario diurno prolungato cinque giorni su sette. È mantenuta la multidisciplinarietà per le specialistiche presenti con tutoraggi specifici.

Nei primi 6 mesi del 2017 sono stati attivati 303 percorsi di Day service: 90 pazienti inviati dai MMG, 96 dal DEU e 119 in post ricovero.

La casistica trattata è risultata di 129 pazienti con patologie cardiovascolari (ischemie cerebrali transitorie, tromboembolismo venoso, ischemia critica degli arti inferiori, scompensi cardiaci, ipertensione arteriosa resistente); 101 pazienti per la diagnosi e terapia delle anemie; 41 pazienti con problematiche infettive (osteomieliti, endocarditi, polmoniti per prolungamento di terapie o follow-up ravvicinati); 15 pazienti per la diagnosi e la cura di malattie reumatologiche. I percorsi di Day service hanno permesso di effettuare 17 diagnosi di neoplasie in pazienti inviati per completamenti diagnostici complessi.

La nostra consolidata esperienza conferma l'utilità di questa modalità gestionale, la soddisfazione degli utenti e del personale. Forte è l'auspicio di un costante incremento di questa attività e la diffusione in tutte le realtà ospedaliere.

Incremento del rischio di frattura e della mortalità conseguente a frattura nei pazienti con diabete mellito tipo 2 rispetto ai soggetti non diabetici

Alessandri Mario, Patti Aurora, Picchioni Tommaso, Merlotti Daniela, Caffarelli Carla, Francolini Valentina, Gonnelli Stefano, Nuti Ranuccio, Dotta Francesco, Gennari Luigi
Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

Osteoporosi e diabete sono patologie metaboliche croniche la cui incidenza globale è in costante aumento, entrambe si associano spesso ad un peggioramento della disabilità dell'individuo e della mortalità, soprattutto in relazione all'invecchiamento generale della popolazione. Le due malattie sono inoltre strettamente correlate anche da un punto di vista fisiopatologico, condividendo molti meccanismi molecolari di danno e influenzandosi reciprocamente.

Lo scopo di questo studio è quello di approfondire il rapporto tra diabete e metabolismo osseo, valutando in particolare gli effetti della patologia sui parametri scheletrici e sul rischio di frattura nella casistica dello studio epidemiologico Siena Osteoporosi (n=1106) paragonata alla coorte di pazienti diabetici della stessa area geografica (n=1537) afferenti allo studio multicentrico RIACE (Renal Insufficiency And Cardiovascular Events study).

Sono state valutate le variazioni nei parametri densitometrici, nei TBS (Trabecular Bone Score) e nei marcatori biochimici del metabolismo osseo misurati a livello basale nei pazienti diabetici e non diabetici della coorte Siena Osteoporosi; l'incidenza di fratture osteoporotiche nei pazienti diabetici e non diabetici della coorte Siena Osteoporosi, valutata longitudinalmente nell'arco di circa 10 anni; l'incidenza di fratture osteoporotiche nei pazienti diabetici della coorte senese dello studio multicentrico RIACE, valutata longitudinalmente nell'arco di circa 10 anni; gli effetti delle fratture da fragilità sulla mortalità e sulle cause di morte nei pazienti diabetici e non diabetici delle due coorti (Siena Osteoporosi e RIACE)

I dati emersi dallo studio hanno dimostrato un significativo incremento dell'incidenza di fratture da fragilità nei pazienti diabetici rispetto ai non diabetici (RR 1,84; 95% CI 1.5-1.2; $p < 0.00001$). Come atteso i pazienti con frattura presentavano un aumento significativo della mortalità a 10 anni rispetto ai soggetti senza frattura. Tale incremento era comunque notevolmente superiore nei pazienti diabetici rispetto ai non diabetici (30% vs. 10%; $p < 0.0001$). Analizzando in dettaglio la mortalità per sede di frattura, i pazienti diabetici presentavano un tempo relativo di sopravvivenza successivo a frattura notevolmente ridotto rispetto ai pazienti non diabetici che subivano una frattura osteoporotica, con una differenza statisticamente significativa per tutte le fratture ed in particolare per le fratture del collo femorale e per le fratture vertebrali. I pazienti diabetici, inoltre, si fratturavano con livelli di densità minerale ossea significativamente maggiori rispetto a quelli dei soggetti non diabetici con frattura, spesso al di sopra della soglia diagnostica per l'osteoporosi.

Complessivamente, i risultati del nostro studio confermano su casistiche prospettiche che i pazienti diabetici presentano una maggiore incidenza di fratture da fragilità rispetto ai soggetti non diabetici di pari età e dimostrano per la prima volta che la mortalità conseguente a frattura osteoporotica è notevolmente maggiore nel paziente diabetico. Alla luce di questi risultati e di quanto emerso dalla recente letteratura sulla salute ossea nel diabete possiamo concludere che la fragilità scheletrica rappresenta una nuova e temibile complicanza cronica del diabete mellito, che non può essere trascurata e che necessita pertanto di essere diagnosticata e trattata al fine di migliorare la qualità della vita e l'aspettativa di vita del paziente diabetico.

Le complicanze scheletriche nei pazienti trapiantati di polmone: studio longitudinale

Alessandri Mario, Caffarelli Carla, Tomai Pitinca, Maria Dea, Picchioni Tommaso, Carrai Paolo, Gonnelli Stefano, Rottoli Paola, Nuti Ranuccio
Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

È noto da anni che il trapianto è diventato un concreto ed efficace approccio terapeutico per molte patologie terminali d'organo, quali quelle di rene, cuore, fegato, polmone e pancreas, nonché per molti pazienti affetti da patologie ematologiche. Tuttavia, è ben noto che il trapianto d'organo può essere gravato da diverse complicanze cliniche, tra le quali l'osteoporosi è una delle più frequenti e rilevanti. Gradi diversi di fragilità ossea sono spesso presenti già prima del trapianto, in relazione alle diverse alterazioni del metabolismo scheletrico che caratterizzano la malattia di base. Si stima che oltre il 10% dei pazienti possa presentare fratture prima del trapianto. Tuttavia, la percentuale di pazienti con osteoporosi e fratture cresce in modo drammatico dopo il trapianto. Il trapianto di cuore e di polmone sembrano essere le tipologie maggiormente gravate dal rischio di fratture osteoporotiche, potendo raggiungere oltre il 50% e fino al 35% dei pazienti, rispettivamente. Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare i parametri densitometrici prima e dopo un anno dal trapianto di polmone.

In 16 soggetti (10 maschi e 6 femmine) con un'età compresa tra 30 e 65 anni (età media: 52.8 ± 9.4 anni) sottoposti a trapianto di polmone abbiamo misurato la BMD a livello lombare (BMD-LS), e a livello femorale (collo femorale: BMD-FN, femore totale: BMD-FT) con metodica DXA (Prodigy, GE Lunar, USA). In tutte abbiamo valutato la calcemia, la fosforemia, creatinina, fosfatasi alcalina, l'isoenzima osseo della fosfatasi alcalina (B-ALP), il paratormone (PTH), la 25-idrossi-vitaminaD (25OHD). Tutti i soggetti avevano effettuato una misurazione prima di effettuare il trapianto di polmone ed una misurazione almeno 12 mesi dopo il trapianto. Inoltre, prima di sottoporsi al trapianto, il 25% dei soggetti aveva valori di T-score compatibili con osteoporosi, il 43% con osteopenia, ed il 32% aveva valori nella norma. Inoltre il 31 % dei soggetti presentava una frattura vertebrale.

La valutazione densitometrica effettuata dopo 12 mesi dal trapianto di polmone, ha mostrato valori di BMD ridotti a livello di tutti i siti scheletrici, raggiungendo però la significatività statistica solo a livello della sottoregione del femore totale ($p < 0.05$).

Inoltre 7 soggetti (44%) hanno presentato una nuova frattura vertebrale nei 12 mesi successivi al trapianto di polmone.

In conclusione, i nostri dati evidenziano come l'osteoporosi rappresenti una complicanza frequente e particolarmente severa del trapianto di polmone, ed in particolare che tende a manifestarsi nell'immediato periodo post-trapianto. La malattia di base e la terapia immunosoppressiva rappresentano i principali fattori responsabili della malattia ossea, una valutazione precoce può contribuire ad iniziare un trattamento precoce e ridurre le conseguenze cliniche.



XVI Congresso Regionale
FADOI Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20-21 ottobre 2017

XII Congresso Regionale
ANIMO Toscana
Firenze
Conference Florentia Hotel
20 ottobre 2017



Se complesso è il parente (ovvero dell'angiogenesi ovvero del lupus)

Di Natale Massimo Edoardo, Guarducci Lorenzo, Giani Alessandra, Bracali Ilaria, Bertoni Michele, Calabrese Emanuele, Foschini Alice, Lotti Pamela, Martini Roberto, Restuccia Tea, Risaliti Filippo, Zanieri Samanta.

U.O. Medicina Interna 2 - Ospedale Santo Stefano Prato

Caso clinico: uomo di 89 anni ricoverato per insufficienza respiratoria cronica riacutizzata da broncopolmonite dx in BPCO, deceduto dopo 13 giorni di degenza. Dimesso 6 giorni prima da altra SOC con diagnosi di: "Ictus cerebri ischemico cardioembolico in soggetto con f.a. portatore di bioprotesi valvolare mitralica. Encefalopatia vascolare cronica con decadimento cognitivo di grado severo, totale dipendenza ADL/IADL e s. da immobilizzazione cronica".

Frequenti infezioni polimicrobiche delle vie urinarie in portatore di CV a permanenza. Litiasi della colecisti complicata da colecistite acuta con fistola colecisto-colica. Malattia diverticolare del colon sn con episodi di emorragia digestiva in corso di terapia antiaggregante.

N. 12 ricoveri ospedalieri negli ultimi 10 anni.

Il figlio che ha nel suo curriculum, tra l'altro, la frequenza del I anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia circa 30 anni fa e che si diletta con "aggiornamenti" bibliografici continui, ha presentato questo documento con Sintesi anamnestica, considerazioni cliniche nonché direttive diagnostiche:

"30-06-2017

12-2004 CA 19-9 leggermente superiore alla norma. Andamento esponenziale sul lungo periodo senza importanti riduzioni spontanee.

PTT superiore alla norma 03-2006. Lupus Anticoagulant documentato 01-2004, resistenza alla proteina C attivata non determinabile per tempo di coagulazione basale allungato 12-2002. CA 19-9 fortemente ridotto (temporaneamente con l'uso di un integratore con azione antiangiogenetica.

Nel corso degli ultimi 10 anni si sono verificati diversi episodi di infezioni sintomatiche (3 o 4 alle vie urinarie, 2 polmoniti) o asintomatiche (torbidità delle urine) e la colecistite acuta (infettiva?) documentata da TC ad aprile 2017 e risolta spontaneamente, in un quadro di BPCO e bronchiectasie e colonizzazione da Pseudomonas Aureoginosa (documentata 01-2013).

In alcune circostanze, senza sintomi o prima della seconda polmonite o durante la recente colecistite, si sono osservate alterazioni degli esami del sangue del tipo aumento dei neutrofili (e quindi dei leucociti totali) della PCR (talvolta anche della VES) e riduzione del ferro. ...(continua)"

"...(continua)

Ad inizio 2016 necessità di incremento di uso di cortisone orale e diuretico per difficoltà respiratorie, sensazione di pienezza al momento di mangiare e desiderio di togliersi i vestiti, con netto miglioramento dopo l'uso dell'antiangiogenetico. La necessità di uso più frequente del cortisone orale negli ultimi mesi non ha risposto a ripetuto uso dello stesso prodotto, probabilmente perché la causa dello stato infiammatorio era diversa. Tuttavia si sono osservati a marzo ed aprile valori del PTT poco superiori alla norma. Il Ca 19-9 è rimasto elevato, ma in questo caso poteva essere di origine infiammatoria. Nelle ultimissime settimane l'uso del cortisone orale si era sensibilmente ridotto.

Durante la fase della colecistite si sono osservati problemi cognitivi crescenti, ma successivamente un periodo decisamente migliore.

Una recente torbidità delle urine si è risolta (del tutto?) spontaneamente con esame colturale negativo.

Una riduzione del desiderio di mangiare si è manifestata con l'inizio del caldo intenso. Appare evidente che uno stato infiammatorio generale dovuto ai frequenti episodi infettivi influisce molto negativamente a livello mentale. Si tratta di vedere se uno di essi è attualmente in atto. Un minor appetito potrebbe anche essere dovuto a questo. Si tratta di verificare se i più bassi livelli di PTT persistono con un basso livello di CA 19-9 non infiammatorio, chiedendosi pure se più alti livelli di PTT dovuti al LA non siano in realtà protettivi contro episodi tromboembolici.”

Qualche giorno dopo il decesso del padre, il soggetto si è presentato a colloquio con il Medico Tutor per chiedere se facessimo la relazione clinica di degenza anche in caso di decesso dei pazienti.

Forse in questo caso avremmo dovuto farla, ma non certo per il povero padre!

STUDIO DELLA FUNZIONE ENDOTELIALE ATTRAVERSO TONOMETRIA ARTERIOSA PERIFERICA IN UNA POPOLAZIONE AFFETTA DA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA.

Cioni Gabriele, Corbo Lorenzo, Crociani Andrea, Zaccagnini Giacomo, Antonielli Elisa, Baroncelli Silvia, Para Ombretta, Bacci Francesca, Pieralli Filippo, Nozzoli Carlo
Università Firenze, Careggi

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è associata alla patologia vascolare, principale causa di morte tra i pazienti con alterata funzionalità polmonare. Questa associazione è determinata in parte dai fattori di rischio in comune (primo tra tutti il fumo) ed in parte dall'infiammazione cronica causata dalla patologia. La tonometria arteriosa periferica (PAT) (EndoPAT™), che misura la risposta iperemica endoteliale all'ischemia come indice di iperemia reattiva (RHI), è una tecnologia non invasiva che offre una registrazione pletismografica battito per battito dell'onda pulsatoria arteriosa digitale attraverso sonde pneumatiche.

In questo studio abbiamo valutato la PAT, come indice di aterosclerosi subclinica, in una popolazione affetta da BPCO, asintomatica per malattia aterosclerotica.

La PAT è stata indagata in 24 pazienti affetti da BPCO [M 20, F 4; età: 73 (51-87) aa] di grado moderato-severo, clinicamente stabili, in sola terapia inalatoria, e 30 controlli [M 13, F 17; età 64,5 (52-81) aa]. In relazione al profilo di rischio vascolare, 9 pazienti (37,5%) erano dislipidemici (4 in terapia con statine), 14 ipertesi (58,3%), 14 ex fumatori (58,3%) e 7 fumatori (29,2%).

La PAT è stata indagata in 24 pazienti affetti da BPCO [M 20, F 4; età: 73 (51-87) aa] di grado moderato-severo, clinicamente stabili, in sola terapia inalatoria, e 30 controlli [M 13, F 17; età 64,5 (52-81) aa]. In relazione al profilo di rischio vascolare, 9 pazienti (37,5%) erano dislipidemici (4 in terapia con statine), 14 ipertesi (58,3%), 14 ex fumatori (58,3%) e 7 fumatori (29,2%).

I risultati di questo studio mostrano che nei pazienti con BPCO di grado moderato è presente una disfunzione endoteliale non correlata ai classici fattori di rischio cardiovascolare. L'elevata prevalenza di disfunzione endoteliale può spiegare l'associazione epidemiologica tra BPCO e malattia cardiovascolare. Lo studio della funzione endoteliale, metodica non invasiva, rapida e di semplice esecuzione, può rappresentare uno strumento per identificare fra i soggetti BPCO asintomatici, quelli a più alto rischio di malattia cardiovascolare.

Real life use of edoxaban: preliminary data on prescription, efficacy and safety

Moroni Federico, Grifoni Elisa, Vannucchi Vieri, Seravalle Cristiana, Pallini Francesca, Pesci, Alessandra, Imbalzano Letizia, Ristori Francesca, Cimolato Barbara, Masotti Luca, Landini Giancarlo
UO Medicina Interna Ospedale Santa Maria Nuova Firenze

Edoxaban has been recently introduced in the Italian market as once a day Direct Oral AntiCoagulant (DOAC) for the prevention of stroke and systemic embolism in atrial fibrillation patients. It is available as a 60 and 30 mg pills; the lower dosage should be prescribed to patients having a body weight lower than 60 Kg or in patients with creatinine clearance between 50-15 ml/min

Although the clinical edoxaban use is largely based on the results of the clinical trial ENGAGE AF-TIMI 48 (New Eng J Med 2013), there is a need of information regarding appropriate prescription, safety and efficacy in unselected patients treated in the real life clinical practice. We evaluated 111 patients treated with edoxaban and admitted in 2 internal medicine units in Tuscany region

50 of the 111 patients were males and the group had a median age of 85 (79-88). CHA2DS2-VASc was 4.9 ± 1.4 , HAS-BLED was 2.77 ± 0.56 (means \pm SD). Edoxaban dose prescribed was 60 mg/day for 50 and 30/day mg for 61 patients. We observed that doctors prescribed the higher dose to relatively younger patients (average age 82.4 ± 7) while the lower dose was prescribed to older patients (85.4 ± 10 ; $p < 0.05$). We also noticed that the higher dosage was preferentially prescribed to subject with lower HAS-BLED. The average HAS-BLED for patients treated with 60 mg/day was 2.4 ± 0.13 and the for those treated with 30mg/day was 2.9 ± 0.16 $p < 0.005$. A retrospective evaluation of patients data (clearance creatinine and body weight) showed that the dose was not appropriate in 28 patients. In 20 of them the dose was lower and in 8 was higher than that recommended. However, during the ambulatory follow up the doses in excess were corrected and only one patient of this group had a minor bleeding. Bleeding occurred in 10 (9%) patients; 4 of them required indefinite and 2 temporary suspension, while the remaining required no modification of the dose. Only one venous thrombotic event due to an inappropriate drug suspension was observed during follow up. In this period 15 (14%) patients died because of unrelated causes and 1 death occurred because of a traumatic brain hemorrhage

Our real life findings show that errors in edoxaban prescription are not rare (approximately 25%). In spite of this, the drug appears effective in preventing stroke and systemic embolism. The risk of bleeding was not higher because of prescription errors since only 1 of the patients with over prescription had a minor bleeding. Our study population was significantly older than that reported in ENGAGE AF-TIMI 48, and this can account for the relatively high overall risk of bleeding