



**XVIII** Congresso Regionale  
**FADOI** Toscana  
Firenze  
Hotel Londra  
18-19 ottobre 2019

**XIV** Congresso Regionale  
**ANIMO** Toscana  
Firenze  
Hotel Londra  
18 ottobre 2019



# ABSTRACT BOOK 2019



## **TROMBOEMBOLISMO VENOSO**

## **Tossicodipendenza per via endovenosa: non solo endocardite!**

### **Autori**

Casati Carlotta  
Palandri Francesca  
Tesi Federica  
Baroni Francesca  
Intilla Florinda  
Nenci Gabriele

### **Istituzione**

Ospedale San Jacopo, Pistoia

La tossicodipendenza è ben conosciuta come un fattore di rischio per patologie infettive quali epatiti, HIV ed endocardite infettive. Tuttavia, meno conosciuto, è il fatto che l'utilizzo di particolari sostanze illecite, quali gli oppiacei, incrementano il rischio di ammissione in ospedale per TEP.

Case report: EQ è un paziente di 34 anni, agli arresti domiciliari, seguito dal SERT per una tossicodipendenza da oppiacei e in attuale terapia di mantenimento con metadone. Nelle ultime settimane è stato valutato dal medico curante per dolore agli arti inferiori (descritto come dolore muscolare a livello degli arti inferiori) e febbricola, per cui ha assunto una terapia antibiotica con amoxi/clav con lieve miglioramento clinico. Per la ricomparsa di febbricola, dispnea ingravescente e dolore puntorio costale sn, il paziente accede in Pronto soccorso dove effettua una RX torace con evidenza di versamento pleurico bilaterale e addensamento parenchimale sn di probabile natura atelettasica. L'obiettività non evidenzia edemi declivi o segni suggestivi di TVP, mentre al torace i reperti sono compatibili con versamento pleurico bibasale. Parametri vitali nella norma, così come ECG ed EGA. Gli esami ematici mostrano indici di flogosi solo lievemente mossi (PCR HS 5, PCT 0.9, leucociti nella norma), deficit di vitamina B12, troponina negativa, BNP 150, D-dimero 1200. Le emocolture risultano negative, così come la ricerca di HIV, HBV e HCV RNA (positività per HCV IgG); negativo il quantiferon. Viene effettuato un ecocardiogramma, che non evidenzia reperti suggestivi per endocardite infettiva, mentre risultano nella norma la cinetica e le sezioni destre. L'ECD venoso degli arti inferiori risulta positiva per TVP femoro-poplitee segmentarie bilaterali associate a piccole TVP distali bilaterali. Il completamento diagnostico con TC torace addome conferma l'embolia polmonare bilaterale prevalente a sn con versamento pleurico bilaterale e addensamento del parenchima, in parte atelettasico, bilaterale. Sostanzialmente nella norma le restanti scansioni addominali. Durante la visita il paziente ammette l'utilizzo saltuario di eroina ev e di crack per via inalatoria, nonché l'uso quotidiano di metadone per via endovenosa, riferendo inoltre di aver limitato la mobilitazione e incrementato l'abitudine tabagica a causa degli arresti domiciliari. Lo screening per trombofilia è risultata negativa. E' stata pertanto instaurato una terapia anticoagulante con NAO con progressivo miglioramento della sintomatologia del paziente.

Conclusioni: la prevalenza di TVP nei pazienti tossicodipendenti per oppiacei risulta incrementata rispetto alla popolazione generale, sebbene l'eziologia non sia del tutto chiara

(riduzione del flusso da inattività della pompa muscolare durante i periodi di intossicazione, danno endoteliale successivo all'iniezione, incremento dei fattori della coagulazione legate all'infezione conseguente all'utilizzo ev). Il metadone, essendo particolarmente denso per l'alta percentuale di aromi e zuccheri, determina facilmente un danno endoteliale, oltre al fatto che a causa della sua densità e quindi necessità di essere iniettato con aghi di calibro più grosso, spesso viene iniettato a livello del circolo profondo (spesso inguinale) con conseguente maggiore suscettibilità allo sviluppo di TVP degli arti inferiori. Nei pazienti tossicodipendenti, anche se in terapia sostitutiva, è pertanto importante il sospetto di tromboembolismo anche in assenza di obiettività tipica di TVP.

#### Bibliografia:

Deep vein thromboses in users of opioid drugs: incidence, prevalence, and risk factors. Br J Gen Pract. 2011 Dec; 61(593): e781–e786. Prevalence and correlates of intravenous methadone syrup administration in Adelaide, Australia. Rachel Humeniuk, Robert Ali, Catherine McGregor, Shane Darke. Addiction. 2003 Apr;98(4):413-8. Associations between injecting illicit drugs into the femoral vein and deep vein thrombosis: A case control study. Wright NM1, Allgar V2, Tompkins CN3. Drug Alcohol Rev. 2016 Sep;35(5):605-10 High prevalence of iliofemoral venous thrombosis with severe groin infection among injecting drug users in North East Scotland: successful use of low molecular weight heparin with antibiotics. Mackenzie AR, Laing RB, Douglas JG, et al. Mackenzie AR, Laing RB, Douglas JG, et al. Injecting drug use is a risk factor for deep vein thrombosis in women in Glasgow. McColl MD, Tait RC, Greer IA, Walker ID. Br J Haematol. 2001;112(3):641–643



**TERAPIA**

## **AntiPCSK9 nel trattamento dell'ipercolesterolemia familiare: una rara variante genetica**

### **Autori**

Straniti Mila  
Giannini Livia  
Caruso Marica  
Palazzi Marco  
Pantone Maria Cristina  
Laila Teghini  
Giovannetti Roberto  
Panigada Grazia

### **Istituzione**

USL Toscana Centro, Pescia

La disponibilità di AntiPCSK9 ha fornito un importante strumento per il trattamento delle dislipidemie familiari ed il loro impiego è stato avallato anche dalle recentissime Linee Guida ESC/EAS.

Nella nostra casistica fra i pazienti in terapia con Evolocumab/Alirocumab quelli con dislipidemie familiari sono circa il 20% ed in questi si è osservata una risposta positiva rapida ed efficace con raggiungimento del target di LDL tranne che in un caso. Paziente di sesso femminile, nazionalità cinese, 50 anni; giunta all'osservazione a Maggio 2018 per valori di TCOL=472mg/dl con LDL=338 mg/dl; asintomatica, normali indici antropometrici, non comorbilità. La paziente era già in trattamento con Rosuvastatina 20 mg+Ezetimibe. Effettuata la Check List ed iniziato a giugno il trattamento con Alirocumab 75 mg 1 fl s.c. /2 sett. Al controllo di agosto i valori lipemici presentavano solo una lieve riduzione (TCOL=436 mg/dl con LDL=324 mg/dl) La paziente veniva sottoposta ad analisi su DNA genomico da sangue periferico (SOD Malattie Aterotrombotiche Careggi): e veniva rilevata 1 variante genetica rara nel gene APOB. Il trattamento veniva modificato aumentando il dosaggio di Alirocumab a 150 mg 1 fl s.c. /2 sett ed il successivo controllo mostrava TCOL=261 mg/dl, LDL=162 mg/dl. La diagnosi di iperlipemia familiare di routine è clinica e si basa sul Dutch Score Index, tuttavia la mancata risposta al trattamento con AntiPCSK9 impone l'approfondimento diagnostico con test genetici.

**XVIII** Congresso Regionale  
**FADOI** Toscana  
Firenze  
Hotel Londra  
**18-19 ottobre 2019**

**XIV** Congresso Regionale  
**ANÍMO** Toscana  
Firenze  
Hotel Londra  
**18 ottobre 2019**

**STROKE**

## Ricovero ospedaliero: un'occasione opportunistica per la terapia anticoagulante nella FANV?

### Autori

Cei Francesco  
Fenu Patrizia  
Del Ghianda Scilla  
Cei Marco

### Istituzione

Medicina Interna 1 - P.O. Empoli, Livorno

**Premesse** - Nonostante le linee guida indichino chiaramente che la principale modalità di prevenzione dell'ictus nella fibrillazione atriale non valvolare (FANV) sia il trattamento con anticoagulanti orali, una quota non indifferente di pazienti, specialmente anziani, viene ancora trattata con antiaggreganti piastrinici o non trattata del tutto. Uno studio pilota ha mostrato che il ricovero ospedaliero potrebbe costituire un'importante occasione opportunistica per avviare un trattamento anticoagulante nei casi in cui questo è indicato ma non ancora attuato.

**Metodi** - Studio osservazionale retrospettivo, multicentrico. Sono state valutate, in un periodo di 4 mesi, tutte le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) di pazienti consecutivi ammessi al ricovero ordinario in Medicina e sono stati inclusi i pazienti con diagnosi di fibrillazione o flutter non valvolare. La diagnosi è confermata dal rilievo su ECG a 12 derivazioni o tracciato Holter o tracciato da telemetrie/moniraggio multiparametrico. Sono stati esclusi i pazienti con fibrillazione valvolare (stenosi mitralica reumatica, protesi valvolari meccaniche); con concomitante TEV in trattamento attivo o profilattico; con CHAD-VASC pari a 0 o 1 nel sesso femminile. Di ciascun paziente è stata registrata l'anagrafica, la terapia antitrombotica all'ammissione, quella alla dimissione; inoltre, è stata registrata l'incidenza intraospedaliera di mortalità, stroke/TIA, embolie sistemiche, emorragie. Le variabili continue sono espresse in termini di media e intervallo di confidenza (IC) se distribuite normalmente, mediana e range interquartilico (IQR) altrimenti; le variabili ordinali sono espresse come percentuali. Per la valutazione delle differenze di trattamento all'ingresso e alla dimissione, è stato utilizzato il test del  $\chi^2$ . Per la stima dei rischi è stato calcolato il rischio relativo, e la significatività valutata con test  $\chi^2$ ; sono stati calcolati i relativi numero necessario per ottenere un beneficio (NNT) e un danno (NNH).  
**Risultati.** Sono stati arruolati 414 pazienti, 40,8% di sesso femminile. L'età mediana è 85, IQR 81-93. Il 13,8% è deceduto durante la degenza, il 4,8% ha avuto un episodio ischemico cerebrale, il 2,4% un episodio emorragico, nessuno un episodio di embolizzazione periferica.

All'ingresso in Medicina, il 65% era in trattamento anticoagulante orale; il 24% risultava in trattamento con dicumarolici, il 42% in trattamento con DOAC (5,3% dabigatran, 13,8% apixaban, 8% edoxaban, 13,8% rivaroxaban). Il 13% era in trattamento con antiaggreganti (aspirina 9,2%), il 22% non assumeva alcuna terapia antitrombotica orale. Alla dimissione, l'81% era in terapia anticoagulante orale, registrando un aumento assoluto delle prescrizioni ( $p = 0,03$ ); il 58% era in DOAC ( $p = 0,01$  per aumento), il 23% in dicumarolici ( $p = 0,2$ ). Il 9,5% era in trattamento con antiaggreganti, con riduzione assoluta delle prescrizioni ( $p = 0,004$ ). L'8,5% non effettuava alcun trattamento. Circa il 64% dei pazienti trattati con dicumarolici proseguiva alla dimissione la terapia, il 16% passava a DOAC, il 7% concludeva la terapia antitrombotica; non è stato rilevato alcun passaggio da dicumarolici a antiaggreganti e da DOAC a dicumarolici. Si è registrato un



9% di nuove prescrizioni, o da antiaggreganti o da pazienti naive. Tra i DOAC, le nuove prescrizioni sono state principalmente di apixaban e rivaroxaban. Il 27% dei pazienti in terapia antiaggregante proseguiva la terapia alla dimissione; la stessa percentuale terminava l'antiaggregazione ed iniziava il DOAC; il 5% passava a dicumarolico. Solo una nuova prescrizione di antiaggregante da solo è stata registrata. In 6 casi è stata mantenuta l'associazione con l'anticoagulazione. Rispetto ai pazienti non trattati, è stato identificato un maggior rischio di mortalità nei pazienti trattati con antiaggreganti, solo sporadicamente dovuti a ictus (RR 1,92, p = 0,05, NNH 10), mentre è stato riscontrato un trend non significativo alla riduzione di eventi nei pazienti in trattamento con DOACs (RR 0,82, p = 0,5, NNT 54); apparentemente nullo l'effetto dei dicumarolici (RR 1,04, P = 0,89, NNH 208). Non sono state registrate variazioni significative di incidenza di stroke e emorragie nei vari sottogruppi. Discussione e conclusioni. Per la selezione a monte dei pazienti (ovvero i ricoverati in Medicina interna), la casistica appare costituita nella quasi totalità da grandi anziani (età > 75 anni), con un certo sbilanciamento verso il sesso maschile. Considerati i dati di ammissione, è insufficiente l'aderenza agli attuali standard di terapia; in molteplici trial, per la popolazione anziana, l'anticoagulazione è risultata efficace e sicura. Sembra permanere, soprattutto a livello territoriale, un certo grado di timore nella prescrizione degli anticoagulanti, lasciando sprovvisti i pazienti, o attuando le desuete terapie con antiaggreganti, specialmente l'aspirina. Resta infatti non del tutto eradicata, anche a livello ospedaliero, la sensazione della maggior sicurezza degli antiaggreganti, che vengono segnati a pazienti con maggiori in condizioni maggiormente compromesse. L'aumento di mortalità nei pazienti antiaggregati, più che a una noxa direttamente legata all'antiaggregazione, è verosimilmente legata alla selezione di questi pazienti, più compromessi e quindi "meno candidabili" alla terapia anticoagulante orale; per contro, il minor tasso di mortalità nei pazienti in trattamento con DOACs potrebbe essere legata alla selezione di pazienti in migliori condizioni generali. Il livello di compromissione dei pazienti antiaggreganti è desumibile anche dalla significativa percentuale di pazienti che dopo il ricovero non venivano trattati con alcun trattamento antitrombotico. Una percentuale non indifferente di pazienti in trattamento con dicumarolici veniva dimesso con DOAC, mentre non è avvenuto alcun passaggio inverso, desumendo una buona stabilità clinica di questi pazienti. La prevalenza netta di prescrizioni di apixaban e di rivaroxaban possono essere legate a multiple motivazione; in parte, le indicazioni delle direzioni alla scelta dei farmaci meno costosi hanno influito. La familiarità raggiunta per questi due farmaci grazie al single drug approach nel TEV, e i buoni risultati avuti in molteplici trial, sembrano comunque parte delle motivazioni che hanno portato alla scelta di questi due farmaci. Le nuove prescrizioni di warfarin, anche da antiaggreganti, sono state modeste, verosimilmente legate a pazienti con controindicazione ferrea ai nuovi anticoagulanti (insufficienza renale di grado avanzato). Il numero di decessi è sostanzialmente in linea con quanto atteso per età e setting di degenza. In conclusione, il ricovero risulta un'occasione tout-court per la revisione della terapia antitrombotica nei pazienti con fibrillazione atriale; frequentemente, la rivalutazione porta ad una nuova prescrizione di anticoagulante, nella maggior parte dei casi agli anticoagulanti orali diretti, sebbene in alcuni casi diventi l'occasione per l'interruzione di trattamenti inappropriati in caso di condizioni generali compromesse. In ogni caso, sia in ambito territoriale che ospedaliero, sforzi per il miglior raggiungimento dell'aderenza alle linee guida devono essere fatti.

## **The Triage ICH model for predicting prognosis of patients with non traumatic supratentorial intracerebral hemorrhage admitted to a non ICU setting: a real life report.**

Grifoni Elisa  
Guazzini Giulia  
Micheletti Irene  
Cosentino Eleonora  
Latini Ester  
Cozzi Andrea  
Dei Alessandro  
Signorini Ira  
Masotti Luca

### **Istituzione**

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

**Background and aim:** The appropriate setting of care based on mortality risk is of the utmost importance for reducing adverse outcomes in patients with non traumatic intracerebral hemorrhage (ICH). The Triage ICH model, which includes Glasgow Coma Scale (GCS) score < 13, ICH volume  $\geq$  30 mL and intraventricular hemorrhage (IVH) as variables, has been proposed as effective and safe tool for identifying patients with supratentorial ICH requiring Intensive Care Unit (ICU) admission. The aim of the present study was to analyze the predictive value of the Triage ICH model in patients admitted to a non ICU setting.

**Materials and Methods:** We retrospectively analyzed clinical and neuro-radiological data of patients admitted for ICH to a dedicated non ICU stroke area. In-hospital mortality and composite endpoint death and/or severe disability at discharge according to the Triage ICH model scoring were the study outcomes.

**Results:** One hundred and seventy-five patients (46.8% females) with mean age  $\pm$  SD 79.2  $\pm$  10.8 years were the study population. Fifty-nine patients (33.7%) had ICH volume  $\geq$  30 mL, 47 (26.8%) had GCS score < 13 and 67 (38.2%) had IVH. Eighty-seven patients (49.7%) were classified to have Triage ICH model score 0, whereas 93 (50.3%) had at least one of the three variables included in the model. Overall, 52 patients (29.7%) developed an early neurological worsening (ENW) and 56 (32%) died during hospitalization. In-hospital mortality and composite endpoint death and/or modified Rankin Scale (mRS) score  $\geq$  4 increased from 6.8% and 39%, respectively in patients with Triage ICH model score 0 (none of the three variables present) to 93.7% and 100%, respectively in patients with Triage ICH model score 3 (all the three variables present). The AUC was 0.89 for in-hospital mortality and 0.98 for the composite endpoint death and/or severe disability. Patients with Triage ICH model score 0 had significantly lower percentages of non lobar ICH, hematoma enlargement, ENW and mRS score  $\geq$  4 compared with patients with at least one of the three variables included in the model.

**Conclusions:** The Triage ICH model has a high prognostic predictive value in patients with supratentorial ICH admitted to a non ICU setting. The contemporary absence of ICH volume  $\geq$  30 mL, GCS score < 13 and IVH seems to identify a subgroup of patients with low mortality and severe disability risk, who could be safely managed in non ICU settings.

**Uno strano caso di ictus nel giovane**

## **Autori**

Giannini Livia  
Palazzi Marco  
Caruso Marica  
Sansone Teresa  
Bazzini Cristina  
Maestripietri Vanessa  
Panigada Grazia

## **Istituzione**

USL Toscana Centro Pistoia

Un uomo di 44 anni si è recato al PS per cefalea associata a disartria, deficit del VII nervo cranico, ipoestesia ed emiparesi dell'arto superiore a destra (NIHSS 5) insorte 2 ore prima. In anamnesi riferisce emicrania senza aura, non fattori di rischio cardiovascolare, intervento chirurgici o malattie degne di nota; non è fumatore, nega assunzione di droghe o alcol. Viene eseguita una TC cranio e una angioTC dei tronchi sovraortici e dei vasi intracranici che non mostrano segni precoci di ischemia o occlusione di grossi vasi. Il paziente viene sottoposto a trombolisi sistemica con miglioramento del quadro neurologico (NIHSS 1 per persistenza di lieve disartria). Il paziente viene successivamente ricoverato e il monitoraggio multiparametrico ed elettrocardiografico non mostrano alterazioni degne di nota. Esami ematici nella norma, non ipercolesterolemia o iperglicemia. La TC cranio di controllo è negativa sia per comparsa di lesioni ischemiche che per complicanze emorragiche legate alla trombolisi. Viene eseguito un ecocardiogramma transtoracico che mostra una massa iperecogena adesa alla cuspidi aortica non coronarica, mobile. Viene posta il sospetto diagnostico di endocardite e il paziente viene trasferito presso la Cardiochirurgia dove è stato sottoposto ad asportazione della lesione in minitoracotomia. L'esame istologico della lesione ha dimostrato la presenza di fibroelastoma. Il paziente è stato dimesso con esame obiettivo neurologico completamente negativo. Il fibroelastoma è un raro tumore e rappresenta circa 1% di tutti i tumori cardiaci primitivi. La localizzazione più frequente è a livello del cuore sinistro, sulla valvola aortica. Il protocollo per la trombolisi sistemica in caso di ictus non prevede l'esecuzione dell'ecocardiografia prima della procedura. Nel giovane senza fattori di rischio cardiovascolari dobbiamo tenere in considerazione la possibile origine cardioembolica legata a vegetazioni endocardiche o tumori intracardiaci. In letteratura sono descritti solo pochi casi di trattamento con trombolisi in pazienti con tumori endocardici (prevalentemente mixomi), tuttavia, data lo scarso numero di complicanze registrate, la presenza di fibroelastoma non sembra essere una controindicazione assoluta alla trombolisi sistemica in caso di ictus ischemico, anche se deve essere considerato un maggior rischio di infarcimento emorragico.



## **PNEUMOLOGIA**

## **Chilotorace transitorio: un'originale ipotesi etiopatogenetica.**

### **Autori**

Alessi Chiara  
Monsacchi Laura  
Baccetti Francesca  
Crociani Andrea  
Cameron Smith Michela  
Taccetti Gianni  
Fortini Alberto

### **Istituzione**

Medicina Interna Ospedale San Giovanni di Dio  
Firenze

Background: il chilotorace è una forma relativamente rara di versamento pleurico e può essere dovuto a numerose cause, traumatiche e non traumatiche, che determinano un'alterazione del dotto toracico, con ostacolo al deflusso del chilo nella vena succlavia sinistra. Nel 6-14% dei casi non ne viene rilevata la causa, nonostante una diagnostica accurata ed estensiva. Descriviamo un insolito caso di chilotorace transitorio da causa non chiara.

Caso clinico: una donna di 51 anni, fumatrice di 5 sigarette al dì, con anamnesi remota non significativa, si è presentata al Pronto Soccorso del nostro Ospedale per tumefazione lievemente dolente in sede sovraclaveare sx; non apprezzabile significativa linfadenopatia; restante obiettività negativa. Radiografia del torace negativa. La paziente è stata dimessa ma dopo 2 giorni ha eseguito un nuovo accesso al PS, questa volta per improvviso ed intenso dolore all'emitorace sx, accentuato dagli respiratori, e moderata dispnea. In PS rilievo di versamento pleurico medio-basale sx e basale dx, confermato dall'esame ecografico e dalla TC diretta e con mdc del torace; non più presente la tumefazione sovraclaveare sx; parametri vitali nei limiti. Viene quindi ricoverata nel nostro reparto di Medicina Interna. Nell'anamnesi non interventi chirurgici, non traumi, non patologie neoplastiche né infiammatorie; pochi giorni prima del ricovero viaggio di piacere a Barcellona. Viene rapidamente eseguita, previa rivalutazione ecografica, toracentesi sinistra con evacuazione di 850 cc di liquido bianco lattiginoso chiaramente di tipo chilo, come poi confermato dall'analisi chimico-fisica. Negativa la ricerca di micobatteri (esame batterioscopico, PCR, colturale), di germi comuni e di atipie cellulari. Dopo la procedura rapido miglioramento del quadro respiratorio e progressiva regressione della sintomatologia dolorosa. Ha iniziato trattamento con dieta a ridotto contenuto di lipidi e octreotide. La TC con mdc del torace-addome eseguita dopo 10 giorni ha mostrato la completa scomparsa del versamento pleurico bilaterale e l'assenza di altre lesioni significative. PET negativa. La paziente è stata dimessa dopo 13 giorni di degenza in ottime condizioni generali con sospensione della terapia con octreotide e della dieta ipolipidica; in accordo con il chirurgo toracico è stata programmato follow-up clinico. I controlli clinici ed ecografici eseguiti dopo 3-7-15-30-60-90 giorni dalla dimissione sono risultati nella norma. Ipotesi diagnostica: prima della dimissione è stata fatto un ulteriore approfondimento diagnostico e la paziente ha riferito che, durante il recente viaggio in Spagna aveva portato per molte ore al giorno una borsa a tracolla piuttosto pesante che le aveva procurato un

discreto fastidio nella zona di appoggio in regione sovraclaveare sx. In base a questa osservazione abbiamo formulato la seguente ipotesi etiopatogenetica: la tracolla della borsa ha determinato una flogosi della regione sovraclaveare che, dopo qualche giorno ha creato un'ostruzione meccanica allo sbocco del dotto linfatico in succlavia sx. Come conseguenza, si è realizzato prima un'accumulo di linfa nella regione sovraclaveare sx, motivo del primo accesso in Pronto Soccorso e, dopo 2 giorni, la linfa si è fatta strada nel cavo pleurico sinistro ed in minor misura in quello destro, con la comparsa di dolore toracico e dispnea, motivi del secondo accesso in PS. La flogosi si è poi rapidamente e spontaneamente risolta, con ripristino della pervietà del dotto toracico e regressione persistente del versamento pleurico. In letteratura non abbiamo trovato casi analoghi che avvalorino la nostra ipotesi etiopatogenetica, che comunque riteniamo possieda, in assenza di concrete ipotesi alternative, una valida base razionale.

## **IT'S A NEW ERA FOR NEW COMPETENCE: MANAGEMENT OF CHEST DRAINAGE IN INTERNAL MEDICINE WARD. A REAL WORD EXPERIENCE.**

### **Autori**

Zaccagnini Giacomo  
Para Ombretta  
Corbo Lorenzo  
Finocchi Martina  
Maddaluni Lucia  
Ronchetti Mattia  
Galante Giuliano  
Giampieri Margherita  
Florenzi Chiara  
Blasi Eleonora  
Nozzoli Carlo

### **Istituzione**

AOU Careggi  
Firenze

Chest drainage is a procedure, performed to remove air or fluid from the pleural space, many clinical practitioners other than thoracic surgeons are becoming familiar with, resulting in a rapidly increasing prevalence of patients with chest drainage in Internal Medicine wards. We performed a research in our clinical files overviewing the characteristics of patients admitted to our ward with chest drainages, and the rate of associated complications.

From February 2018 to April 2019, 47 of our inpatients (30 males and 17 females) were admitted to our ward with chest drainage already in place or underwent the procedure after admission.

The most common conditions leading to chest drainage placement were pleural effusion (23 patients) and pneumothorax (19 patients), either traumatic or spontaneous. The kind of devices used for chest drainage comprised chest tube trocars (18), pigtailed (23) and UNICO drainages (6), most frequently placed by thoracic surgeons (23/47); the remaining of them were placed by Internists (16) interventional Pneumologists (7) and Anesthesiologists (1). All of the 47 patients received a chest X-ray for diagnostic purposes and after the procedure was completed, and most of the patients also underwent CT scan (28/47). Two of our patients died during the hospital stay. 35 patients were sent home and 5 to long-term care facilities (10 and 3 of them, respectively, with chest drainage still in place); 5 patients were transferred to other wards, still carrying chest drainages.

Complications occurred in 11/47 patients. The most common complication was represented by early-onset fever (up to 48 hours after chest-drainage placement) in 4 patients, followed by post-procedural pneumothorax in 3 patients (2 during pigtailed placement and one during UNICO drainage placement). There were two events of accidental misplacement of chest drainages. One patient with pneumothorax treated with chest tube trocar placement developed minor bleeding following a bout of violent coughing. Remarkably, only one patient developed late-onset fever, weeks after the placement of a pigtailed chest drainage for malignant effusion. None of the observed complications resulted in life-threatening conditions for the patients.

Nowadays, a significant number of patients with chest drainages are admitted to Internal Medicine wards: therefore, Internists must gain experience in management of such devices. Moreover, since thoracic surgeons may not be readily available in certain health care centers, becoming familiar with the procedure of chest drainages placement could allow Internal Medicine practitioners to give prompt treatment both to acutely or chronically ill patients (such as the ones with malignant pleural effusions). Regarding our patients cohort, a remarkable percentages of chest drainages (34%) were placed by internists specifically trained in the procedure. Unfortunately, at the present time, most of the Internal Medicine practitioners are not yet familiar even with simpler procedures such as thoracentesis.

**Una polmonite "dura" a guarire**



## **Autori**

Menicacci Lorenzo  
Scotti Valentina  
Scocchera Giulia  
Fanelli Andrea  
Fabbrizzi Francesca  
Burberi Leonardo  
Di Gregorio Serena  
Torrighiani Arianna  
Bernardini Marina  
Fruttuoso Silvia  
Corradi Francesco  
Morettini Alessandro

## **Istituzione**

Azienda ospedaliera universitaria careggi  
Firenze

Una polmonite "dura" a guarire T.F 62 anni, familiarità per malattie cardiovascolari, pregressa esposizione tabagica, lavora come impiegato, anamnesi fisiologica nella norma, conduce vita attiva, dieta regolare con appetito conservato, alvo e diuresi nei limiti, non calo ponderale nell'ultimo periodo, ritmo sonno veglia mantenuto. Pregressa polipeptomia endoscopica in seguita a positività all'esame per sangue occulto (istologia negativa per malignità) e gastroscopia per epigastralgia con riscontro di ernia iatale. Non assume terapia in cronico, antiacidi non specificati al bisogno; nega allergie o intolleranze. Da circa un mese tosse e febbre per cui ha eseguito su indicazione del curante un rx torace che ha evidenziato un addensamento basale destro per cui ha assunto terapia con claritromicina e ceftriaxone per tre settimane con iniziale miglioramento clinico, alla conclusione del ciclo antibiotico ricomparsa della sintomatologia con tosse, febbre e intensa astenia, per questo motivo si è sottoposto a tc torace ad alta risoluzione che ha evidenziato multiple aree di consolidamento parenchimale a carattere flogistico acuto, con strutture bronchiali pervie nel contesto e aree di alterazione "a vetro smerigliato" a carico del parenchima polmonare adiacente, in corrispondenza di tutti i segmenti basali di entrambi i lobi inferiori. Si evidenziano in tale sedi di grossolane strie fibrotiche di aspetto retraente, determinanti bronchiectasie e bronchioloectasie "da trazione", il cui lume appare sostanzialmente pervio. Si reca in Dea e poi su indicazione dell'infettivologo di guardia ricoverato in reparto di degenza ordinaria per eseguire gli accertamenti del caso. All'ingresso paziente vigile apiretico collaborante orientato nega nausea dolore o vomito, nega dispnea riferisce solo un senso di spossatezza. PA 125/80, FC 85 Ritmico. Addome: globoso, trattabile non dolente né dolorabile. Torace: MV ridotto con fini crepitii e rumori a velcro campi medio-basali bilaterali. Toni cardiaci validi normofrequenti pause libere ECG nella norma, all'esame emogasanalitico equilibrio acido base e scambi respiratori nei limiti.

Agli esami ematici: WBC 5.94, HB12, MCV90, ferritina 405, VES120, formula leucocitaria nella norma, proteina c-reattiva 104. All'ingresso è stata impostata antibiotici a largo spettro e richiesti controllo degli indici di flogosi (proteina c-reattiva e procalcitonina) emocolture a freddo e ricerca antigene urinario della legionella, risultati poi tutti negativi. Viene eseguita broncoscopia con fibre ottiche che reperta trachea in asse con carena

tracheale affilata e mobile col respiro. In entrambi gli emisistemi bronchiali bronchi pervi e privi di lesioni endoluminali visibili nell'ambito esplorabile, scarse secrezioni mucose. Si effettua BAL microbiologico completo comprendente anche patogeni opportunisti che risulta negativo in toto e studio immunofenotipico che evidenzia una aumentata cellularità in particolare cellule mononucleate. Durante la procedura è stata eseguita biopsia trans-bronchiale il cui risultato istologico è stato consegnato al paziente in regime di dimissione protetta una volta dimesso e riferiva presenza di infiltrato infiammatorio prevalentemente mononucleato, macrofagi endo-alveolari e noduli fibroblastici ialini tipo polmonite in fase di organizzazione.

Visionate le immagini tc nel sospetto di una OP è stata richiesta consulenza pneumologica che ha confermato il nostro sospetto ponendo indicazione e a trattamento corticosteroidico a dosaggio di 0,5-1 mg/kg/die. A completamento diagnostico richiesti i principali autoanticorpi (ANA, ENA, C-anca, P-anca) e sierologia per *Borrelia burgdorferi*, *Brucella*, *Rickettsia conorii*, *Rickettsia mooseri* risultati tutti negativi.

Il paziente è stato dimesso con programmato esame tc torace di controllo ad un mese che ha evidenziato un lieve miglioramento del quadro polmonare e si è presentato alla visita di controllo in regime di dimissione protetta in buone condizioni generali, autonomo, euforico a riposo. All'EO, vigile e collaborante, SatO<sub>2</sub> 98% in AA a riposo, FAC 58 bpm, campi polmonari normofonetici, normoespansibili, senza rumori patologici aggiunti. La terapia corticosteroidica è stata progressivamente scalata previo controllo degli indici di flogosi fino a ½ cpr di daltacortene che il paziente ha assunto fino alla prima visita specialistica presso l'ambulatorio di pneumologia a cui è stato affidato per il prosieguo delle cure.

**OP**  
Definizione: La polmonite organizzativa (OP) è uno dei principali pattern di risposta del polmone a danni di varia natura (OP reaction-pattern) che si sviluppa negli alveoli e nei bronchioli distali. Può essere secondaria a processi infettivi a carico delle basse vie aeree sia di natura virale che batterica oppure manifestarsi come forma iatrogena in seguito all'assunzione di vari farmaci come amiodarone la cui tossicità polmonare è ormai nota, bleomicina, anfotericina-B ed infliximab o a trattamenti radioterapici soprattutto per neoplasie mammarie. La polmonite organizzativa si può manifestare anche in corso di quasi tutte le patologie reumatologiche sistemiche ed in particolare in collagenopatie come la dermatomiosite-polimiosite. Esiste una forma idiopatica e in tal caso è definita polmonite organizzativa criptogenetica (cryptogenic organizing pneumonia, COP) e viene classificata tra le polmoniti interstiziali idiopatiche secondo la classificazione ATS/ERS del 2002.

Epidemiologia: il sesso maschile e quello femminile sono interessati in ugual misura da questa patologia, l'età media di insorgenza è tra i 50 e 60 anni senza correlazione con l'esposizione tabagica; l'esatta incidenza e prevalenza della polmonite organizzata non è chiara, un report islandese stima la sua incidenza a 2 casi su 100000 abitanti.

Patogenesi ed istologia: l'esatta patogenesi non è nota, si pensa che alla base ci sia un'abnorme regolazione dei fattori di crescita endoteliali e delle metalloproteasi in seguito ad un danno dell'epitelio alveolare che nei pazienti affetti da reflusso gastro-esofageo potrebbe essere individuato in microaspirazioni croniche di contenuto gastrico; all'esame istologico si riscontra fibrosi intraalveolare con accumulo di fibroblasti immersi in una matrice connettivale.

**Clinica:** La clinica è del tutto aspecifica e di conseguenza spesso la diagnosi è tardiva, la presentazione più frequente è quella di una polmonite acquisita in comunità preceduta da un quadro simil influenzale. I sintomi più frequenti sono febbre, tosse, malessere, anoressia, mialgie, artralgie e perdita di peso. Gli esami ematici spesso non sono dirimenti si evidenzia un lieve incremento degli indici di flogosi e una leucocitosi neutrofila.

**Diagnosi:** si arriva alla diagnosi con la clinica, l'esame istologico e i reperti tc che descrivono addensamenti a chiazze degli spazi aerei polmonari con zone a vetro smerigliato, piccole opacità nodulari e ispessimento e dilatazione delle pareti bronchiali, soprattutto ai lobi

inferiori. Le prove di funzionalità respiratoria mostrano nella maggior parte dei casi un'alterazione restrittiva. Terapia e prognosi: si basa sull'utilizzo di corticosteroidi, che determinano pur essendo necessario almeno un anno di trattamento e sia frequenti le recidivi durante il trattamento, nella maggior parte dei casi un rapido miglioramento clinico con progressiva risoluzione dei reperti polmonari e ritorno ad una vita normale.

Bibliografia:

- Cordier JF. Cryptogenic organising pneumonia. Eur Respir J 2006
- King TE Jr. Organizing pneumonia. In: Interstitial lung disease, 5, Schwarz MI, King TE Jr (Eds), People's Medical Publishing House, Shelton, CT 2011
- Gaillet G, Favelle O, Guilleminault L, et al. Gastroesophageal reflux disease is a risk factor for severity of organizing pneumonia. Respiration 2015;
- UpToDate - Cryptogenic organizing pneumonia Author: Talmadge E King, Jr, MD
- Cryptogenic Organizing Pneumonia Vincent Cottin - Semin Respir Crit Care Med 2012



## NEUROLOGIA

## **mielite trasversa acuta**

### **Autori**

giampieri margherita  
zaccagnini giacomo  
maddaluni lucia  
blasi eleonora  
galante giuliano  
antonielli elisa  
pieralli filippo  
nozzoli carlo

### **Istituzione**

aou careggi, Firenze

Introduzione: Le mielopatie acute sono caratterizzate da una lesione acuta del midollo spinale, responsabile di sintomi motori, sensitivi, sfinterici e genitali. Sono patologie rare. Le cause sono molteplici e richiedono un'indagine diagnostica rigorosa. Caso clinico: Uomo di 46 anni si reca in PS per febbre da alcuni giorni associata a faringodinia, ritenzione urinaria acuta e progressivo sviluppo di ipostenia a carico degli arti inferiori e superiori. In PS si presenta con quadro di tetraparesi flaccida grave con plegia degli arti inferiori, ROT assenti, disestesia dolorosa del tronco (D5) e arti inferiori, ritenzione urinaria e fecale. Il paziente è stato sottoposto ad EMG, negativa per S. di Guillain Barrè, e a RM del rachide cervico-dorsale con mdc che ha mostrato alterazioni di segnale iperintense diffuse, rigonfiamento cordonale C4-C7 e D4-D6. Nel sospetto di Mielite Trasversa acuta e per una sua corretta definizione eziologica è stata eseguita una RM cerebrale ha mostrato lesioni encefaliche talamo capsulari e sottotentoriali di probabile natura ischemica cronica; la rachicentesi è risultata nella norma, con bande oligoclonali speculari su sangue e liquor. La ricerca di virus neurotropi e di anticorpi anti AQP4 e anti MOG è risultata negativa. Il paziente è stato trattato con terapia steroidea ad alte dosi, antivirale e antibiotica con rapido e progressivo miglioramento della sintomatologia; è stato quindi affidato ai colleghi neurologi ed è stata in seguito avanzata l'ipotesi diagnostica di mielo-radicolite acuta para/post-infettiva. Conclusioni: In primo luogo è necessario escludere una patologia compressiva a livello del midollo spinale. La mielite trasversa idiopatica si presenta generalmente come una complicanza post infettiva, mediata da processi autoimmuni. Nel 30-60% dei casi vi è un antecedente infezione del tratto respiratorio, gastrointestinale o un'infezione sistemica. Fra le cause secondarie: una diretta azione di agenti infettivi, malattie sistemiche infiammatorie e malattie del SNC (sclerosi multipla, neuromilite ottica, encefalomyelite disseminata). In alcuni casi può rappresentare una sindrome paraneoplastica.

## **A case of enteroviral meningitis.**

### **Autori**

Florenzi Chiara  
Galante Giuliano  
Para Ombretta  
Baroncelli Silvia  
Bacci Francesca  
Zaccagnini Giacomo  
Giampieri Margherita  
Blasi Eleonora  
Pieralli Filippo  
Nozzoli Carlo

### **Istituzione**

AOU Careggi

We report the case of a 18-year-old non-smoker, oestrogen/progestogen non-user female, carrier of factor V Leiden mutation (inherited from her mother) without story of venous thromboembolism, who presented to a peripheral hospital Emergency Department with sudden headache on top of head during menstruation, without any associated symptoms or signs, with poor responsiveness to home analgesics. In the Emergency Department she was feverish (38°C) but she didn't have nuchal rigidity or photophobia. Chest radiograph and head CT scan were negative. Pain responded to acetaminophen. The patient chose to leave the hospital against medical advice.

In the night, she had headache and fever again. Therefore she came to the attention of our hospital Emergency Department. Blood tests revealed normal white blood cell count and mild thrombocytopenia. Urinalysis was normal. In the suspicion of meningitis, a lumbar puncture was performed and, on the advice of infectivologists, antibiotic coverage with ceftriaxone was started. Lumbar puncture revealed clear cerebrospinal fluid. CSF culture didn't find any bacteria, while Enterovirus was detected by polymerase chain reaction test on CSF. Blood cultures were negative. During hospitalization the patient remained afebrile and headache progressively regressed. Blood tests revealed transient leukopenia. Antibiotic therapy was stopped. After a three-day hospitalization, we discharged the patient, who was afebrile and asymptomatic at the time of discharge. Enteroviruses are the most common cause of viral meningitis. Diagnosis is confirmed by detection of Enterovirus in CSF. There is no specific treatment for enteroviral meningitis. Most patients completely recover within 7 to 10 days without treatment. Antibiotics are not effective against viral meningitis, but if an acute bacterial cause cannot be excluded (even if viral meningitis is suspected) it is advisable to start adequate antibiotic therapy until bacterial meningitis is excluded (that is, no bacteria grow in cerebrospinal fluid cultures).



## **INFETTIVOLOGIA**

## **Infezione polmonare da Nocardia.**

### **Autori**

fiorelli Costanza  
Tesi Francesca  
Burberi Francesco  
Petri Ilaria  
Fabbroni angiola Anna  
Tesei Alessandra  
Tavernese Giuseppe  
Colasanti Luciana  
Terenzi Riccardo  
Giannolo Anna  
Bribani Andrea

### **Istituzione**

ospedale serristori  
figine valdarno

PF paziente maschio di 75 anni diabetico , insufficienza renale cronica Progresso IMA trattato con PTCA Si ricovera per febbre tosse ed insufficienza respiratoria dopo episodio bronchitico trattato a domicilio con antibiotico terapia e steroidi Dagli esami marcato incremento indici di flogosi e all'emogas insufficienza respiratoria parziale. Presenza di addensamento basale sn visibile in Rx Prelevate emocolture ed iniziata antibiotico tp empirica a largo spettro con piperacillina/taz (paziente con fattori di rischio per germi resistenti) e azitromicina In ecografia clinica presenza di addensamento basale sn a contenuto disomogeneo liquido e solido Viene pertanto richiesta ed effettuata Tc torace ad alta risoluzione che evidenzia lesioni solide bilaterali escavate con versamento pleurico bilaterale

Per inefficacia della terapia e in considerazione delle lesioni viene modificata la terapia antibiotica introducendo meropenem vancocina e voriconazolo poi sospeso per inefficacia e ag galattomannano negativo eseguita broncoscopia e inserito drenaggio toracico Sia l'escreato che il liquido pleurico sono risultati positivi per nocardia species dopo 1 settimana di incubazione e terreno con arricchimento. da notae che la ricerca di bacilli alcol acidi resistenti su escreato e liquido pleurico era risultata negativa E' stata pertanto iniziata terapia antibiotica con amikacina e cotrimossazolo su antibiogramma ottenendo un graduale miglioramento clinico risoluzione del versamento pleurico e graduale miglioramento delle lesioni polmonari

Dopo 2 mesi sospesa amikacina per peggioramento della funzionalità renale con iperkaliemia e bradicardia ed attualmente prosegue bactrim 1 cp x2 con buona tollerabili Nocardia sono bacilli Gram-positivi aerobi obbligati, parzialmente acidoresistenti, Il batterio è ubiquitario nel suolo e acqua Fttori di rischio sono l'immunodepressione la terapia steroidea di lunga durata .La terapia deve eser eprotratta per mesi



## **Rendimento ed impatto clinico delle emocolture eseguite nei pazienti ricoverati in un reparto di medicina interna**

### **Autori**

Bettucchi Michael  
Faraone Antonio  
Poggi Alice  
Filetti Simona  
Boccardi Costanza  
Sbaragli Serena  
Fortini Alberto

### **Istituzione**

Medicina Interna Ospedale San Giovanni di Dio  
Firenze

Questo studio osservazionale prospettico è stato eseguito per valutare il rendimento e l'impatto clinico delle emocolture eseguite in un reparto di medicina interna. Abbiamo incluso tutti i pazienti sottoposti al prelievo di almeno un set di emocolture (2 campioni per aerobi e 2 campioni per anaerobi) in un periodo di studio di due mesi. Centocinquantaquattro pazienti (età media: 75,2 + 12,2 anni; 94 maschi) dei 620 ospedalizzati (24,8%) nel periodo di studio sono stati sottoposti a 174 emocolture. La percentuale di colture vere positive era dell'11,5% (20/174) mentre la percentuale emocolture false positive (dovute a contaminanti) era del 5,7% (10/174). Sono stati isolati in totale 23 microrganismi (5 ceppi "multi-drug resistant"), più frequentemente *Escherichia coli* (n = 10), *Klebsiella pneumoniae* (n = 3) e *Staphylococcus aureus* (n = 3). Il tasso di positività era significativamente più alto nei pazienti con infezione del tratto urinario (31%) e infezione dell'addome (26,1%) rispetto ai pazienti con polmonite (4,9%; p <0,01). Il tasso di positività nei pazienti in cui l'emocoltura era stata prelevata dopo l'inizio di una terapia antibiotica (7/76; 9,2%) era inferiore rispetto a quello dei pazienti non in terapia (13/98; 13,3%), ma la differenza non era statisticamente significativa. Il tempo medio tra la raccolta dell'emocoltura e la notifica dei risultati positivi è stato di 3,7 + 1,5 giorni. Complessivamente, la positività di una emocoltura è stata seguita da un cambiamento nella terapia antibiotica in 11 pazienti, pari al 7,1% di tutti i 154 pazienti sottoposti al test. Il decesso intraospedaliero è stato osservato in 9 dei 136 pazienti con emocolture negative (6,6%) ed in nessuno dei 18 pazienti con emocolture positive. Questi risultati indicano che l'impatto clinico delle emocolture è piuttosto basso nei pazienti ricoverati in un reparto di medicina interna. È necessario migliorare l'adeguatezza delle indicazioni, ridurre i tempi di risposta e ridurre il tasso di contaminanti.

**Sepsi da *Elizabethkingia miricola*: un emergente batterio multiresistente**

## **Autori**

Bartalena Cecilia  
Arzilli Chiara  
Barbieri Greta  
Moretti Angelica  
Tagliaferri Enrico  
Tiseo Giusy  
Falcone Marco  
Ghiadoni Marco

## **Istituzione**

AOUP  
Pisa

**INTRODUZIONE:** Elizabethkingia miricola (E. miricola) è un batterio gram negativo non fermentante di raro riscontro nella pratica clinica. È un germe produttore di beta-lattamasi i cui meccanismi di resistenza non sono ancora del tutto chiari. La sua accurata identificazione, l'antibiogramma ed i test genetici di resistenza sono indispensabili per iniziare tempestivamente una terapia appropriata. In questo lavoro è descritto un caso di sepsi sostenuta da E. miricola in paziente immunocompromesso.

**OBIETTIVI:** mettere in evidenza la nuova emergenza di infezioni life-threatening, soprattutto in pazienti immunocompromessi, e l'utilità delle precauzioni da contatto e dell'antimicrobial-stewardship nei pazienti fragili nei reparti di medicina.

**METODI E RISULTATI:** Una donna di 83 anni con cardiopatia ipertensiva è stata ricoverata per perforazione intestinale, trattata chirurgicamente con resezione colica e colostomia, complicata nel post-operatorio da danno renale acuto post-renale da calcolo ureterale sinistro in malattia renale cronica, per cui è stata trasferita nel nostro reparto in XX giornata dal ricovero. Dopo una settimana di degenza presso la nostra U.O. di Medicina d'Urgenza Universitaria, la paziente ha presentato ipertensione con alterazione dello stato di vigilanza (GCS 13), insufficienza respiratoria (P/F 252 in aria ambiente), leucocitosi neutrofila (GB 11170/mcL N 88%), rialzo degli indici di flogosi (PCR 17.34 mg/dL, PCT 3.11 ng/mL), impegno settico (SOFA score di 4), iniziali segni di CID (PTL 105000/mcL, FIBRINOGENO 401mg/dL, ATIII 67%). Radiografie seriate del torace non hanno evidenziato addensamenti polmonari. L'urinocoltura è risultata negativa. Le emocolture sono risultate positive per E. miricola da vena periferica (tempo di crescita 6 ore) e da PICC (tempo di crescita 13 ore). L'antibiogramma ha mostrato un ampio spettro di resistenza ai beta-lattamici con sensibilità ai chinolonici e glicilciclinici. L'ECD venoso ha evidenziato trombosi di vena brachiale e vena ascellare sinistra in sede di PICC come da verosimile trombosi settica; è stata pertanto intrapresa terapia con EBPM e reintegro di ATIII. In considerazione delle comorbidità e dell'età, dietro consiglio specialistico infettivologico, la paziente è stata trattata con tige ciclina, abbondante idratazione e rimozione immediata del PICC. La coltura del catetere è risultata negativa. Sono state inoltre intraprese precauzioni da isolamento da contatto. Dopo 48 ore dall'esordio dei sintomi la paziente ha presentato progressiva ripresa delle condizioni cliniche con defervescenza e miglioramento laboratoristico (PCR 3.66 mg/dL, PCT 0.63 ng/mL, GB 6260/mcL).

**CONCLUSIONI** Nei reparti di Medicina Interna e d'Urgenza si registra sempre una

maggior incidenza di batteriemie o colonizzazioni da parte di batteri sempre più insoliti, multiresistenti, come dimostrato da questo caso clinico. È mandatoria una corretta formazione del personale sanitario così come una adeguata informazione dei pazienti e dei loro familiari sulle metodiche di isolamento, di coorting e di collaborazione con gli infettivologi per una corretta antimicrobial-stwership per evitare la formazione e la disseminazione di queste specie resistenti.



## **GASTROENTEROLOGIA**

## **Basta un poco di zucchero**

### **Autori**

Maddaluni Lucia  
Ronchetti Mattia  
Florenzi Chiara  
Zaccagnini Giacomo  
Corbo Lorenzo  
Para Ombretta  
Fintoni Tommaso  
Fedeli Lorenzo  
Nozzoli Carlo

### **Istituzione**

Azienda Ospedaliero-universitaria Careggi  
impruneta

#### Introduzione:

La malattia celiaca è una patologia infiammatoria del piccolo intestino causata, in soggetti geneticamente predisposti, dall'ingestione di alimenti contenenti gliadina e prolamina. I soggetti affetti da diabete mellito di tipo 1 sono considerati ad alto rischio per lo sviluppo di malattia celiaca.

Case report:

Giunge alla nostra attenzione ragazza di 20 anni di origine americana in Italia da pochi giorni per vacanza studio. La paziente è affetta da diabete mellito di tipo I in terapia insulinica con buona compliance. Presenta inoltre multiple allergie alimentari. Non altre patologie rilevanti in anamnesi remota, ma forte familiarità per patologie autoimmunitarie (madre affetta da artrite reumatoide, sorella affetta da ipotiroidismo di Hashimoto). Nei giorni precedenti al ricovero riscontro di scarso controllo glicometabolico alla glicemia capillare associato a comparsa di edema degli arti inferiori, sensazione di tensione addominale e alvo diarroico. Per l'ingravescenza della sintomatologia effettuato accesso in DEAS dove agli esami ematici è emerso quadro di scompenso glicometabolico (glicemia 562 mg/dl), anemia normocitica (Hb 9.7 g/dl), incremento di fosfatasi alcalina. All'EGA non alterazioni acido-basale nè degli elettroliti. Alla visita effettuata al momento del ricovero nel nostro reparto, la paziente, di aspetto brachitipo, presentava edemi degli arti inferiori bilaterali improntabili fino al ginocchio, edema del volto e periorbitario. Rash malare. Riferito dolore mialgico agli arti inferiori. Assenti segni di artrite acuta delle grandi e piccole articolazioni. All'auscultazione del torace rumore respiratorio ridotto alla base sinistra con fini crepitazioni (SatO<sub>2</sub> 93% in aa). Addome teso ma trattabile, non dolente, dolorabile alla palpazione profonda in ipogastrio. Abbiamo eseguito ecografia bedside che ha evidenziato la presenza di lieve versamento a livello endoaddominale, pleurico bilaterale e minimo scollamento epi-pericardico. I valori pressori sono sempre risultati nella norma. Agli esami esamici di ingresso riscontro di ipoalbuminemia, anemia normocitica iperrigenerativa con associato deficit marziale. Fosfatasi alcalina mossa in assenza di altre alterazioni colestatiche. Proteinuria in tracce sulla raccolta urina delle 24h.

Nel sospetto di polisierosite eseguito screening autoanticorpale che è risultato negativo. A completamento diagnostico eseguito ecocardiogramma che ha escluso alterazioni della funzionalità cardiaca.

Abbiamo acquisito consulenza dietetica con indicazione a dieta personalizzata di esclusione. La glicemia si è progressivamente assestata entro livelli accettabili, con progressivo miglioramento anche del quadro edemigeno. Lo screening autoanticorpale per celiachia è risultato negativo, ma in considerazione della storia clinica, permanendo forte il sospetto di enteropatia glutine correlata con sindrome proteino-disperdente associata, abbiamo deciso di eseguire EGDS che ha mostrato piccola lesione ulcerativa del bulbo duodenale e mucosa appiattita del secondo tratto duodenale. L'esame biotico ha evidenziato un appiattimento dei villi, iperplasia delle cripte e aumento dei linfociti intraepiteliali, confermando la diagnosi.

Conclusioni:

La ricorrenza di celiachia nei pazienti con diabete di tipo 1 ha una prevalenza del 4,5%. La presentazione clinica e la storia naturale della celiachia nei pazienti con DMT1 possono variare considerevolmente. Meno del 10% dei pazienti con DMT1 e MC mostra sintomi gastrointestinali.

Per quanto riguarda il controllo glicemico in pazienti con doppia diagnosi di MC e DMT1 i dati rimangono incoerenti. Da alcuni studi è emerso che tra i pazienti adulti con DMT1 a cui è stata recentemente diagnosticata la MC, il controllo glicemico sia significativamente peggiore rispetto a quelli con solo diabete. Le linee guida concordano sull'indicazione ai test di screening per MC in pazienti con DMT1, sebbene non vi sia consenso sulla frequenza raccomandata degli stessi. Tuttavia, l'aumento significativo del rischio di morbidità e mortalità associate al diabete nel paziente con coesistente malattia celiaca, ne rende essenziale la diagnosi precoce e il trattamento con una dieta priva di glutine.

## **Outcome e fattori prognostici di pancreatite acuta in medicina interna**

### **Autori**

Corbo Lorenzo  
Para Ombretta  
Savo Maria Teresa  
Bacci Francesca  
Finocchi Martina  
Ronchetti Mattia  
Maddaluni Lucia  
Giampieri Margherita  
Blasi Eleonora  
Pieralli Filippo  
Nozzoli Carlo

### **Istituzione**

Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi  
Firenze

Negli ultimi due decenni il numero di accessi ospedalieri per pancreatite acuta è raddoppiato. La pancreatite acuta è la più frequente causa di ricovero in Medicina Interna tra le malattie gastroenteriche ed è gravata da un alto tasso di mortalità. Circa il 50% dei decessi avviene nelle prime due settimane dall'esordio dei sintomi per l'insufficienza multi-organo. Nella maggior parte dei casi la malattia si manifesta in forma lieve, circa il 20-30% dei pazienti sviluppa una forma grave associata ad una insufficienza singola o multi-organo che richiede cure intensive. Stratificare i pazienti in base alla prognosi è essenziale per stabilire la terapia adeguata e il setting di cura. Scopo del nostro studio è stato valutare i fattori prognostici, capire se gli score prognostici nati in setting diversi da quello della Medicina Interna potessero essere applicati in questa e valutarne l'outcome inteso come mortalità intraospedaliera o necessità di trasferimento presso setting a maggiore intensità di cure .

Abbiamo condotto uno studio retrospettivo arruolando tutti i pazienti con diagnosi di pancreatite ricoverati in un reparto di medicina interna tra Gennaio 2013 e Maggio 2018. Abbiamo poi diviso i pazienti in due gruppi: quelli ad outcome positivo, dimessi al domicilio dal reparto e quelli ad outcome negativo, deceduti o trasferiti in un setting a più elevata intensità di cure a causa della pancreatite. Abbiamo quindi condotto un'analisi univariata in relazione all'outcome sfavorevole inteso come trasferimento o decesso, confrontando esami di laboratorio, comorbidità, terapia domiciliare e terapia effettuata durante il ricovero. Abbiamo inoltre valutato tramite analisi univariata la capacità dei vari score prognostici per pancreatite di predire l'outcome negativo nei nostri pazienti.

I pazienti inclusi nello studio sono stati in tutto 146, di cui 137 ad outcome positivo e 9 ad outcome negativo. Le caratteristiche demografiche denotavano una popolazione anziana (età media 67,89 anni  $\pm$  16,44), con leggera prevalenza del sesso maschile (55,1%) rispetto a quello femminile (44,9%). I pazienti con outcome negativo avevano valori medi più elevati di Procalcitonina, Creatinina, Sodio e Troponina I a 48 ore con differenze statisticamente significative (  $p < 0,05$ ). Nei pazienti con outcome negativo era stata utilizzata una fluidoterapia più aggressiva (2777,8ml $\pm$ 1545,545) rispetto ai pazienti con outcome positivo

(1772,96±763 ml.) ( $p < 0,001$ ). Nel nostro studio tra gli score presi in considerazione, il SOFA score è risultato essere il migliore nel predire l'outcome avverso (O.R. 32,0 per valori di SOFA score >5). Anche il q-SOFA ha mostrato una buona correlazione con l'outcome avverso (O.R. 16,6 per valori >1).

La pancreatite acuta si è rivelata nel nostro studio una patologia gravata da una non trascurabile mortalità, anche nel setting della medicina interna. Fondamentale rimane quindi la necessità di stratificare in maniera corretta il paziente per ottimizzare il trattamento e predire l'outcome. Nel nostro studio l'incremento a 48 ore di creatinina, troponina, proteina C reattiva ed un'ipersodiemia sono risultati fattori prognostici per un outcome sfavorevole. Inoltre i principali score clinici per la pancreatite acuta, validati in setting diversi, hanno mostrato una buona correlazione con l'outcome dei nostri pazienti ricoverati in medicina interna.



## Una strana colangite... da compressione

### Autori

Fanelli Andrea  
Scotti Valentina  
Fruttuoso Silvia  
Bernardini Marina  
Digregorio Serena  
Torrighiani Arianna  
Fabbrizzi Francesca  
Burberi Leonardo  
Scocchera Giulia  
Menicacci Lorenzo  
Corradi Francesco  
Morettini Alessandro

### Istituzione

AOU Careggi  
Prato

C.G., 70 anni, accede in DEA per dolore epigastrico a sbarra con irradiazione posteriore, insorto a poche ore dal pasto e successivamente seguito da comparsa di febbre con brivido. In anamnesi risultano un adenocarcinoma polmonare, un carcinoma uroteliale vescicale e un adenocarcinoma prostatico, tutti trattati con approccio chirurgico e con attuale quadro libero da malattia. L'anno precedente ha effettuato un lungo ricovero a seguito del riscontro di una fistola entero-cutanea complicata da raccolte addominali e sepsi polimicrobica (*C. glabrata*, *E. faecalis*, *K. pneumoniae* KPC). Agli esami ematici del DEA da segnalare leucocitosi neutrofila ed incremento degli indici di colestasi (in particolare bilirubina totale 4,0 mg/dl), con amilasi nei limiti. Per il riscontro di aumento degli indici di flogosi e di infezione (procalcitonina 6,40 ng/ml) sono state prelevate emocolture (risultate negative) e impostata terapia antibiotica ad ampio spettro con Piperacillina-Tazobactam, con successiva defervescenza e miglioramento del quadro clinico e laboratoristico. L'ecografia addominale ha mostrato colecisti distesa, con segni di colesterolosi parietale, con coledoco e vie biliari intra-epatiche dilatate. Durante la degenza in turno medico, per la persistenza della sintomatologia algica, è stata eseguita TC addome, che ha rilevato la presenza di un ampio diverticolo della terza porzione duodenale, improntante le vie biliari extraepatiche. La successiva EGDS ha confermato la presenza della suddetta lesione ed il paziente, in netto miglioramento clinico, è stato dimesso con l'indicazione ad eseguire ERCP ed eco-endoscopia come esami di approfondimento. La diagnosi finale è stata pertanto di "sepsi in colangite acuta secondaria a compressione ab-estrinseco da diverticolo duodenale".

# PREVALENCE AND SEVERITY OF NAFLD IN THE GENERAL POPULATION: HOW TO MISS AND FIND “OCCULT” CIRRHOSIS

## **Autori**

Rosselli Matteo  
Cei Francesco  
Valoriani Alice  
Dolenti Silvia  
Vannini Giulia  
Brancati Simona  
Barbaro Valeria  
Coletta David  
Tarquini Roberto

## **Istituzione**

Medicina Interna 1 - P.O. Empoli  
Empoli

Background and aims of the study: Until a few years ago NAFLD was considered a relatively benign condition. However, recent epidemiological data predict that NAFLD related-cirrhosis will be the most common cause for liver transplantation in the near future. Nevertheless NAFLD seems to be disregarded as a potential threat, leading to underestimation and underdiagnosis. Hence further awareness and early diagnosis of this epidemic burden is urgently warranted. Along these lines we aim to highlight the prevalence and severity of NAFLD by means of non-invasive assessment among the general population. Moreover we wish to underline its potential diagnostic pitfalls leading eventually to pathway management improvement and a better prognosis.

Patients and Methods: over a 1-year period we recruited 268 patients admitted to an internal medicine ward who consequently underwent an abdominal ultrasound scan for clinical purposes (abnormal liver function tests, kidney failure, abdominal pain/discomfort, thrombocytopenia, anaemia). The ultrasound and non invasive assessment was performed by an expert operator in ultrasound and hepatology. The presence of sepsis, liver malignancy, acute cholecystitis, obstructive jaundice, acute hepatitis or known/new diagnosis of other secondary cause of liver disease (except NAFLD) were considered exclusion criteria. Hepatic steatosis was graded sonographically (grade 0 absent, grade 1 = mild, grade 2 = moderate, grade 3 = severe). FLI and NFS, FIB4, APRI scoring systems were used to assess hepatic steatosis and related fibrosis respectively. All patients with a diagnosis of NAFLD underwent liver stiffness (LS) measurements by transient elastography (TE) with the purpose to grade fibrosis non invasively according to the reference cutoff values F0-F1  $\geq 7$  kPa; F2  $\geq 8.2$  kPa, F3  $\geq 9.7$  kPa, and F4  $\geq 13.6$  kPa.

Results: 88 patients (32.9% of 268) had hepatic steatosis of which 67 patients (76.1% of 88) had metabolic syndrome (MS). 58 patients (86.5% of 67) were unaware of the diagnosis, 9 (13.5% of 67) had had a previous US scan with a diagnosis of unspecified steatosis. Diabetes mellitus and waist circumference independently correlated with steatosis ( $p < 0.001$ ;  $p < 0.003$ ). Diabetes correlated independently with fibrosis ( $p < 0.005$ ). FLI predicted steatosis in 68 patients (77.2% of 88). NFS predicted fibrosis in 31 patients

(35.2% of 88), was intermediate in 33 patients (37.5% of 88) and was negative in 24 patients (27.3% of 88). APRI predicted fibrosis in 26 patients (29.5% of 88 patients), was intermediate in 4 patients (4.5% of 88 patients) and negative in 58 patients (66% of 88 patients). FIB4 predicted fibrosis in 22 patients (25% of 88 patients), was intermediate in 38 patients (43.2% of 88 patients) and negative in 28 patients (31.8% of 88 patients). FLI failed to predict steatosis in 20 patients (22.7% of 88) since they were found to have steatosis grade 1 on US. In this group 3 patients (15% of 20) had a high NFS compatible with hepatic fibrosis. Of the 31 patients with high NFS: 8 (25.8% of 31) had TE values compatible with cirrhosis ( $LS > 13.6$  kPa) of which 5 (16% of 31) had signs of clinically significant portal hypertension ( $LS > 21$  kPa) on endoscopy or cross sectional imaging; 15 (48.4% of 31) had moderate/severe fibrosis ( $LS \geq 9.7 < 13.6$  kPa); 8 (25.8% of 31) had low grade fibrosis ( $LS \leq 8.2 \leq 7$  kPa); None had a  $LS < 7$  compatible with none significant or no fibrosis on non-invasive assessment. Of the 33 patients with intermediate NFS: 6 (18.1% of 33) had moderate/severe fibrosis ( $LS \geq 9.7 \leq 13.6$  kPa), 12 (36.4 % of 33) had low grade/moderate fibrosis ( $LS \geq 7 \leq 8.2$  Kpa) and 15 (45.5 % of 33) had none or not significant fibrosis ( $LS < 7$  kPa). Of the 24 patients with low NFS all had  $LS < 7$  kPa.

Discussion and conclusions: There is a high prevalence of NAFLD but the majority of patients with MS are unaware of its risks since 86.5% despite fulfilling the diagnostic criteria of MS were never screened for NAFLD. These findings are in line with recent data that highlight a worrisome unawareness of the general population including general practitioners on how MS and diabetes on its own are correlated to NAFLD and more importantly how steatosis may evolve to liver cirrhosis in the presence of a related inflammatory process. Diabetes is sufficient for undergoing NAFLD screening since FLI might fail to predict steatosis. Moreover we showed that fibrosis might be independent from the severity of steatosis since, even if in a small group with negative FLI and grade I steatosis, we found a high NFS and a LS compatible with mild fibrosis ( $LS \geq 7$  kPa  $\leq 8.2$  kPa). NFS showed to be more accurate than APRI and FIB4 in predicting fibrosis based on its better correlation with TE. The reason of this is probably because the NFS algorithm includes metabolic risk factors that APRI and FIB4 do not consider. Not all patients with a high or intermediate NFS had LS values compatible with advanced liver disease. We can conclude that NFS was a good predictor of fibrosis while TE had a critical role in grading its severity. Based on these findings we can speculate that patients with a high/intermediate NFS but relatively low LS are the ones that are anyway at high risk of liver disease progression and should be followed up thoroughly. Finally we would like to highlight how these results are in line with the general trend that NAFLD is not considered a potential health threat . In our NALFD population we found several patients who had significant fibrosis and 5 patients who had cirrhosis with clinically significant portal hypertension. None of these patients had deranged liver function tests except mild transaminitis or a low reduction in platelet count in those with clinically significant portal hypertension. However none of them had an increase in bilirubin, low albumin or increased INR which often are considered erroneously “markers” of cirrhosis while instead they are expression of liver synthetic dysfunction during hepatic decompensation. These are patients which we labelled as “occlult” cirrhosis and that had been completely underdiagnosed in primary care. Often patients even with advanced NAFLD that have cirrhosis have normal LFTs or just a mild transaminitis with a good synthetic function falling in the spectrum of chronic advanced compensated liver disease. Nevertheless they are at risk of disease progression, decompensation and development of HCC.

Taken all together our data suggests to consider all patients with MS or “just” diabetes to undergo an ultrasound scan and NFS even with normal blood tests. If an intermediate/high NFS is obtained then an elastographic assessment should be compulsory. Based on clinical

and ultrasound observation TE could be performed also in patients with steatosis and low NFS.



## **EMATOLOGIA**

## **La microangiopatia trombotica: una complicanza sottovalutata del trapianto di CSE**

### **Autori**

Ronchetti Mattia  
Finocchi Martina  
Maddaluni Lucia  
Fedeli Lorenzo  
Rutili Maria Serena  
Fintoni Tommaso  
Zaccagnini Giacomo  
Baroncelli Silvia  
Antonielli Elisa  
Blasi Eleonora  
Giampieri Margherita  
Nozzoli Carlo

### **Istituzione**

Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi  
Firenze

La microangiopatia trombotica associata a trapianto costituisce una complicanza abbastanza frequente del trapianto di cellule staminali ematopoietiche e ciononostante spesso misconosciuta. Tale patologia è determinata da molteplici fattori molte volte concomitanti tra di loro fra cui il trattamento con inibitori della calcineurina, processi infettivi o l'assunzioni di terapia citotossica. La prognosi è potenzialmente infausta se non adeguatamente identificata e trattata a causa del danno renale acuto tipicamente presente. La sua diagnosi è resa difficile dalla multiple eziologie e dalla somiglianza clinico-laboratoristica con le altre sindromi microangiopatiche.

Paziente di 66 anni recentemente sottoposta a trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche per leucemia mieloide acuta mielomonocitica refrattaria alla chemioterapia viene ricoverata per nausea e vomito presenti da alcune settimane associati a profonda astenia. Come terapia domiciliare assume tacrolimus e metotrexato in prevenzione primaria della graft versus host disease. Durante la seconda settimana di degenza la paziente va incontro a progressivo rallentamento ideomotorio e delirio mentre i controlli seriati dei valori emocromocitometrici testimoniano un progressivo declino della conta trombocitaria e dell'emoglobina. I risultanti esami ematici suggeriscono un processo di emolisi intravascolare, difatti si assiste all'incremento di bilirubina indiretta e di LDH e diminuzione dell'aptoglobina. Nei giorni seguenti obiettivamente la paziente manifesta porpora cutanea diffusa. Pertanto nel sospetto clinico di porpora trombotica trombocitopenica è stato eseguito l'esame microscopico di sangue periferico con riscontro di 2-3 schistociti per campo e valutata l'attività di ADAMTS-13 risultata tuttavia nei limiti fisiologici. Al fine di escludere un'eventuale recidiva di leucemia mieloide acuta o perdita di attecchimento del trapianto è stata eseguita biopsia osteomidollare risultata negativa in tal senso.

Alla luce degli esami diagnostici eseguiti viene posta diagnosi di microangiopatia trombotica associata a trapianto: viene dunque interrotta la terapia con tacrolimus e intrapreso trattamento con trasfusione di plasma umano a cadenza giornaliera e corticosteroidi. La paziente è andata incontro a progressivo miglioramento dell'obiettività neurologica e la

conta trombocitaria ha subito un lieve e costante incremento. L'efficacia della terapia è stata inoltre monitorata tramite il dosaggio seriato di LDH e plurimi esami microscopici di sangue periferico, con riscontro di lenta riduzione della conta schistocitaria. Non è stata impostata terapia con eculizumab data l'efficacia della terapia di prima linea.

Il caso clinico illustrato è esplicativo dei mostrare come la diagnosi di microangiopatia trombotica associata al trapianto avvenga spesso in seguito all'esclusione di differenti patologie ritenute di maggiore gravità o frequenza e ciò ritarda ovviamente l'inizio di una corretta terapia. L'eziopatogenesi largamente sconosciuta e la mancanza di un sufficiente numero di studi ne rendono il trattamento di difficile conduzione e non sempre efficace. Pertanto tale patologia dovrebbe essere presa sempre in considerazione nella diagnosi differenziale di trombocitopenia associata a trapianto di cellule staminali emopoietiche al fine di poter instaurare un'adeguato trattamento in tempi brevi.

## **Autori**

Giannini Livi  
Palazzi Marco  
Caruso Marica  
Maestripieri Vanessa  
Bazzini Cristina  
Sansone Teresa  
Panigada Grazia

## **Istituzione**

USL Toscana Centro  
Pistoia

## **Corpo dell'abstract**

Un uomo di 44 anni si è recato presso il pronto soccorso per ittero e dolore addominale. Nella sua storia clinica riferisce abuso alcolico, anemia mediterranea e pregressi episodi di ittero e dolore addominale. Nega uso di droghe, non prende nessun farmaco. Agli esami ematici eseguiti in pronto soccorso: alcolemia 3.28 mg/dL, Hb 6 g/dL (MCV 85 fL), piastrine 355.000/mm<sup>3</sup>, creatinina nei limiti, aumento di LDH, iperbilirubinamia (totale 13 mg/dL, diretta 2.2 mg/dL) e lieve iperpotassiemia. I reperti erano suggestivi per anemia emolitica, confermata agli esami di approfondimento (aptoglobina indosabile), test di Coombs diretto e indiretto negativo, allo striscio non erano presenti schistociti. All'ecografia dell'addome la milza era di dimensioni normali. Vista la storia di pregressi episodi di ittero il paziente è stato sottoposto al dosaggio di G6PDH (nella norma) e elettroforesi dell'emoglobina che ha mostrato eterozigosi per beta talassemia. Il dosaggio della vitamina B12 ha mostrato un marcato deficit (70 pcg/ml). Il dosaggio dell'assetto lipidico ha mostrato incremento di trigliceridi e colesterolo totale. Durante la degenza si è assistito ad un progressivo aumento dell'emoglobina. La sindrome di Zieve è una rara forma di anemia emolitica associata all'abuso alcolico e consiste in una triade sintomatologica caratterizzata da anemia, ittero e iperlipidemia transitoria. E' spesso sotto diagnosticata, ma riconoscere questa sindrome è importante perché permette di risparmiare accertamenti e terapie non necessarie (come i corticosteroidi). La terapia di questa sindrome è l'astensione dall'alcool.

**Una epatite acuta ad impronta colestatica complicata da pancitopenia rapidamente ingravescente.**



## **Autori**

grieco Pietro  
gianfaldoni giacomo  
valoriani alice  
cei francesco  
montini maria silvia  
brancati simona  
beatrice salvatore  
barbaro valeria  
tarquini roberto

## **Istituzione**

medicina interna 1 ospedale di Empoli San Giuseppe  
empoli

Presentazione del caso clinico.

Donna di 30 anni giungeva alla nostra attenzione per comparsa da circa 5 giorni di febbre elevata non responsiva a paracetamolo e betametasona. All'ingresso in reparto GCS 15; MEWS 2. All'esame obiettivo cute e mucose itteriche, piccole tumefazioni linfonodali cervicali, segni di Murphy e Blumberg negativi, milza palpabile; non deficit focali di forza e sensibilità. Non patologie di rilievo in anamnesi. Negava consumo di farmaci e sostanze stupefacenti. Agli esami ematici elevati gli indici di citonecrosi epatica e colestasi (ALT 814 U/L, AST 665, U/L bilirubina totale 5,6 mg/dl, diretta 3,5 mg/dl, gammaGT 426 U/L), LDH 1520 U/L, modesto incremento degli indici di flogosi (PCR 2,6, mg/dl PCT 0,7 ng/dl), proteine totali (5,7mg/dl), GFR (109 ml/min). All'emocromo importante pancitopenia (neutrofili  $0.99 \times 10^3 \mu\text{L}$ , linfociti  $0.56 \times 10^3 \mu\text{L}$ , piastrine  $94 \times 10^3 \mu\text{L}$ ). Emogasanalisi ed ECG nei limiti, Rx torace negativa per focolai flogistici.

Inviata sierologie per virus epatotropi maggiori e minori, HIV, toxoplasma, emocolture ed urinocoltura risultate negative. L'ecografia addome e torace mostrava colecisti alitiasica, ispessita per edema, splenomegalia, falda ascitica in tutti i recessi peritoneali, modesto versamento pleurico bilaterale. Impostata idratazione, terapia antibiotica empirica con piperacillina/tazobactam e vancomicina e terapia antifungina con caspofungin. Il giorno successivo comparsa di insufficienza multiorgano (MEWS 5), peggioramento dell'anemia Hb 10,8 g/dl e della neutropenia  $0,77 \times 10^3 \mu\text{L}$ , ferritinemia elevata 442 ng/ml.) Veniva quindi condiviso il caso con i colleghi dell'Ematologia di Careggi e concordato il trasferimento presso la loro U.O. Nel frattempo i risultati degli esami infettivologici risultavano negativi, compresi quelli per virus epatotropi, parassiti e per HIV. Durante la degenza in Ematologia sottoposta a TC collo-torace-addome con mezzo di contrasto che mostrava multipli linfonodi cervicali, sovraclaveari, celiaci, lomboaortici e pararenali centimetrici; versamento pleurico bilaterale con sottostante atelettasia; versamento ascitico in tutti i recessi; colecisti a pareti ispessite ed epatomegalia con pattern "peribiliare" del contrasto in fase arteriosa. Alla BOM depressione delle linee mieloidi, marcata per la linea eritroide, iperplasia della linea monocitaria con ematofagocitosi, assenza di blasti.

Il quadro era suggestivo di sindrome emofagocitica secondaria, per cui veniva iniziata terapia induttiva secondo protocollo HLH-94 (desametasone ed etoposide) con successiva defervescenza, stabilizzazione clinica, miglioramento dei dati di laboratorio. La paziente veniva dimessa dopo il quarto ciclo con indicazioni ad altre 5 somministrazioni. Alla

diminuzione remissione del quadro ematologico con persistenza di moderata anemia e delle alterazioni epatiche, normalizzata la ferritinemia.

Discussione e conclusioni.

La linfoistocitosi emofagocitica è una rara sindrome caratterizzata dall'iperattivazione del sistema immunitario e da disfunzione multiorgano. La forma primitiva è tipica del bambino, le forme secondarie dell'adulto. Si manifesta con febbre e danno d'organo spesso precipitata da infezioni. Nel caso specifico è difficile discriminare se il danno epatico fosse attribuibile ad infezione acuta oppure alla diretta espressione della malattia; l'interpretazione iniziale era di un'epatite infettiva complicata da citopenia reattiva, smentita dal quadro clinico ingravescente e dalla negatività delle sierologie virali facendo pertanto propendere per la seconda ipotesi. Gli addensamenti polmonari sono stati interpretati come sovrainfezione, per cui è stata somministrata terapia antibiotica. Sono risultati positivi 5 dei criteri HLH-2004 (pancitopenia, splenomegalia, febbre > 38,5, emofagocitosi midollare, elevata ferritinemia). Sono state inviate prove genetiche e test di funzionalità dei linfociti NK, i cui risultati preliminari hanno escluso una forma primitiva; data l'assenza di richiami di malattia reumatologica, è stata esclusa la sindrome da attivazione macrofagica. Criterio ex adiuvantibus è stata la risposta alla terapia induttiva, con miglioramento del quadro sia ematologico che epatologico. Secondo le evidenze, che escludono un beneficio dalla somministrazione di ciclosporina (protocollo HLH-2004), è stato seguito il protocollo HLH-94. Data l'assenza di sintomi e segni di interessamento cerebrale, quest'ultimo non è stato indagato né trattato. Le buone condizioni della paziente non indicano la necessità imminente di un trapianto di cellule staminali emopoietiche. La paziente sarà comunque seguita strettamente nei prossimi mesi, considerato comunque l'elevato rischio di recidiva e l'eventuale necessità di terapie di seconda linea. Pur rappresentando una patologia rara, la linfoistocitosi emofagocitica va conosciuta e considerata in diagnosi differenziale, in presenza di quadri di pancitopenia febbrile, non altrimenti spiegabili, in particolare se preceduti o accompagnati da un evento infettivo.



## CASI CLINICI

## "Tumor like" o tumore? una tonsilla difficile

### **Autori**

Bello Federica  
Brancati Simona  
Vaglio Augusto  
Micheletti Irene  
Vannini Giulia  
Sambalino Chiara  
Gucci Marco  
Giustarini Gloria  
Tarquini Roberto

### **Istituzione**

Ospedale San Giuseppe, Empoli

Una signora di 48 anni è giunta alla nostra osservazione per febbre ricorrente (temperatura media di 38° C) da circa 2 mesi, associata a brivido scuotente, tumefazione della tonsilla sinistra e marcato ingrandimento dei linfonodi sottomandibolari e laterocervicali omolaterali tale da determinare limitazione funzionale all'apertura della bocca. La paziente riferiva inoltre che la tumefazione sottomandibolare era diventata palpabile cinque mesi prima e aveva presentato rapida e progressiva crescita. Non riferita perdita di peso né prurito e sudorazione notturna. In anamnesi, non familiarità per malattie neoplastiche, non fumo, non alcol, né uso di sostanze stupefacenti; non esposizione ad animali, non viaggi esotici. Ipertensione arteriosa in trattamento con ramipril e doxazosina. All'esame obiettivo buone condizioni generali, niente di rilevante a livello toracico e addominale. All'ispezione del collo era rilevabile una voluminosa massa sottomandibolare sinistra, dura, non dolente, in assenza di alterazioni cutanee. L'esame orale rilevava considerevole aumento volumetrico della tonsilla sinistra, senza lesioni ulcerative o necrotiche. Esami di laboratorio: emoglobina 10 g/dL, globuli bianchi 16210 mm<sup>3</sup> (neutrofili 76,5%, linfociti 8,4%); proteina C reattiva 14,3 mg/dL (normale < 0,5 mg/dL). Negativa la ricerca di forme infettive come la tubercolosi, ma anche la toxoplasmosi cervicale e la sifilide, così come le zoonosi, in particolare la malattia da graffio di gatto e la tularemia. Non vi erano elementi caratteristici di disturbi linfoproliferativi e le analisi molecolari per la clonalità delle cellule B e T risultavano negative. La negatività ANA e anti-ENA, oltre la clinica, sembrava escludere una patologia del tessuto connettivo. È stata eseguita TC del collo con mdc che ha rivelato massa tonsillare sinistra, (diametri principali 24x 27 x 33 mm) con captazione omogenea del mezzo di contrasto iodato, diverse linfadenopatie nelle stazioni sul lato sinistro IIa, IIb e III (il più grande con diametro di 2 cm), insieme a linfonodi più piccoli nelle stazioni IV e V bilateralmente. La tomografia a emissione di fluoruro-fluorodesossiglucosio (FDG) ha rivelato un assorbimento intenso di FDG nel sito anatomico della tonsilla sinistra e nel tessuto circostante, non altre sedi di captazione. Nel sospetto di malattia neoplastica, epiteliale o linfoproliferativa, è stata eseguita TC total body che ha riscontrato opacità polmonari aspecifiche a vetro smerigliato e versamento pleurico sinistro con atelettasia consensuale della base polmonare, ma non sospetti per lesioni neoplastiche. È stata iniziata terapia antibiotica e steroidea empirica, con scarsissimo beneficio. Abbiamo quindi effettuato un dosaggio delle immunoglobuline, in particolare delle sottoclassi IgG, che risultano alterate in alcune malattie infiammatorie idiopatiche come la Sarcoidosi e la malattia IgG4 correlata. Le IgG totali erano 1301 mg / dL, con IgG4 leggermente aumentate

(153 mg/dL, intervallo di riferimento 8–140 mg/dL). La sarcoidosi, può presentare, in rare forme acute, una massa cervicale laterale, in associazione con la paralisi del nervo facciale, che in questo caso era assente e resa ancora più improbabile dall'assenza di linfonodi patologici nel mediastino alla TAC. Anche la malattia di Kimura sembrava improbabile a causa dell'assenza di eosinofilia periferica e di elevate IgE sieriche. Persistendo il sospetto di neoplasia tonsillare e in assenza di diagnosi, è stata eseguita biopsia della tonsilla e di un linfonodo del collo. L'istologia ha evidenziato la presenza di infiltrati infiammatori cronici con iperplasia del tessuto linfocitico, mentre il linfonodo mostrava iperplasia follicolare e istiocitosi sinusale. Sia nelle aree interfollicolari dei linfonodi che delle tonsille, è stato documentato un aumento del numero di plasmacellule, insieme a alterazioni sclerotiche e centri germinali multipli. Immunocolorazione per IgG e IgG4 ha rivelato che il rapporto delle cellule plasmatiche di IgG4 + / IgG + ha superato il 40%. L'analisi dell'acido nucleico del virus HHV-8 e Epstein Barr mediante PCR sulla biopsia era negativa. I risultati istologici, in particolare l'elevato rapporto delle plasmacellule IgG4 / IgG e la presenza di centri germinali con abbondante fibrosi, insieme all'aumento delle IgG4 sieriche, hanno permesso di porre la diagnosi di malattia IgG4 correlata. La nostra paziente è stata trattata con prednisone orale (dose iniziale 0,75 mg / kg / giorno) e rituximab (375 mg / m<sup>2</sup> / settimana per 4 settimane consecutive), con miglioramento soggettivo e riduzione della linfadenopatia del collo e della massa tonsillare sinistra. La sindrome IgG4 correlata ( IgG4-RD) è una patologia sistemica rara, ma sempre più conosciuta e cercata, ad eziologia sconosciuta e patogenesi autoimmune caratterizzata da quadri clinici diversi che condividono specifiche caratteristiche patologiche, sierologiche e cliniche. I pazienti spesso presentano uno sviluppo subacuto di lesioni “ tumor-like” o un diffuso ingrandimento a carico dell'organo bersaglio. Le condizioni di presentazione più comuni sono la pancreatite autoimmune di tipo I, la periaortite cronica, la fibrosi retroperitoneale e l'interessamento delle ghiandole salivari o lacrimali (morbo di Mikulicz). La diagnosi di IgG4-RD si basa sull'evidenza delle caratteristiche lesioni istologiche ed immunoistochimiche all'esame biotico degli organi coinvolti. Sebbene la malattia possa coinvolgere ogni organo e apparato, le lesioni istologiche riscontrate alla biopsia sono simili, indipendentemente dalla sede coinvolta. I tratti distintivi sono l'infiltrazione nei tessuti linfoplasmatici di plasmacellule prevalentemente positive alle IgG4 e piccoli linfociti, che possono essere accompagnati da fibrosi, flebite obliterativa ed ipereosinofilia dei tessuti. Il dosaggio delle IgG4 sieriche è elevato in circa il 70% dei pazienti con IgG4-RD e quando presente può rafforzare il sospetto diagnostico, ma non ha sufficiente sensibilità né specificità per la diagnosi e il riscontro di livelli sierici di IgG4 non elevati non esclude la diagnosi in presenza delle caratteristiche lesioni istologiche. Le metodiche di imaging (ecografia, TAC, RMN e TAC-PET) sono utili per valutare l'estensione della malattia, e spesso evidenziano un coinvolgimento subclinico di diversi organi e apparati, ma non permettono una diagnosi conclusiva che necessita della biopsia. E' quindi molto importante conoscere la malattia e le sue possibili espressioni, poiché per le sue caratteristiche entra spesso in diagnosi differenziale con forme neoplastiche, alle quali è talvolta accomunata dalla clinica e dall'imaging delle lesioni, al fine di iniziare tempestivamente una cura. Un mancato o ritardato trattamento può determinare una significativa disfunzione d'organo a causa di flogosi e fibrosi progressiva degli organi interessati. La maggior parte dei pazienti risponde inizialmente alla terapia con glucocorticoidi, ma le recidive sono comuni dopo l'interruzione della terapia, pertanto il trattamento deve essere appropriato, riferendo possibilmente il paziente a un centro specialistico.

## **A cost effectiveness acquired hemophilia**

## **Autori**

Moroni Federico  
veneziani Francesca  
Vannucchi Vieri  
Seravalle Cristiana  
Landini Giabcarlo  
petrucci francesca

## **Istituzione**

Medicina Interna santa maria nuova  
firenze

Acquired haemophilia represents a rare but well described cause of bleeding. Most patients with FVIII auto antibodies have haemorrhages into the skin, muscles or soft tissues, and mucous membranes. The acute phase treatment includes management of acute bleeding episodes and the long-term eradication of the autoantibody. This therapy may require expensive bypassing agents (recombinant activated factor VII [rFVIIa] and activated prothrombin complex concentrates [APCC]). We report a case report about a patient with acquired haemophilia treated with Human Factor VIII

An 88 year old woman was admitted because of spontaneous submandibular hematoma with dysphonia. Blood exams showed a prolonged activated partial thromboplastin time of 69 sec, with normal haemoglobin and prothrombin time. The nature of aPTT prolongation was studied by mixing the patient's plasma with normal plasma; failure of correction on aPTT mixing suggested the presence of an inhibitor. Lupus Anticoagulant was negative and a reduced factor VIII activity ( $< 3,7\%$ ) and a low titer of factor VIII inhibitor was found (4 BU/ml). Diagnosis of acquired hemophilia was made; it was started immunosuppressive therapy with prednisone at dosage 1 mg/kg, together with haemostatic treatment with human factor VIII concentrates. Treatment was started at high doses (70 U /Kg) and serial measurements of factor VIII activity to guide dosing were done. During hospitalization there was clinical improvement with reduction of hematomas and normalization of aPTT . Moreover, after fifteen days of treatment, factor VIII inhibitors were reduced, with significant increase of factor VIII activity (31, 6% at discharge). Dosage of common auto antibodies was negative and a total body CT to search solid tumours was negative. No major bleeding or thrombotic event occurred during hospitalization and follow up. This case shows that acquired haemophilia A with low titer of Factor VIII inhibitor ( $< 5$  BU/ml) can be safely managed with Human factor VIII, avoiding therapy with bypassing agents, that have showed to be more efficacious for haemostatic treatment and are the first treatment in case of high level of the Factor VIII inhibitor. This strategy resulted in an important cost effectiveness gain

## **A rare case of Kimura's disease**

### **Autori**

Masi Lorenzo  
Tintori Giancarlo  
Giampietro Chiara  
Mechelli Sandra  
Venturini Luigi  
Andreini Roberto  
Vallini Valerio  
Masi Stefano  
Viridis Agostino  
Taddei Marco  
Rosada Javier

### **Istituzione**

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

Pisa

Kimura's disease is a rare chronic inflammatory condition of unknown cause that most frequently affects Asian adults. It is characterized by painless lymphadenopathy in the head and neck region and eosinophilia, often associated with nephrotic syndrome. A young asian man presented to our Department of Internal Medicine 4th in AOUP with oedema at the lower limbs and scrotum, retroauricular masses, eosinophilia and proteinuria. On admission, the biochemical findings indicated severe hypoalbuminemia (albumin 1.2 g/dl), moderate renal failure (creatinine 2.1 mg/dl, eGFR 37 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>) and severe eosinophilia ( $2.65 \times 10^3/\mu\text{l}$ ) with a normal white blood cell count. Total and low-density cholesterol (LDL) levels were increased (322 mg/dl and 266 mg/dl respectively) with normal triglyceride levels. The C-reactive protein was mildly increased (1.2 mg/dl). Serum transaminases, alkaline phosphatase (ALP), gamma-glutamyl transferase ( $\gamma\text{GT}$ ), international normalized ratio (INR) and activated partial thromboplastin time (aPTT) were normal. The screening for the most common parasitic, fungal and viral infections was negative. Immunoglobulin E (IgE) levels were increased (19.000 U/ml). Urinalysis showed specific weight 1.026 and 4+ proteinuria; red blood cells (80 cells/ $\mu\text{l}$ ) and one hyaline crystal were present in the urine sediment. Initially, the patient was treated with water and salt restriction, infusion of human albumin 20% and furosemide 40 mg i.v. daily for 5 days to obtain only a mild reduction of the oedema and a small increase in serum albumin (1.2 - 1.3 g/dl). In consideration of nephropathy, a renal biopsy has been proposed to the patient several times, but it has always been refused. Instead he accepted to undergo a resection of one of the retroauricular masses.

The patient underwent blood chemistry tests including: blood counts, creatinine, liver function, serum and urinary dosage of proteins and albumin, determination of subclasses of plasma immunoglobulins. The determination of these indices was performed at the time of diagnosis, before discharge and then repeated during the follow-up at one month, three months and two years. Material for histopathologic examination was obtained by resection of a of the right retroauricular mass.

The histological examination revealed well-developed lymph follicles with increased numbers of eosinophils, and fibrosis, the presence of Charcot Leyden crystals within macrophages, deposits of IgE in the germinal centers and numerous mastocytes between the lymphoid follicles. The combination of the clinical presentation and the histological examination pointed out Kimura's disease. After we started treatment with high doses of methylprednisolone (~ 1 mg/kg/day, 80 mg/day), the patient presented striking clinical improvement of the oedemas, reduction of the lymphadenopathy, together with a normalization in the eosinophil count, reduction of proteinuria and increasing of serum albumin levels. At one-month's follow-up, the patient was in good clinical conditions, with no oedema, a normal eosinophil count, and showed improvements in his serum albumin levels (3 g/dl), and 24-hour proteinuria count (250 mg/day), while he was still decreasing his corticosteroid treatment. At 3 months' follow-up and after withdrawal from corticosteroid treatment, his clinical and laboratory findings were stable, with normalized albumin levels and a 24-hour proteinuria count of 150 mg/day. At two year's follow-up, he remained completely healthy. Kimura's disease has been only rarely reported in Asian or Caucasian patients in Europe. The peculiar characteristics of this case report are: 1) the very high proteinuria level (19 g/24h) compared to other Kimura's disease cases complicated by nephrotic syndrome reported in literature (about twice the maximum value usually reported in literature); 2) complete healing (to date, with 2 years' follow-up) only with high dose corticosteroid treatment (~1 mg/kg/die) progressively decreased and then discontinued 3 months after diagnosis. On the contrary most Kimura's disease cases present frequent relapses or go into remission with only long-term corticosteroid therapy.

**DIA tipo ostium secundum in paziente con tireotossicosi in corso di malattia di Basedow**

**Autori**

Benvenuti Chiara



## Istituzione

Medicina Interna ad indirizzo perioperatorio cardiovascolare

firenze

## BACKGROUND

Il Morbo di Basedow è una forma di ipertiroidismo, una condizione caratterizzata da un aumento dell'attività secretoria di iodotirone da parte della tiroide, associato o meno a tireotossicosi

La patologia rende conto del 60-80% di tutti gli ipertiroidismi, con una frequenza nettamente superiore nel sesso femminile ed un picco di incidenza compreso tra i 40 e i 60 anni. La malattia di Graves è causata dalla presenza di autoanticorpi stimolanti il recettore del TSH (TsAb) che, attivando il recettore, determinano un aumento della sintesi e della secrezione degli ormoni tiroidei e causano pertanto l'insorgenza del gozzo diffuso. La diagnosi di ipertiroidismo è confermata dal rilievo laboratoristico di un eccesso di ormoni tiroidei. Il riscontro di valori di TSH adeguatamente soppressi è utile nell'escludere una forma di ipertiroidismo con inappropriata secrezione di TSH, dovuto a resistenza periferica agli ormoni tiroidei o, molto più raramente, ad adenomi ipofisari TSH-secernti.<sup>[1]</sup> La maggior parte dei pazienti con morbo di Basedow presenta un aumento sierico di FT3 superiore a FT4, dovuto sia ad un'eccessiva produzione e secrezione ghiandolare di triiodotironina che a un'augmentata conversione extra-tiroidea di T4 in T3 (T3-tossicosi). Il quadro laboratoristico si completa con il dosaggio degli anticorpi anti-recettore del TSH (TsAb), elevati nella grande maggioranza dei casi. Altri indici biochimici caratteristici sono l'aumento dell'SHBG, la riduzione delle LDL-C e la positività degli anticorpi anti-TG e anti-TPO.

Dal punto di vista ecografico si rileva iperplasia ghiandolare (gozzo diffuso), con rilievo power-doppler di un aumento della vascolarizzazione che abitualmente determina il caratteristico quadro di "inferno tiroideo".

I sintomi cardiocircolatori figurano come le manifestazioni più salienti dell'ipertiroidismo. Sono correlati all'aumentata quota circolante di T4, sia per un'azione diretta su vasi e miocardio che per azione indiretta, mediata da meccanismi cardiocircolatori secondari alle alterazioni metaboliche e neurovegetative. I segni più importanti di cardiopatia tireotossica sono l'aumento della frequenza cardiaca e della gittata sistolica, la riduzione delle resistenze periferiche da vasodilatazione arteriolo-capillare (con conseguente aumento della pressione differenziale), l'ipervolemia, l'aumento del lavoro cardiaco e del ri-torno venoso, il ridotto utilizzo periferico di O<sub>2</sub>. A questo quadro si accompagnano sintomi soggettivi, come dispnea e cardiopalmo, e disturbi del ritmo: l'aritmia più frequente è la fibrillazione atriale (FA).<sup>[2]</sup> Lo scompenso cardiocircolatorio è un'evenienza rara nei soggetti giovani, soprattutto in assenza di una cardiopatia organica, mentre compare con maggiore frequenza negli anziani, negli ipertiroidismi di vecchia data e nelle cardiopatie strutturali. I difetti del setto interatriale (DIA) rappresentano il 10% di tutte le cardiopatie congenite, con un rapporto femmine/maschi di 3:2. Il tipo più frequente di difetto interatriale è il tipo ostium secundum (OS), localizzato a livello della fossa ovale.

Le conseguenze fisiopatologiche di un DIA dipendono dalle dimensioni e dalla durata dello shunt. Nei difetti più grandi con un significativo shunt sinistro-destro, l'atrio e il ventricolo

destro subiscono un sovraccarico di volume che portano con il tempo ad una loro progressiva dilatazione, a insorgenza di ipertensione polmonare e a disfunzione del ventricolo destro. La diagnosi di significatività emodinamica del DIA può essere effettuata ecocardiograficamente tramite la valutazione del rapporto tra la portata sistemica e quella polmonare (Qp/Qs). I DIA che non vengono diagnosticati in epoca pediatrica si rendono sintomatici in età adulta, con un quadro di scompenso cardiaco e/o di aritmie sopraventricolari, la più frequente delle quali è la fibrillazione atriale.

CASO CLINICO di una paziente di 47 anni: In anamnesi fisiologica una gravidanza fisiologicamente condotta a termine. Non eventi cardio-cerebrovascolari maggiori in passato. Nessuna terapia domiciliare. All'inizio di gennaio 2019 comparsa di dispnea e cardiopalmo durante attività ben tollerate in prece-denza. Ad inizio febbraio 2019 comparsa anche di edemi declivi agli arti inferiori per cui la paziente si è sottoposta a visita cardiologica con riscontro di fibrillazione atriale ad elevata frequenza ventricolare media (150 bpm); all'ecocardiogramma marcata dilatazione delle sezioni destre, con shunt sinistro-destro, funzione sistolica globale del ventricolo sinistro conservata, insufficienza mitralica moderata, insufficienza tricuspide moderata con ipertensione polmonare severa. La paziente è stata pertanto inviata in DEA (AOUC Careggi, Firenze) per persistenza di fibrillazione atriale ad elevata frequenza ventricolare media. Confermato il DIA con shunt all'ecocardiogramma. Tentativo inefficace di CVE per persistenza di FA. La paziente è stata, inoltre, sottoposta ad ETE con dimostrazione di ampia comunicazione interatriale tipo ostium secundum con diametro 20x32 mm, assenza del rim infero-posteriore e marcato shunt sinistro-destro, sovraccarico di volume delle sezioni destre, insufficienza mitralica lieve, lieve ipertensione polmonare, funzione sistolica globale del ventricolo sinistro conservata. Successivamente, la paziente è stata trasferita presso il nostro Reparto. All'ingresso compenso emodinamico soddisfacente in miglior controllo della frequenza cardiaca. Agli esami ematici: TSH soppresso, positività degli anticorpi anti-tireoglobulina e anti-TPO, positività anche del dosaggio degli anticorpi anti-recettore del TSH. All'ecografia della tiroide ecostruttura ghiandola-re diffusamente disomogenea per nodularità tra loro confluenti, alla valutazione doppler intensa ed omogenea vascolarizzazione (infer tirodeum). Questi dati laboratoristici e strumentali ci hanno permesso di porre diagnosi di morbo di Basedow. Abbiamo pertanto intrapreso terapia con metimazolo (6 cp/die) e metilprednisolone. Abbiamo inoltre iniziato terapia con propranololo (40 mg 3 volte/die), ottenendo un soddisfacente controllo della frequenza cardiaca persistendo tuttavia fibrillazione atriale. È stata iniziata terapia antitrombotica con warfarin. Valutata dai colleghi della Cardiologia Interventistica e dai colleghi della cardiocirurgia, data le dimensioni del DIA è stata posta indicazione a trattamento chirurgico, da procrastinare al momento della risoluzione della problematica tiroidea. Dimessa a domicilio ad inizio Febbraio 2019, abbiamo iniziato a seguire la paziente in regime di Dimissione Protetta. A controlli seriat, effettuati ogni 3 settimane, abbiamo riscontrato enormi difficoltà nel controllare la funzione tiroidea, con valori di TSH oscillanti fra molto elevati e decisamente soppressi, con paziente sempre sintomatica per cardiopalmo e dispnea per sforzi lievi (classe NYHA III). La paziente si presentava ai controlli sempre in FA ad elevata frequenza ventricolare media, scarsamente responsiva alle modifiche terapeutiche, con un lieve miglioramento dopo l'introduzione di digossina. I controlli ecocardiografici eseguiti in quelle visite hanno mostrato l'insorgenza di insufficienza mitralica severa, insufficienza tricuspide di grado moderata-severo con aumento delle pressioni polmonari. Data l'estrema imprevedibilità del controllo della funzione tiroidea e, di conseguenza, del compenso emodinamico con la terapia intrapresa e dopo circa 1 mese di stabilità del TSH all'interno di valori normali, con soddisfacente equilibrio emodinamico e miglioramento dei dati ecocardiografici (insufficienza mitralica

lieve-moderata e riduzione dei valori di pressione polmonare), è stato preso in considerazione l'intervento chirurgico di tiroidectomia. Pertanto, collegialmente con i colleghi della Chirurgia Generale del nostro Ospedale, i cardiocirurghi e gli anestesisti, valutato il rischio operatorio di un intervento chirurgico cardiaco in presenza di una malattia di Basedow in labile compenso, è stata posta indicazione a tiroidectomia totale. A Luglio 2019 la paziente è stata, quindi, sottoposta ad intervento di asportazione della tiroide, con successivo buon compenso emodinamico, persistenza di FA con buon controllo della frequenza cardiaca. Attualmente la paziente è in attesa di intervento cardiocirurgico per chiusura del DIA tipo ostium secundum.

Il quadro clinico di esordio è stato uno scompenso cardiaco da fibrillazione atriale ad alta frequenza ven-tricolare in corso di ipertiroidismo da Morbo di Basedow. Tale quadro ha permesso di effettuare diagnosi di cardiopatia strutturale (difetto del setto interatriale). Dall'altra parte la presenza del DIA ha facilitato l'insorgenza di scompenso cardiaco da ipertiroidismo.

Successivamente sono emerse molte difficoltà nel trattare farmacologicamente la patologia tiroidea, che ha influenzato notevolmente il compenso emodinamico della paziente ed i dati strumentali cardiaci, facendo sorgere un dubbio valutativo sull'entità dell'insufficienza mitralica e sull'eventuale trattamento chirurgico anche di tale valvulopatia. Al momento in cui è emersa la chiara indicazione al trattamento chirurgico della tiroide, è stato necessario valutare il rapporto rischio/beneficio di far precedere suddetto intervento a quello cardiocirurgico. Per quanto riguarda la stima del rischio operatorio relativo alla tiroidectomia, tale intervento rientra nel profilo di rischio intermedio. Gli score di rischio della chirurgia cardiaca per la situazione specifica non forniscono dati soddisfacenti, in quanto l'STS score non prende in considerazione interventi di correzione come il DIA; né l'EUROSCORE II né l'STS score prendono in considerazione la presenza di patologie endocrine con impatto sull'equilibrio emodinamico come quella della paziente. Considerando, però, la possibile necessità di uso di amine nel post-operatorio cardiocirurgico e il labile compenso tiroideo della paziente, collegialmente con i colleghi dell'endocrinologia, della chirurgia generale e della cardiocirurgia abbiamo valutato un minor rischio per l'intervento di tiroidectomia in presenza di cardiopatia strutturale che per l'intervento cardiocirurgico, in presenza di patologia tiroidea in labile compenso. Abbiamo, pertanto, sottoposto la paziente a tiroidectomia; in seguito la paziente, in miglior compenso emodinamico, sarà sottoposta ad intervento di correzione del DIA e a MAZE per fibrillazione atriale. Gli ultimi dati ecocardiografici, eseguiti in presenza di buon controllo della frequenza ventricolare media, hanno consentito di escludere la necessità di trattamento chirurgico della valvola mitrale.

## **Ematomi "sine trauma"**

### **Autori**

Querci Francesca  
Venturini Luigi  
Rocchi Miriana  
Mariotti Federica

Bonacci Rosanna  
Longo Benedetta  
Vallini Valerio  
Sibilia Gabriella  
Costagli Moreno  
Giomi Susanna  
Belcari Claudio  
Andreini Roberto

**Istituzione**  
USLNORDOVEST  
Pontedera

Un uomo di 76 anni veniva ricoverato presso il reparto di medicina interna inviato dal PS per estesi ematomi alla gamba sinistra associati a dolore all'anca sinistra in assenza di traumi. All'anamnesi patologica remota :colecistectomia per litiasi meniscectomia dx protesi ginocchio dx, ernia discale lombare operata, ricostruzione della cuffia dei rotatori spalla dx, tonsillectomia. Ipertensione arteriosa. Diagnosi di ETP vescicale nel 2015 per cui ha eseguito numerose TURBT eseguite da instillazioni di BCG . Nega storia di sanguinamenti pregressi. Il dolore alla gamba sinistra è stato inizialmente inquadrato e trattato come una lombosciatalgia. Il paziente si presenta cosciente, lucido, ben orientato. CUTE e MUCOSE:ematoma avambraccio destro, inferiore, ematoma coscia sinistra inferiore. TORACE: normoconformato; respiro eupnoico; all'auscultazione rumori respiratori normotrasmessi su tutto l'ambito. CUORE: azione cardiaca ritmica, normofrequente, toni validi, pause libere. ADDOME: globoso per adipe, alla palpazione trattabile su tutto l'ambito e non dolente; peristalsi presente; ARTI INFERIORI: ematoma coscia sin Claudicatio per coxartrosi sinistra Ematoma braccio dx Pressione arteriosa 100/60 mmHg. Polso 83 bpm. L'angioTc che segnala la presenza di significativa tumefazione (diametri assiali 85x70 mm) del muscolo iliaco sinistro , a struttura disomogenea da riferire a ematoma intramuscolare .Lo studio post-contrastografico con acquisizione in fase arteriosa e venosa non dimostra segni di rifornimento dell'ematoma in nessuna delle fasi eseguite.Gli esami ematici svolti in pronto soccorso risultano nei limiti eccetto aPTT che risulta lievemente aumentato. Considerando il forte sospetto clinico nonostante il risultato del mixing-test, vengono dosati i fattori della coagulazione e ricercati fattori inibitori. Dagli esami effettuati risulta una diminuzione del fattore VIII e la presenza di anticorpi rivolti contro quest'ultimo. Si pone diagnosi di emofilia acquisita. Durane la degenza si ha un peggioramento del quadro clinico , aumento delle ecchimosi, ed ematoma intramuscolare, ed ematuria con un progressivo aumento dell'aPTT , una consensuale diminuzione dei valori dell'emoglobina fino a valori che richiedono un supporto trasfusionale. Viene inoltre iniziata terapia con agenti bypassanti, fattore VIII ricombinante (NovoSeven® ) e terapia immunosoppressiva con Ciclofosfamide e steroide. Viene monitorata l'evoluzione dell'ematoma intramuscolare dell'ileopsoas con AngioTC e TC. Con il miglioramento dell'aPTT è stato inoltre possibile eseguire cistoscopia con rimozione di grosso coagulo organizzato. Dopo un mese di ricovero il paziente viene dimesso asintomatico con valori normalizzati dell'aPTT, sanguinamento, miglioramento dei valori di fattore VIII, calo dell'inibitore del fattore VIII e miglioramento del quadro TC addome.Il paziente sarà seguito dallo specialista ematologo ambulatorialmente, assume al momento della dimissione terapia steroidea. Le

raccomandazioni sono quelle di monitorare aPTT e Fattore VIII una volta al mese per i primi sei mesi, quindi ogni 2-3 mesi per i successivi sei mesi ed infine, ogni 6 mesi per il secondo anno. L'emofilia acquisita è una patologia autoimmune caratterizzata dalla presenza di autoanticorpi di classe IgG diretti contro il fattore VIII endogeno. E' una malattia caratterizzata da manifestazioni emorragiche improvvise in pazienti senza storia personale o familiare di disordini della coagulazione. È una condizione rara, con una incidenza di circa 1,5 casi - per milione / anno; colpisce pazienti in età adulta o anziana (range 55-78 anni), senza distinzione di sesso, fatta eccezione per i casi di giovani donne nel post-partum . In circa il 50% dei casi non si riconosce una patologia sottostante, scatenante la formazione di auto-anticorpi contro il FVIII (forma idiopatica), negli altri casi sono implicate la presenza di neoplasie (tumori solidi, linfomi), malattie autoimmuni (in particolare l'artrite reumatoide), malattie dermatologiche (psoriasi), farmaci e il post-partum. La manifestazione clinica principale dell'EAA è l'emorragia, presente in più del 90% dei pazienti all'esordio; il sanguinamento è spontaneo in tre quarti circa dei casi, e grave nel 70%, intendendo per grave un'emorragia che comporta anemizzazione con un valore di emoglobina [Hb] < 8 g/dl o una perdita acuta di Hb. Le emorragie più comuni nell'EAA sono quelle sottocutanee, anche notevolmente estese (>80%), seguite dalle emorragie gastrointestinali (>20%), dagli ematomi muscolari (>40%), e con minore frequenza da emorragie genitourinarie, retroperitoneali, ed anche intracraniche, che benché rare sono gravemente invalidanti e potenzialmente fatali. Il trattamento dei sanguinamenti, secondo le raccomandazioni internazionali, prevede l'utilizzo di agenti by-passanti come terapia di prima linea (FVII attivato ricombinante è quello maggiormente utilizzato nella pratica clinica). La'emofilia A acquisita deve essere sospettata quando ci troviamo di fronte ad un sanguinamento acuto accompagnato da un prolungamento dell'aPTT. Un allungamento dell'aPTT può essere dovuto ad una diminuzione dei fattori della coagulazione , al LAC o terapia con eparina. Il Mixing-test è usato per distinguere la carenza di fattori della coagulazione dalla presenza di fattori inibitori. Gli inibitori sono tempo e temperatura dipendenti, il test andrebbe eseguito quindi immediatamente dopo il prelievo ed a distanza di due ore. Un mixing test negativo non esclude EAA. I pazienti con aPTT allungato e sospetto di EAA dovrebbero essere misurati fattori della coagulazione FVIII, IX, XI e XII. L'inibitore dovrebbe essere misurato con il test Bethesda. Nonostante non tutti pazienti con EAA sanguinino e non tutti i sanguinamenti richiedano intervento , il controllo dell'emorragia è l'immediata priorità. Il trattamento di prima linea del sanguinamento raccomanda l'utilizzo di fattore VIII attivato da DNA ricombinante. Il trattamento immunosoppressivo deve essere iniziato non appena viene fatta diagnosi di EAA. L'EAA è una malattia rara che può avere presentazioni eterogenee questo può determinare sia una mancata diagnosi che un ritardo diagnostico .

**L'ecografia toracica come uovo di Colombo per l'internista.**

### **Autori**

Bracciali Alberto  
Bertoni Michele  
Martini Roberto  
Restuccia Tea

Foschini Alice  
Tammone Antonio  
Di Natale Massimo Edoardo

## **Istituzione**

SOC Medicina Interna 2. Ospedale S. Stefano di Prato

Prato

## **Corpo dell'abstract**

Introduzione

Nella pratica clinica quotidiana dell'internista, l'impiego dell'ecografia toracica (ET) bedside può consentire una diagnosi precoce risolvendo in tempi rapidi eventuali dubbi diagnostici sollevati dalla negatività di esami tradizionali di diagnostica per immagini a fronte di un quadro clinico delineato. Ne è un esempio il caso clinico che presentiamo.

Caso

clinico.

M.R. di sesso femminile, 69 anni, si presentava alle 17:00 del 4.9.2019 al DEA dell'Ospedale S. Stefano dei Prato accusando, da circa due ore e mezza, dolore urente notturno retrosternale irradiato alla regione sovraclaveare sinistra ed epigastrico, nonché episodi di rigurgito di materiale alimentare acido. Scala VAS 9. Dall'anamnesi remota risultavano una diagnosi di esofagite grado 1 secondo Savary Miller nel 1996, ipertensione arteriosa da oltre 10 anni e ipotiroidismo in terapia sostitutiva in tiroidite autoimmune da 8 anni. La paziente assumeva olmesartan medoxomil/idroclortiazide 40/12,5 mg 1 c/die, levotiroxina sodica 100 ug 1 c/die e solo saltuariamente esomeprazolo 20 mg 1 c/die. L'esame obiettivo eseguito all'ingresso in DEA evidenziava: PA 130/65 mmHg; SpO2 93 % in O2 2 l/min; azione cardiaca ritmica 88 bpm; assenza di soffi cardiaci; paziente eupnoica a riposo, ma con finissimi crepitii ai campi polmonari inferiori; non edemi agli arti inferiori né turgore giugulare; non dolorabilità alla palpazione toracica, lieve dolorabilità alla palpazione in sede epigastrica. I primi esami ematici eseguiti in urgenza evidenziavano: all'EGA in aria ambiente pH 7,43, PaO2 58 mmHg, PaCO2 38,5 mmHg, SpO2 92,2%, HCO3<sup>-</sup> 24,6 mmHg; Tnl HS < 2,3 ng/l; D Dimeri 523 ng/ml. Emocromo ed altri esami di chimica clinica nella norma. Una visita cardiologica eseguita alle 17:15 evidenziava ritmo sinusale e assenza di turbe ischemiche all'ECG. All'ecocardiogramma bedside: assenza di alterazioni segmentarie della cinetica ventricolare sinistra; dimensioni normali di sezioni destre, radice aortica, aorta ascendente; assenza di rigurgito aortico e mitralico; pericardio indenne. Alle 17:20 veniva eseguita una Rx torace con il seguente esito: non addensamenti parenchimali a focolaio; ombra cardiaca era nei limiti; segni di congestione del piccolo circolo. Alle 18:00 veniva eseguita una Angio TC aorta toraco-addominale e una TC torace con MDC con il seguente esito: assenza di segni di dissezione dell'aorta toraco-addominale, difetti di opacizzazione del circolo arterioso polmonare, versamento pleuro-pericardico, pneumotorace, lesioni parenchimali polmonari, edema polmonare. Normale il calibro delle vene sovra epatiche e della vena porta. Alle 20:00 era eseguita la ripetizione del dosaggio di Tnl HS con esito < 2,3 ng/l. In serata la paziente veniva trattata in DEA con omeprazolo 40 mg 1 f ev, idrossido di alluminio e magnesio per os, paracetamolo 1 g ev. Alle 16:00 del 5.9.2019 la paziente era trasferita nel nostro reparto. Riferiva miglioramento del dolore toracico. All'esame obiettivo, PA 135/70 mmHg; SpO2 93 % in O2 terapia 2 l/min; azione cardiaca ritmica 90 bpm; assenza di soffi cardiaci; paziente eupnoica a riposo, ma con finissimi crepitii ai campi polmonari inferiori; non edemi agli arti inferiori né turgore giugulare. L'ECG confermava la presenza di ritmo sinusale e l'assenza di segni di ischemica

miocardica. Veniva prescritta terapia con omeprazolo 20 mg 1 c alle 8, ramipril 5 mg 1 c alle 8, levo-tiroxina sodica 100 ug 1 c alle 8. Il 6.9.2019 alle 10:00 durante la visita la paziente si presentava dispnoica e tachipnoica a riposo con 27 atti respiratori al minuto. Veniva evidenziata tachiaritmia 130 bpm che all'ECG risultava FA. Si confermava la presenza di crepitii ai campi polmonari inferiori e l'assenza di edemi agli arti inferiori e di turgore giugulare. PA 120/75 mmHg. SpO2 92% in O2 terapia 2 l/min. Considerando l'esito della Rx torace e della TC Torace con MDC effettuate circa 36 ore prima, si decideva di eseguire una ET. Quest'ultima dimostrava ai campi polmonari inferiori la presenza di linee B (in media 5 per campo) e segni di lieve versamento pleurico alle basi polmonari. Veniva dosato NTproBNP con valore 1498 pg/ml. Si iniziava il trattamento della FA parossistica con amiodarone 150 mg 6 f in soluzione glucosata 5% 500 ml per infusione venosa a 21 ml/h, enoxaparina sodica 6000 UI b.i.d., furosemide 40 mg e.v. b.i.d., bisoprololo 1,25 mg 1 c q.d., confermando ramipril 5mg 1 c q.d. Inoltre, si prescriveva la restrizione dell'apporto idrico a 750 ml/die e il controllo della diuresi. Alle 21:00 dello stesso giorno l'ECG dimostrava il ripristino del ritmo sinusale. Il 7.9.2019 all'esame obiettivo del torace residuavano solo finissimi crepitii tele inspiratori alla base polmonare destra e la SpO2 era 96% in aria ambiente. La diuresi delle ultime 24 ore era 3100 ml. Si sospendeva il trattamento ev sia con amiodarone, sia con furosemide. Si iniziava terapia con furosemide 25 mg 1 c b.i.d.. Enoxaparina sodica veniva sospesa e sostituita con edoxaban 60 mg 1 c q.d. CHA2DS2-VASc = 4. Il 7.9.2019 l'esame obiettivo del torace dimostrava la scomparsa dei crepitii polmonari ai campi inferiori e l'ET evidenziava la scomparsa di linee B e di segni di versamento pleurico. La EGDS dimostrava la presenza di ernia jatale gastroesofagea di 4 cm senza segni di esofagite. Un ecocardiogramma eseguito lo stesso giorno dimostrava reperti normali, in particolare FE 60%, diametro atriale sinistro 37 mm. Il 10.9.2019 la paziente veniva dimessa con NTproBNP 213 pg/ml, esami biomorali di chimica clinica nella norma e diagnosi di: "Scompenso cardiaco (SC) congestizio acuto de novo in corso di FA parossistica in soggetto con ipertensione arteriosa. Ernia jatale gastroesofagea in soggetto con positività dell'antigene fecale di Helicobacter pylori (HP). Ipotiroidismo in terapia sostitutiva in soggetto con tiroidite autoimmune". Veniva prescritta terapia con furosemide 25 mg 1 c q.d., bisoprololo 1,25 mg 1 c q.d., ramipril 5 mg 1 c q.d., edoxaban 60 mg 1 c q.d., levo-tiroxina sodica 100 ug 1 c q.d., oltre alla classica terapia eradicante della infezione da HP.

Discussione.

L'identificazione delle linee B è stata proposta come una valida tecnica ultrasonografica per la valutazione della congestione polmonare nei pazienti con SC. L'aumento del numero delle linee B correla con il peggioramento della classe funzionale NYHA (1). Le linee B sono correlate alle strie B di Kerley e allo score radiologico toracico del polmone umido (2). Esse correlano anche con la severità della disfunzione diastolica per qualsiasi livello di disfunzione sistolica (1) e sono un utilissimo strumento per la diagnosi differenziale della dispnea cardiogena rispetto a quella non cardiogena essendo assenti in quest'ultima, con una sensibilità del 100% ed una specificità del 92 % (1). L'ET ha migliori sensibilità e attendibilità rispetto alla Rx torace bedside per la diagnosi sia di edema polmonare, sia di versamento pleurico (3). Il riconoscimento, la quantificazione e ed il monitoraggio della congestione polmonare sono molto importanti a tutti gli stadi del trattamento dello SC (3). Nel nostro caso clinico l'impiego dell'ET ha permesso di diagnosticare rapidamente e con certezza uno SC acuto de novo in una paziente che, circa 36 ore prima, aveva avuto accesso in DEA per dolore toracico, presentava finissimi crepitii bibasilarali all'auscultazione toracica, una SpO2 in aria ambiente di 92,2%, si era sottoposta a Rx torace, TC torace con MDC e visita cardiologica con ecocardiogramma, tutti con esito nella norma salvo segni di congestione del piccolo circolo. Ciò ha consentito di iniziare prontamente una terapia diuretica per via e.v. che ha permesso di risolvere il quadro clinico in un giorno, come

confermato dalla scomparsa di crepitii all'obiettività toracica e di linee B all'ET, nonché dal netto decremento dei valori di NTproBNP. Così, è stato possibile proseguire il trattamento con un basso dosaggio di furosemide e bisoprololo per os, insieme a ramipril 5 mg 1 c q.d. e dimettere la paziente 4 giorni dopo la diagnosi di SC.

**Bibliografia.**

1. Volpicelli G et al. Am J Emerg Med 2008, 26:585-91.
2. Jambrik Z et al. Am J Cardiol 2004, 93:1265-70.
3. Gargani L. Cardiovascular Ultrasound 2011, 9:6.

**Malattia di Miller Fisher: un case report**

**Autori**

Vannini Matteo  
Benvenuti Chiara



## Istituzione

Reparto Medicina interna ad indirizzo perioperatorio cardiovascolare  
firenze

La sindrome di Miller Fisher (MFS), riconosciuta come un'entità clinica distinta per la prima volta nel 1956, è oggi considerata una variante della sindrome di Guillain-Barré (10-20% dei casi complessivi), caratterizzata dalla seguente triade: (1) oftalmoplegia, (2) atassia, (3) areflessia. All'incirca 1 paziente su 4 arriva a sviluppare astenia soprattutto a livello degli arti, da cui il chiaro legame con la sindrome di Guillain-Barré. Esistono forme incomplete, come oftalmoplegia acuta senza atassia o neuropatia atassica acuta senza oftalmoplegia. Alcuni pazienti con MFS sviluppano midriasi fissa. Nell'85-90% dei pazienti vengono riscontrati anticorpi contro GQ1b, un componente gangliosidico nervoso, fortemente associati con un coinvolgimento dei nervi oculomotori e rinvenibili nella maggior parte dei pazienti con sindrome di Guillain-Barré e spiccata debolezza oculomotrice.

Studi elettrodiagnostici in pazienti con MFS hanno mostrato risposte sensitive ridotte o assenti, senza riduzione della velocità di conduzione sensitiva. In caso di marcata astenia, possono essere presenti anomalie di conduzione nel motoneurone. Esistono pochi studi patologici sulla MFS. Due case report sono stati in grado di dimostrare demielinizzazione extra-assiale dei nervi oculomotori. La MFS può essere associata a patologie infettive, autoimmuni o neoplastiche. Il mimetismo molecolare, in particolare in relazione a pregresse infezioni da *Campylobacter jejuni* e *Hemophilus influenzae*, è verosimilmente il meccanismo patogenetico principale ma i ruoli di altri fattori biologici sono ancora da chiarire.

### CASO

### CLINICO:

Un paziente italiano di 65 anni con una storia clinica positiva solo per ipertensione arteriosa accede al Pronto Soccorso di AOUC Careggi (Firenze) per una storia di 4 giorni di diplopia binoculare ingravescente, associata a instabilità della marcia e a alterata sensibilità palatina. Un'iniziale visita oculistica ambulatoriale non aveva rilevato alterazioni significative.

A seguito di consulenza neurologica, per il rilievo ad angio-TC del circolo cerebrale di tortuosità delle arterie vertebrali, nel sospetto di dissecazione delle suddette, viene raccomandato ricovero presso la nostra Medicina Interna per approfondimenti più mirati. Al momento del ricovero, l'esame obiettivo del paziente è positivo solo per diplopia binoculare, in assenza di altri segni neurologici focali, e per lieve instabilità della marcia. Una risonanza magnetica cerebrale con fat suppression ha mostrato solo minimi esiti ischemici, in assenza di dissecazione delle arterie vertebrali. Pertanto, nel sospetto di una sindrome miastenica, una nuova consulenza neurologica ha raccomandato i seguenti accertamenti:

- Dosaggio sierico degli anticorpi anti-MuSK e anti-AchR, risultati poi negativi;
- Studio elettromiografico di singola fibra, eseguito in Dimissione Protetta
- Test di stimolazione nervosa ripetitiva (o di Desmedt-Jolly): nessuna alterazione significativa a livello della giunzione neuromuscolare.

Vista la stabilità clinica, il paziente è stato dimesso per valutazione ambulatoriale. La settimana successiva, una rivalutazione ambulatoriale ha notato peggioramento della diplopia e comparsa di parestesie intermittenti a livello degli arti superiori. È stato quindi eseguito il suddetto studio ENG/EMG, risultato estremamente sospetto per sindrome di Miller Fisher (riduzione del pattern interferenziale, onde F rallentate e disperse, incremento

delle latenze distali). Pertanto, è stato disposto nuovo ricovero presso la nostra Medicina Interna.

Nuova visita neurologica ha rilevato diplopia ingravescente, fino a quadro di oftalmoplegia in tutte le direzioni dello sguardo e ptosi bilaterale (maggiore a destra rispetto a sinistra), non franca atassia, parestesie distali degli arti superiori, riflessi osteotendinei assenti. È stata, pertanto, eseguita rachicentesi diagnostica che non ha, però, mostrato alterazioni significative.

Visti i dati clinico-anamnestici fortemente suggestivi per poliradicolonevrite a tipo Miller Fisher e vista la conferma laboratoristica (IgM e IgG anti-GQ1b positive), è stata posta indicazione a trattamento con ciclo di plasmateresi terapeutica con separatore cellulare. Il paziente ha dunque eseguito, senza particolari complicanze, cinque cicli di plasmateresi, con miglioramento della sensazione di ipoestesia a livello del palato sinistro e dell'emilingua, nonché dell'ipofonia; tuttavia, è persistita oftalmoplegia pressoché completa e ptosi palpebrale maggiore a destra; la marcia a base allargata, difficoltosa in tandem. È stata, pertanto, posta indicazione a trattamento con ciclo di IVIG (0.4 mg/kg per 5 giorni), che il paziente ha terminato in assenza di particolari complicanze. A termine del ciclo, nuova valutazione neurologica ha rilevato iniziale recupero dei movimenti di adduzione oculare e recupero dei riflessi osteotendinei. Dopo aver raggiunto stabilità clinica, il paziente è stato dimesso al proprio domicilio, quindi da noi rivalutato a intervalli di 4 settimane: netto il miglioramento clinico, con deciso recupero alle normali attività quotidiane per il paziente.

Dinanzi alla comparsa improvvisa di diplopia binoculare è sempre fortemente raccomandato escludere patologie capaci di mettere a repentaglio la sopravvivenza del paziente, per cui è stato inizialmente ipotizzato un disturbo di natura vascolare, fortunatamente scongiurato da prove radiologiche.

La presenza di marcata astenia, ptosi palpebrale e di ipo-/areflessia, in questo caso, sono state fortemente suggestive per una sindrome miastenica; tuttavia, questa ipotesi è andata indebolendosi in assenza di anticorpi anti-MuSK e anti-AchR (estremamente specifici di malattia) e test di Desmedt-Jolly negativo. La presenza, a ricovero successivo, di anticorpi anti-GQ1b, presenti nell'80% dei pazienti con sindrome di Miller Fisher, ed il dato elettrofisiologico estremamente suggestivo hanno consentito di arrivare a una conclusione diagnostica.

Studi che abbiano comparato l'uso di plasmateresi con l'uso di IVIG sono pochi, svolti in ambito pediatrico e usati in pazienti affetti da sindrome di Guillain-Barré, dunque ci sentiamo di poter concludere che il nostro approccio, in cui le IVIG si sono apparentemente mostrate più efficaci della plasmateresi, ha portato a buon esito del quadro clinico complessivo del paziente. Fortunatamente, la sindrome di Miller Fisher in particolare è gravata da outcome prognostici migliori rispetto alla sindrome di Guillain-Barré "classica", con tassi di letalità riportati come <5%.

## **Pulmonary cement embolization after vertebroplasty**

### **Autori**

Bracali Ilaria  
Bernetti Margherita

Bertoni Michele  
Foschini Alice  
Giani Alessandra  
Guarducci Lorenzo  
Lotti Pamela  
Martini Roberto  
Restuccia Tea  
Risaliti Filippo  
Tammone Antonio  
Zanieri Samanta  
Di Natale Massimo Edoardo

### **Istituzione**

Medicina Interna 2 - Ospedale S. Stefano Prato  
Prato

We present a case of asymptomatic Pulmonary Cement Embolism (PCE) as a complication of vertebroplasty surgery.

A 66-year-old woman presented to emergency department of our Hospital with difficulty speaking and confusion lasted about 20 minutes. She had been discharged ten days earlier, after a vertebroplasty surgery performed in another institution. A CT angiography of the cerebral arteries was performed, suspecting acute stroke, but showed normal features. In previous days the patient had abused pain-relieving opiate drugs. At admission in our ward her general examination showed normal pulse and respiratory rates, air oxygen saturation of 98% and normal blood pressure. NHISS score was 0. Trans thoracic echocardiography showed normal findings. Electroencephalogram was also normal. Her chest X-ray showed linear branching opacities in left lung. She reported a normal pre-operative chest x ray. Pulmonary CT was obtained and showed branching vascular linear radio densities in left distal sub segmental pulmonary arterial branches, consistent with cement embolization. Subcutaneous enoxaparin was started and patient was hemodynamically stable and had normal oxygenation throughout her stay. At discharge we did not offer her anticoagulation as she was completely symptom free.

The reported incidence of pulmonary cement embolism after vertebral cement reinforcement ranges widely, from 2.1 to 26%. Asymptomatic PCE is a common condition without permanent clinical sequelae. Nevertheless a symptomatic PCE is an emergency which can lead to catastrophic complications requiring surgical and medical intervention.

Pulmonary cement embolization is a possible complication of vertebroplasty surgery. The optimal management for PCE is not well established and must be tailored to fit each individual patient. Our patient was asymptomatic and stable, so a conservative management was chosen.

**The doctor who stared at schistocytes. An intriguing case of suspected thrombotic microangiopathic anemia.**

**Autori**

Pieralli Filippo  
Milia Alessandro  
Fruttuoso Silvia  
Mancini Antonio  
Luise Fabio  
Sammicheli Lucia  
Bandini Giulia  
Mercatelli Paolo  
Nozzoli Chiara  
Moggi Pignone Alberto

### **Istituzione**

AOU Careggi

Firenze

A 33 year-old man with type 1 diabetes mellitus was admitted to the internal medicine unit due to subacute onset of exertional dyspnea, with evidence at initial blood exams of severe macrocytic anemia with thrombocytopenia, biohumoral signs of hemolysis and 5 schistocytes per magnified field on the blood smear. A thrombotic microangiopathy was suspected and plasma exchange was started soon, since the risk of a life threatening condition. On the second day, after the results of a disintegrin and metalloproteinase with thrombospondin-1 motif, member 13 (ADAMTS-13) and reticulocytes were available, a critical reappraisal of the clinical scenario was done. B12 vitamin deficiency was evident after completing the diagnostic work-up. Finally, a diagnosis of "pseudo thrombotic microangiopathy vitamin B12 deficiency- related" was done. This is an intriguing and rare manifestation of cobalamin deficiency, given the very uncommon occurrence of schistocytes in this condition. "Pseudothrombotic microangiopathy vitamin B12 deficiency-related" should be kept in mind when facing the differential diagnosis of microangiopathic anemia in presence of a low proliferative index.

**Too mimic to be real. A rare case of negative motor seizure stroke mimic syndrome**

### **Autori**

Vannucchi Vieri  
Moroni Federico  
Imbalzano Maria letizia

Fiordelli Irenze  
Seravalle Cristiana  
Iandini Giancarlo

## **Istituzione**

Medicina Interna

firenze

## **Introduction**

Seizure represents a well known stroke mimic symptom most commonly associated with “positive” phenomena (such as tonic, clonic or myoclonic automatism, paraesthesia or hallucinations). However “negative” phenomena can occur with aphasia, speech arrest, numbness. The occurrence of hemiparesis is a rare manifestation of epilepsy, frequently misdiagnosed as ischemic stroke. Because of the clinical presentation is as cerebral ischemia patients are often treated with intravenous thrombolysis.

## **Case**

report

A 29 year-old patient was admitted to our ED for acute right hemiparesis onset 30 minutes before the admission. In the past history not clinically relevant disease was reported. She was on oral contraceptive treatment. A brain CT-scan and angio TC extra and intracranic circulation was normal. NIHSS was 11 and thrombolysis therapy was started without complication. She was shifted for magnetic resonance imaging (MRI). However, a diffusion-weighted image (DWI) showed no focal area of low apparent diffusion coefficient/no acute infarct. Fluid-attenuated inversion recovery images were also normal. After thrombolysis patients showed the persistence of fluctuant neurologic symptoms, an EEG was performed revealing the presence of epileptiform discharge in left frontal- temporal cortex. A treatment with levetiracetam was performed with complete resolution of symptoms.

## **Discussion**

Negative motor seizures (NMS) represent a rare and chameleonic manifestation of epilepsy mimicking acute ischemic stroke. NMS is an uncommon epileptic condition presenting as motor arrest or inability to conduct voluntary movements. Conversely to postictal paralysis (Todd’s paralysis) that is described as a transient hemiplegia following motor seizure, the NMS is a negative ictal phenomenon that electrically corresponds to activation of the negative motor areas.

In this case NMS occurred in a patients without a history of epilepsy and presented clinically as a vascular accident, so she received treatment with fibrinolysis. Although negative MRI at baseline. can decrease the proportion of patients with stroke mimics, it is not always possible rule out them in emergency .The complication rates associated with tPA in stroke mimics are lower than true stroke and concern for intracerebral hemorrhage in mimic patients need not dissuade clinicians from administering t-PA when significant concern for ischemic etiology exists

## **Un caso di epatite acuta da integratore alimentare**

### **Autori**

Burberi Francesco  
Bribani Andrea

**Istituzione**

Ospedale Serristori Figline Valdarno

Montevarchi

Descriviamo il caso di una paziente di 73 anni, ricoverata in Medicina per riscontro di aumento degli indici epatici di citolisi e colestasi e aumento CK.

Analisi della cartella clinica, descrizione dell'andamento clinico, revisione della letteratura sul tema riguardante il caso clinico.

Durante la degenza si è osservata una graduale remissione dei sintomi dispeptici; la paziente si è mantenuta in buone condizioni cliniche generali. Gli esami ematici seriatî hanno mostrato una lenta graduale riduzione degli indici epatici e del CK circa 50% rispetto all'ingresso. Al follow-up, dopo un mese, ulteriore riduzione delle transaminasi e degli enzimi muscolari.

Dopo revisione della letteratura, si segnala che, fra i farmaci e gli integratori assunti dalla paziente, il riso rosso fermentato è associato a possibile epatite tossica e aumento degli enzimi muscolari. Associata descrizione del meccanismo fisiopatologico e della bibliografia-sitografia..

**Un caso di ipoglicemia in paziente non diabetico****Autori**

Almerigogna Veronica

Paoli Martina  
Colombini Angela  
Ciaramelli Anna  
Scirtò Grazia  
Fiusti Roberto

## **Istituzione**

Ospedale Santo Stefano - Medicina 3

Prato

## **Corpo dell'abstract**

L'ipoglicemia (glicemia plasmatica < 55 mg/dl) è un problema clinico raro nei soggetti non diabetici. La diagnosi si ottiene con un'appropriata misurazione della glicemia durante un evento ipoglicemico spontaneo. In soggetti apparentemente sani, il riscontro della cosiddetta triade di Whipple (sintomi e/o segni clinici caratteristici dell'ipoglicemia, una ridotta concentrazione plasmatica di glucosio e una risoluzione dei sintomi o dei segni clinici dopo il ripristino della normoglicemia) richiede una successiva valutazione per l'identificazione delle più comuni cause di ipoglicemia. Le cause principali sono da farmaci, malattie croniche (epatiche, renali, sepsi), deficit ormonali (cortisolo, glucagone), tumori non insulari e iperinsulinismo endogeno. Il paziente B.E di 56 aa. accede c/o il DEA dell'Ospedale Santo Stefano di Prato per peggioramento dell'astenia con riscontro sul territorio di ipoglicemia severa (38 mg/dl) Da circa 5 anni riferito calo ponderale di 20 Kg attribuito a sindrome ansioso-depressiva e reattiva a stress lavorativo. Effettuati comunque ad approfondimento EGDS negativa e sierologia per malattia celiaca negativa. Durante il ricovero persistente ipoglicemia e ipotensione arteriosa. All'esame obiettivo vigile, collaborante, cute bronzina. Non altre alterazioni degne di nota. Ai primi esami ematici lieve iposodiemia, non altre alterazioni rilevati. A scopo di approfondimento effettuati dosaggi ormonali con rilievo di deficit di cortisolo: 0.1 mcg/dl, ACTH 13.2 pg/mL. Bassi valori di insulinemia e peptide C. TSH 5.9 mU/L, con elevati valori di anticorpi anti TPO 29.1 UI/mL e di anticorpi antiTG 114.8 UI/mL. Dosati i principali markers neoplastici risultati negativi. Effettuata ecografia dell'addome che non ha mostrato espansi endoaddominali. Per il sospetto quadro di iposurrenalismo secondario (deficit di cortisolo con ACTH inappropriatamente nei limiti) chiesta RMN ipofisi con mdc per sospetta ipofisite ed impostata terapia con cortone acetato con netto miglioramento dei profili glicemici e dell'astenia. L'insufficienza corticosurrenalica secondaria può essere causata da processi che coinvolgono l'ipofisi, interferendo con la secrezione di ACTH che può essere isolata o associata ad altre alterazioni degli altri ormoni ipofisari. Le cause principali sono: neoplastiche, infettive, tubercolari, traumatiche, emorragiche, autoimmune.

## **Un peculiare caso di dolore addominale**

### **Autori**

Scirtò Grazia Eleonora  
Colombini Angela

## **Istituzione**

Nuovo ospedale di prato , medicina 3

prato

La sindrome di Ogilvie o pseudo-occlusione del colon è la dilatazione del colon (diametro > 10 cm) senza che vi sia un'occlusione meccanica. La diagnosi si ottiene mediante la dimostrazione radiografica di una distensione acuta di cieco e colon destro che può coinvolgere anche la flessura splenica fino al colon sinistro (che può raggiungere e superare i 10 cm) , senza che vi sia una lesione occludente dimostrabile mediante colonscopia. Tale condizione si definisce megacolon acuto per distinguerlo dal megacolon tossico. La causa della sindrome di Ogilvie è ancora sconosciuta, benchè si verifichi più frequentemente negli anziani e nei pazienti debilitati con ridotta mobilità (ad es. paziente obeso dopo interventi chirurgici) , dopo interventi chirurgici, in particolare dopo intervento di bypass aorto-coronarico, sostituzione di articolazione o per la somministrazione di farmaci che interferiscono con la motilità intestinale (es. oppiacei, analgesici, anticolinergici)

La paziente B.E. di 84 anni accede in DEA dell'Ospedale Santo Stefano di Prato per dispnea con rilievo di insufficienza respiratoria completa, stato anasarcatco e iposodiemia. Paziente con storia di scompenso cardiaco in cardiopatia ipertensiva, obesità, OSAS, pregressa frattura di L1 con ridotta mobilizzazione e alvo stitico. Durante il ricovero la paziente, sottoposta a terapia diuretica e terapia inalatoria, mostra progressivo scompenso respiratorio ma lamenta improvvisamente dolore e distensione addominale e chiusura dell'alvo a feci e gas. Viene effettuata dapprima Rx diretta addome (con evidenza di sovradistensione intestinale e marcata distensione della cornice colica che raggiunge il calibro di 14 cm in assenza di stasi fecale) e studio del transito del digerente mediante somministrazione di gastrografin che opacizza tutto il colon fino alla giunzione anorettale. La Tc addome, eseguita a completamento diagnostico, non mostra segni di occlusione intestinale, confermando la notevole distensione colica. Il quadro risulta compatibile con S. di Ogilvie e si esegue colonscopia che conferma l'assenza di lesioni occludenti e soprattutto permette di ottenere decompressione del colon. La paziente, inoltre, viene trattata con l'infusione endovenosa di neostigmina e posizionamento di sonda rettale con canalizzazione dell'alvo e risoluzione del quadro clinico. Il megacolon acuto si genera a causa di un'alterazione della motilità intestinale senza che essa sia determinata da una noxa patogena occludente, e la cui eziopatogenesi è sicuramente multifattoriale e imputabile ad alterazioni della regolazione sistema nervoso simpatico e parasimpatico intestinale , favorite da fattori metabolici, farmacologici, traumatici che inducendo un'inibizione dl sistema parasimpatico e una stimolazione del simpatico inducono un'atonìa della parete intestinale che si distende in modo tale da portare a necrosi ischemica e conseguente perforazione. Fondamentale diventa il riconoscimento clinico precoce dei sintomi e la conferma radiografica (mediante Rx addome e Tc ) di una dilatazione del colon in assenza di ostruzione meccanica, per poter intervenire rapidamente (entro 48-72 ore) al fine di evitare l'insorgenza di complicanze come l'ischemia o la perforazione intestinale, gravate da un'elevata mortalità. Il trattamento conservativo tramite infusione endovenosa di neostigmina di solito permette di ottenere beneficio fino a risoluzione del quadro , nella maggior parte dei pazienti, già dopo una singola



somministrazione. L'utilizzo della via endoscopica ha lo scopo di ottenere una decompressione del colon in associazione al trattamento farmacologico e nei casi in cui tale terapia è controindicata. Il trattamento chirurgico rappresenta l'ultima ratio ed è riservato a quei casi in cui le indagini diagnostiche non sono sufficienti a porre una diagnosi, nei casi refrattari ai trattamenti medico ed endoscopico e quando la malattia si complica per ischemia e perforazione intestinale.

**Una rottura in due tempi...presa in tempo!**

**Autori**

Fortini Pietro

Incisore Anna

Valenti Roberto  
Tramonte Francesco  
Ceccarelli Elena

## **Istituzione**

Ospedale Le Scotte, Siena  
Siena

Paziente di 88 anni viene ricoverato presso il nostro reparto per squilibrio idroelettrolitico. In anamnesi : ipertensione arteriosa, glaucoma, frattura di femore l'anno precedente e posizionamento di chiodo endomidollare con conseguente significativa riduzione della capacità di deambulare, recente ricovero ( 20 giorni prima) in OBI per ematoma subaracnoideo e frattura della quinta costa di sinistra in seguito a caduta accidentale. All'ingresso il paziente ha eseguito TC Cranio che documenta pressochè completo riassorbimento dell'ematoma subaracnoideo e TC Torace che documenta presenza di enfisema bollosa con minimo versamento pleurico bibasale. Agli esami ematici di ingresso è presente ipersodiemia e ipokaliemia con funzione renale nella norma. Viene quindi impostata terapia di reintegro idroelettrolitico e viene richiesta consulenza logopedica per valutare la capacità deglutitoria. Nei tre giorni successivi agli esami ematici si assiste a un progressivo miglioramento dei valori degli elettroliti e della funzionalità renale.

Improvvisamente, una mattina, il paziente si presenta pallido, tachicardico e ipoteso (PA= 80/50 mmHg), con significativo peggioramento dello stato di coscienza, anurico dal pomeriggio del giorno prima (100 cc di urine nelle ultime 20 ore). Viene eseguita una emogasanalisi arteriosa ( e.e. non richiesti per quella mattina) che documenta elevati valori di lattati e sensibile riduzione dei valori di HB ( da 12,7 g/dl agli esami ematici del giorno prima a 8 g /dl) con scambi respiratori nella norma. Vengono quindi richiesti esami ematici urgenti che mostrano: HB 7,6 g/dl , importante aumento degli indici di flogosi e della creatinina, spiccata leucocitosi, aumento delle transaminasi. Decidiamo quindi di aumentare la velocità di infusione dei liquidi, di richiedere due sacche di emazie concentrate e di eseguire Angio tc urgente total body. Quest'ultima documenta la presenza di voluminoso ematoma sottocapsulare della milza con focus di sanguinamento attivo arterioso in prossimità del polo superiore con lesioni parenchimatose da rottura. Vengono contattati i colleghi chirurghi, anestesisti e radiologi interventisti e viene discusso il caso : considerata l'età della paziente ed il quadro emerso agli esami ematochimici si decide di intraprendere chemioembolizzazione del ramo arterioso responsabile del focus di sanguinamento, approccio meno invasivo rispetto a quello chirurgico. Impostiamo inoltre terapia antibiotica ad ampio spettro. La procedura riesce con arresto del sanguinamento ed il paziente viene sottoposto a stretto monitoraggio sia tramite esami ematici di controllo quotidiani che tramite esami strumentali ( Ecografia addome e TC con mdc). Si assiste quindi a progressivo miglioramento degli indici di flogosi, della funzionalità renale, della leucocitosi e dei valori di transaminasi e non viene rilevato ripresa del sanguinamento con l' emoglobina che si mantiene stabile. Lo shock emorragico è un evento poco frequente nei reparti di Medicina Interna ma estremamente grave e potenzialmente letale: occorre quindi prestare attenzione alla presenza dei sintomi caratteristici dello shock ( ipotensione, tachicardia, anuria), specialmente in presenza di una anamnesi positiva per fattori di rischio per sanguinamento

quali un recente trauma o una caduta al fine di poter riconoscere tempestivamente questa condizione ed attuare le adeguate misure terapeutiche. La rottura della milza è una delle complicanze che si possono verificare in seguito ad un trauma: questa può avvenire immediatamente o, come nel caso descritto, anche a distanza di settimane dall'evento.



## CARDIOLOGIA

ASSOCIATION BETWEEN GLOBAL CARDIAC CALCIFICATION SCORE (GCCS) AND OSTEOPOROSIS

## **Autori**

CARRAI PAOLO  
CAMARRI SILVIA  
FORTINI PIETRO  
BALDASSINI LEONARDO  
AL REFAIE ANTONELLA  
CAFFARELLI CARLA  
NUTI RANUCCIO  
GONNELLI STEFANO

## **Istituzione**

Department of Medicine and Neurosciences, University of Siena, Policlinico Le Scotte, Siena, Italy

FIRENZE

**Background and aim:** Lately there is an increasing attention in finding a linkage between bone metabolism and cardiovascular disease. Experimental studies suggest that bone mineral density (BMD) and valvular calcification may be reciprocally related, but with conflicting data. Furthermore literature suggests that cardiac calcification (measured with Global Cardiac Calcium Score, GCCS) is associated with cardiovascular events and mortality. This study aimed to evaluate if cardiac calcium deposit was correlated with BMD.

**Methods:** In 84 subjects assessed for bone fracture risk (mean age 71  $\pm$ 6,4 years) we measured Bone Mineral Density (BMD) at lumbar spine (BMD-LS) at femur (Neck: BMD-FN; Total: BMD-FT) and we assessed with echocardiography a global cardiac calcium score. GCCS is a semi-quantitative score, that was applied assigning points for calcification in the aortic root and valve, mitral annulus and valve and sub-mitral apparatus, and points for restricted leaflets mobility. (1)

**Results:** The results show that there is a significant inverse correlation between BMD-FN, BMD-FT and BMD-LS with GCCS (respectively  $r=-0,393$ ,  $p<0,05$  ;  $r=-0,444$ ,  $p<0,05$  and  $r=-0,361$ ,  $p<0,05$ ). Dividing the study population based on BMD, we found that GCCS was higher in osteoporotic and osteopenic subjects respect those who have normal value of BMD. Dividing patients into two groups based on presence of bone fragility fractures (25 patients with fragility fractures and 46 patients without) we observed that the value of GCCS was significant higher ( $p<0,05$ ) in patients with fractures.

**Conclusion:** Our data suggest a link between osteoporosis and cardiac calcification. In fact the burden of cardiac calcium is higher in patients with lower BMD and fragility fractures. These findings confirm that osteoporotic patients have an higher risk of cardiac calcification and probably a greater risk of cardiovascular events.

**Iperpiressia e polisierosite essudativa. Una malattia sistemica?**

**Autori**

Cei Francesco  
Valoriani Alice  
Barbaro Valeria  
Dolenti Silvia  
Rosselli Matteo  
Tarquini Roberto

## **Istituzione**

Medicina Interna 1 P.O. Empoli

Livorno

### Presentazione del caso.

Uomo di 17 anni di origine nigeriana si recava in PS per dolore precordiale di tipo trafittivo, esacerbato dalla respirazione, che si irradiava alla spalla sinistra; non febbre. Valutato dal collega cardiologo, l'ECG era ai limiti della norma, ma all'ecocardiogramma mostrava minimo versamento pericardico con associato aspetto iperecogeno del pericardio; veniva quindi iniziata terapia medica per la pericardite (ibuprofene 2400 mg/die e colchicina 0.5 mg/die), senza risoluzione della sintomatologia algica. Dopo due settimane nuovo accesso in DEA per febbre elevata associata a dolore precordiale; l'Ecografia del cuore, riscontrava aumento volumetrico del versamento e pertanto veniva ricoverato in cardiologia. Agli esami ematici marcato incremento della PCR con PCT negativa, anemia moderata, ferritina ai limiti della norma, troponina e NT-pro-BNP negativi, INR 2, indici di citonecrosi epatica e colestasi negativi. Un ecogramma di secondo livello mostrava funzione sistolica ai inferiori limiti della norma, funzione diastolica compromessa (riduzione dell'E mitralico in ispirazione); si osservava inoltre versamento pleurico bilaterale. L'Eco dell'addome mostrava "fegato da stasi" con assente modulabilità della vena cava inferiore agli atti respiratori ed ectasia delle vene sovraepatiche, modulazione fasica del flusso portale, ascite; la colecisti era ispessita; infine, si osservava aspetto congesto della milza e iperecogenicità della corticale renale, associata ad incremento degli indici di resistività, compatibile con congestione parenchimale. Tali reperti sono confermati da una TC diretta. Per il sospetto di polisierosite nell'ambito di una malattia sistemica, a possibile eziologia infettiva o autoimmune, il paziente veniva trasferito presso il nostro reparto. Venivano inviate emocolture, urinocoltura ed esami sierologici per listeria, toxoplasma, virus epatotropi maggiori e minori, herpesviridae, micoplasma, quantiferon e HIV, con positività solo per le IgG per gli herpesviridae. Il test ELISA per HIV era risultato incerto, per cui sono stati eseguiti western-blot e PCR su sangue risultati negativi. Sono stati inviati campioni per il BK su urine e feci risultati negativi, come negativa la sierologia e la ricerca urinaria di antigeni per la schistosomiasi. Il paziente è stato sottoposto a toracentesi diagnostica, con liquido pleurico compatibile con essudato, ma negativa la ricerca per germi comuni e bacillo di koch. Negativo il profilo autoanticorpale (ANA, ENA, ds-DNA, anti-LKM, eccetto basso titolo degli anti-muscolo liscio (1:160). Per la progressione di malattia in corso di terapia antinfiammatoria, con peggioramento dell'aspetto costrittivo, in assenza di altre cause eziologiche è stato ipotizzata una pericardite idiopatica con aspetti costrittivi non responsiva alla terapia standard, pertanto veniva eseguita cardioRMN che confermava i reperti ecografici. E' stata quindi iniziata terapia con deltacortene 25 mg, con remissione del dolore, della febbre e degli indici di flogosi, miglioramento dell'anemia, riduzione dell'INR; il quadro ecografico alla dimissione mostrava una riduzione del calibro della cava inferiore e ripresa della normale collassabilità all'inspirazione profonda. Il paziente veniva quindi dimesso con

indicazione a proseguire la terapia corticosteroidea e a controllo ambulatoriale. Discussione e conclusioni. La sintomatologia d'esordio del paziente è quella di una pericardite idiopatica, se non per l'assente risposta alla terapia appropriata con FANS e Colchicina. La progressione verso un quadro di apparente polisierosite con ascite e interessamento renale aveva condotto all'ipotesi di malattia autoimmune, esclusa tuttavia dal quadro funzionale (conservata funzione renale, solo alterazione dell'INR) e dalla sostanziale negatività del profilo anticorpale e la normalità della ferritinemia (tipica di condizioni come la sindrome da attivazione macrofagica).

La dilatazione di cava e sovrepatiche imponeva di escludere la schistosomiasi. Una rara forma simile alle polisierositi è il linfoma primitivo effusivo, patologia HHV8 correlata tipica di pazienti HIV o immunocompromessi; era quindi centrale l'esclusione di qualsiasi dubbio all'ELISA. Tale forma, scarsamente probabile a priori, non è compatibile con la conta differenziata dei leucociti del liquido pleurico (prevalentemente monociti, non linfociti di aspetto maligno) e con la risposta alla terapia corticosteroidea. Gli aspetti di congestione del circolo splacnico, l'alterazione della funzione diastolica e una funzione sistolica inappropriatamente ai limiti inferiori della norma hanno orientato verso una forma iniziale di "variante costrittiva della pericardite essudativa idiopatica". Rispetto alla pericardite costrittiva, di andamento cronico e con scarsa componente fluida, questa forma ha tipicamente un andamento acuto-subacuto, con la concomitanza di una sintomatologia tipica della pericardite acuta e di segni di scompenso cardiaco destro (turgore giugulare, epatomegalia) se non di franco tamponamento cardiaco. Generalmente è idiopatica, ma frequente però è la forma tubercolare, che è stata esclusa nel caso specifico con la raccolta di campioni su molteplici materiali biologici, con analisi del batterioscopico e della PCR, oltre che alla valutazione del quantiferon. Esclusa la necessità di un trattamento antitubercolare, considerata l'apparente iniziale progressione di malattia, è stata somministrata terapia steroidea a basso dosaggio (0.4 mg/kg/die) associata a colchicina in accordo con la letteratura sulla pericardite idiopatica, con rapido e netto miglioramento del quadro clinico-laboratoristico. Al momento è stata quindi esclusa la necessità di una pericardiectomia, ma l'efficacia del trattamento dovrà essere valutata nel tempo, poiché in alcuni casi si hanno delle recidive. Alla dimissione, paziente asintomatico, afebrile, PCR 1mg/dl.

**Multimorbilità e complessità gestionale di pazienti con scompenso cardiaco in area di degenza internistica**

## **Autori**

Pellegrini Marco  
De Crescenzo Veronica  
Amendola Alessandra  
Nizzi Carlotta  
Cusumano Valentina  
Manini Maurizio

## **Istituzione**

Ospedale San Giovanni Di Dio -  
GROSSETO

## **Corpo dell'abstract**

Premesse e scopo dello studio: Valutare la casistica di pazienti con scompenso cardiaco dimessi dall' area di degenza di Medicina interna in riferimento particolare a comorbidità e complessità gestionale

Materiali e metodi: Pazienti ricoverati consecutivamente presso la nostra UO di Medicina Interna da marzo a luglio 2019 dimessi con la diagnosi di scompenso cardiaco, sono stati valutati retrospettivamente: per presenza o assenza di fibrillazione atriale; anemia e/o difunzione renale, FE; valori di pro-BNP

Risultati: 68 pazienti, 32 maschi (47%) e 36 femmine (53%); con età media di 85.13 aa; degenza media 7.7 gg. In 28 (41%) il motivo del ricovero e la diagnosi principale non era lo scompenso cardiaco. La Fibrillazione atriale era presente in 42 (61%); Anemici il 78% dei pz, con valore di Hb < 12 g/dl nelle femmine e < 13 g/dl nei maschi. Un GFR <60 mL/min/1.73 mq (calcolato con CKD-EPI) era evidente nel 69% dei pz; e nel 29.4% era presente una disfunzione renale severa (GFR<30ml/m). L' NT pro-BNP rilevato in 55 pz. (80%) è risultato >900 pg/ml nel 96% dei pz e > 1100 pg/ml in tutti pazienti con GFR < 60 ml/min. Dei 49 pz (72% dei ricoverati) sottoposti ad ecocardiogramma durante la degenza, il 35 % presentava una disfunzione sistolica del ventricolo sinistro (FE < 50%) con una media di FE del 36%; e 32 (65%) si presentava con HFpEF .

Conclusioni: i nostri dati evidenziano l'età particolarmente avanzata dei pazienti con scompenso cardiaco; l'elevata incidenza della disfunzione renale, dell'anemia e della fibrillazione atriale con FE più frequentemente conservata rendendo complesso l'approccio terapeutico ed il management, in virtù della numerosità dei farmaci da assumere e di una frequente terapia anticoagulante da intraprendere in situazione di difficile gestione.

**Role of galectin-3 in patients with heart failure with preserved ejection fraction and atrial fibrillation: correlation with natriuretic peptides and left atrial volume.**



## **Autori**

Bertoni Michele  
Bini Costanza  
Foretic Marina  
Giani Alessandra  
Bracali Ilaria  
Di Natale Massimo Edoardo

## **Istituzione**

SOC Medicina Interna 2. Ospedale S. Stefano di Prato  
Prato

## **Corpo dell'abstract**

Heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF) is a clinical syndrome which affects about half of all patients presenting with signs and symptoms of HF. In the past decade, the relative proportion of patients with the diagnosis of HFpEF compared with those with HF with reduced ejection fraction (HFrEF) has increased, suggesting the increasing importance of the syndrome, but also increasing awareness of its presence. Atrial fibrillation (AF) is the most common arrhythmia in HFpEF, with a prevalence of 20% to 40% at the time of presentation. It occurs in two-thirds of patients at some point during the course of HFpEF. Patients with HFpEF are more likely to have prevalent AF or AF at any time compared with those with HFrEF. Galectin-3 (Gal-3), a soluble  $\beta$ -galactoside-binding protein secreted by activated macrophages which is highly expressed in fibrotic tissues, has been shown to be involved in cardiac fibrosis and HF and serves as a new blood biomarker in cardiac diseases. Recently, emerging evidence indicates that Gal-3 might also be a biomarker of AF and might serve as an upstream mediator for atrial remodeling. The biologically active BNP and its inactive amino-terminal fragment NT-proBNP are molecules synthesized within the ventricular myocardium in response to myocyte stretch and/or pressure overload. Several studies have shown that the plasma levels of BNP and NT-proBNP are powerful biomarkers for the diagnosis and prognosis of patients with HF. Aim of this study was to analyse the relation of serum Gal-3 levels with both NTproBNP levels and an echocardiographic index of structural remodeling (left atrial volume index – LAVI -) in patients with HFpEF and AF (HFpEF-AF).

Both HFpEF and AF diagnosis were made according to 2016 ESC guidelines. Patients underwent both measurement of serum Gal-3 and NT-proBNP levels by enzyme-linked fluorescent assay, and echocardiographic assessment of LAVI. A comparison of such parameters was made between 46 patients with HFpEF-AF and 53 age- and gender-matched patients with HFpEF and sinus rhythm (HEpEF-SR).

Gal-3 and NT-proBNP levels as well as LAVI were significantly increased in patients with HFpEF-AF (mean age  $82.2 \pm 6.9$  years, 14 men) compared to patients with HFpEF-SR ( $22.8 \pm 7.2$  ng/ml vs  $19.8 \pm 8.7$  ng/ml,  $p < 0.05$ ;  $3,425.9 \pm 2,370.5$  vs  $1,500.3 \pm 1,449.7$  pg/ml,  $p < 0.01$ ;  $40 \pm 10.4$  ml/m<sup>2</sup> vs  $27.9 \pm 7.4$  ml/m<sup>2</sup>;  $p < 0.01$ , respectively). Linear regression analysis showed a significant correlation of Gal-3 levels with both NT-proBNP levels and LAVI in both HFpEF-AF ( $r = 0.4$ ,  $p < 0.01$ ;  $r = 0.3$ ,  $p < 0.05$ , respectively) and HFpEF-SR ( $r = 0.53$ ,  $p < 0.01$ ;  $r = 0.29$ ,  $p < 0.05$ , respectively).

Gal-3 was related with both greater NTproBNP and LAVI elevation in patients with HFpEF-AF with regard to patients with HFpEF-SR. The correlation between serum levels of Gal-3

and those of NT-proBNP was observed similarly to what has already been shown in recent studies. The correlation we found between Gal-3 levels and LAVI may be relevant because such echocardiographic parameter is considered an index of left atrial remodeling. On the whole, these data raise interest on the possible role of a progressive increase of Gal-3 in patients with HFpEF-SR as a potential predictor of AF onset.

**XVIII** Congresso Regionale  
**FADOI** Toscana

**Firenze**  
Hotel Londra

**18-19 ottobre 2019**

**XIV** Congresso Regionale  
**ANÍMO** Toscana

**Firenze**  
Hotel Londra

**18 ottobre 2019**

**BPCO**

## **La NIV nel reparto di medicina interna: l'esperienza del setting 2A dell'ospedale di Pescia**

### **Autori**

Del Frate Elisa  
Maestripietri Vanessa  
Bazzini Cristina  
Giannini Livia  
Caruso Marica  
Palazzi Marco  
Panigada Grazia

### **Istituzione**

Università degli studi di Firenze  
Firenze

L'insufficienza respiratoria è una delle cause di ricovero più frequenti nei reparti di Medicina Interna (17537/588776 pazienti nel 2012 ricoverati in tutti gli Ospedali della Toscana (2.98%) [ARS TOSCANA]. La ventilazione non invasiva è entrata a far parte del bagaglio culturale dell'internista e risulta uno strumento fondamentale, specialmente nei reparti di livello 2A. Lo scopo del nostro studio è quello di descrivere la popolazione di pazienti con insufficienza respiratoria ricoverati presso il livello 2A e la valutazione dell'efficacia del trattamento con la NIV.

Abbiamo arruolato 101 pazienti (58 femmine (57,4%), età media  $77,6 \pm 10,9$  aa) ricoverati consecutivamente con diagnosi di insufficienza respiratoria presso la Medicina Interna setting 2A dell'Ospedale SS Cosma e Damiano (Pescia-PT) dal 30/11/18 al 15/04/19.

Il 59,5% (60 pz) sono stati sottoposti a NIV (NIV\_yes) oltre che a terapia medica massimale (NIV\_no). Le differenze statisticamente significative tra NIV\_no e NIV\_yes sono l'utilizzo della terapia inalatoria al domicilio (30(73%) vs 32(53%),  $p=0,04$ ), i parametri di frequenza cardiaca e respiratoria all'ingresso (rispettivamente  $74 \pm 19$  vs  $82 \pm 15$  bpm,  $p=0,023$  e  $15 \pm 1,5$  vs  $17 \pm 3,2$  apm,  $p < 0,001$ ) nonché i valori emogasanalitici che mostrano la presenza di maggiore presenza di ipercapnia e acidosi respiratoria nel gruppo NIV\_yes. Nei NIV\_no la degenza media è stata di  $7,7 \pm 3,5$  gg vs  $11,2 \pm 5,3$  gg nei NIV\_yes ( $p < 0,001$ ). I valori di emogasanalisi alla dimissione sono risultati sovrapponibili nei due gruppi. Dei 60 pazienti NIV\_yes solo uno ha presentato una complicanza correlata all'utilizzo della NIV (piccolo PNx risoltosi spontaneamente). La compliance al trattamento con NIV è stata del 75% (45/60). Alla dimissione l'80% dei pz è rientrato al domicilio, circa il 4% trasferito presso una riabilitazione respiratoria, la percentuale di decessi è stata 7,9%. Al 69,9% è stata prescritta ossigenoterapia a domicilio, dei pazienti NIV\_yes il 23,6% ha ricevuto la prescrizione di NIV domiciliare.

L'utilizzo della NIV nei reparti di medicina interna è ormai una pratica fondamentale nel trattamento dell'ins. respiratoria. Nella nostra esperienza la NIV, insieme a terapia medica ottimale, in pazienti con quadro più grave di insufficienza respiratoria, ha permesso di ottenere risultati alla dimissione sovrapponibili a quelli dei pazienti meno gravi. Inoltre, grazie al training degli operatori, la tolleranza alla NIV è stata elevata e le complicanze ridotte.



**ALTRO**

## **Una brutta appendicite.**

### **Autori**

Torrigiani Arianna  
Fanelli Andrea  
Fabbrizzi Francesca  
Burberi Leonardo  
Scocchera Giulia  
Digregorio Serena  
Menicacci Lorenzo  
Scotti Valentina  
Corradi Francesco

### **Istituzione**

AOU Careggi  
Firenze

Paziente di 87 anni; da un mese riferisce comparsa di dolore lombare e all'arto inferiore destro, tipo lombosciatalgia, con impotenza funzionale e progressiva riduzione dell'autonomia di marcia. In anamnesi non febbre, perdita di peso, alterazione dell'alvo o dolore addominale. Accede in DEA per comparsa di tumefazione a livello lombare destro e grave IRA prerrenale. Per chiarire la natura della neoformazione viene eseguita TC addome diretta che evidenzia una voluminosa tumefazione a sede retroperitoneale con estensione al fianco e al gluteo omolaterali, con densità relativamente omogenea a parte limitate aree a densità adiposa nel contesto. Nel sospetto di lesione eteroplastica il pz effettua biopsia eco-guidata da cui tuttavia viene aspirato materiale purulento. La RM addome diretta eseguita successivamente conferma la natura ascessuale della neoformazione che appare a verosimile partenza appendicolare. Il pz viene dunque sottoposto a laparotomia esplorativa che dimostra un quadro di appendicite acuta gangrenosa retrocecale complicata da voluminoso ascesso retroperitoneale. L'esame istologico ha in seguito evidenziato un adenocarcinoma dell'appendice nel contesto di un polipo di 2 cm. L'adenocarcinoma dell'appendice è un raro tumore GI che solitamente esordisce con un quadro di appendicite acuta, probabilmente a causa della precoce ostruzione del lume che porta a sovrainfezione batterica. Vista la sede retrocecale dell'appendice l'esordio clinico è stato insidioso con solo dolore lombare e assenza di obiettività addominale, portando a un ritardo diagnostico con conseguente sviluppo di un vasto ascesso retroperitoneale.

## **Progetto HANDOVER in AOU Careggi: una collaborazione medico-infermieristica nell'ambito della governance clinica.**

### **Autori**

Bausi Simona  
Rocchi Federica  
Casentini Cristiana  
Lupi Martina

### **Istituzione**

AOU Careggi/Medicina Interna 2  
Firenze

Il passaggio di consegne (Handover), è definito come il trasferimento di responsabilità professionale per alcuni aspetti o per l'interezza della cura di un paziente o di un gruppo di pazienti, da una fase all'altra del percorso di cura, da una equipe all'altra, o da un turno all'altro. (Wong 2008) L'obiettivo fondamentale di ogni passaggio di consegne è quello di ottenere un trasferimento efficiente di informazioni cliniche e di mantenere una continuità assistenziale per proteggere la sicurezza del paziente. Alla base del processo di passaggio di consegne c'è la comunicazione tra professionisti sanitari, essa è un fattore determinante nell'esito della cura di un paziente.

La letteratura indica ormai da anni che i "Problemi legati alla comunicazione sono la causa radice della maggior parte degli eventi sentinella esaminati dalla Joint Commission dal 2009 al 2011" (Joint Commission 2011). Anche la normativa regionale di recente aggiornamento relativa all'accreditamento istituzionale (L.R. 51/2009 e Regolamento attuativo n 79/2016) prevede l'evidenza dell'applicazione dei diversi livelli della PSP Handover.

In tutti i setting assistenziali, ed in particolare in quelli complessi come il PS AOUC, deve essere data rilevanza al miglioramento della comunicazione tra professionisti, oltre che tra differenti turni lavorativi ed in caso di emergenza o rapido deterioramento delle condizioni cliniche della persona assistita, anche nei momenti di passaggio delle informazioni tra differenti setting durante le fasi di trasferimento del paziente per il ricovero in degenza. L'esigenza del miglioramento in questo ambito, emerge dalle segnalazioni dei professionisti in ambito di Rischio Clinico attraverso il Sistema di Incident Reporting aziendale; dalla condivisione e analisi dell'applicazione della PSP durante gli incontri del Comitato Qualità e Sicurezza (CQS) nei contesti DAI DEA, che hanno messo in evidenza disomogeneità nella conoscenza della PSP e delle modalità di passaggio consegne; dalle criticità riferite dai professionisti nei setting di trasferimento per la gestione in contemporanea di più trasferimenti per ricovero.

Informazioni più precise possono favorire la gestione più sicura e appropriata nella presa in carico del degente al momento dell'arrivo in reparto.

Il progetto di miglioramento quindi prende avvio con modalità "Bottom up" nel contesto DAI DEA coinvolgendo nella prima fase pilota i setting di Pronto Soccorso e Osservazione Breve, l'Osservazione Breve Intensiva, la Medicina Interna ad alta Intensità, le Medicine Interne 1, 2, 3, 4. Il risultato atteso è quello di soddisfare la principale criticità evidenziata dai professionisti nel passaggio di consegne tra PS e setting di degenza, con comunicazione maggiormente efficace e migliore segnalazione dei casi più critici tra medici-

equipe delle diverse strutture. L'outcome atteso è la tempestiva presa in carico dei casi critici e miglioramento del clima collaborativo tra professionisti, nonché la riduzione di eventi avversi relativi a un passaggio incompleto di informazioni.

Il progetto di miglioramento ha comportato una prima fase di progettualità la cui elaborazione è in riferimento ai principi del miglioramento continuo previsti dal Ciclo di Deming, comprendente l'individuazione di indicatori di processo ed esito. Gli obiettivi specifici:

- Costituzione di un gruppo di lavoro composto da almeno due operatori (un medico ed un infermiere) delle strutture coinvolte nel trasferimento che includesse medici ed infermieri delle equipe medico assistenziali inviante e ricevente.

- Definizione da parte del gruppo di lavoro di un set minimo di informazioni cliniche ed assistenziali condivise fra chi invia e chi accoglie il paziente che permetta una comunicazione verbale, sintetica, esaustiva e immediatamente interpretabile volta a garantire la sicurezza del paziente con adozione di una metodologia e definizione di uno strumento condiviso

- Definizione di una procedura per la gestione del passaggio di informazioni fra equipe clinico-assistenziali al momento del trasferimento dei pazienti con predisposizione di una scheda per la trascrizione delle informazioni

- Disponibilità nelle aree di lavoro e presso gli apparecchi telefonici degli schemi esemplificativi della struttura di contenuti per il passaggio di consegne verbale o altri acronimi che includano le categorie informative

La fase di start up risale a Giugno 2019. Il team di lavoro, rispetto a quanto richiesto inizialmente, è stato costituito da un numero maggiore di professionisti con ruoli diversi all'interno dei setting che si sono resi disponibili ed interessati al progetto. E' stata adottata la scheda ISBAR, SBAR modificata integrando la parte di identificazione del paziente e dei professionisti coinvolti nell'Handover. Per ogni item ISBAR sono stati identificati un set minimo di informazioni cliniche ed assistenziali ritenute rilevanti condivise tra chi invia e chi accoglie il paziente che permetta una comunicazione verbale sintetica, esaustiva ed immediatamente interpretabile.

Definita la prima stesura della Scheda ISBAR, sono state effettuate simulazioni di chiamate con utilizzo della scheda per valutare le tempistiche e quindi l'impatto che questa nuova metodologia poteva avere nei setting.

E' stata predisposta una breve Istruzione Operativa per l'utilizzo della Scheda Handover che per la prima fase pilota prevede che entrambi i setting, inviante e di ricovero, compilino la scheda per poi poter valutare elementi quanti e qualitativi. Il personale coinvolto nell'Handover è sia medico che infermieristico in base alle esigenze del caso o alle modalità già in uso nei vari contesti organizzativi. Le schede compilate da entrambe le strutture vengono inserite nella documentazione clinica del degente. Dopo un periodo dedicato alla condivisione e diffusione del progetto a medici ed infermieri afferenti ai setting interessati attraverso M&M Proattivi, è iniziato dal 15 Luglio l'utilizzo della scheda al quale sono seguite le due prime fasi di raccolta ed elaborazione dei dati e successivo monitoraggio indicatori.

Attualmente è in fasi di predisposizione il draft per i recall nelle postazioni di lavoro e presso gli apparecchi telefonici degli schemi esemplificativi dell'ISBAR.

Gli indicatori da monitorare prevedono elementi quantitativi e qualitativi individuati in relazione: alla partecipazione del gruppo di lavoro agli incontri di condivisione programmati, all'adesione della PSP, alla qualità dei dati comunicati. La partecipazione ai tre incontri nel periodo maggio giugno dedicati alla fase progettuale è superiore al 95%.



Su una movimentazione di più di 700 degenti, nel periodo luglio-agosto2019, le schede compilate superano il 70%: 70% per la struttura inviante, 87% per la struttura accettante. La corrispondenza delle schede è stata raggiunta nel 70% dei casi. E' stata analizzata la casistica di non corrispondenza e le problematiche principali sono state rilevate nelle sezioni riservate ai care giver e alla presenza di accessi venosi.

Per quanto riguarda l'impatto organizzativo, l'accoglienza dei degenti nei setting di ricovero avviene in modo più sicuro ed efficace: l'unità letto viene preparata prima dell'arrivo del paziente in base alle esigenze della persona con i presidi adeguati (es. pompe infusionali, ventilatori non invasivi, presidi antidecubito) che permette una gestione della logistica immediata e senza interruzioni. La necessità di procedere ad eventuali isolamenti (sia protettivi che funzionali) viene valutata e organizzata prima dell'ingresso in struttura del degente migliorando gli aspetti organizzativi e il clima di lavoro nei setting tra colleghi. Nei prossimi mesi di Ottobre e Dicembre verrà eseguito un nuovo monitoraggio sulle schede compilate a cui seguiranno incontri con il Gruppo di Lavoro per le eventuali modifiche da apportare alla scheda e procedere poi alla sua formalizzazione.

La sensibilizzazione dei professionisti a tematiche di Governance Clinica e lo sviluppo di iniziative di miglioramento in relazione ad un tema da loro sentito, ha permesso realizzazione di un progetto in un contesto temporale (periodo estivo) non del tutto favorevole.

Vista la sentita partecipazione dei professionisti alle varie iniziative inerenti il progetto, la modalità di sviluppo bottom-up risulta vincente. La contestualizzazione di indicazioni normative e di Best Practice , non hanno generato resistenze nei contesti organizzativi anche se sono stati introdotti cambiamenti con richiesta di impegno da parte dei professionisti coinvolti.

Ulteriori sviluppi del progetto prevedono l'estensione della scheda ISBAR ai setting chirurgici con la contestualizzazione di elementi di pertinenza individuati dai professionisti stessi.