

volume 7  
SUPPL. 1  
2013 April



SOCIETÀ  
SCIENTIFICA  
DI MEDICINA  
INTERNA

**FADOI**

FEDERAZIONE  
DELLE ASSOCIAZIONI  
DEI DIRIGENTI  
OSPEDALIERI  
INTERNISTI

# Italian Journal of Medicine

*A Journal of Hospital  
and Internal Medicine*

Editor in Chief  
Roberto Nardi

The official journal of the Federation of Associations  
of Hospital Doctors on Internal Medicine (FADOI)

**XII Congresso Regionale FADOI Campania**  
Napoli 11-12 aprile 2013

*Presidente: A. Fontanella*

The official journal of the Federation of Associations of Hospital Doctors on Internal Medicine (FADOI)

## EDITOR-IN-CHIEF

**Roberto Nardi, Ospedale Maggiore, Bologna, Italy**

## CO-EDITORS

Giorgio Ballardini, *Osp. Rimini, Italy*  
Giuseppe Chesi, *Osp. Scandiano (RE), Italy*  
Francesco D'Amore, *CdA Fondazione FADOI, Roma, Italy*  
Sirio Fiorino, *Osp. Budrio, Bologna, Italy*  
Giovanni Scanelli, *Osp. Ferrara, Italy*

## EMERITUS EDITORS

Vito Cagli, *Internal Medicine (past Director), Roma, Italy*  
Sandro Fontana, *Internal Medicine (past Director), Biella, Italy*  
Italo Portioli, *Internal Medicine (past Director), Reggio Emilia, Italy*

## EDITORIAL BOARD

Giancarlo Agnelli, *Univ. Perugia, Italy*  
Claudio Borghi, *A.O. Univ. Bologna, Italy*  
Mauro Campanini, *A.O.U. Maggiore della Carità, Novara, Italy*  
Raffaele De Caterina, *Univ. "G. D'Annunzio", Chieti, Italy*  
Salvatore Di Rosa, *Osp. Villa Sofia-Cervello, Palermo, Italy*  
Andrea Fontanella, *Osp. FBF Buonconsiglio di Napoli, Italy*  
Gianfranco Gensini, *Univ. Firenze, Italy*  
Raniero Guerra, *Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italy;*  
*Ambasciata d'Italia, Washington, DC, USA*  
Ido Iori, *Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia, Italy*  
Giancarlo Landini, *Osp. S. Maria Nuova, Firenze, Italy*  
Antonino Mazzone, *Osp. Civile Legnano (MI), Italy*  
Carlo Nozzoli, *President of FADOI, Firenze, Italy*  
Giuseppe Remuzzi, *Negri Bergamo Lab. and the Daccò Centre, Italy*  
Walter Ricciardi, *Univ. Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italy*

## YOUNG EDITORS

Carla Araujo, *Hosp. Amato Lusitano; UBI, Castelo Branco, Portugal*  
Dimitriy Arioli, *A.O. S. Maria Nuova, Reggio Emilia, Italy*  
Francesco Corradi, *A.O. Univ. Careggi, Firenze, Italy*  
Mariangela Di Lillo, *A.O. Osp. Riuniti Marche Nord, Fano (PU), Italy*  
Pierpaolo Di Micco, *Osp. FBF Buonconsiglio di Napoli, Italy*  
Matteo Giorgi Pierfranceschi, *Osp. Piacenza, Italy*  
Adolfo Iacopino, *Casa di Cura Carmona, Messina, Italy*  
Micaela La Regina, *Osp. S. Andrea, La Spezia, Italy*  
Michele Meschi, *Osp. S. Maria, Borgotaro (PR), Italy*  
Maicol Onesta, *Osp. Fabriano (AN), Italy*  
Jan Václavík, *Univ. Hosp. Olomouc, Czech Republic*

## INTERNATIONAL BOARD

Mohamed Adnaoui, *President of SMMI; Univ. Mohamed V Souissi, Rabat, Morocco*  
Inder Anand, *Veterans Admin. Medical Center, Minneapolis, MN, USA*  
Stefan D. Anker, *Campus Virchow-Klinikum, Berlin, Germany*  
Werner O. Bauer, *Facharzt für Innere Medizin, Kusnacht, Switzerland*  
Isabelle Bourdel-Marchasson, *Centre de Gériatrie Henri Choussat, Hôpital Xavier Arnoz, France*

Vito M. Campese, *Univ. Southern California, Los Angeles, CA, USA*  
Jordi Casademont i Pou, *Hosp. Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Spain*  
Roberto Cataldi Amatriain, *International College of Internal Medicine, Buenos Aires, Argentina*  
Antonio Ceriello, *IDIBAPS, Barcelona, Spain*  
Pedro Conthe Gutiérrez, *Hosp. General Univ. Gregorio Marañon, Madrid, Spain*  
Andrew Davenport, *IBM T.J. Watson Research, London, UK*  
Leonidas Duntas, *Univ. Ulm, Germany; Evgenidion Hosp., Univ. Athens, Greece*  
Osvaldo Ariel Estruch, *Univ. Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina*  
Samuel Zachary Goldhaber, *Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, USA*  
Dan Justo, *Tel-Aviv Medical Center, Tel Aviv, Israel*  
Manuel Monreal, *Hosp. Univ. Germans Trias i Pujol, Badalona, Spain*  
Marco Pahor, *Univ. Florida, Gainesville, USA*  
Cornel C. Sieber, *Klinikum Nürnberg, Germany*  
Astrid Stuckelberger, *Univ. Geneva, Switzerland*  
Bernardo Tanur, *American British Cowdery Hosp., Mexico City, Mexico*

## CHAIRMEN/WOMEN-SECTION EDITORS

**Complex patient, health care management**  
Ivan Cavicchi, *Univ. Tor Vergata, Roma, Italy*  
Antonio Greco, *Osp. San Giovanni Rotondo (FG), Italy*

**Gender medicine**  
Cecilia Politi, *Osp. Isernia, Italy*

**Pneumology and respiratory diseases**  
Leonardo Fabbri, *Univ. Modena e Reggio Emilia, Italy*  
Maurizio Marvisi, *Osp. Cremona, Italy*

**Cardiovascular diseases-stroke care**  
Marco Masina, *Geriatrics, San Giorgio Di Piano; Bentivoglio (BO), Italy*  
Simone Meini, *Osp. S. Maria Maddalena, Volterra (PI), Italy*  
Giorgio Vescovo, *Osp. San Bortolo, Vicenza, Italy*

**Diabetes, metabolic, nutritional and endocrine diseases**  
Giampiero Beltramello, *Osp. Bassano del Grappa (VI), Italy*  
Lenka Bosanka, *Charité - Univ. Hospital Berlin, Germany*  
Ezio Ghigo, *Univ. Torino, Italy*  
Luigi Magnani, *Osp. Civile, Voghera, Italy*

**Blood diseases**  
Maria D. Cappellini, *Osp. Maggiore Policlinico, Milano, Italy*  
Antonio De Vivo, *Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna, Italy*  
Gianluca Gaidano, *A.O.U. Maggiore della Carità, Novara, Italy*

**Venous thromboembolic diseases**  
Francesco Dentali, *Osp. di Circolo, Varese, Italy*  
Roberta Re, *Osp. Maggiore della Carità, Novara, Italy*  
Mauro Silingardi, *Osp. Civile Guastalla (RE), Italy*

# Italian Journal of Medicine

*A Journal of Hospital  
and Internal Medicine*



The official journal of the Federation of Associations of Hospital Doctors on Internal Medicine (FADOI)

## ***Nephro-urological diseases***

Filippo Salvati, *Osp. Ortona (CH), Italy*  
Antonio Santoro, *Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna, Italy*  
Piero Stratta, *A.O.U. Maggiore della Carità, Novara, Italy*

## ***Infectious diseases***

Matteo Bassetti, *O.U. S. Maria della Misericordia, Udine, Italy*  
Ercole Concia, *Univ. Verona, Italy*

## ***Critical care***

Francesco Dellacorte, *A.O.U. Maggiore della Carità, Novara, Italy*  
Filippo Pieralli, *A.O. Careggi, Firenze, Italy*

## ***Hypertension***

Dario Manfredotto, *Osp. Fatebenefratelli, Isola Tiberina, Roma, Italy*  
Michele Stornello, *P.O. "Umberto I", Siracusa, Italy*  
Paolo Verdecchia, *Osp. Assisi (PG), Italy*

## ***Hepatology and digestive diseases***

Mario Pirisi, *A.O.U. Maggiore della Carità, Novara, Italy*  
Claudio Puoti, *Osp. San Giuseppe di Marino (RM), Italy*  
Generoso Uomo, *Osp. Cardarelli, Napoli, Italy*  
Maurizio Ventrucci, *Osp. Bentivoglio (BO), Italy*

## ***Osteoporosis and metabolic bone diseases***

Paolo Leandri, *Osp. Maggiore, Bologna, Italy*  
Fabio Vescini, *Centro Malattie Metaboliche dell'Osso,  
ASL Isontina, Gorizia, Italy*

## ***Rheumatic diseases***

Paola Faggioli, *Osp. Civile, Legnano (MI), Italy*  
Palle Holck, *Aalborg Univ., Denmark*  
Carlo Salvarani, *Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia, Italy*

## ***Geriatric medicine***

Raffaele Antonelli Incalzi, *Univ. Campus Bio-Medico, Roma, Italy*  
Afro Salsi, *Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna, Italy*

## ***Clinical and practical pharmacology***

Gianluca Airoidi, *Osp. Maggiore della Carità, Novara, Italy*  
Teresita Mazzei, *President International Society of Chemotherapy  
for Infection and Cancer, Univ. Firenze, Italy*

Alessandro Nobili, *Ist. Ricerche Farmacologiche "Mario Negri",  
Milano, Italy*

## ***Clinical competence - decision making***

Cristina Filannino, *Univ. Bocconi, Milano, Italy*  
Runólfur Pálsson, *Landspítali Univ. Hospital, Reykjavik, Iceland*

## ***Clinical governance***

Chiara Bozzano, *Osp. San Donato, Arezzo, Italy*  
Davide Croce, *LIUC - CREMS Castellanza (VA), Italy*  
Domenico Montemurro, *Osp. San Bortolo, Vicenza, Italy*

## ***Perioperative medicine-hospital medicine***

Alessandro Morettini, *A.O. Careggi, Firenze, Italy*  
Eric Siegal, *Critical Care Medicine, Aurora St. Luke's Medical  
Center, Milwaukee, WI, USA*

## ***Clinical oncology, palliative care***

Massimo Costantini, *Regional Palliative Care Network, Genova, Italy*  
Giorgio Lelli, *Dip. Oncologia (past Director), Ferrara, Italy*  
Danila Valenti, *AUSL, Bologna, Italy*

## ***Clinical imaging***

Francesco Cipollini, *Osp. Generale Provinciale G. Mazzoni, Ascoli  
Piceno, Italy*  
Maurizio Ongari, *Osp. Porretta Terme (BO), Italy*  
Luigia Romano, *Osp. Cardarelli, Napoli, Italy*

## ***Updates from new guidelines and research***

Giovanni Mathieu, *Osp. E. Agnelli, Pinerolo (TO), Italy*  
Domenico Panuccio, *Osp. Maggiore, Bologna, Italy*  
Giuliano Pinna, *Medicina Interna (past Director), Torino, Italy*

## ***Basic, statistical and clinical research***

Gualberto Gussoni, *Centro Studi-Fondazione FADOI, Milano, Italy*

## ***Critical appraisal of medical literature and evidence-based medicine***

Franco Berti, *Osp. San Camillo Forlanini, Roma, Italy*  
Antonino Cartabellotta, *GIMBE, Bologna, Italy*

**Editore:** PAGEPress srl, via Giuseppe Belli 7, 27100 Pavia, Italy - [www.pagepress.org](http://www.pagepress.org)

**Direttore Responsabile:** Camillo Porta

**Tipografia:** Press Up srl, via La Spezia 118/C, 00055 Ladispoli (RM), Italy

**Registrazione:** Rivista trimestrale registrata al Tribunale di Pavia n. 11/2013

Poste Italiane SpA, Sped. in Abb. Postale DL 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1 comma 1, DCB Milano - Taxe percue

# XII

# CONGRESSO REGIONALE FADOI CAMPANIA

Napoli, 11/12 aprile 2013



Consiglio Direttivo FADOI Campania • Segreteria Scientifica-Organizzativa

## A. FONTANELLA

*Presidente*

M.C. Mayer  
A. Gargiulo  
M. D'Avino  
PG. Rabitti  
M. Visconti  
V. Russo

*Past President*  
*Vice Presidente*  
*Segretario*  
*Componente*  
*Consulente scientifico*  
*Consulente organizzativo*

T. d'Errico  
A. Ilardi  
A. Maffettone  
V. Patella  
F. Zerella  
A. Zuccoli

*Componente*  
*Componente*  
*Componente*  
*Componente*  
*Componente*  
*Componente*

## Società Scientifica FADOI - Organigramma

### PRESIDENTE NAZIONALE

*Carlo Nozzoli, Firenze, Italy*

#### PRESIDENTE ELETTO

Mauro Campanini, *Novara, Italy*

#### PAST PRESIDENT

Antonino Mazzone, *Legnano (MI), Italy*

#### SEGRETARIO

Domenico Panuccio, *Bologna, Italy*

#### TESORIERE

Dario Manfellotto, *Roma, Italy*

#### DIRETTORE DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Andrea Fontanella, *Napoli, Italy*

#### DIRETTORE DIPARTIMENTO PER LA RICERCA CLINICA

Giorgio Vescovo, *Vicenza, Italy*

#### DIRETTORE RIVISTA ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Roberto Nardi, *Bologna, Italy*

#### RESPONSABILE RAPPORTI SOCIETÀ SCIENTIFICHE E ISTITUZIONI

Michele Stornello, *Siracusa, Italy*

#### RESPONSABILE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ

Franco Berti, *Roma, Italy*

#### RESPONSABILE RAPPORTI CON ANIMO

Massimo Errico, *S. Giovanni Rotondo (FG), Italy*

#### RESPONSABILE SITO NAZIONALE

Francesco Cipollini, *Ascoli Piceno, Italy*

## Fondazione FADOI - Organigramma

### PRESIDENTE

*Antonino Mazzone, Legnano (MI), Italy*

#### SEGRETARIO GENERALE

Francesco Cipollini, *Ascoli Piceno, Italy*

#### COORDINATORE DIPARTIMENTI RICERCA CLINICA E FORMAZIONE

Gualberto Gussoni, *Milano, Italy*

#### DIRETTORE DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Andrea Fontanella, *Napoli, Italy*

#### DIRETTORE DIPARTIMENTO PER LA RICERCA CLINICA

Giorgio Vescovo, *Vicenza, Italy*

#### CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

<i>Consigliere</i>	Davide Croce, <i>Castellanza (VA), Italy</i>
<i>Consigliere</i>	Francesco D'Amore, <i>Roma, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	Salvatore Di Rosa, <i>Palermo, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	Sandro Fontana, <i>Biella, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	Ranieri Guerra, <i>Roma, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	Ido Iori, <i>Reggio Emilia, Italy</i>
<i>Consigliere</i>	Giovanni Mathieu, <i>Pinerolo (TO), Italy</i>
<i>Consigliere</i>	Cecilia Politi, <i>Isernia, Italy</i>

## XII Congresso Regionale della FADOI Campania Napoli, 11-12 aprile 2013

### LA SANITÀ NECESSARIA: Appropriatelyzza – Efficienza – Fattibilità

Il XII Congresso FADOI Campania rispetta, come sempre, lo spirito della reale pratica clinica: ovvero si occupa di ciò che noi medici ospedalieri affrontiamo quotidianamente nei nostri affollati, spesso caotici, reparti di Medicina Interna. Pazienti sempre più anziani, polipatologici, in politerapia, con disfunzione dei principali organi emuntori e, pertanto, sempre più fragili e complessi. Sempre più lontani, quindi, dai pazienti *puliti* e selezionati dei trial clinici, e che, paradossalmente, costituiscono il substrato della Medicina basata sulle evidenze.

Il Congresso si svolgerà attraverso sette letture e due tavole rotonde: una, chiamata "I NAO in un'ora" e incentrata sulle nuove terapie anticoagulanti, e l'altra, sul Governo Clinico inteso come strumento per il *cambiamento* in Sanità. Ognuno dei cinque workshop è strutturato su tre casi clinici, con interazione telematica con la platea e visualizzazione informatica delle risposte alle domande sul caso, poste come quesiti a risposte multiple. La partecipazione attiva degli iscritti della FADOI Campania è confermata dalla presentazione di oltre 50 comunicazioni o poster aderenti ai temi del congresso.

Quest'anno il congresso sarà dedicato alla principale problematica della Medicina del nuovo millennio: quella dell'appropriatelyzza, diagnostica e terapeutica. Sarà proprio l'appropriatelyzza che, evitando gli errori in difetto e in eccesso, permetterà di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento medico e, quindi, di mitigare i temuti e dannosi tagli indiscriminati. Affronterà, quindi, l'eterno dilemma tra l'*approccio umanitario*, rappresentato dalle *necessità* e quello *realistico*, che è schiavo delle *risorse*.

L'immagine scelta come logo – tratta da "Tempi moderni" ma sempre attuale – ci rappresenta come schiacciati da una *macchina* che rischia di assorbirci, come un ingranaggio privo di emozioni, di dubbi o ripensamenti, quasi che tra il bianco e il nero non esistesse un confine molto più corposo, quello dei grigi. E' l'immagine ironica di un dramma: quello del paziente sconfitto dal peso della sua sofferenza e quello del medico sconfitto dal disinteresse (o dall'interesse di spesa) e dall'ignoranza/malafede di troppi *soloni* che oggi pontificano d'inefficienza, dopo essersi impegnati per anni a favorirla e amplificarla.

L'immagine di chiusura, invece, più festosa e colorata, ma anche più sofisticata, è di Giacomo Balla, uno dei firmatari del manifesto del Futurismo. Rappresenta, quindi, una speranza e un suggerimento, anche se questo quadro ha come titolo "La guerra". Ma è proprio una guerra quella che oggi si deve combattere per garantire il *Welfare*. Il quadro ci mostra la necessità di dover centrare il bersaglio per poter abbattere le difficoltà e permettere il progresso.

Il Presidente della FADOI Campania  
Andrea Fontanella

Non-commercial use only

## ABSTRACT BOOK - Indice

<b>Case report: febbre e piastrinopenia di N.D.D.</b>	1
<i>Asti A, D'Alessandro G, Perrone G, Nardi S, Maresca G, Tirelli P, D'Alessandro A, Bellis P</i>	
<b>Audit sui risultati formativi del II Corso Teorico Pratico FADOI di Videocapillaroscopia ungueale, Napoli Ottobre 2012</b>	1
<i>Buono R, Gallucci F, Irace R, Parisi A, Russo R, Uomo G</i>	
<b>Rabdomiolisi da causa rara: malattia di Pompe</b>	1
<i>Cannavale A, Catzola A, Laccetti M, Mayer MC</i>	
<b>Results behind blood pressure of the therapeutic education program "dieciannidivitaipiù"</b>	2
<i>D'Avino M, Caruso D, Caruso G, Ilardi A, Capasso F, Muscherà R, Rabitti PG, Scala D</i>	
<b>Marker of cardiac damage in patients with arterial hypertension</b>	2
<i>D'Avino M, Capasso F, Caruso G, Ilardi A, Margarita A, Scala D, Rabitti PG</i>	
<b>Patients admitted in Internal Medicine Unit: follow-up in progress</b>	2
<i>D'Avino M, Ilardi A, Anastasio A, Capasso F, Muscherà R, Caruso G, Rizzo M, Rabitti PG, Scala D</i>	
<b>Farmaci biologici e gravidanza: descrizione di un caso clinico</b>	3
<i>d'Errico T, Tassinario S, Varriale M, Lucà S, Ambrosca C, Carbone S, Visconti M</i>	
<b>L'anziano con sindrome fibromialgica primaria</b>	3
<i>d'Errico T, Tassinario S, Lucà S, Varriale M, Ambrosca C, Carbone S, Maffettone A, Visconti M</i>	
<b>Frequente riscontro della pervietà del forame ovale in pazienti con fibrillazione atriale parossistica</b>	4
<i>de Campora P, Fontanella A, Sangiuolo R, Di Micco P</i>	
<b>Ateromasia precoce subclinica dei vasi intracranici in pazienti ipertesi. L'apporto della ecografia trans-cranica</b>	4
<i>de Campora P, Fontanella A, Sangiuolo R, Fontanella L</i>	
<b>Confronto tra differenti metodi diagnostici per la valutazione della soglia di sensibilità vibratoria nello screening della polineuropatia diabetica. Proposta di un nuovo metodo di utilizzo del diapason di Rydel-Seiffer</b>	4
<i>de Simone R, De Feo EM, Piscopo G, Suozzo R, D'Ambrosio G, Boni R, Rabitti PG</i>	
<b>Uso di statine ed effetto antiproliferativo sulla ghiandola tiroidea</b>	5
<i>Di Fraia S, Maffettone A, Arciello MT, Rugiada F, Rinaldi M, Ussano L</i>	
<b>Trombocitopenia al momento della comparsa di TEV. I dati dal Registro Riete</b>	5
<i>Di Micco P, Dentali F, La Regina M, Fontanella A, Amitrano M, Fontanella L</i>	
<b>La trombolisi nell'embolia polmonare sintomatica, dati dal Registro Riete</b>	6
<i>Di Micco P, Fontanella A, Fontanella L, De Campora P, Iannuzzo D, Sciarappa A</i>	
<b>L'ascite refrattaria: una nuova possibilità terapeutica</b>	6
<i>Fimiani B, Iovinella V, Izzi A, Russolillo A, D'Adamo G, Citro V</i>	
<b>Una particolare forma di dispnea in paziente con verosimile patologia epatica da sovrapposizione (autoimmunità+HCV)</b>	7
<i>Fimiani B, Iovinella V, Izzi A, Russolillo A, D'Adamo G, Citro V</i>	
<b>Complicanza d'organo rara di malattia sistemica: pancreatite acuta in corso di LES</b>	7
<i>Gallucci F, Bassano P, Carnovale A, Ferrara L, Ronga I, Uomo G</i>	
<b>Anemia megaloblastica in corso di terapia con leflunomide per artrite psoriasica: segnalazione di un caso clinico</b>	7
<i>Gallucci F, Bassano P, Carnovale A, Russo R, Valentino U, Uomo G</i>	
<b>Saxagliptin: una mano in più per regolare la pressione arteriosa</b>	8
<i>Gatti A, Carleo D</i>	
<b>L'iperuricemia nel diabetico: semplice marker o causa di disfunzione endoteliale?</b>	8
<i>Gatti A, Carleo D</i>	

## ABSTRACT BOOK - Indice

<b>Associazione di ezetimibe e fenofibrato nella prevenzione primaria e secondaria in pazienti intolleranti alle statine: risultati a 12 mesi di trattamento</b>	9
<i>Giorgio R, Schettino M, Nuzzo MG, Gargiulo A</i>	
<b>Endocarditi da CIED (Cardiac Implantable Electronic Device)</b>	9
<i>Iannuzzi R, Liguori M, Pannone B, Mayer MC</i>	
<b>Una cervicodorsalgia farmaco-resistente</b>	10
<i>Ilardi A, D'Avino M, Muscherà R, Margarita A, Anastasio E, Rabitti PG, Caruso D</i>	
<b>Pseudo-urgenze ipertensive tra Ospedale e Territorio. Ridefinizione del percorso assistenziale. Ovvero: quando l'ansiolitico è inappropriato</b>	10
<i>Ilardi A, Brandimonte MA, D'Avino M, Anastasio E, Margarita A, Muscherà R, Rabitti PG, Caruso D</i>	
<b>La gestione terapeutica dell'ipocalcemia nel paziente ospedalizzato</b>	11
<i>Ilardi A, D'Avino M, Avallone S, Gente R, Morella P, Muscherà R, Nunziata M, Rabitti PG, Caruso D</i>	
<b>Insolita causa di addome acuto: l'ileo biliare</b>	11
<i>Iovinella V, Palimento D, Fimiani B, Izzi A</i>	
<b>Le comorbidità nei pazienti con fratture osteoporotiche: studio osservazionale aperto</b>	12
<i>Italiano G, Gargiulo A</i>	
<b>Un rinforzo motivazionale può migliorare l'aderenza terapeutica alla supplementazione di vitamina D</b>	12
<i>Italiano G, Gargiulo A</i>	
<b>Progetto PA.STA (PA.sto STA.ndard): una sera in pizzeria cambia la vita a medico e paziente?</b>	13
<i>Maffettone A, Rinaldi M, Maiolica O, Ussano L</i>	
<b>E' la precocità di accesso al servizio di diabetologia un fattore rilevante nel diabete tipo 2?</b>	13
<i>Maffettone A, Guarino G, Marino G, Strollo F, M. Rinaldi, Ussano L, Gentile S</i>	
<b>Audit clinico "ristretto": il progetto DDIMA (Diabetes Discharge in Internal Medicine) nella città di Napoli</b>	14
<i>Maffettone A, Nuzzo V, Rinaldi M, Montella M, Ussano L, Zuccoli A</i>	
<b>Audit clinico e dimissione ospedaliera di pazienti diabetici: il progetto DDIMA</b>	14
<i>Maffettone A, Rinaldi M, Ussano L</i>	
<b>Caso di emofilia acquisita in puerpera</b>	15
<i>Nuzzo G, Femiano C, Gargiulo A</i>	
<b>Audit sull'incidentaloma surrenalico in Medicina Interna</b>	15
<i>Nuzzo V, Attardo T, Augello G, Biscottini B, Brancato D, Canale C, Franco A, Gambacorta M, Italia S, Loreno M, Maffettone A, Montella M, Pastorelli R, Provenzano V, Ussano L, Zuccoli A</i>	
<b>Noduli tiroidei con diagnosi citologica di lesioni follicolari: esperienza di un network endocrinometabolico</b>	15
<i>Nuzzo V, Coluccino V, Iannaci G, Montella M, Rossiello R, Sapere P, Maiello F, Ruggiero R, Spiezia S, Asti A, Bassi V, Esposito S, Giannattasio R, Graviero G, Masone M, Molinaro G, Russo E, Sicuranza A, Tovecci F, Troise R, Viola D, Zuccoli A</i>	
<b>Il nodulo tiroideo in Campania: come ottimizzare il percorso diagnostico-terapeutico. L'esperienza dell'ASL Napoli 1 Centro</b>	16
<i>Nuzzo V, Ruggiero R, Asti A, Bassi V, Esposito S, Giannattasio R, Graviero G, Marano I, Masone M, Molinaro G, Montella M, Russo E, Sicuranza A, Spiezia S, Tovecci F, Troise R, Viola D, Zuccoli A</i>	
<b>Efficacia del teriparatide (rhPTH 1-34) in pazienti in postmenopausa affette da osteoporosi severa: utilizzo dell'RMD Questionnaire nella valutazione del grado di disabilità</b>	16
<i>Panico A, Lupoli GA, Poggiano MR, Martinelli A, Tortora A, Barba L, Coviello L, Verde N, Neri G, Lupoli G</i>	
<b>Carcinosarcoma pancreatico: case-report di una rara forma di neoplasia</b>	17
<i>Parisi A, Buono R, Carnovale A, Ronga I, Valentino U, Uomo G</i>	

## ABSTRACT BOOK - Indice

<b>Entesite subclinica nelle malattie infiammatorie croniche idiopatiche del colon: dati conclusivi di uno studio monoistituzionale con valutazione ecopowerDoppler articolare</b>	17
<i>Parisi A, Buono R, Ferrara L, Gallucci F, Russo R, Uomo G</i>	
<b>Indagine conoscitiva sull'igiene delle mani nelle Unità Operative di Medicina</b>	18
<i>Pentella G, Sepe C, Valentino M, Pianese F, Ippolito I, Carbone A, Iannuzzo M, Fontanella A</i>	
<b>Terapia con Abatacept in paziente con artrite reumatoide non responsiva a DMARDS e Rituximab</b>	18
<i>Perna P, Cioffi R, Moscato P, Merchionda A, Raimo S, Caputo D</i>	
<b>L'approccio dell'internista nella valutazione del micronodulo tiroideo</b>	19
<i>Poggiano MR, Fonderico F, Barba L, Lupoli GA, Coviello L, Lupoli R, Romano F, Lupoli G</i>	
<b>A proposito di <i>spending review</i>: un emblematico caso clinico</b>	19
<i>Renis M, Del Gatto A, Schiavo A</i>	
<b>Progetto formativo ospedaliero per l'adozione di terapia insulinica in penna e per la prevenzione delle punture accidentali presso l'AO Monaldi, AORN dei Colli, Napoli</b>	20
<i>Rinaldi M, Maffettone A, Ussano L</i>	
<b>Iperuricemia: condizione sottostimata e sotto-trattata in Medicina Interna</b>	20
<i>Ronga I, Buono R, Gallucci F, Parisi A, Valentino U, Uomo G</i>	
<b>Malattia celiaca in età avanzata con espressione clinica classica</b>	21
<i>Ronga I, Buono R, Gallucci F, Parisi A, Ferrara L, Uomo G</i>	
<b>Sindrome infiammatoria da ricostruzione immune dopo rituximab ad esito fatale</b>	21
<i>Ronga I, Ferrara L, Gallucci F, Russo R, Valentino U, Uomo G</i>	
<b>Malattia di Fahr primitiva sporadica come causa di episodi transitori recidivanti di perdita di coscienza</b>	21
<i>Schettino M, Nuzzo MG, Giorgio R, Gargiulo A</i>	
<b>Dolore toracico: il cuore, prima di tutto!</b>	22
<i>Schiavo A, Del Gatto A, Renis M</i>	
<b>Tumore del polmone: una presentazione atipica</b>	22
<i>Schiavo A, Casilli B, Renis M</i>	
<b>Sindrome di Ciuffini-Pancoast: un caso clinico</b>	23
<i>Schiavo A, Casilli B, Renis M</i>	
<b>Un caso di paralisi tireotossica ipokaliemica con raddomiolisi</b>	23
<i>Suozzo R, Scavuzzo F, Serino D, Volpe R, de Simone R</i>	

Non-commercial use only

## ABSTRACTS

**Case report: febbre e piastrinopenia di N.D.D.**

Asti A, D'Alessandro G, Perrone G, Nardi S, Maresca G, Tirelli P, D'Alessandro A, Bellis P

UOC Medicina Interna, PO S. Maria di Loreto Nuovo, ASL NA1 Centro, Napoli, Italy

Paziente maschio di anni 33, giunge in reparto per iperpiressia da 5-6 giorni: ha praticato terapia antibiotica a domicilio che non ha sortito effetto. All'ingresso il paziente appare sofferente, con iperpiressia (T.C.=39°C), F.C.=130 bpm, assenza di soffi, lieve epatosplenomegalia. Esami all'ingresso: Hb=11,1 g/dl; Plt=27.000/mmc; Urea=105 mg/dl; Crea=2,26 mg/dl; AST=265 U/L; ALT=104 U/L; Bil.Tot.=6,84 mg/dl; Bil.Dir.=5,06 mg/dl. Inizia terapia antibiotica con ceftriaxone 2 g e.v./die, trasfusioni con sacche piastriniche, liquidi (3 L/die), metilprednisolone 20 mg x 2/die, omeprazolo e.v. In terza giornata episodio di rettorragia e peggioramento degli indici di funzionalità epatica e renale: Crea=3,75 mg/dl; Urea=159 mg/dl; Bil.Tot.=11 mg/dl; Bil.Dir.=9,47 mg/dl; AST=379 U/L; ALT=96 U/L; persistono la febbre e la piastrinopenia (25.000/mmc), con negatività degli esami strumentali (Rx torace, Ecocardiogramma, Ecografia addome); negativi i markers per l'epatite B e C. Ad una più attenta anamnesi si viene a scoprire che il paziente, disoccupato, lavora saltuariamente nella pulizia delle fogne. Nel sospetto di leptospirosi, il paziente viene trasferito in Unità di Malattie Infettive dove inizia terapia con penicillina G 12 milioni di U/die. Nei giorni seguenti viene confermata la diagnosi di leptospirosi sia con il reperto di spirochete nelle urine, sia alla PCR. Il paziente viene dimesso in ventesima giornata con restituito ad integrum, con la normalizzazione degli indici di funzionalità epatica e renale. La leptospirosi è una zoonosi sostenuta da spirochete: il serbatoio più importante è il ratto e l'uomo può infettarsi con il contatto con acqua contaminata da urine infette anche attraverso la cute sana. L'incubazione è di 5-14 giorni e le manifestazioni cliniche principali sono legate alla insufficienza renale ed epatica, alla diatesi emorragica e ai sintomi meningei. La diagnosi è fondata sull'isolamento delle spirochete nelle urine o nel liquor e sulla conferma con la metodica PCR. L'antibiotico di scelta resta la penicillina G (10-15 milioni di U/die per 15 giorni), ma sono attive anche le cefalosporine e la doxiciclina. La mortalità, nelle forme con compromissione epatica e renale, può raggiungere anche il 40%.

**Audit sui risultati formativi del II Corso Teorico Pratico FADOI di Videocapillaroscopia ungueale, Napoli Ottobre 2012**

Buono R, Gallucci F, Irace R, Parisi A, Russo R, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento Medicina Polispecialistica, Azienda Ospedaliera A. Cardarelli, Napoli, Italy

**Premessa.** La Videocapillaroscopia ungueale (VCP) è allo stato attuale considerata una delle migliori tecniche diagnostiche di

imaging non invasive in grado di studiare il microcircolo in vivo. Le prime applicazioni della VCP, ormai standardizzate, sono state in ambito reumatologico; di recente il suo impiego si è esteso anche in varie altre patologie che presentano coinvolgimento del microcircolo. Nel corso del 2012 abbiamo organizzato, con il supporto della FADOI Campania, due Corsi Teorico-Pratici di VCP denominati "VCP: dai fondamenti teorici alle applicazioni cliniche", per un numero ristretto di Internisti e Reumatologi.

**Scopo dello studio.** Valutazione dell'efficacia formativa del II Corso (Ottobre 2012) teorico-pratico FADOI sulla VCP mediante un audit a distanza dall'evento didattico.

**Materiale e Metodi.** Hanno partecipato al corso 14 medici, di cui 12 reumatologi e 2 internisti con età media 38.7 anni (range 30-60), operanti in varie regioni del Centro-Sud d'Italia, con diverso grado di esperienza in VCP. Il corso si è articolato in due giornate consecutive con quattro sessioni di lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche sia su casi simulati, sia in vivo su soggetti normali e pazienti immuno-reumatologici e con patologie internistiche, per complessive dodici ore. Due mesi dopo la fine del corso, è stato inviato ai discenti un format contenente un quadro VCP, scelto da due docenti tra 10 immagini preselezionate e ritenuto di media difficoltà interpretativa (per qualità dell'immagine, per complessità delle alterazioni presenti e per valore diagnostico). Ai partecipanti è stato richiesto di interpretare il quadro VCP esprimendo una valutazione dei vari parametri analizzati e di formulare una interpretazione diagnostica conclusiva scegliendo tra 4 *patterns*: "normale", "alterazioni aspecifiche minori", "alterazioni aspecifiche maggiori" e "scleroderma pattern". Per la valutazione dell'*inter-rater reliability* (accordo fra giudici) è stato adoperato l'indice di Cohen (K).

**Risultati.** Due dei 14 partecipanti non hanno inviato la loro interpretazione. Gli altri 12 sono stati divisi in tre gruppi sulla base del grado di esperienza videocapillaroscopica precedente (5 con nessuna esperienza pratica, 4 principianti con iniziale approccio pratico alla tecnica, 3 con discreta esperienza pratica). Tra le interpretazioni dei due docenti c'è stata una completa concordanza (K=1). Per quanto riguarda i singoli parametri analizzati nell'ambito del quadro VCP, vi è stato un accordo "discreto" (K tra 0.46 e 0.57) in 3 dei 12 medici (25%), buono (K tra 0.63 e 0.72) in 7 (58.3%) ed "eccellente" (K=tra 0.81 e 1.0) negli altri due. Per quanto concerne, invece, l'interpretazione diagnostica conclusiva vi è stato un accordo completo, essendo stata da tutti posta diagnosi di "scleroderma pattern", anche se 5 su 12 discenti (41.7%) hanno ritenuto trattarsi di uno stadio "early" e non "active" (diagnosi corretta).

**Conclusioni.** La nostra esperienza conferma che la VCP, oltre ad avere caratteristiche di basso costo, ripetibilità ed efficacia diagnostica, è una tecnica diagnostica di agevole e rapido apprendimento che merita una maggiore diffusione in ambito internistico.

**Rabdomiolisi da causa rara: malattia di Pompe**

Cannavale A, Catzola A, Laccetti M, Mayer MC

UOC Medicina Interna 4, AO Cardarelli, Napoli, Italy

Abbiamo osservato presso la nostra UO di Medicina Interna il

caso di una paziente AF di 35 anni giunta alla nostra osservazione per intense mialgie e marcata debolezza muscolare insorte in corso di episodio febbrile acuto con disuria e riferimento di emissione di urine nerastre. La paziente era stata sottoposta nel 1996 ad intervento di diversione biliopancreatica con conseguenti turbe nutrizionali e nel 2001, a seguito di sintomatologia dolorosa polimialgica con astenia, le era stata posta diagnosi di polimiosite trattata con steroidi e immunosoppressori. Al momento della prima osservazione clinica la paziente si presentava molto sofferente con dolori muscolari spontanei intensi ed impossibilità di deambulare e di mantenere la postura eretta. Le indagini di laboratorio evidenziavano cospicuo incremento di CK (100x vn) Mioglobinemia (10 x vn) AST ALT e LDH, ma gli indici di flogosi si presentavano nella norma così come risultava negativa la ricerca di anticorpi anti J01, ANA ed il FR. Le indagini strumentali (TC total body Ecocardiografia Spirometria) sono risultate nella norma mentre sia EMG sia RMN hanno evidenziato alterazioni muscolari compatibili con un quadro infiammatorio. Si è ritenuto opportuno sottoporre la paziente ad una biopsia muscolare che ha evidenziato alterazioni compatibili con miosite vacuolare. Nel sospetto di una malattia di Pompe si è ritenuto di avviare una determinazione di GAA ed uno studio genetico che è tutt'ora in corso.

### Results behind blood pressure of the therapeutic education program “dieciannidivitaipiù”

D'Avino M, Caruso D, Caruso G, Ilardi A, Capasso F, Muscherà R, Rabitti PG, Scala D<sup>1</sup>

Unit of Internal Medicine 1, Biotechnology Center<sup>1</sup>, AORN A. Cardarelli, Naples, Italy

**Background and Objective.** In 2007 the Italian Agency of Drugs (AIFA) funded a therapeutic education program to reduce blood pressure (BP) in patients with hypertension through a better adherence to pharmacological and non pharmacological treatment. The program, developed by the Working Group of Cardarelli Hospital in Naples, Italy, involved the General Practice of Campania Region. We report the results on a subgroup of patients.

**Materials and Methods.** A total number of 3212 hypertensive patients were randomly assigned to Intervention (I) and control group (C). Group I patients participated to 3 educational sessions respectively 2, 4 and 9 months after the recruitment. Sessions were set in a way that patients could easily talk about what they were learning, write reflectively about it, relate it to past experiences, and apply it to their daily lives. Group C patients received oral information and were followed-up at 2, 4 and 9 months after the recruitment. Analysis was performed using SPSS version 19.0.

**Results.** We report only results related to patients enrolled at Centre for the Diagnosis and Therapy of Arterial Hypertension, Cardarelli Hospital, since the whole analysis is still in progress. The total number of patients is 291 randomly divided in I (184) and C (107); mean age 62.6±12.9; female 56%. We found an increase in the number of patients I at target (130/85 without diabetes, 125/80 with diabetes) compared to patients C after 1 year. (p<0.008). We also found a statistically significant

reduction of total plasmatic cholesterol (p<0.05), a reduction of the plasmatic sodium (p<0.03) and an increase of HDL (p<0.01) in patients I even if these latter two results don't reach the statistical significance.

**Conclusions.** Our preliminary findings show that a patient-oriented approach is a powerful tool for reaching better blood pressure control and underlying the essential role of patients involvement in the management of their care. These results need to be confirmed by other study data analysis in progress.

### Marker of cardiac damage in patients with arterial hypertension

D'Avino M, Capasso F, Caruso G, Ilardi A, Margarita A, Scala D<sup>1</sup>, Rabitti PG

Unit of Internal Medicine 1, Biotechnology Center<sup>1</sup>, AORN A. Cardarelli, Naples, Italy

**Introduction.** Presence of microalbuminuria (MA) is related to renal and cerebral damage and it is considered an early sign of cardiac damage in arterial hypertension (AH). Cystatin C (CC), proteasis inhibitor eliminated with glomerular filtration, represents an excellent and sensible plasmatic marker of glomerular speed filtration, therefore can be considered an earlier marker of cardiac damage in AH instead of MA.

**Materials and Methods.** We examined 360 pts (198 males and 162 females), no smokers, followed for six months, aged from 46-64, with two-year history of AH, without diabetes or cardiovascular diseases and with normal lipids. They underwent to laboratory tests (as the G.L. ESC/ESH 07), CC (done with nephelometric method BNII normal value 0,53/0,95 mgr/l), and instrumental exams: supra-aortic truncus and renal arteries echo-Doppler, ECG, echocardiogram.

**Results.** All pts have normal values of MA glicemia and creatinin clearance. 188 pts (86 M and 102 F) have a medium increase of CC over 1,1±0,2: 30 pts (18M and 12F) presented left ventricular hypertrophy with left ventricular mass >110gr/m<sup>2</sup> (F) and 125 g/m<sup>2</sup>; 98 (76M, 22 F) presented an increase of medio-intimal thickening >0,9 mm (mean 1,2) and LVH. 60 pts (38M and 22 F) without organ damage. All pts have normal renal arteries echo Doppler examination

**Conclusions.** CC can be considered an early economic and sensible marker of cardiac damage in hypertensives. It's not influenced by age, sex, weight, muscular masses. Its increase should push to investigate and evaluate the state of the heart, brain and kidneys. We are evaluating the behaviour of CC in followed pts to verify its usefulness in heart damage.

### Patients admitted in Internal Medicine Unit: follow-up in progress

D'Avino M, Ilardi A, Anastasio A, Capasso F, Muscherà R, Caruso G, Rizzo M, Rabitti PG, Scala D<sup>1</sup>

Unit of Internal Medicine 1, Biotechnology Center<sup>1</sup>, AORN A. Cardarelli, Naples, Italy

**Introduction.** Medication non-adherence contributes to hos-

pitalization and mortality, yet there have been few interventions tested that improve adherence and reduce hospitalization and mortality in Internal Medicine patients. Our objective is to determine whether an education intervention improve medication adherence and reduce re-hospitalization rate.

**Materials and Methods.** Patients admitted in the Internal Medicine 2 Unit of Cardarelli Hospital, Naples, Italy are enrolled in the study. Patient characteristics including age, sex, education level, diagnosis, co morbidities, drug therapy, at discharge are registered. Patients' adherence is assessed with the Italian, validated version of the Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ). The results is included in the discharge letter to let general practitioner know about it. The follow-up intervention is administered by telephone: patients are called every 3 months for 12 months. The telephone intervention focuses on perceived risk of specific disease and knowledge, memory, medical and social support, patients' relationship with their health care provider, adverse effects of medication therapy, weight management, exercise, diet, smoking, and alcohol use. After 12 months patients are given the BMQ to evaluate adherence's improvement.

**Results.** We report only preliminary results related to the enrolment phase since the project is in progress at its beginning phase. We enrolled 110 patients (september-december 2012). The most common diseases are ictus, heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes; mean age is  $66 \pm 11.1$ ; female 56%. As far as the educational level is concerned, 35% has primary school, 31% has secondary school, 24 has tertiary (undergraduate) school and the remaining 10% has university degree. BMQ's first results show a correlation between educational level and medication adherence.

**Conclusions.** Our preliminary results suggest that low functional health literacy is associated with high hospitalization and increased medicines non-adherence. Any initiatives attempting to address medicines non-adherence may remain ineffective if patients cannot read or understand instructions. These results also give us information and address next telephone follow-up.

### Farmaci biologici e gravidanza: descrizione di un caso clinico

d'Errico T, Tassinario S, Varriale M, Lucà S, Ambrosca C, Carbone S, Visconti M<sup>1</sup>

UOC di Medicina Interna, Ambulatorio e D.H. di Reumatologia, Ospedale S.M.d.P. degli Incurabili, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy; <sup>1</sup>Primario Emerito di Medicina Interna ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

Nel settembre 2009 è giunta alla nostra osservazione una donna di 35 anni, che da diciotto mesi presentava artrite simmetrica a mani, polsi e caviglie; ha esibito esami eseguiti all'insorgenza della sintomatologia ove si è rilevata netta elevazione degli indici di flogosi (VES 1 ora 66 PCR 42 mg). Uno specialista reumatologo poneva diagnosi di Artrite Reumatoide e prescriveva terapia con Metotrexato (MTX) 10 mg/sett e 8 mg/die di metilprednisolone. Alla nostra osservazione ha mostrato severe manifestazioni artritiche a mani, polsi e ginocchia; elevati indici di flogosi (VES 1 ora 50 PCR 28 mg,

fattore reumatoide e anti CCP positivi), rigidità mattutina di circa 80 minuti, DAS 28 5.1; una rx mani e polsi ha mostrato osteoporosi iuxarticolare e piccola erosione al primo metacarpo a sn. Abbiamo incrementato MTX fino a raggiungere la dose settimanale di 15 mg/sett. con deludente risposta clinica. Quindi, eseguiti gli esami di compatibilità (Mantoux e markers epatitici) ai biologici, al trattamento in corso è stato aggiunto Etanercept al dosaggio di 50 mg/settimana. Dopo 15 settimane, per un modesto miglioramento della sintomatologia (DAS 28 4.4), alla paziente viene proposta la possibilità dell'impiego di un altro biologico, l'infliximab, che a sole 2 settimane di trattamento ha realizzato rapida e progressiva remissione delle manifestazioni artritiche. A dicembre 2010, a malattia controllata (DAS 28 2.7), la paziente ha manifestato il desiderio di maternità; abbiamo quindi programmato l'eventuale concepimento a otto mesi circa dalla sospensione di MTX e del biologico. Nonostante la modifica della terapia (solo 4 mg di metilprednisolone), la paziente ha mostrato durante la gravidanza, decorsa senza complicazioni, discreto controllo della malattia articolare (DAS 28 3.3) e a giugno 2012 ha dato alla luce con parto eutocico una femmina di 3.2 Kg (Apgar 9/10). Attualmente la paziente è in trattamento con infliximab (DAS 28 2.7), la neonata è in buona salute e presenta normale sviluppo somato-psichico. Il caso descritto mostra che la paziente esposta prima della gravidanza a due farmaci biologici e MTX, ha partorito una figlia sana. La tossicità embrionale dei farmaci anti-TNF è dibattuta in letteratura; questi farmaci sono considerati di classe B, poichè non esistono chiare evidenze di embriotossicità, teratogenicità o aumentato rischio di aborto; tale dato è ulteriormente supportato da un limitato numero di pazienti che hanno utilizzato i farmaci durante i primi mesi di gravidanza.

### L'anziano con sindrome fibromialgica primaria

d'Errico T, Tassinario S, Lucà S, Varriale M, Ambrosca C, Carbone S, Maffettone A<sup>1</sup>, Visconti M<sup>2</sup>

UOC di Medicina Interna, Ambulatorio e D.H. di Reumatologia, Ospedale S.M.d.P. degli Incurabili, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy; <sup>1</sup>UOC di Medicina Interna, Ospedale V.Monaldi, Azienda dei Colli, Napoli, Italy; <sup>2</sup>Primario Emerito di Medicina Interna, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

La sindrome fibromialgica è una condizione che sfugge a definiti elementi clinici e strumentali di diagnosi probabilmente anche perché a tutt'oggi ancora poco chiara risulta la sua eziopatogenesi. Nel paziente anziano (il 7% nelle donne di età compresa tra i 60 e gli 80 anni) in particolare, la fibromialgia si sovrappone ad altre patologie coesistenti, generando spesso problemi di identità nosografica e confusione circa la diagnosi e quindi la figura specialistica a cui l'anziano fibromialgico debba in prima istanza afferire. La fibromialgia è un reumatismo extrarticolare che si manifesta sul piano clinico come una sindrome dolorosa muscolo-scheletrica generalizzata, caratterizzata da un vasto spettro di sintomi dominati dal dolore, rigidità, (diffusi e persistenti da almeno 3 mesi), astenia e sonno non riposante; spesso è associata una condizione psico-difunzionale caratterizzata da colon irritabile, cefalalgia mu-

scolo-tensiva, ansia, depressione. Caratteristica è la dolorabilità alla palpazione di particolari sedi tendinee e muscoloscheletriche definite *tender points*, in assenza di specifiche alterazioni ematochimiche e radiologiche. Nella pratica clinica la ricerca dei Tender Points (T.P.) continua a costituire un momento diagnostico importante, nonostante che l'ACR (American college of rheumatology) nel 2010 abbia proposto nuovi criteri diagnostici, dove il test dei Tender Points viene sostituito da un indice di dolore diffuso [WPI, Widespread Pain Index] e da una scala di gravità dei sintomi [SS, Symptoms Severity]. L'eziopatogenesi della fibromialgia sembra complessa e con molti aspetti ancora oscuri. Diversi studi hanno evidenziato il ruolo dei neurotrasmettitori correlati con uno stato psicopatologico. Il trattamento della fibromialgia non è codificato. La terapia prevede una componente farmacologica ed altri provvedimenti non farmacologici (FKT, fango-balneoterapia) oltre ad una adeguata informazione al paziente. I farmaci si usano spesso in combinazione: gli analgesici, gli inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI). Di notevole utilità sono inoltre le cure termali sotto forma di fango balneoterapia. Nonostante i progressi della scienza medica, a tutt'oggi la diagnosi e la terapia della fibromialgia non sono precisamente codificati, ma il crescente interesse della comunità scientifica ha riconosciuto alla fibromialgia "dignità" di malattia che compromette notevolmente la qualità della vita e dai grossi costi sociali (riconoscimento di malattia invalidante ottenuto anche dall'OMS).

### Frequente riscontro della pervietà del forame ovale in pazienti con fibrillazione atriale parossistica

de Campora P<sup>1</sup>, Fontanella A<sup>2</sup>, Sangiuolo R<sup>1</sup>, Di Micco P<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UOC Cardiologia; <sup>2</sup>UOC Medicina Interna, Ospedale del Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli, Italy

**Introduzione.** Gli studi scientifici sulla presenza della PFO hanno consentito di evidenziare un sua prevalenza nel 20-25% degli europei.

**Obiettivo del lavoro.** Studiare le caratteristiche ecocardiografiche e neuro-sonologiche di giovani pazienti (età < 50 anni) giunti in P.S. per episodi parossistici di fibrillazione atriale (FAP).

**Metodi.** Sono stati arruolati 50 pazienti FAP+ (29 uomini età media 37,3 anni; 21 donne 35,8 anni) comparati con 40 controlli<sup>®</sup>. I partecipanti hanno effettuato ecocardiogramma (TTE), ecotrans-cranica (TCCD), ed ecocardiogramma trans-esofageo (TEE). Diagnosi di PFO effettuata mediante test dinamico (emulsione NaCl 8 cc+1 cc sangue+1 cc aria iniettata e.v.) per rilevare le caratteristiche dello shunt; il TEE per identificare aneurismi associati alla pervietà.

**Risultati.** 15 pazienti FAP+ hanno mostrato la presenza di PFO (31.4% totale), rispetto al 14.2% dei controlli. Nei pazienti, la PFO più frequentemente (36% vs 20% gruppo C) si associa ad aneurisma della fossa ovale (SIA) al TEE.

**Conclusioni.** La Pervietà del Forame Ovale, nei pazienti giovani con ricorrenza di episodi di fibrillazione atriale parossistica, sembra presentare una prevalenza significativa rispetto a quanto osservato nei coetanei non affetti. La PFO, nei FAP+, si associa frequentemente alla presenza di aneurismi e di shunt emodinamicamente significativi. Non si può escludere che proprio la pre-

senza di shunt destro-sinistri attraverso la Fossa Ovale, possa, in particolari condizioni emodinamiche, fungere da *trigger* innescando l'aritmia. Tale ipotesi necessita di ulteriori conferme.

### Ateromasia precoce subclinica dei vasi intracranici in pazienti ipertesi. L'apporto della ecografia trans-cranica

de Campora P<sup>1</sup>, Fontanella A<sup>2</sup>, Sangiuolo R<sup>1</sup>, Fontanella L<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UOC Cardiologia; <sup>2</sup>UOC Medicina Interna, Ospedale del Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli, Italy

**Introduzione.** L'ipertensione arteriosa è un importante fattore di rischio per la malattia cerebro-vascolare. Scopo del lavoro è studiare con l'Ecografia Trans-Cranica Color-Doppler (TCCD) gli aspetti anatomici ed emodinamici dei vasi cerebrali di soggetti ipertesi.

**Metodi.** Arruolati un primo gruppo (HT Group) composto da 50 maschi ipertesi (età 60±10) comparato con gruppo di controllo (N Group). I due gruppi sono stati sottoposti ad esami di laboratorio, ECG, ecocardio, ecografia transcranica e dei TSA. Esclusi dall'indagine i pazienti affetti da aritmie, diabete, cardiopatia ischemica ed ateromasia carotidea. I parametri analizzati mediante TCCD: picco velocità sistolico, picco velocità telediastolica, velocità media; indice resistenza (IR); indice pulsatilità (IP).

**Risultati.** Nel gruppo HT, 8 pazienti (16%) hanno mostrato alterazioni dell'indice di pulsatilità. Di questi, 3 (37%) presentavano, altresì, valori patologici dell'indice di resistenza. Nel gruppo N, 2 controlli hanno mostrato alterazioni dell'IP. Nel gruppo HT, l'Odds Ratio è risultato 4 volte > del gruppo di controllo.

**Conclusioni.** L'ipertensione Arteriosa comporta un maggior rischio di ictus. Si può ipotizzare che il continuo stress di parete possa determinare una precoce compromissione parietale ed emodinamica dei vasi intracranici, condizione predisponente allo stroke. La TCCD, in questo ambito, consente in modo non invasivo, e in prevenzione primaria, il monitoraggio di molteplici parametri che valutano vari aspetti della fisio-patologia cerebrale.

### Confronto tra differenti metodi diagnostici per la valutazione della soglia di sensibilità vibratoria nello screening della polineuropatia diabetica. Proposta di un nuovo metodo di utilizzo del diapason di Rydel-Seiffer

de Simone R, De Feo EM, Piscopo G, Suozzo R, D'Ambrosio G, Boni R, Rabitti PG

<sup>1</sup> UOC di Medicina Interna e Diabetologia, Dipartimento di Medicina Generale e Specialistica, AORN A. Cardarelli, Napoli, Italy

**Premesse e scopo dello studio.** Un aumento della soglia della sensibilità vibratoria (VPT) è uno dei principali markers della polineuropatia diabetica (PNPD). Il diapason è, insieme al biotesiometro (BT), lo strumento di screening più usato per diagnosticarlo. Diversi sono i metodi con cui esso viene utilizzato. Quello inizialmente introdotto da Rydel e Seiffer (R-S) è graduato ad una frequenza di 64 Hz ed ha una scala da 0 a 8; molto adoperato dai neurologi, è stato più volte validato ma

non viene comunemente utilizzato per la screening della PNP. Il metodo che viene invece attualmente consigliato dalle principali società scientifiche di Diabetologia (metodo temporizzato: MT) utilizza una frequenza di 128 Hz (diapason senza calibri) ed è basato sulla durata della percezione vibratoria sul dorso della falange distale del pollice da parte dell'esaminatore, dopo che il paziente abbia cessato di avvertire la vibrazione sul dorso dell'alluce. Noi proponiamo invece un nuovo metodo (m.nuovo: MN) più semplice e quantitativo, che utilizza una frequenza di 64 Hz, basato sulla durata della percezione vibratoria all'alluce solo da parte del paziente. Scopo dello studio è stato testare il nostro metodo (MN) e confrontarlo con MT, con R-S e con BT.

**Materiali e Metodi.** Lo studio ha coinvolto 103 pazienti diabetici (DMT1=25; DMT2=78) consecutivamente osservati presso il nostro ambulatorio. Tutti venivano sottoposti alla valutazione della VPT attraverso il BT e mediante il diapason utilizzato nei 3 differenti metodi suddescritti. Veniva inoltre valutata la sensibilità tattile, dolorifica e termica. In base al test di screening TCNSS modificato, i pazienti sono stati suddivisi in 3 gruppi: neuropatici (ND+, n=34), non neuropatici (ND-, n=27) e border-line (B-L, n=42).

**Risultati.** La sensibilità e la specificità nell'identificare i pazienti neuropatici (ND+) con i differenti metodi sono risultate rispettivamente: con BT: 74,2% e 81,4% (cut-off >29 Volt); con R-S: 76,4% e 88,8%, (cut-off ≤5); con MT: 84,8% e 51,9% (cut-off >6 sec.); con MN: 77,1% e 85,1% (cut-off ≥5 sec.)

**Conclusioni.** Il diapason ha mostrato un potere diagnostico ottimo e sovrapponibile al biotesiometro, sia con il metodo di Rydel-Seiffer, che con il metodo da noi proposto, che ha, a nostro parere, il vantaggio di una maggiore semplicità di uso. Entrambi i metodi sono risultati significativamente superiori al metodo tradizionale attualmente utilizzato (p=0,002 per RS vs MT e <0,001 per MN vs MT).

### Uso di statine ed effetto antiproliferativo sulla ghiandola tiroidea

Di Fraia S<sup>1</sup>, Maffettone A<sup>2</sup>, Arciello MT<sup>2</sup>, Rugiada F<sup>2</sup>, Rinaldi M<sup>3</sup>, Ussano L<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UOD Patologie Tiroidee; <sup>2</sup>UOC Medicina Interna ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico; <sup>3</sup>UOD Metabolica, AORN dei Colli, plesso Monaldi, Napoli, Italy

Le statine, farmaci ad effetto ipolipidizzante, hanno anche effetto antiproliferativo in alcuni tessuti, tra cui la tiroide. Abbiamo valutato l'effetto di tali farmaci sulle variazioni del volume tiroideo e la comparsa di eventuali noduli in un gruppo di pazienti afferenti all'ambulatorio di patologie tiroidee della nostra AO. Abbiamo selezionato 50 pazienti ipercolesterolemici (uso di statine quali simvastatina o atorvastatina da almeno 4 anni) ambo sessi (34 M, 16 F) di età media 65 aa ed un gruppo di controllo di 40 pazienti (25 M e 15 F), età media 64 aa. I pazienti in trattamento con statine erano per lo più affetti da ipertensione arteriosa, CAD cronica, scompenso cardiaco ma non da patologie tiroidee all'inizio della terapia ipolipidizzante. Nessun paziente era in terapia con farmaci che possono influenzare il metabolismo tiroideo (amiodarone,

litio). I pazienti hanno effettuato esami ecografici della tiroide eseguiti sempre dallo stesso operatore presso il Servizio di Radiologia della ns Azienda Ospedaliera. Tutti i pazienti dislipidemici afferenti al nostro ambulatorio sono stati valutati nel tempo rispetto ad un gruppo di controllo: essi presentavano ecograficamente volume ridotto della ghiandola tiroidea rispetto a quelli di controllo, anche correggendo tali valori per l'IMC dei pazienti. La grandezza del volume tiroideo espressa in ml era 13.1 nel gruppo dislipidemico vs 16.2 nel gruppo di controllo (p<0.01) mentre la prevalenza dei noduli nei pazienti dislipidemici è stata del 32% vs 58% nei controlli (p<0.01); inoltre la percentuale di nodularità multiple è stata del 15% nei pazienti dislipidemici vs il 24% dei controlli (p<0.01). In conclusione, i pazienti in terapia con statine hanno presentato minore volume della ghiandola tiroidea e minori nodularità rispetto al gruppo di controllo; ciò conferma l'effetto antiproliferativo di tali farmaci sulla ghiandola tiroidea.

### Trombocitopenia al momento della comparsa di TEV. I dati dal Registro Riete

Di Micco P<sup>1</sup>, Dentali F<sup>2</sup>, La Regina M<sup>3</sup>, Fontanella A<sup>1</sup>, Amitrano M<sup>4</sup>, Fontanella L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Medicina, Ospedale del Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli, Italy; <sup>2</sup>UOC Medicina Interna II, Ospedale di Circolo di Varese, Italy; <sup>3</sup>UOC Medicina, Ospedale di La Spezia, Italy; <sup>4</sup>UOC Medicina Interna, Ospedale di Avellino, Italy

**Introduzione.** I pazienti con tromboembolismo venoso (TEV) necessitano di terapia anticoagulante per almeno 3 mesi, per evitare le recidive e l'embolia polmonare (EP) fatale. La trombocitopenia (TCP) rappresenta uno dei rischi più noti di emorragia durante la terapia. TCP può essere già presente all'esordio del TEV, come conseguenza di una patologia ematologica di base o come effetto collaterale di farmaci usati dal paziente, o può comparire durante il trattamento anticoagulante.

**Pazienti e Metodi.** Il Riete (Registro Informatizado de la Enfermedad TromboEmbólica) è un registro osservazionale, multicentrico, che arruola pazienti consecutivi con EP acuta, sintomatica, diagnosticata oggettivamente. Abbiamo studiato, tra i pazienti arruolati nel Riete, quelli con TCP all'esordio del TEV e seguiti in un follow-up a tre mesi. Sono stati registrati gli outcome di tutti i pazienti con EP e TCP (definita come conta piastrinica <80 x 10<sup>9</sup>/L) durante i primi 3 mesi di terapia). La conta piastrinica durante il follow-up non è routinariamente eseguita nel Riete, ma è effettuata in base ai singoli protocolli ospedalieri. EP fatale, in assenza di autopsia, è stata definita come qualsiasi morte entro 7 giorni dall'esordio di EP, in assenza di causa alternativa. Emorragia fatale era definita come qualsiasi morte intervenuta meno di 7 giorni dopo un sanguinamento maggiore.

**Risultati.** I nostri dati confermano che la presenza di TCP durante la terapia del TEV è non comune. Tuttavia, quando presente, è un forte predittore negativo per: sanguinamento maggiore, tromboembolia venosa ricorrente e mortalità. Inoltre, essa è più frequente nei pazienti con cancro, come malattia di base. I nostri dati rivelano che in questi pazienti la minaccia principale è l'EP, piuttosto che l'emorragia, nel primo mese di terapia.

**Conclusioni.** La TCP all'esordio della EP oltre che un dilemma clinico se mantenere l'anticoagulazione e rischiare l'emorragia o sospenderla e rischiare la tromboembolia venosa ricorrente, può rappresentare anche un marcatore prognostico sfavorevole a 3 mesi.

### La trombolisi nell'embolia polmonare sintomatica, dati dal Registro Riete

Di Micco P, Fontanella A, Fontanella L, De Campora P, Iannuzzo D, Sciarappa A

UOC Medicina Interna, Ospedale del Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli, Italy

**Introduzione.** Mentre è acclarato che la terapia primaria per la maggior parte dei pazienti con embolia polmonare (EP) è quella anticoagulante, l'efficacia della trombolisi rispetto alla terapia standard non è chiaro.

**Materiali e Metodi.** In questo studio retrospettivo di coorte di 15.944 pazienti con EP acuta accertata, sintomatica, arruolati nel Registro Informatizado de la enfermedad TromboEmbólica (Registro Riete), multicentrico, internazionale, prospettico, abbiamo voluto valutare l'associazione tra terapia trombolitica e tutte le cause di mortalità durante i primi 3 mesi dopo la diagnosi di EP. Dopo aver creato due sottogruppi stratificati in base alla pressione arteriosa sistolica (<100 mm Hg vs altri), abbiamo usato il *propensity score-matching* per un confronto tra pazienti trattati con trombolisi e quelli non sottoposti ad essa, per ogni sottogruppo.

**Risultati.** I pazienti che avevano ricevuto trombolisi erano di età più giovane, con meno malattie concomitanti, e con più elevato score di gravità clinica, rispetto a coloro che non l'avevano ricevuta. Nel sottogruppo con ipotensione sistolica, l'analisi del *propensity score-matching* per coppie (n=94 coppie) ha mostrato una non statisticamente significativa ma clinicamente rilevante riduzione del rischio di morte per la trombolisi rispetto alla non trombolisi (odds ratio [OR] 0,72, 95% CI, 0,36-1,46, p=0,37). Nel sottogruppo normotesi, l'analisi del *propensity score-matching* per coppie (n =217 coppie) ha mostrato un rischio statisticamente significativo e clinicamente significativo di aumento di morte per la trombolisi rispetto alla non trombolisi (OR 2,32, IC 95%, 1,15-4,68, p=0,018). Quando abbiamo immesso i dati per i valori mancanti di ecocardiografia e di troponina nel gruppo di pazienti normotesi, non abbiamo più rilevato l'aumento del rischio di morte associata a terapia trombolitica.

**Conclusioni.** Nei pazienti normotesi con EP sintomatica acuta, la terapia trombolitica è associata ad un più alto rischio di morte rispetto a nessuna terapia trombolitica. Nei pazienti emodinamicamente instabili, la terapia trombolitica è possibilmente associata ad un minor rischio di morte rispetto a nessuna terapia trombolitica.

### L'ascite refrattaria: una nuova possibilità terapeutica

Fimiani B<sup>1</sup>, Iovinella V<sup>2</sup>, Izzi A<sup>3</sup>, Russolillo A<sup>1</sup>, D'Adamo G<sup>1</sup>, Citro V<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UO Medicina Interna, Ospedale Umberto I, Nocera Inferiore, Salerno,

Italy; <sup>2</sup>Ambulatorio di Epatologia, PSP Loreto Crispi, PO San Paolo, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy; <sup>3</sup>Dipartimento di Emergenza Infettivologica, PO D. Cotugno, Azienda Dei Colli, Napoli, Italy

**Introduzione.** L'ascite è una complicanza comune nella cirrosi epatica e si verifica nel 50-60% dei pazienti entro 10 anni dalla diagnosi. Si sviluppa quando la malattia si complica con ipertensione portale e insufficienza epatica e determina un significativo peggioramento della prognosi. La terapia standard dell'ascite lieve-moderata è rappresentata da furosemide, spironolattone con restrizione di sale: la furosemide inibisce il riassorbimento del sodio nel tratto ascendente dell'ansa di Henle ma non ha alcun effetto sul nefrone distale. Lo spironolattone agisce attraverso i suoi metaboliti attivi, il più importante di questi quantitativamente è il canrenone. Questi composti agiscono a livello renale inibendo competitivamente l'effetto tubulare dell'aldosterone nel nefrone distale. Nonostante l'uso dei diuretici e della dieta nel 5-10 % dei pazienti l'ascite non può essere mobilizzata o la sua recidiva, dopo paracentesi terapeutica, non può essere impedita nonostante la terapia medica. Questa condizione è nota come ascite refrattaria. Tale condizione può essere secondaria alla mancata risposta alla restrizione di sodio e alla dose massima di diuretici (400 mg di furosemide e 160 mg di spironolattone) o allo sviluppo di complicanze indotte dai diuretici. Il trattamento di prima linea dell'ascite refrattaria consiste nelle ripetute paracentesi. Laddove le paracentesi dovessero diventare estremamente frequenti si dovrebbe prendere in considerazione l'utilizzo di una TIPS. I pazienti possono continuare a ricevere il trattamento diuretico se tollerato. La terlipressina, un derivato della vasopressina, con azione spiccatamente vasocostrittiva, è stata proposta per la terapia della sindrome epato-renale di tipo 1, in associazione con prolungate infusioni di albumina, ma mancano dati sul suo uso nei pazienti cirrotici con ascite refrattaria e normale funzione renale. In tal senso si inserisce il nostro studio prospettico con il compito di valutare se la terlipressina in aggiunta alla terapia standard (diuretici+albumina) può migliorare la prognosi dei pazienti cirrotici affetti da ascite refrattaria senza sindrome epato-renale.

**Pazienti e Metodi.** 26 pz. cirrotici con ascite refrattaria sono stati selezionati per ricevere oltre al trattamento massimale di diuretici (400 mg di furosemide +160 mg di spironolattone) più albumina (12,5 g bid se albumina sierica < 2g/dl o 12,5 g die se albumina sierica >2 g/dl) terlipressina al dosaggio di 0,5 mg qdie con incremento del dosaggio fino ad 1 mg qdie in rapporto alla tollerabilità e agli effetti collaterali. I pazienti sono stati monitorati dal punto di vista cardiologico per tutta la durata del trattamento che è stata definita di tre settimane.

**Risultati.** 16/26 pazienti hanno ottenuto una completa risposta (61%, 12 maschi) 1 paziente ha ottenuto una risposta parziale (donna), 9 pazienti sono stati considerati non responder per la mancata risposta al trattamento terapeutico.

**Conclusioni.** Attualmente l'ascite refrattaria è trattata con paracentesi totali e infusioni di albumina, in questo studio è stato proposto l'uso sinergico della terlipressina con dosi massimali di diuretici e albumina. La risposta ottenuta è meritevole di ulteriori approfondimenti con studi controllati randomizzati.

## Una particolare forma di dispnea in paziente con verosimile patologia epatica da sovrapposizione (autoimmunità+HCV)

Fimiani B<sup>1</sup>, Iovinella V<sup>2</sup>, IZZI A<sup>3</sup>, Russolillo A<sup>1</sup>, D'Adamo G<sup>1</sup>, Citro V<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UO Medicina Interna, Ospedale Umberto I, Nocera Inferiore, Salerno, Italy; <sup>2</sup>Ambulatorio di Epatologia, PSP Loreto Crispi, P.O. San Paolo, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy; <sup>3</sup>Dipartimento di Emergenza Infettivologica, P.O. D. Cotugno, Azienda Dei Colli, Napoli, Italy

**Introduzione.** Tra le numerose manifestazioni extraepatiche, l'infezione da HCV può indurre un'esacerbazione di una preesistente BPCO o, addirittura, una fibrosi polmonare. La patogenesi è tutt'ora poco chiara. E' stato tuttavia ipotizzato che lo stato di infiammazione cronica, correlato all'infezione virale, potrebbe stimolare il rilascio di citochine con conseguente attivazione cellulare (linfociti e neutrofilii) a livello polmonare, responsabili di uno stato di iperreattività bronchiale e relativa broncocostrizione. Altro possibile meccanismo è l'innescò, da parte del virus, di una vasculite da immunocomplessi a sua volta responsabile di infiammazione e fibrosi polmonare.

Gli autori descrivono il caso clinico, giunto alla loro osservazione di una paziente, di anni 62, affetta da epatite cronica HCV correlata, con dispnea ingravescente da circa tre mesi.

**Caso clinico.** La paziente A.P., di anni 62 è giunta nel nostro ambulatorio di Medicina Interna per dispnea ingravescente, da circa tre mesi. Non fumatrice, dall'anamnesi patologica si evinceva un ipotiroidismo secondario a tiroidite autoimmune ed infezione da HCV con viremia presente e genotipo 2 a. L'e.o. ha evidenziato un'eaptomegalia (confermata ecograficamente) e fini crepitii inspiratori all'auscultazione del torace; nessun segno di malattia autoimmune. Gli esami ematochimici hanno mostrato un aumento degli indici di flogosi, positività per gli ANA ad alto titolo e degli ASMA, ipergammaglobulinemia policlonale, ipocomplementemia, lieve incremento della citolisi epatica (GPT 2X) e degli indici di colestasi. Nella norma i restanti parametri. La paziente è stata studiata anche sul versante pneumologico eseguendo tra l'altro una spirometria, test del cammino, test di diffusione del CO, HRCT che hanno confermato un quadro di interstiziopatia polmonare associata ad un lieve aumento della pressione polmonare così come documentato dall'ecocardiogramma.

Nell'ipotesi di una fibrosi polmonare HCV-relata è stato richiesto un esame sul liquido bronco-alveolare in cui si è riscontrato un cospicuo aumento della percentuale di neutrofilii e un lieve incremento dei linfociti rispetto ai valori di riferimento; la citofluorimetria ha evidenziato uno stato di iperattivazione linfocitaria. Da questi presupposti ci si è trovati di fronte ad un problema di tipo terapeutico: se la causa della fibrosi polmonare fosse l'infezione virale, bisognerebbe agire sull'eradicazione del virus mediante terapia con P-Interferone e ribavirina che, tuttavia, ha tra gli effetti collaterali noti complicanze respiratorie anche gravi, cosa inaccettabile in una paziente già sintomatica e con funzione respiratoria compromessa. Dal momento che le evidenze scientifiche non sono univoche per correlare con certezza l'HCV alla fibrosi polmonare si è deciso di intraprendere inizialmente una terapia immunosoppressiva con steroidi (deltacortene 25 mg/die) e azatioprina (50 mg/die) al fine di migliorare la funzione respiratoria e gli indici di citolisi nel sospetto di un'ECA autoimmune (ANA+ASMA positività) in corso di infezione da HCV

(S. da Overlap). Successivamente al trattamento immunosoppressivo, nell'eventualità di un miglioramento del quadro respiratorio e citolitico, si potrebbe tentare una terapia eradicante del virus C, anche in virtù del genotipo virale facile (2 a).

## Complicanza d'organo rara di malattia sistemica: pancreatite acuta in corso di LES

Gallucci F, Bassano P, Carnovale A, Ferrara L, Ronga I, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento Medicina Polispecialistica, Azienda Ospedaliera A. Cardarelli, Napoli, Italy

**Introduzione.** La pancreatite acuta (PA) è una complicanza rara ed assai impegnativa dal punto di vista prognostico-terapeutico in corso di lupus eritematoso sistemico (LES). Recenti segnalazioni indicano una prevalenza tra 0.5 e 2% in casistiche selezionate di LES con una mortalità del 37%. Più della metà di questi pazienti presentano forme necrotizzanti, gravi di PA. Inoltre, i pazienti con LES che manifestano un episodio di PA hanno in media uno score SLEDAI più alto con interessamento multi-organo di malattia.

**Caso clinico.** Paziente di sesso femminile, di 33 anni, non etilista né fumatrice. Ricoverata in seguito a dolore addominale alto a sbarra e discanalizzazione. Dieci anni prima era stata posta diagnosi di LES; sottoposta a vari trattamenti; negli ultimi due anni a steroidi a basse dosi+idrossiclorochina con soddisfacente risposta clinico-laboratoristica. All'ingresso in Ospedale: dolorabilità nei quadranti alti addominali, tachicardia, ipotensione arteriosa ed ipossiemia. Si riscontrava innalzamento di amilasi e lipasi sieriche con leucocitosi e segni di insufficienza renale. Alla TC-scan con mdc e.v.: necrosi pancreatica pari al 50% del parenchima ghiandolare associata a raccolte fluide peripancreatiche retroperitoneali, e versamento pleurico bilaterale. Alla RMN addominale: normali le vie biliari, la colecisti e la giunzione coledoco-pancreatica. La paziente veniva trattata con adeguata supplementazione idroelettrolitica, nutrizione parenterale totale, antibiotici, gabesato mesilato ed un breve ciclo (5 giorni) di steroidi ad alte dosi e.v. Si assisteva nelle successive due settimane ad un progressivo miglioramento dei parametri di laboratorio e dei sintomi clinici. Un controllo TC evidenziava una riduzione delle raccolte peripancreatiche e della necrosi ghiandolare. La paziente veniva dimessa ad un mese dall'ingresso senza sintomi di rilievo ma con esiti morfologici da seguire nel tempo. Negativi tests per dislipidemia, celiachia e fibrosi cistica. La eziologia dell'episodio di PA è stata quindi considerata quale verosimile complicanza d'organo in corso di LES.

## Anemia megaloblastica in corso di terapia con leflunomide per artrite psoriasica: segnalazione di un caso clinico

Gallucci F, Bassano P, Carnovale A, Russo R, Valentino U, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento Medicina Polispecialistica, Azienda Ospedaliera A. Cardarelli, Napoli, Italy

**Introduzione.** Le cause più comuni di anemia megaloblastica

(AM) sono la carenza di vitamina B12, la carenza di folati e l'uso di alcuni farmaci. In corso di psoriasi cutanea e/o articolare è segnalata la possibilità di deficit di folati anche se raramente di entità tale da generare un'anemia megaloblastica. Più di frequente, una AM in corso di psoriasi riconosce cause multifattoriali, in cui svolgono un ruolo importante anche farmaci utilizzati per il trattamento della malattia, in primis il metotrexate.

**Caso clinico.** Donna di 54 anni, in apparente buona salute fino all'età di 45 anni quando viene posta diagnosi di anemia macrocitica, per cui viene intrapresa terapia cronica con folati con beneficio. Successivamente, per la comparsa di psoriasi palmo-plantare, inizia terapia topica con steroidi e per episodi di gonartrite destra recidivante assume FANS in modo continuativo fino a quando viene posta diagnosi di artrite psoriasica ed iniziata, con pronta risposta clinica, terapia con steroide e leflunomide. Dopo pochi mesi, per la comparsa di una grave anemia (G.R. 2.210.000, Hb 7.7, MCV 113.10) viene sottoposta in DH ad iter diagnostico comprendente, tra l'altro, colonscopia, EGDS, TAC addome completo con m.d.c. (tutte negative). Giunge al ricovero ordinario per sindrome vertiginosa critica: viene confermata la grave anemia con valori critici di Hb tali da richiedere emotrasfusione (agoaspirato midollare negativo). Sospensione della leflunomide ed indicazione a trattamento con sulfasalazina 2 gr/die+vitamina B12 e folati; ai controlli ambulatoriali successivi, buona ripresa della crasi ematica con normalizzazione dei valori di Hb e MCV.

**Conclusioni.** Nella psoriasi si può presentare deficit di folati per un'aumentata utilizzazione degli stessi da parte delle cellule epiteliali in aumentato turnover ma tale condizione, da sola, difficilmente è in grado di causare AM. Nel caso osservato, la comparsa della psoriasi non ha apportato alcun peggioramento dell'anemia (ben controllata dalla supplementazione vitaminica cronica in atto) che è invece precipitata con l'introduzione della leflunomide utilizzata per il trattamento della componente artrite. La possibilità di questo evento avverso da leflunomide, sia pur raro (un solo caso segnalato in letteratura), va tenuta presente quando si è in presenza di pazienti con anamnesi di AM anche se ben controllata dalla terapia suppletiva.

### Saxagliptin: una mano in più per regolare la pressione arteriosa

Gatti A<sup>1</sup>, Carleo D<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UOC di Malattie del Metabolismo, PO San Gennaro, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy; <sup>2</sup>Centro di Diabetologia, Napoli 2 Nord, Napoli, Italy

Da alcuni anni è disponibile una nuova classe d'ipoglicemizzanti orali per la terapia del diabete mellito di tipo 2: gli inibitori dei DDP4. Questi farmaci sono di provata efficacia ipoglicemizzante e, soprattutto, non determinano ipoglicemie e modificazioni ponderali. Essi mostrano, infatti, un profilo di tolleranza pressoché sovrapponibile al placebo. Il Saxagliptin è uno degli I-DPP4, utilizzato con un dosaggio medio molto inferiore rispetto al sitagliptin e vildagliptin. È stato valutato come efficace e non dannoso anche nei pazienti anziani ed in quelli con ridotta clearance renale.

In questa nostra osservazione abbiamo valutato il possibile effetto positivo sul controllo pressorio del Saxagliptin.

**Materiali e Metodi.** Abbiamo esaminato retrospettivamente le cartelle ambulatoriali di 60 pazienti diabetici di tipo 2 in terapia con Saxagliptin. Sono stati raccolti i dati antropometrici ed ematochimici a tempo T-12 mesi, a T0 e a T +12 mesi che si riferiscono ai 12 mesi precedenti l'inizio della terapia con Saxagliptin (T-12), all'inizio della terapia (T0) e allo scadere di ulteriori 12 mesi di terapia (T+12 mesi). Durante tale periodo di osservazione di circa 24 mesi la terapia antiipertensiva in atto non ha subito variazioni.

**Risultati.** Abbiamo valutato l'andamento dei valori pressori e abbiamo riscontrato un incremento della pressione sistolica di 3,17 mmHg da T-12 mesi a T0, nello stesso periodo la pressione diastolica e la media sono aumentate rispettivamente di 0,75 mmHg e di 1,67 mmHg. Le medie dei valori riscontrate in occasione dell'ultimo controllo (T+12 mesi) mostrano una riduzione rispettivamente di -5,08 mmHg (sistolica), di -1,67 mmHg (diastolica) e di -3,79 mmHg (media). La spiegazione di questo effetto del Saxagliptin sulla pressione arteriosa potrebbe essere simile all'effetto che determina sulla produzione di NO a livello aortico e glomerulare e inibente i livelli di ONOO (peroxynitrite) sperimentalmente dimostrato da Mason nel ratto.

**Conclusioni.** L'efficacia del Saxagliptin sul metabolismo glicemico è nota, quello che agli Autori è risultato relativamente nuovo è l'effetto additivo sul compenso pressorio. Anche se questi sono dati di tipo retrospettivo ed estrapolato da un campione limitato di pazienti, potrebbero comunque fornire lo spunto per uno studio pilota o per un trial di adeguate dimensioni.

### L'iperuricemia nel diabetico: semplice marker o causa di disfunzione endoteliale?

Gatti A<sup>1</sup>, Carleo D<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UOC di Malattie del Metabolismo, PO San Gennaro, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy; <sup>2</sup>Centro di Diabetologia, ASL Napoli 2 Nord, Napoli, Italy

Alcuni AA hanno evidenziato come l'aumento dell'acido urico spesso sia associato ad alterazione dei classici markers dell'infiammazione, ipotizzando un collegamento tra iperuricemia e aterosclerosi. Nel corso degli anni altri AA hanno indagato quale fosse il collegamento tra iperuricemia, cardiopatia ischemica e diversi elementi della sindrome metabolica. Quinones ha evidenziato che l'iperinsulinemia conseguente all'insulino-resistenza può inibire l'escrezione urinaria dell'acido urico, tale effetto peraltro è compensato in parte dall'aumentata escrezione urinaria dell'acido urico che accompagna la glicosuria. Ciò premesso, nel presente lavoro gli AA hanno verificato l'associazione tra iperuricemia e cardiopatia ischemica in una popolazione di diabetici di tipo 2. Ipotizzano che la maggiore morbilità e mortalità cardiovascolare siano scatenate da valori aumentati di uricemia che riducendo l'ossido nitrico incrementano la disfunzione endoteliale.

**Materiali e Metodi.** Sono state esaminate retrospettivamente le cartelle cliniche dei pazienti diabetici di tipo 2 ricoverati negli ultimi 6 anni presso il nostro reparto di Diabetologia. La popolazione in esame era composta di 2833 diabetici di tipo 2, (50.2% donne e 49,8 uomini), con età media di 63.64±10,35 anni di cui il 48.1% di età >di 65 anni ed il

14.1% con oltre 75 anni, il 55.2% obeso (BMI medio  $30.15 \pm 6.18$ ), il 71.5% iperteso.

**Risultati e Discussione.** I risultati evidenziano come a parità di età anagrafica, di anni di malattia diabetica e compenso glicometabolico al momento del ricovero, il riscontro d'iperuricemia si associa con il rischio cardiovascolare, infatti l'OR di 1.76 (IC: 1.408-2.196,  $p < 0.0001$ ) indica che chi ha un alto valore di acido urico ha un rischio 1.76 volte più alto di avere un IM. Khosla in una recente pubblicazione ha già dimostrato che l'iperuricemia cronica interferisce con il metabolismo dell'ossido nitrico determinando una disfunzione endoteliale. Tale disfunzione riduce la vasodilatazione endotelio-mediata con conseguente scarso flusso ematico soprattutto a livello muscolo-scheletrico e diminuita sensibilità insulinica. Il conseguente peggioramento della funzione endoteliale, secondario all'iperuricemia, comporta inoltre un aumento delle resistenze vascolari periferiche cui può contribuire anche la proliferazione delle cellule muscolari lisce della media. Non è da sottovalutare, infine, l'attivazione di citochine pro-infiammatorie associate all'insulinoresistenza e l'azione inibente l'attività del recettore nucleare insulino-sensibilizzante PPAR-gamma.

**Conclusioni.** Secondo le raccomandazioni EULAR è opportuno raggiungere il target di uricemia ( $< 6$  mg/dl), tale risultato si associa a benefici effetti sul controllo dei fattori di rischio cardiovascolare e sullo sviluppo di danno cardiaco, vascolare e renale. Nella nostra osservazione riteniamo che il valore target debba essere rivisto al ribasso nei soggetti diabetici, intervenendo precocemente al riscontro di valori di acido urico  $> 5.5$  mg/dl, valore che nella nostra popolazione ha fatto da cut-off per la contemporanea presenza di cardiopatia ischemica. La terapia per ridurre l'uricemia probabilmente migliora il metabolismo glicometabolico, agendo a cascata sul metabolismo dell'ossido nitrico, sulla funzione endoteliale con l'inibizione dell'attivazione delle citochine pro-infiammatorie, causa di tanti danni per l'intero organismo, di conseguenza agendo positivamente sulla morbilità e sulla mortalità cerebro-cardiovascolare.

### Associazione di ezetimibe e fenofibrato nella prevenzione primaria e secondaria in pazienti intolleranti alle statine: risultati a 12 mesi di trattamento

Giorgio R, Schettino M, Nuzzo MG, Gargiulo A

UOC Medicina Interna, Dipartimento di Medicina, AORN San Anna e San Sebastiano, Caserta, Italy

Nell'arco di 18 mesi sono stati arruolati al trattamento con Ezetimibe 10 mg/die e Fenofibrato 145 mg/die e monitorati per 12 mesi 60 pazienti in prevenzione primaria e secondaria intolleranti alle statine (mialgia, miopatia, interferenza farmacologica  $p < 450$ ). I pazienti erano di età compresa tra i 40 ed i 70 anni, 27 di sesso femminile e 33 maschile. Tutti i pazienti all'arruolamento sono stati studiati con ecodoppler TSA e sono stati rivalutati con esami ematochimici ed ecodoppler TSA a 30 giorni, un mese, 3 mesi, 6 mesi, e 12 mesi dall'inizio della terapia. All'arruolamento tutti i pazienti mostravano un profilo lipidico marcatamente aterogeno: aumento di LDL ed ApoB, bassi valori di HDL, trigliceridi superiori a 300 mg/dl. Il 70%

presentava uno o più fattori di rischio; il 50% dei pazienti erano in prevenzione secondaria, il 30% presenta diabete mellito. La totalità dei pazienti in prevenzione secondaria e/o con diabete mellito presentavano aterosclerosi dei TSA, il 20% circa mostrava placche aterosclerotiche "soft" e circa il 10% stenosi carotidea uguale o superiore al 40% del lume. Oltre la terapia in oggetto, dove necessario, è stata consigliata idonea dieta, esercizio fisico, abolizione del fumo, e prescritta idonea terapia per il controllo della pressione arteriosa e della glicemia; inoltre, nei pazienti a rischio elevato è stata prescritta opportuna terapia antiaggregante. Al primo controllo, dopo 30 giorni, nel 70% dei pazienti si osservava un marcato calo dei valori lipemici (colesterolo totale, LDL e trigliceridi) con un aumento del 20% dell'HDL; l'LDL rientrava nel target nei soggetti in prevenzione primaria non diabetici (140 mg/dl), diminuiva ma rimaneva ancora superiore a 100 mg/dl (target 70 mg/dl) nei soggetti in prevenzione secondaria e/o diabetici; i trigliceridi raggiungevano il target nel 100% dei pazienti. Al secondo controllo, dopo tre mesi di terapia, nel 100% dei pazienti arruolati si raggiungeva il target per colesterolo totale e trigliceridi, l'HDL mostrava un ulteriore incremento e nei pazienti in prevenzione secondaria l'LDL, seppur in decremento, rimaneva superiore a 100 mg/dl. All'Ecocolor Doppler dei TSA si evidenziava che le placche aterosclerotiche non erano progredite e quelle inizialmente instabili mostravano segni di evoluzione fibrocalcifica. Al terzo controllo, a sei mesi, anche tutti i pazienti in prevenzione secondaria mostravano colesterolo LDL inferiore a 100 mg/dl, nessuno, però, raggiungeva il target di 70 mg/dl; invece in tutti i pazienti l'aumento dell'HDL raggiungeva il target. Inoltre, l'ecocolor doppler dimostrava una riduzione media del 20% del grado di stenosi vascolare. Al quarto controllo, a 12 mesi, il quadro lipemico non mostrava variazioni significative; le placche aterosclerotiche, invece, si presentavano completamente stabilizzate, e le stenosi mediamente ridotte di un ulteriore 10%; inoltre, si osservava totale scomparsa delle placche più piccole. Nessun paziente ha presentato eventi avversi e/o intolleranze al trattamento. Considerazioni: l'associazione di Ezetimibe e Fenofibrato nella prevenzione primaria e secondaria risulta valida nel migliorare notevolmente i valori lipemici, anche se risulta meno efficace delle statine nel ridurre i valori di LDL; risulta efficace anche nella stabilizzazione della placca aterosclerotica e nel bloccare e/o migliorare il grado di stenosi vascolare.

### Endocarditi da CIED

#### (Cardiac Implantable Electronic Device)

Iannuzzi R, Liguori M, Pannone B, Mayer MC

UOC Medicina Interna 4, AO Cardarelli, Napoli, Italy

L'incidenza di infezioni da CIED (Cardiac Implantable Electronic Device) è in costante aumento, e sempre più frequentemente si osserveranno nei prossimi anni casi del genere nei reparti di Medicina Interna in quanto sono in incremento i centri attrezzati per l'impianto di tali device. L'incidenza di infezioni è maggiore per i pacemaker (0.13-19.9%) rispetto ai defibrillatori elettrici (0.01-0.08%). Nel caso di reimpianto non vi sono differenze significative tra i vari tipi di device e comunque il rischio di infezione risulta essere triplicato.

**Caso clinico.** A.G. maschio di anni 77 ricoverato per febbre.

Anamnesi di BPCO e di cardiopatia ischemica cronica, portatore di pace-maker da alcuni mesi. Riscontro alla rx torace di focolai bronco-pneumonici multipli (medio-basale sinistro, e apicale destro). Il paziente è stato trattato con ciprofloxacina e amoxicillina-acido clavulanico, con buoni risultati iniziali (scomparsa della febbre, miglioramento dello stato generale). Dopo 7 giorni la febbre è ricomparsa e sono state effettuate emocolture, poi risultate positive per *Stafilococcus Aureus* meticillino resistente. Poiché un ecocardiogramma trans-esofageo non era riuscito a evidenziare lesioni valvolari, è stata ipotizzata una infezione del device. E' stata pertanto iniziata terapia con daptomicina 10 mg/kg/die E.V, con miglioramento clinico, apiressia e riduzione degli indici laboratoristici di flogosi. Dopo 4 settimane di terapia è stato rimosso il device. Il paziente è in buone condizioni a un follow-up dei sette mesi.

**Riflessioni.** E' importante notare che molto spesso l'esordio di un'infezione di device è caratterizzato da localizzazioni settiche metastatiche specie a livello polmonare, per cui la presenza di focolai broncopneumonici in un portatore di CIED dovrà far subito sorgere il sospetto di una endocardite. La migliore strategia terapeutica nelle endocarditi Stafilococciche da CIED è la daptomicina, sia per l'elevata capacità di penetrare il biofilm batterico, sia per la buona tollerabilità. Il dosaggio da utilizzare, secondo le ultime esperienze pubblicate deve essere maggiore (10 mg /kg/die) rispetto a quello comunemente utilizzato nelle altre endocarditi (6 mg/kg/die).

### Una cervicodorsalgia farmaco-resistente

Ilardi A, D'Avino M, Muscherà R, Margarita A, Anastasio E, Rabitti PG, Caruso D

UOC Medicina 1, AORN Antonio Cardarelli, Napoli, Italy

**Caso clinico.** Paziente di anni 58, in Pronto Soccorso per cervicodorsalgia, insorta da circa 8 settimane, resistente alla terapia farmacologica e tendente all'esacerbazione notturna. Anamnesi positiva per abitudine tabagica e sindrome del colon irritabile. Il paziente riferisce recente episodio di cistite (urinocoltura positiva per *Klebsiella pneumoniae*) trattata inizialmente con gentamicina e successivamente, per la mancata eradicazione, con cefotaxime e levofloxacina. All'ingresso i parametri vitali sono nella norma. L'attività cardiaca è ritmica; al torace si apprezza qualche sibilo espiratorio, l'addome è modicamente dolorabile nei quadranti di sinistra; negativo l'esame neurologico, le mucose accessibili sono asciutte. La x-grafia del torace segnala un'accentuazione tramitica, mentre gli esami di laboratorio documentano la coesistenza di ipokalemia (2,8 mMol/L), ipoalbuminemia (3 g/dL) anemia normocromica (Hb=9,2 g/dL) e lieve piastrinopenia (95.000/mmc). Viene eseguito un prelievo arterioso per EGA, da cui si rileva un'acidosi metabolica (pH=7,31) con anion gap nella norma. Le urine sono acide (pH=5,3) e coesistono glicosuria e cilindruria (cilindri ialini). Si procede alla somministrazione di NaHCO<sub>3</sub> e.v. ed in 2<sup>a</sup> via di KCl in soluzione fisiologica, mentre per la gestione del dolore si prescrive il tramadolo (1/2 fiala i.m. al bisogno) Dopo circa 36 ore di trattamento non si obiettano sostanziali variazioni del pH plasmatico, mentre quello urinario sale a 6,5. L'ipotesi diagnostica si orienta verso un'acidosi tubulo-renale (RTA) ed in

particolare, tenendo conto delle caratteristiche cliniche e fisiopatologiche, verso una RTA prossimale (tipo 2). In tale condizione il riassorbimento prossimale dei bicarbonati è alterato, con preservazione dei meccanismi distali di acidificazione. Pertanto quando la concentrazione plasmatica di HCO<sub>3</sub> scende a livelli sufficientemente bassi, questi pazienti possono eliminare un'adeguata quantità di NH<sub>4</sub> ed il pH urinario può cadere al di sotto di 5,5. Al contrario, normalizzandosi la concentrazione di HCO<sub>3</sub>, il nefrone distale non è in grado di mantenere un hadling adeguato, con perdita del 10-15% dei bicarbonati filtrati (il pH urinario vira verso l'alcalinità). L'insorgenza di una RTA prossimale può essere secondaria all'assunzione di farmaci, può essere associata ad altre definite entità cliniche (iperparatiroidismo, amiloidosi), può infine manifestarsi nel contesto di una sindrome di Fanconi. Nel nostro caso, il riscontro di una componente proteica monoclonale nel siero e nelle urine, di lesioni osteolitiche alla radiografia dello scheletro in toto e di un incremento della quota di plasmacellule midollari (> 10%), orientarono verso la diagnosi di mieloma multiplo.

### Pseudo-urgenze ipertensive tra Ospedale e Territorio. Ridefinizione del percorso assistenziale.

#### Ovvero: quando l'ansiolitico è inappropriato

Ilardi A<sup>1</sup>, Brandimonte MA<sup>2</sup>, D'Avino M<sup>1</sup>, Anastasio E<sup>1</sup>, Margarita A<sup>1</sup>, Muscherà R<sup>1</sup>, Rabitti PG<sup>1</sup>, Caruso D<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina 1, AORN Antonio Cardarelli, Napoli, Italy; <sup>2</sup>Facoltà di Scienze della Formazione, Corso di Laurea in Scienze e Tecniche di Psicologia Cognitiva, Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, Napoli, Italy

Un numero sempre più grande di pazienti giunge in Pronto Soccorso per rialzi pressori che potrebbero essere gestiti in un setting diverso. Nell'ambito dei cosiddetti rialzi pressori semplici (assenza di danno d'organo acuto o cronico) l'elevazione pressoria è per lo più secondaria ad una condizione stressogena, esterna al soggetto (conflitto psico-sociale) o interna (focalizzazione sulla sensazione propriocettiva) in grado di evocare una tipica reazione di allarme/difesa. Nella maggior parte di questi pazienti, la pressione arteriosa media (PAM) tende a ridursi spontaneamente, nel corso di successive misurazioni. Sebbene sia largamente accettato che le risposte psico-comportamentali allo stress siano implicate nello sviluppo dell'ipertensione arteriosa, scarsa è l'attenzione riservata a questo problema. Tuttavia già Borghi e coll., nel 1986, segnalavano che, negli ipertesi borderline, un più lento recupero della pressione arteriosa diastolica dopo stress prediceva lo sviluppo di una franca ipertensione a 5 anni. Il comportamento di un soggetto, genericamente definito ansioso, è largamente influenzato in negativo da fenomeni attentivi o più propriamente dalla ruminazione. Quest'ultima descrive la tendenza a rievocare episodi disturbanti o a focalizzare il proprio focus attentivo su emozioni negative. Esercitando ruminazione, il soggetto risulta sovraeccitato e incapace di inibire stimoli irrilevanti o distraenti. Tale paziente ha difficoltà nel controllare la propria rabbia. Come la paura, la rabbia, funge da campanello di allarme nel caso in cui il programma d'azione pianificato risulti distorto dalla contingenza o quando è percepito un rischio per la propria sopravvivenza. La rabbia *preattiva* risposte fisiologiche (contrazione

muscolare, secrezione sudoripara, aumento del battito cardiaco), che incubano una tendenza all'azione, nel caso in cui vi fosse un evento a cui reagire. Poiché in questi soggetti la rabbia è tipicamente cronica, l'arousal fisiologico diventa patologico. In sostituzione dell'ormai abusato ansiolitico, che non agisce sul target interessato, è dunque più opportuno sottoporre il paziente ad un trattamento psicoterapeutico. La Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), ad esempio, insegna a controllare la propria attenzione e a rivolgerla con maggiore naturalezza all'esterno e non all'interno di sé. Ciò garantisce uno sviamento, quindi una distrazione, dallo stato interiore e la riduzione delle risorse attentive quotidianamente utilizzate. Diventa perciò necessario individuare, il più tempestivamente possibile, quei profili comportamentali ed emotivi che possono rappresentare il substrato per lo sviluppo di futuri eventi cardiovascolari ed attivare, in collaborazione con i MMG, quei percorsi di assistenza psicologica, volti alla individuazione dei soggetti a rischio, all'analisi delle criticità e, ove possibile, alla rimozione/superamento delle stesse.

### La gestione terapeutica dell'ipocalcemia nel paziente ospedalizzato

Ilardi A<sup>1</sup>, D'Avino M<sup>1</sup>, Avallone S<sup>2</sup>, Gente R<sup>2</sup>, Morella P<sup>3</sup>, Muscherà R<sup>1</sup>, Nunziata M<sup>2</sup>, Rabitti PG<sup>1</sup>, Caruso D<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Medicina 1, A.O.R.N. Antonio Cardarelli, Napoli, Italy;

<sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, AUOP Federico II, Napoli, Italy; <sup>3</sup>UOSD Medicina d'Urgenza, AORN Antonio Cardarelli, Napoli, Italy

**Introduzione.** L'impatto dell'ipocalcemia nel paziente ospedalizzato è difficile da quantificare per almeno due fattori: 1) l'affermazione della disionia è influenzata dalle condizioni di criticità, 2) la comparsa dei segni e dei sintomi correlati è unicamente secondaria alla riduzione della quota ionizzata. Il nostro studio ha l'obiettivo di analizzare l'appropriatezza prescrittiva del Calcio Gluconato nella gestione terapeutica dell'ipocalcemia.

**Materiali e Metodi.** Abbiamo preso in esame i pazienti ricoverati in MURG ed in un reparto di elezione (Medicina 2) dell'A.O. "Antonio Cardarelli" nel periodo novembre 2011-maggio 2012. Su un totale di 6128 pazienti, un' ipocalcemia all'ingresso era rilevata nel 19,1% dei casi (1170 pazienti; età: 48-93 anni; F: 834, M: 336). Le diagnosi di accettazione più frequenti erano: polmonite (26,7%), sepsi/urosepsi (24,1%), FUO (8%), ictus cerebrale (17,7%), insufficienza renale acuta/cronica (13,2%), epatopatia cronica scompensata (9,3%). In sei pazienti tiroidectomizzate l'ipocalcemia era ricorrente nonostante l'apparente congruità della terapia sostitutiva. L'albumina era dosata in tutti i casi e risultava diminuita in 1076 pazienti (92%, range: 1,9-3,4 g/dL); il pH all'ingresso era rilevato solo nel 69% dei casi. Sintomi potenzialmente riferibili all'ipocalcemia erano registrati in 112 pazienti (F:79, M:33), ma in 64 di questi concomitava un'ipomagnesemia.

**Discussione.** Soltanto l'1% del patrimonio totale di calcio dell'organismo si ritrova nei fluidi extracellulari (8,5-10,5 mg 7dL). Di questo 1%, la metà è in forma ionizzata o attiva (4,4-5,4 mg/dL), il 40% si ritrova in massima parte legato a proteine (albumina soprattutto), il 10% complessato con anioni come i fo-

sfati, i solfati e i lattati. Una riduzione del calcio plasmatico totale può essere secondaria a un decremento dell'albuminemia; ma a sua volta il legame calcio-albumina, che coinvolge i gruppi carbossilici della proteina, è potentemente influenzato dalla concentrazione idrogenionica (pH). Ne consegue che i pazienti con un decremento del calcio sierico totale non necessariamente hanno una "vera" ipocalcemia (decremento della quota ionizzata del catione). Nella maggior parte dei casi di ipocalcemia da noi esaminati (86,2%) si è fatto ricorso alla prescrizione di calcio gluconato e.v. (1-2 fl/24 h) indipendentemente dai livelli di albumina e dai riscontri emogasanalitici.

**Conclusioni.** Il trattamento dell'ipocalcemia è strettamente correlato alla severità della disionia, alla rapidità con cui essa si sviluppa nonché alla presenza dei sintomi correlati. Sebbene questi ultimi si osservino soltanto per decremento della quota ionizzata, la gestione terapeutica dell'ipocalcemia si risolve troppo spesso nella prescrizione di calcio gluconato per via endovenosa, che si rivela non appropriata nella maggior parte dei casi.

### Insolita causa di addome acuto: l'ileo biliare

Iovinella V<sup>1</sup>, Palimento D<sup>2</sup>, Fimiani B<sup>3</sup>, Izzi A<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ambulatorio di Epatologia, PSP Loreto Crispi, PO San Paolo, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy; <sup>2</sup>Chirurgia Generale, PO San Paolo, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy; <sup>3</sup>UO Medicina Interna, Ospedale Umberto I, Nocera Inferiore, Salerno, Italy; <sup>4</sup>Dipartimento di Emergenza Infettivologica, PO D. Cotugno, Azienda Dei Colli, Napoli, Italy

La litiasi biliare è causa di molteplici complicanze che vanno dalla colica alla pancreatite. In rari casi, però, in seguito alla fusione della parete colecistica o della via biliare con un segmento intestinale si può avere la formazione di una fistola biliodigestiva, con migrazione delle concrezioni litiasiche attraverso il tramite fistoloso. La conseguenza di tutto ciò è l'occlusione intestinale nota come "Ileo Biliare" che rappresenta una percentuale variabile dall'1 al 3% dei quadri occlusivi. Solitamente il calcolo si ferma nel tratto terminale dell'ileo per la diminuzione di calibro e di elasticità del tratto che precede la valvola ileo-cecale. Questa poco frequente causa di addome acuto sovrappiunge prevalentemente in pazienti anziani di sesso femminile e la diagnosi, in genere, è intraoperatoria. Gli autori descrivono il caso clinico di una donna di anni 88, sofferente da tempo di calcolosi biliare che è giunta alla loro osservazione per vomito. Alla visita la paziente si presentava sofferente, e riferiva febbre, attribuita a s. influenzale, circa 10 giorni prima dell'esordio del vomito, che appariva bruno. L'addome ispettivamente appariva piano, la palpazione del punto colecistico, segno di Murphy, era negativa mentre il dolore veniva elicitato, dalla palpazione, in fossa iliaca destra. Fegato e milza apparivano non apprezzabili. La percussione era negativa, mentre all'ascoltazione vi era assenza della peristalsi e dei borborigmi intestinali. Alla pz. veniva consigliato il ricovero ospedaliero in ambiente chirurgico per gli opportuni accertamenti del caso. Gli esami effettuati in P.S. evidenziavano la presenza di leucocitosi neutrofila, incremento modesto della GGT, normobilirubinemia. La diretta addome d'urgenza mostrava l'assenza di livelli idroaerei e l'ecografia dell'addome un' inomogeneità del fegato con segni di aerobilia da meglio approfondire con esami di 2° livello. La paziente veniva ricoverata in Chirurgia Generale

per il prosieguo delle indagini. La tc dell'addome eseguita circa 18 ore dopo il ricovero mostrava: "sovr distensione delle anse del tenue con evidenza di alcuni livelli idroaerei, fino alla porzione distale dell'ileo nel cui lume si apprezza centimetrica formazione a densità calcica. A tale livello le pareti del tenue appaiono ispessite. A livello del letto della colecisti si evidenzia marcata disomogeneità con scarsa definizione della colecisti e nuclei aerei contestuali. Tale area risulta anche scarsamente dissociabile dal duodeno ed in parte dalla flessura epatica del colon. Il quadro è compatibile per ileo biliare". A 36 ore dal ricovero la paziente veniva operata per l'asportazione del calcolo ileale. In corso di ileo biliare la TC rappresenta il gold standard per questa patologia. Tale metodica dimostra in sede intraepatica, un'immagine di aerobilia, ancora più evidente che non all'esame diretto, suggestiva per fistola bilio-digestiva. Solo la dimostrazione della formazione litiasica in sede ileale, in associazione alla presenza di livelli idroaerei ad esclusiva localizzazione ileale consente la diagnosi di certezza di ileo biliare. Circa la tecnica operatoria l'età e il quadro generale della paziente ha indotto il chirurgo ad un intervento di semplice ablazione del calcolo.

### Le comorbidità nei pazienti con fratture osteoporotiche: studio osservazionale aperto

Italiano G, Gargiulo A

UOC Medicina AOC Sant'Anna e Sebastiano, Caserta, Italy

**Introduzione.** Le fratture da fragilità sono tra le principali cause di disabilità e morte nella popolazione dei paesi occidentali. L'Italia è uno dei paesi con la più alta aspettativa di vita del mondo e l'incremento della vita media si associa ad una maggiore fragilità e ad una elevata prevalenza di malattie cronicodegenerative, inclusa l'osteoporosi, che spesso coesistono nello stesso individuo.

**Scopo dello studio** è stato valutare le comorbidità in una popolazione di pazienti con fratture da fragilità afferenti in maniera consecutiva all'ambulatorio delle malattie metaboliche dell'osso (MMO) presso l'U.O.C. di Medicina Interna dell'AOC di Caserta.

**Materiali e Metodi.** Sono stati valutati tutti i pazienti di età superiore ai 50 anni afferenti in maniera consecutiva dal 1/1/2011 presso l'ambulatorio delle MMO della U.O. di Medicina Interna dell'AOC di Caserta che presentavano almeno una frattura da fragilità. E' stato somministrato un questionario che includeva domande circa la loro storia clinica, la valutazione delle comorbidità mediante la Comorbidity Illness Rating Scale (CIRS), il numero ed il tipo di fratture da fragilità.

**Risultati.** L'analisi è stata eseguita su 312 schede raccolte al 31/11/2012 (è tutt'ora in corso). La popolazione esaminata era composta per il 94,7% di donne con una età media di 66,3 anni (min.50 max 87). Dei 312 pazienti, 168 (54%) presentavano almeno una frattura da fragilità; dei 168, 15 pz (9%) presentavano più di una frattura da fragilità; 87 (51,9%) presentavano una frattura vertebrale; 47 (27,5%) una frattura di polso; 14 (8,8%) una frattura di femore e altrettanti una frattura di omero; 5(3%) una frattura di bacino. Cinque (3%) presentavano contemporaneamente una frattura di femore e una frattura vertebrale (osteoporosi severa). Per tutti i pazienti

è stata calcolata la media del valore dell'indice di comorbidità (C.I.) e dell'indice di severità (S.I). Nei pz. con frattura vertebrale questi indici erano di 1.04 (min 0 max 8) e di 1.19 (min 1 max 2,46). La media del I.C. e del I.S. nei pazienti con fratture vertebrali multiple era rispettivamente di 1,78 e di 1,19. La media del I.C. e del I.S. nei pazienti con frattura di femore era rispettivamente di 1,73 e di 1,38; la media del valore di I.C. e del I.S. nei pazienti con entrambe le fratture di femore e le fratture vertebrali erano rispettivamente di 2,54 e di 1,61.

	Singola frattura vertebrale	Fratture vertebrali multiple	Frattura di femore	Frattura di femore più multiple fratture vertebrali
Media I.C.	1.04	1.83	1.73	2.54
Media I.S.	1.19	1.43	1.38	1.61

I.C. Indice di comorbidità; I.S. Indice di severità

**Discussione.** Nel modesto campione in esame, la frequenza dei pazienti con fratture multiple da fragilità è del 9%. Il numero delle comorbidità risulta essere più consistente nei pazienti con frattura femorale associata a fratture vertebrali multiple, mentre i dati relativi al numero delle comorbidità nei gruppi di pazienti con fratture vertebrali multiple o frattura di femore risultano essere sovrapponibili. Dall'osservazione della distribuzione della gravità delle comorbidità nel campione con frattura di femore associata a fratture vertebrali multiple rispetto al campione con la sola frattura di femore, si nota come essa abbia un peso maggiore nei soggetti che presentano entrambi gli eventi fratturativi. Dall'elaborazione dei dati emerge una gravità delle comorbidità inferiore sia nei pazienti con singola frattura vertebrale che per quelli con fratture vertebrali multiple, tuttavia la distribuzione della gravità delle comorbidità nel campione con fratture vertebrali multiple risulta essere sovrapponibile a quella del campione dei pazienti con frattura di femore.

### Un rinforzo motivazionale può migliorare l'aderenza terapeutica alla supplementazione di vitamina D

Italiano G, Gargiulo A

UOC Medicina, AOC Sant'Anna e Sebastiano, Caserta, Italy

**Obiettivo.** Monitorare l'aderenza a 12 mesi nei confronti delle supplementazioni con calcio e vitamina D, evidenziando nel contempo l'esistenza di fattori in grado di influenzarla ed eventuali preferenze posologiche da parte di pazienti che consecutivamente sono stati osservati presso l'ambulatorio delle Malattie Metaboliche dell'Osso (MMO) afferente alla U.O. di Medicina Interna AOC di Caserta.

**Metodi.** L'indagine è stata svolta tra il 2010 ed il 2011. Per ogni paziente sono state raccolte dettagliate informazioni anamnestiche e cliniche inclusi T-score e dati biochimici. Ad ogni pz è stato esplicitamente richiesto di indicare se stava già assumendo una supplementazione di calcio e vitamina D. I pazienti sono stati visitati al tempo 0 (T0), dopo 6 e dopo 12 mesi (T6-T12). In ogni visita di controllo si procedeva a raccogliere tutte le informazioni cliniche non anamnestiche. Particolare rilievo è stato

posto nella registrazione dell'insorgenza di eventi avversi legati alla supplementazione o alle eventuali terapie antifratturative contemporaneamente assunte. La valutazione della compliance, effettuata al T6-12, si basava sul punteggio della Morinsky Medication Adherence Scale, una scala ad otto domande validata in letteratura per determinare l'aderenza terapeutica: (0-5=scarsa; 6-7=accettabile; 8=ottimale).

**Risultati.** Hanno partecipato alla indagine 50 femmine (età media 66,9 e BMI medio di 25,3) e 20 maschi (età media 71,9 e BMI medio di 24,5). 31 pazienti riferivano di aver avuto fratture per traumi a bassa energia (17 femmine 14 maschi). Pazienti che già assumevano supplementazioni di calcio e vitamina D (non-naive) erano 38; pazienti a cui è stata prescritta per la prima volta una supplementazione di calcio e vitamina D (naive) erano 32. Pazienti che già assumevano una terapia antifratturativa (bisfosfonati) erano 30. Il 18% di pazienti non naive (7) riferivano al TO eventi avversi legati alla supplementazione di calcio e vitamina D. Dati densitometrici ottenuti mediante QUS o DEXA evidenziavano una osteoporosi in 32 pazienti e osteopenia in 38 pazienti. Per le donne il T-score lombare medio era pari a -2,3, mentre quello femorale totale assumeva una media di: -1,8. Il punteggio medio della scala di Morinsky totalizzato dai pazienti non naive al T0, T6 e T12 era pari a 5,72, 6,19 e 6,18. Il punteggio medio dei pazienti naive passava da 5,78 a T6 a 6,38 a T12. Quindi la compliance alla supplementazione di calcio e vitamina D in generale migliora e il punteggio della scala di Morinsky passa dalla fascia di scarsa compliance (Morinsky <6) ad accettabile (6-7). L'aumentare dell'età risultava associata ad un miglioramento della scala di Morinsky. In altri termini più la persona è anziana, più aumenta la differenza osservata in termini di miglioramento della compliance. L'insorgenza di eventi avversi legati alla supplementazione influenza negativamente l'aderenza. L'aver subito una pregressa frattura o la contemporanea assunzione di una qualsivoglia terapia antifratturativa non influenza la aderenza alla supplementazione, così come le diverse posologie o formulazioni di calcio e vitamina D.

**Conclusioni.** Un'azione di rinforzo motivazionale attraverso la somministrazione di un questionario e una visita programmata a 6 e 12 mesi sembra migliorare già nel breve periodo (sei mesi) l'aderenza alla supplementazione con calcio e vitamina D. Tale effetto si è evidenziato sia nei pazienti naive che in quelli non naive ed appare raggiungere un plateau entro i primi 6 mesi.

### **Progetto PA.STA (PA.sto STA.ndard): una sera in pizzeria cambia la vita a medico e paziente?**

Maffettone A, Rinaldi M<sup>1</sup>, Maiolica O, Ussano L

UOC Medicina Interna ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico, UOD Metabolica<sup>2</sup>, AORN Ospedali dei Colli, AO Monaldi, Napoli, Italy

L'automonitoraggio della glicemia è uno strumento indispensabile ai fini dell'educazione terapeutica e dell'autogestione della malattia da parte del paziente diabetico. Non sempre però questo strumento terapeutico viene usato correttamente e spesso dell'autodeterminazione della glicemia se ne abusa senza un ragionevole costrutto. In particolare è importante la capacità da parte del paziente di adattare i dosaggi dell'insulina

in base alle glicemie preprandiali ed al tipo di pasto consumato. A tale scopo risulta fondamentale l'opera educativa fornita dal team di cura a cui affrisce il paziente. Spesso i diabetici ricoverati in ospedale vengono iniziati frettolosamente alla terapia insulinica, senza che essi abbiano il tempo di acquisire le conoscenze necessarie. Per valutare l'efficienza della nostra struttura in campo educativo, abbiamo partecipato al Progetto PA.STA (PA.sto STA.ndard) promosso dall'AMD in ambito regionale. Si è trattato di selezionare un gruppo di pazienti afferenti alla nostra struttura (Ambulatorio, DH o dimessi dopo ricovero ordinario) e di coinvolgerli in una cena (pizza margherita e acqua come bibita), per valutare la loro capacità di adattare la terapia insulinica alla circostanza. Sono stati selezionati dal nostro centro 12 pazienti di età compresa tra 30 e 70 anni ambosessi e seguiti da almeno un anno presso la nostra struttura. La pizzeria è stata scelta sulla base della sua aderenza al disciplinare SGT/DOP. I pazienti hanno riempito una scheda dati che includeva: anzianità della malattia, eventuale frequenza di episodi di ipoglicemia, precedente addestramento alla terapia insulinica e proprio adattamento al pasto fuori casa, tipo di terapia insulinica praticata e dosaggi abituali. E' stato praticato il Glucotest (pre-cena, 2 h dopo l'inizio della cena e la mattina successiva) da parte di tutti i pazienti con lo stesso riflettometro (Accu-check Mobile Roche). I dati rilevati dalle schede sono stati elaborati statisticamente e cumulativamente. Nel nostro campione abbiamo osservato: 1) I diabetici tipo 1 (5/12) hanno maggior dimestichezza all'adattamento della terapia insulinica; 2) I pazienti più bravi erano quelli con "anzianità" della malattia più lunga e quelli che erano stati sottoposti a DH e quindi ad un'opera educativa più approfondita e meticolosa; 3) alcuni pazienti avevano una oggettiva difficoltà a praticare la terapia insulinica in luogo pubblico. L'esperienza, al di là dei dati generali che sono in corso di elaborazione, è stata estremamente utile per valutare per noi sanitari le capacità e le carenze educative (una sorta di AUDIT interno) e ci ha indotto a fornire ai pazienti specifiche indicazioni sulla pratica della terapia insulinica in condizioni di "routinaria anomalia" quale quella di un pasto fuori casa.

### **E' la precocità di accesso al servizio di diabetologia un fattore rilevante nel diabete tipo 2?**

Maffettone A<sup>1</sup>, Guarino G<sup>2</sup>, Marino G<sup>2</sup>, Strollo F<sup>3</sup>, Rinaldi M<sup>1</sup>, Ussano L<sup>1</sup>, Gentile S<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UOC Medicina Interna ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico, AORN dei Colli, AO Monaldi, Napoli, Italy; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, <sup>2</sup>Università di Napoli, Italy; <sup>3</sup>UO di Endocrinologia e Metabolismo, INRCA, Roma, Italy

E' noto che i livelli di HbA<sub>1c</sub> dei primi tre mesi dalla diagnosi di diabete mellito tipo 2 (T2DM) sono il più forte determinante di morte cardiovascolare entro cinque anni, così come è noto che la variabilità glicemica è in grado di indurre il fenomeno della "memoria metabolica" condizionando sviluppo e progressione delle complicanze e, da ultimo, un aumento dei costi. L'applicazione di PDTA condivisi tra specialisti (SD) e medici di famiglia fin dall'inizio della malattia è il modo più efficace per indurre una memoria metabolica positiva e ridurre gli out-

comes; frequentemente, però, tali protocolli restano largamente disattesi e spesso i T2DM vengono avviati ai SD dopo anni di malattia e in condizioni di scompenso cronico.

**Scopo.** Abbiamo studiato retrospettivamente una coorte di T2DM in primo accesso ad una Unità Operativa di Diabetologia, selezionati perché mai visti prima dal diabetologo, che sono stati divisi in accesso precoce ( $\leq 12$  mesi dalla diagnosi; AP) e tardivo ( $> 12$  m; AT) al fine di valutare eventuali differenze tra i sottogruppi.

**Casistica e Metodi.** Sono stati arruolati tutti i 313 pazienti T2DM afferiti in 12 mesi consecutivi e per la prima volta al SD, di età  $74,6 \pm 4,9$  anni, di cui 111 in AP e 202 in AT. Mentre caratteristiche generali come età, sesso, peso corporeo, abitudine al fumo erano sostanzialmente sovrapponibili nei due gruppi di pazienti, la frequenza di complicanze croniche del diabete era significativamente maggiore di circa 3 volte nel gruppo AT vs AP ( $p < 0,001$ ). Sono inoltre risultate statisticamente significative le differenze tra AP e AT: a) tempo medio trascorso tra diagnosi e valutazione specialistica:  $5,8 \pm 2,9$  mesi AP vs  $5,1 \pm 4,2$  anni AT ( $p < 0,0001$ ); b) necessità di avviare la terapia insulinica secondo linee guida:  $8,1$  vs  $18,8\%$ ,  $p < 0,01$ ; c) numero di accessi/anno dopo il primo per raggiungere il target  $HbA1c < 7\%$ :  $2,3$  vs  $3,6$  visite/anno ( $p < 0,01$ ); c) numero di classi farmacologiche per il controllo delle complicanze: ipoglicemizzanti  $1,5$  vs  $2,6$ , antiipertensivi  $1,7$  vs  $2,8$ , ipolipemizzanti  $0,4$  vs  $1,3$ , rispettivamente ( $p < 0,01$  per tutti i confronti).

**Conclusioni.** In base ai risultati ottenuti, le due sottopopolazioni esaminate descrivono livelli di complessità di malattia e di intensità di cura molto diversi e con peso economico differente. Anche se la diversa durata di malattia sembra essere un fattore prognostico condizionante, la precocità di accesso alla struttura specialistica è sicuramente un parametro di rilevante valore organizzativo ed economico e questa analisi deve spingere a diffondere sempre più e a rendere operativi i PDTA sottoscritti dalle Società Scientifiche ma non ancora diffusi ed implementati sul territorio, per consentire un accesso precoce al SD di tutti i T2DM subito dopo la diagnosi e non dopo anni di scompenso cronico.

### Audit clinico "ristretto": il progetto DDIMA (Diabetes Discharge in Internal Medicine) nella città di Napoli

Maffettone A<sup>1</sup>, Nuzzo V<sup>3</sup>, Rinaldi M<sup>2</sup>, Montella M<sup>3</sup>, Ussano L<sup>1</sup>, Zuccoli A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UOC Medicina ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico, AORN dei Colli, AO Monaldi, Napoli, Italy; <sup>2</sup>UOD Metabolica, AORN dei Colli, AO Monaldi Napoli, Italy; <sup>3</sup>UOC Medicina Interna, Ospedale San Gennaro, ASL NA1 Centro, Napoli, Italy

Il diabete mellito è una patologia cronica che richiede costanti attenzioni sanitarie accompagnate anche da persistenti azioni di educazione dei pazienti alla corretta autogestione per prevenire le complicanze e, quindi, gli outcomes. È opportuno che il paziente impari subito l'autocontrollo glicemico ma anche l'autogestione della terapia insulinica. Il compito educativo non sempre viene effettuato dal MMG o allo specialista ambulatoriale, ma spesso è proprio l'internista ospedaliero, all'atto della dimissione, a dover indirizzare il paziente diabetico all'autoco-

noscenza della propria patologia. Il progetto DDIMA (Diabetes Discharge Internal Medicine Audit), ha coinvolto circa 20 ospedali italiani (dati in corso di valutazione) allo scopo di valutare il comportamento degli internisti durante la dimissione dei pazienti diabetici. Tale momento, spesso eseguito frettolosamente dal personale sanitario, nei diabetici è di notevole rilevanza, soprattutto se essi assumono per la prima volta terapia insulinica. Nell'ambito di tale progetto (1216 pazienti in tutta Italia) abbiamo effettuato una sorta di "audit ristretto" napoletano per valutare, rispetto ai colleghi italiani, il comportamento di due ospedali cittadini quali l'Ospedale San Gennaro -ASL NA 1 centro (denominato SG) e l'AO Monaldi-AORN dei Colli (Mo). In entrambi gli ospedali sono state revisionate in maniera consecutiva e retrospettiva tutte le cartelle di dimissione del periodo dicembre 2012-gennaio 2013; abbiamo reclutato 121 pazienti diabetici (60 SG e 61 Mo) con età media simile (66 aa SG e 68 Mo), ambo sessi (27M e 33F SG, M43 e F18 Mo). Gli indicatori che avevamo preso in considerazione nell'ambito dell'audit sono stati molteplici. In entrambi gli ospedali più del 74% dei diabetici riceve istruzioni sul controllo glicemico domiciliare (SG 78%, Mo 74%) vs 42% della media nazionale; inoltre i nostri pazienti ricevono alla dimissione istruzioni su dove proseguire le cure post dimissione (95% SG, 96% Mo) vs il 59% della media nazionale e in entrambi i presidi ospedalieri viene alla dimissione riportato il valore di HbA1c (51% SG vs 69% Mo) mentre solo il 42% lo fa a livello nazionale. Le maggiori differenze tra i due ospedali si sono evidenziate nell'ambito della effettuazione di consulenza nutrizionale (72% al Mo vs 28% al SG), sulle istruzioni per una corretta somministrazione di terapia insulinica (86% SG vs 44% Mo) e sulle istruzioni sul comportamento in caso di ipoglicemia (26% SG vs 66% Mo, media nazionale 32%). Da tali dati emerge in maniera evidente l'importanza dell'audit quale strumento per misurare la propria appropriatezza clinico organizzativa.

### Audit clinico e dimissione ospedaliera di pazienti diabetici: il progetto DDIMA

Maffettone A, Rinaldi M, Ussano L

UOC Medicina Interna ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico, UOD Metabolica, AORN dei Colli, AO Monaldi, Napoli, Italy

La particolare congiuntura di crisi economica e l'ampia disponibilità di nuove tecnologie ci dovrebbe spingere a ricercare la "qualità" nell'esercitare la professione di medico internista, ovvero migliorare gli outcome ottimizzando le risorse. In questo contesto potrebbe esserci d'aiuto l'Audit Clinico, strumento del Governo Clinico che permette di misurare rigorosamente ed accuratamente l'appropriatezza professionale/organizzativa. A tal scopo è stato iniziato un percorso di AUDIT che coinvolge varie regioni italiane e che ha la finalità di fotografare la realtà ospedaliera italiana per quel che riguarda il comportamento educativo degli internisti al momento della dimissione del paziente diabetico. Tale momento, spesso eseguito frettolosamente dal personale sanitario e parasanitario, nei pazienti diabetici riveste particolare importanza, soprattutto se essi sono per la prima volta sottoposti a terapia insulinica. Nell'ambito della FADOI (precisamente coloro che hanno partecipato al Master Universitario sul Governo Clinico in Medicina Interna) è stato redatto un pro-

getto denominato DDIMA (Diabetes Discharge Internal Medicine Audit) che ha coinvolto circa 20 ospedali italiani (i cui dati sono in corso di valutazione) e che si prefigge di valutare il comportamento di noi internisti all'atto della dimissione dei pazienti diabetici mediante la revisione sistematica delle cartelle di dimissione. In un determinato periodo di tempo (dicembre 2012-gennaio 2013) la UOC di Medicina Interna ha revisionato consecutivamente tutti le cartelle di dimissione e sono stati estrapolati i dati dei pz diabetici. Sono stati arruolati 61 pazienti diabetici di età media 68 anni (18 F e 43M). I nostri dati hanno evidenziato: durata media del diabete 9 anni; il 60% è affetto da diabete noto scompensato. La terapia effettuata è per il 57% sostenuta da ipoglicemizzanti orali classici (SU, MET, glinidi), il 33% dei pz effettua terapia insulinica, l'8% ipo orali ed insulina, solo 10% è in terapia con gliptine ed incretinomimetici. Nei nostri pazienti il 74% presenta allegata alla dimissione una dieta, mentre il 36% ha effettuato consulenza nutrizionale con dietista; alla dimissione il 44% dei pazienti è stato inviato al CAD territoriale, il 26% a quello dedicato intraospedaliero. Il 70% dei nostri pazienti presenta in dimissione valore di HbA1c. Il 75% dei pazienti ha ricevuto istruzioni per il controllo glicemico ed il 65% istruzioni per le ipoglicemie. Dei pazienti dimessi con terapia insulinica (40%) solo il 20% ha avuto istruzioni sul trattamento insulinico. Tali dati evidenziano quanto sia importante l'audit come strumento di miglioramento delle nostre performance lavorative.

### Caso di emofilia acquisita in puerpera

Nuzzo G, Femiano C, Gargiulo A

UOC Medicina Interna, AO S. Anna e S. Sebastiano, Caserta, Italy

Paziente di anni 38, nulla in anamnesi. Parto cesareo senza complicanze. Circa due mesi dopo il parto ha presentato edemi duri ed ecchimosi agli arti inferiori con difficoltà alla deambulazione. Effettua un controllo generale e si evidenzia un forte aumento dell' aPTT. Il successivo dosaggio dei fattori della coagulazione rivela una forte riduzione del fattore VIII con mancata correzione al test specifico. La paziente è stata trattata con fattore VII ricombinante a pieno dosaggio e cortisone fino alla normalizzazione dei valori della coagulazione. Dopo la sospensione della terapia tuttavia si è avuto una progressiva riduzione dei valori del fattore VIII con conseguente nuovo aumento dei valori dell'aPTT per cui è stato necessario riprendere la terapia (ancora in corso) con prednisone e ciclofosfamide.

### Audit sull'incidentaloma surrenalico in Medicina Interna

Nuzzo V<sup>1\*</sup>, Attardo T<sup>2\*</sup>, Augello G<sup>2</sup>, Biscottini B<sup>6</sup>, Brancato D<sup>3\*</sup>, Canale C<sup>4\*</sup>, Franco A<sup>5\*</sup>, Gambacorta M<sup>6\*</sup>, Italia S<sup>7</sup>, Loreno M<sup>7\*</sup>, Maffettone A<sup>8\*</sup>, Montella M<sup>1</sup>, Pastorelli R<sup>5</sup>, Provenzano V<sup>3</sup>, Ussano L<sup>8</sup>, Zuccoli A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PO San Gennaro, Napoli, Italy; <sup>2</sup>PO Barone Lombardo, Canicattì (AG), Italy; <sup>3</sup>PO Partinico, Palermo, Italy; <sup>4</sup>AO Bianchi-Melacrino-Morelli, Reggio Calabria, Italy; <sup>5</sup>PO Parodi-Delfino Colleferro (RM), Italy; <sup>6</sup>PO Media Valle del Tevere, Todi (PG), Italy; <sup>7</sup>PO Avola-Noto (SR), Italy; <sup>8</sup>AO Monaldi, Napoli, Italy, \*APGC FADOI

L'audit è uno strumento di governo clinico costituito da un processo strutturato di valutazione inter pares al fine di migliorare i comportamenti dei medici nella pratica clinica quotidiana. Diverse endocrinopatie si sovrappongono alla ben nota "complessità" dei pazienti in medicina interna decorrendo misconosciute. L'incidentaloma surrenalico si rileva di frequente in modo imprevisto durante uno studio di imaging (di solito effettuato per malattie sistemiche), pur avendo una prevalenza stimata superiore al 4% nelle casistiche radiologiche, raramente viene considerato in ambito internistico. Considerato che nelle UO di Medicina Interna italiane vengono ricoverati ogni anno circa 1.450.000 pazienti, è possibile ipotizzare che almeno 58.000 di questi pazienti presentino una lesione surrenalica che potrebbe essere identificata alla TC od alla RM come incidentaloma surrenalico. Obiettivi del presente audit sono stati valutare la prevalenza dell'incidentaloma surrenalico e la sua gestione clinica nei reparti di Medicina Interna. Attraverso una ricerca negli archivi radiologici, abbiamo esaminato tutte le TC addominali effettuate nell'anno 2012 (n=1375) in 8 Unità Operative di Medicina Interna di 8 ospedali pubblici italiani alla ricerca di masse surrenaliche (escluso iperplasia surrenalica). Inoltre, abbiamo esaminato le cartelle cliniche di questi pazienti al fine di valutare la gestione clinica delle masse surrenaliche. In 69 soggetti è stato identificato un incidentaloma surrenalico. Anche se l'incidentaloma surrenalico è considerato come una malattia rara il suo carico clinico ed economico è significativo. In conclusione i risultati del presente studio confermano la significativa incidenza di tale patologia nei pazienti internistici spingendoci ad attuare cambiamenti comportamentali al fine di incidere in modo significativo sul percorso diagnostico-terapeutico di gestione nei pazienti ricoverati nelle UO di medicina interna.

### Noduli tiroidei con diagnosi citologica di lesioni follicolari: esperienza di un network endocrinometabolico

Nuzzo V, Coluccino V, Iannaci G, Montella M, Rossiello R, Sapere P, Maiello F, Ruggiero R, Spiezia S, Asti A, Bassi V, Esposito S, Giannattasio R, Graviero G, Masone M, Molinaro G, Russo E, Sicuranza A, Tovecci F, Troise R, Viola D, Zuccoli A

Rete Endocrinometabolica ASL Napoli 1- Centro, Napoli, Italy

La citologia con ago sottile (FNC) è il gold standard nel differenziare i noduli tiroidei benigni dai maligni. Oggi l'analisi citologica è facilitata dalla classificazione "Thy". Purtroppo, la citologia non è sempre dirimente nell'interpretazione delle lesioni follicolari tiroidee. Nella categoria "Thy 3" rientra tutto quello spettro di lesioni che vanno dalle lesioni follicolari alle sospette neoplasie follicolari. La gestione clinica di queste lesioni è problematica. Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare l'esame istologico di pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di tiroidectomia dopo la rilevazione di una lesione Thy 3 all'esame citologico. Dall'analisi di 1.181 pazienti sottoposti a FNC nel periodo 2009-2012 nell'ASL Napoli 1 Centro sono state estrapolate le cartelle cliniche di 123 (10%) pazienti con lesione Thy 3, di questi era disponibile il follow up di 37 soggetti. In seguito a tiroidectomia per lesione Thy 3 sono stati rilevati 16 carcinomi

tiroidei differenziati (43,2%). Inoltre, le lesioni Thy 3 risultavano essere più frequentemente associata a neoplasie maligne negli anziani (età >45 anni) e nelle pazienti di sesso femminile. In conclusione, i dati del presente studio mostrano che un esame citologico con evidenza di una lesione indeterminata (Thy 3) può essere espressione di malignità soprattutto nel genere femminile ed in età avanzata. In conclusione in presenza di lesioni Thy 3 all'esame citologico si consiglia un approccio multidisciplinare per stabilire la corretta gestione clinica.

### **Il nodulo tiroideo in Campania: come ottimizzare il percorso diagnostico-terapeutico. L'esperienza dell'ASL Napoli 1 Centro**

Nuzzo V, Ruggiero R, Asti A, Bassi V, Esposito S, Giannattasio R, Graviero G, Marano I, Masone M, Molinaro G, Montella M, Russo E, Sicuranza A, Spiezia S, Tovecci F, Troise R, Viola D, Zuccoli A

Network Endocrinometabolico ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

Nel 2009 è stata costituita la Rete endocrino-metabolica, di cui fanno parte Presidi Ospedalieri e Territoriali dell' ASL Napoli 1 Centro. Scopo prioritario della rete è stata la creazione di un primo percorso assistenziale integrato per la gestione dei pazienti affetti da patologia nodulare tiroidea, mediante il coinvolgimento di risorse medico-chirurgiche aziendali dedicate (progetto aziendale braccio endocrino chirurgico della rete endocrino metabolica), finalizzato al calo della migrazione sanitaria extraregionale. Ai sensi di tale progetto il paziente che si rivolge ad una delle strutture aziendali coinvolte ottiene subito una puntuale informazione su quale sarà il percorso diagnostico-terapeutico per la risoluzione del suo problema di salute, percependo una presa in carico realmente condivisa del suo bisogno. Oltre la visita di base con l'ecografia e gli esami di laboratorio (effettuabili nei vari presidi o spokes) nella progettazione della rete sono stati previsti due snodi fondamentali, ovvero: 1) punti per l'esecuzione dell'agoaspirato tiroideo (effettuato in 3 sedi dell'ASL) e 2) punto per il trattamento chirurgico del nodulo (effettuato presso 1 Hub Aziendale). È stato avviato uno studio per valutare la variazione del numero di pazienti sottoposti a chirurgia tiroidea nel periodo successivo all'attivazione del percorso chirurgico ( ottobre 2011), confrontando i dati del primo semestre 2012 con quelli del secondo semestre 2012. È stata di fatto creata una banca dati del Network Endocrinometabolico Aziendale, nella quale raccogliere ed aggiornare con cadenza semestrale i dati relativi alle attività svolte, monitorando le variazioni e confrontando i valori degli indicatori con gli standard relativi. Tra gli indicatori concordati vengono annoverati: il numero di ago aspirati prescritti/ numero di ago aspirati effettuati nei punti rete; il numero di pazienti avviati all'hub aziendale per il trattamento chirurgico del nodulo tiroideo; il numero dei pazienti in follow up post chirurgico; il numero di ago aspirati ripetuti su stesso paziente; il numero di pazienti operati presso il nodo hub. Dai primi dati, ancora in via di acquisizione, si evince che l'attivazione del percorso endocrinochirurgico ha già comportato un significativo incremento sia del numero di pazienti operati nel nodo "hub" sia del numero di pazienti sottoposti ad ago aspirato nell'ambito della rete, con un conseguente risparmio di spesa in isorisorse.

Indicatori considerati	Anno		Tot. 2012
	I sem. 2011	II sem. 2011	
N° int. su nodulo tiroideo effettuati nel nodo Hub	125	70	134
N° di ago asp. effettuati in ambito "rete" (3 sedi)	n.d.	489	940

In conclusione il presente studio punta a dimostrare che costruire un nuovo modello organizzativo, valorizzando le risorse umane e tecnologiche preesistenti, consente di raggiungere gli obiettivi programmati mediante una forte condivisione di procedure e percorsi tra professionisti. La rete può rappresentare una risposta per il miglioramento della qualità assistenziale in senso lato, nel rispetto dell' appropriatezza e con concreto risparmio di spesa.

### **Efficacia del teriparatide (rhPTH 1-34) in pazienti in postmenopausa affette da osteoporosi severa: utilizzo dell'RMD Questionnaire nella valutazione del grado di disabilità**

Panico A, Lupoli GA, Poggiano MR, Martinelli A, Tortora A, Barba L, Coviello L, Verde N, Neri G, Lupoli G

Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università Federico II, Napoli, Italy

**Introduzione.** L'osteoporosi è una patologia sistemica dello scheletro caratterizzata da una bassa massa ossea e da alterazioni della microarchitettura con un aumento della fragilità e del rischio di frattura. La rachialgia rappresenta il sintomo più frequentemente riferito dai pazienti e spesso è correlata alle fratture vertebrali, che rappresentano la più comune complicanza di tale patologia.

**Scopo dello studio.** Paragonare la percezione del dolore e della disabilità in 2 gruppi di pazienti affetti da osteoporosi severa, tramite la somministrazione di un questionario psicometrico specifico e validato (Roland Morris Disability Questionnaire, RMDQ).

**Pazienti e Metodi.** 60 donne (età media 62 anni), affette da osteoporosi severa (T-score  $\leq -2,5$ ) e almeno 2 fratture vertebrali (gruppo A) sono state trattate per 18 mesi con 20  $\mu\text{g}/\text{die}$  di Teriparatide sottocute [(rhPTH (1-34))] e con supplementazione con 1 gr di calcio e 800 IU di vitamina D, per os giornalieri. Tali pazienti sono state paragonate a 52 donne di pari età e BMD trattate con bifosfonati (Alendronato 70 mg per os settimanali) (gruppo B). Al tempo 0 (T0) e dopo 18 mesi (T1) le pazienti hanno praticato valutazione dei marcatori di turnover osseo (fosfatasi alcalina, peptide N-terminale del collagene di tipo 1 e telopeptide N-terminale del collagene di tipo 1), MOC DEXA lombare e femorale ed Rx rachide lombare e dorsale. Il questionario RMDQ è stato somministrato ai tempi T0 e T1, per valutare i cambiamenti della percezione del dolore e della disabilità da parte del paziente. Il questionario RMDQ consiste in 24 items, che hanno un punteggio da 0 a 1; il punteggio della scala varia da 0 (nessuna disabilità) a 24 (massima disabilità). I dati sono stati espressi come media $\pm$ SD o percentuale, e per valutare l'effetto del trattamento con teriparatide e/o bifosfonati per os nei 2 gruppi di pazienti sulla BMD e sul dolore vertebrale è stato calcolato il coefficiente di correlazione

di Pearson e sono stati riportati i cambiamenti percentuali della BMD e i risultati del questionario RMDQ.

**Risultati.** Nel gruppo A al tempo T1 i livelli di PINP erano incrementati del 127%, i livelli di ALP erano incrementati del 65%, e quelli di NTX erano aumentati del 110%. Nel gruppo B al tempo T1 i livelli di PINP erano diminuiti del 74%, i livelli di ALP erano diminuiti del 42% e i livelli di NTX erano diminuiti del 72%. Al tempo T1 la BMD lombare è aumentata del 12,4% nel gruppo A (media T-score al T0:  $-3,87 \pm 0,71$ ; media T-score al T18:  $-3,39 \pm 0,72$ ) rispetto al gruppo B in cui è migliorata del 3,85% (media T-score al T0:  $-3,90 \pm 0,73$ ; media T-score al T18:  $-3,75 \pm 0,72$ ). La BMD femorale al tempo T1 nel gruppo trattato con teriparatide è incrementata del 5,2% (media T-score al T0:  $-3,07 \pm 0,60$ ; media T-score al T18:  $-2,91 \pm 0,63$ ); mentre nel gruppo B il T-score femorale è aumentato di circa l'1,99% (media T-score al T0:  $-3,02 \pm 0,61$ ; media T-score al T18:  $-2,96 \pm 0,64$ ). Abbiamo valutato l'impatto del Teriparatide sulla percezione del dolore e della disabilità somministrando il questionario RMDQ al tempo T0 e T1. Il questionario RMDQ ha mostrato un significativo miglioramento della rachialgia (+23%) dopo trattamento con Teriparatide (media punteggio  $18,8 \pm 1,6$  al tempo T0 e  $14,5 \pm 2,2$  al tempo T1) rispetto al gruppo B trattato con bifosfonati per os (+10%;  $18,0 \pm 1,4$  al T0 e  $16,2 \pm 1,8$  al T1). L'utilizzo di farmaci anti-infiammatori (NSAIDs) è diminuito considerevolmente nel gruppo A (-62%) al tempo T1 rispetto al gruppo B (-20%).

**Conclusioni.** Il questionario RMDQ è un utile strumento per la valutazione del dolore e della disabilità nell'osteoporosi severa. Esso offre una comprensione ottimale delle domande ed è completabile in breve tempo (circa 5 minuti). Il nostro studio dimostra che l'utilizzo del teriparatide migliora significativamente la massa ossea espressa in termini di T-score, riduce il livello di disabilità, migliora il dolore vertebrale e diminuisce il consumo di anti-infiammatori.

### **Carcinosarcoma pancreatico: case-report di una rara forma di neoplasia**

Parisi A, Buono R, Carnovale A, Ronga I, Valentino U, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento Medicina Polispecialistica, Azienda Ospedaliera A. Cardarelli, Napoli, Italy

Il carcinosarcoma (CS) è un tumore raro, ad istogenesi sconosciuta, prevalentemente localizzato all'utero. Si caratterizza per la presenza di cellule maligne epiteliali e mesenchimali frammentate, ognuna con distinte caratteristiche immunoistochimiche ed ultrastrutturali. Il CS è una patologia di rarissimo riscontro a carico del pancreas (meno di dieci casi segnalati in letteratura), di cui poco si conosce sul piano clinico-prognostico.

**Caso clinico.** Paziente di sesso maschile, anni 66. Giunge in Ospedale per dolore addominale alto ed ittero. L'anamnesi familiare e personale non faceva rilevare nulla di significativo (ex fumatore di circa 5 sigarette/die per un periodo di 15 anni, non etilismo). Il dolore era comparso da circa un mese e si era incrementato nel tempo fino a diventare non responsivo ai comuni analgesici. Dieci giorni prima della osservazione comparsa di ittero dapprima sclerale e poi cutaneo con ipercromia urinaria ed ipocolia fecale. Alla valutazione obiettiva unico dato significativo una dolenzia ai quadranti alti di destra. I dati di laboratorio mo-

stravano elevazione dei tests di epatocitolisi, colestasi ed incremento di lipasi ed amilasi sierica; emocromo e marcatori tumorali negativi. Eco addome: massa cistica a livello del processo uncinato del pancreas; TC scan: lesione cistica uniloculare a livello del processo uncinato con un nodulo iperdenso irregolare intramurale; dilatazione della via biliare principale; assenza di linfonodi locoregionali; Eco-endoscopia con agoaspirato: conferma della lesione cistica; citoaspirato: poche cellule non significative; CEA intracistico non dosabile. Nella prospettiva di un tumore cistico ancora reseccabile con ostruzione biliare, veniva indicato intervento di duodenocefalopancreasectomia cui il paziente veniva sottoposto nel settembre 2012 (decorso post-operatorio regolare). L'esame istologico mostrava un adenocarcinoma della testa del pancreas infiltrante la parete duodenale ed il grasso peripancreatico con aree sarcomatose diffuse. L'immunohistochimica con batteria automatizzata di nove anticorpi monoclonali mostrava due componenti: a) adenocarcinoma moderatamente differenziato (positività per citocheratina); b) sarcoma ad alta cellularità -*spindle cells*- con immunoreattività per vimentina ed actina. Due su sedici linfonodi peripancreatici mostravano metastasi di adenocarcinoma (stadio T2-M1-N1). Veniva indicata terapia con gemcitabina e cisplatino; all'attuale follow-up paziente vivente a sei mesi dalla diagnosi ed al quinto ciclo chemioterapico mensile.

### **Entesite subclinica nelle malattie infiammatorie croniche idiopatiche del colon: dati conclusivi di uno studio monoistituzionale con valutazione ecopowerDoppler articolare**

Parisi A, Buono R, Ferrara L, Gallucci F, Russo R, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento Medicina Polispecialistica, Azienda Ospedaliera A. Cardarelli, Napoli, Italy

Non sono disponibili molti dati circa l'interessamento articolare e in particolare delle entesi nelle malattie infiammatorie croniche idiopatiche del colon (MICI). L'interessamento entesitico, difficile da diagnosticare sul piano clinico, è sottostimato; di recente è stato evidenziato come l'ecopowerDoppler (EPwD) articolare possa consentire il riconoscimento di forme iniziali, subcliniche, di coinvolgimento entesitico.

**Pazienti e Metodi.** Sono stati studiati 83 pazienti di cui 77 rientravano nei criteri di eleggibilità: 56 (83.5%) affetti da rettocolite ulcerativa (RCU) e 11 (16.4%) da morbo di Crohn (MC). Tutti i pazienti erano asintomatici dal punto di vista reumatologico (segni e sintomi articolari, scores clinimetrici); per ognuno di essi è stata valutata l'attività di malattia intestinale secondo gli scores CAI e CDAI. Tutti venivano sottoposti ad rx delle mani, gomiti, piedi, pelvi e tratto lombosacrale ed a EPwD articolare (sette punti esaminati: 1° e 7° articolazione condro-costale destra e sinistra, spina iliaca ant-sup. e post-sup., quinto processo spinoso, inserzione del tendine di Achille). Come controllo veniva utilizzata una popolazione *pair-matched* sana di 52 soggetti (numero totale di entesi esaminate in EPwD: 1547).

**Risultati.** Dati EPwD di entesite sono stati riscontrati in 29 pazienti (43.2%) affetti da MICI e in 4 controlli (7.6%;  $p < 0.001$ ); dati positivi in 23/56 (41%) RCU e 6/11 (54.5%) MC (ns). Nessuna differenza in questi due gruppi di pazienti per quanto

attiene i patterns *grey-scale* e power-Doppler. Vi è stata correlazione fra indici di attività delle MICI e segni EPwD di entesite in 33 RCU (58.9%) e in 8 MC (72.7%), anche se non significativa ( $p=0.07$ ); solo 7 pazienti (10.4%) presentavano indici intestinali di attività e nessun dato EPwD positivo.

**Conclusioni.** Entesite subclinica si riscontra con discreta frequenza nelle MICI. Una diagnosi precoce di tale interessamento svolge un ruolo importante nel prevenire la disabilità e pianificare più efficaci strategie di trattamento.

### Indagine conoscitiva sull'igiene delle mani nelle Unità Operative di Medicina

Pentella G, Sepe C<sup>1</sup>, Valentino M<sup>2</sup>, Pianese F<sup>3</sup>, Ippolito I<sup>4</sup>, Carbone A<sup>4</sup>, Iannuzzo M<sup>5</sup>, Fontanella A<sup>6</sup>

Servizio Infermieristico e Tecnico Osp. Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli, Italy; <sup>1</sup>Infermiera Azienda Ospedaliera A. Cardarelli, Napoli, Italy; <sup>2</sup>Coordinatore Infermieristico Azienda Ospedaliera A. Cardarelli, Napoli, Italy; <sup>3</sup>Coordinatrice Infermieristica Osp. Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli, Italy; <sup>4</sup>Infermiera Azienda Ospedaliera A. Cardarelli, Napoli, Italy; <sup>5</sup>Direzione Sanitaria Osp. Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli, Italy; <sup>6</sup>UOC Medicina Interna Osp. Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli, Italy

**Introduzione.** L'igiene delle mani è la misura più efficace ed economica per prevenire le infezioni correlate all'assistenza che si verificano direttamente dal contatto con il paziente o indirettamente attraverso il contatto con l'ambiente (Damani 1997). Già alla metà del 1800 gli studi di Ignaz Semmelweis, a Vienna, e di Oliver Wendell Holmes, a Boston, stabilirono che le infezioni contratte in ospedale, venivano trasmesse attraverso le mani del personale sanitario, pur tuttavia oggi, tale messaggio non è sempre tradotto nel reale comportamento degli operatori sanitari. Infatti, l'adesione del personale sanitario alle procedure raccomandate per l'igiene delle mani, varia tra reparti ospedalieri, tra le categorie professionali di operatori sanitari e secondo le condizioni di lavoro. Alcuni studi hanno dimostrato che tale adesione è inaccettabilmente bassa, con tassi medi iniziali variabili dal 5% all'81%, con una media globale di circa il 40% (Boyce e Pittet 2002). Ciò è dovuto, soprattutto, al fatto che l'igiene delle mani è una pratica correlata al comportamento umano. Si è dimostrato che si può migliorare la compliance all'igiene delle mani degli operatori sanitari se gli operatori riconoscono a questa pratica il giusto valore attribuito dalla letteratura e introducendo una nuova modalità di igiene delle mani cioè la frizione alcolica delle mani.

**Obiettivo.** L'indagine conoscitiva sui comportamenti degli operatori sanitari in merito al lavaggio delle mani svolto presso l'unità operativa di medicina dell'Ospedale Fatebenefratelli Buon Consiglio e presso la medicina d'urgenza dell'Azienda Ospedaliera Cardarelli di Napoli si propone di verificare mediante la somministrazione di questionari il grado di conoscenza del personale sull'importanza e sulla buona pratica di igiene delle mani in ambito ospedaliero.

**Materiale e Metodi.** Le domande del questionario, costruito ad hoc ed autosommistrato, hanno lo scopo di valutare le responsabilità e le modalità operative attuate dagli operatori sanitari per praticare l'igiene delle mani negli ambienti ospedalieri, in accordo con le evidenze scientifiche più aggiornate. I coordinatori infermieristici di una Medicina d'Urgenza del Cardarelli e

della Unità Operativa di Medicina del Fatebenefratelli hanno distribuito, raccolto e analizzato i questionari compilati in modo anonimo da varie categorie professionali sanitarie.

**Risultati.** Il campione analizzato è costituito da 60 intervistati di cui 6 medici, 7 unità del personale ausiliario, e 47 infermieri. Il 95% del campione ha risposto correttamente alla domanda sullo Stafilococco aureo meticillino-resistente che colonizza diversi siti cutanei e delle mucose. Il 90% del campione ha risposto che l'unità del paziente contaminata da un microrganismo multiresistente è una fonte di contaminazione delle mani. Il 60% del campione non ha risposto correttamente riguardo la frizione alcolica delle mani. Il 70% del campione ha buone conoscenze riguardo la cura delle mani. Il 96% del campione della Medicina d'Urgenza ha risposto che indossa i guanti puliti, per qualsiasi attività, senza praticare l'igiene delle mani; ciò può essere dovuto a una scarsa conoscenza e/o all'attività assistenziale in un contesto organizzativo complesso.

**Conclusioni.** L'indagine condotta ha dimostrato una buona conoscenza degli operatori sanitari campionati, riguardo alle fonti delle infezioni correlata all'assistenza ma una minor conoscenza sulla buona pratica dell'igiene delle mani in ospedale. Per stimolare una maggiore percezione dell'importanza del lavaggio delle mani come principale good practice nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, in particolare sulla modalità di effettuazione della frizione alcolica delle mani e sull'utilizzo dei dispositivi di protezione, è necessario che la struttura sanitaria promuova un clima di sicurezza attraverso l'introduzione di procedure, la formazione e il monitoraggio continuo. La pratica del lavaggio delle mani deve rappresentare una vera e propria sfida con la convinzione che le complicanze infettive possono talvolta essere prevenute con questo semplice gesto.

### Terapia con Abatacept in paziente con artrite reumatoide non responsiva a DMARDs e Rituximab

Perna P, Cioffi R, Moscato P, Merchionda A, Raimo S, Caputo D

UOC Medicina Interna, AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno, Italy

**Background.** L'Artrite reumatoide (A.R.) è una malattia infiammatoria cronica, che interessa l'1% della popolazione generale, con prevalenza nel sesso femminile. La terapia con farmaci biologici ha modificato l'approccio alla malattia, agendo non soltanto sul trattamento sistemico, ma anche sulla progressione del danno articolare. Tuttavia, dopo circa 6 mesi, il 50% dei pazienti trattati con anti-TNF mostra una risposta modesta od intolleranza a tale trattamento, tanto che 1 o 2 pazienti abbandonano la terapia in questo stesso periodo.

**Metodi.** Abatacept, anticorpo umanizzato formato dalla fusione della proteina CTLA-4 con un frammento Fc di una immunoglobulina (CTLA-4-Ig), modula selettivamente la costimolazione delle cellule T. Ciò previene l'attivazione delle cellule T interagendo coi ligandi naturali CD80 e CD86. Come conseguenza, CD80 e CD86 non possono legarsi col CD28 espresso sulla superficie dei linfociti T. L'effetto indiretto sulla cascata infiammatoria è l'inibizione della sintesi di citochine ed autoanticorpi. Tale evento riduce l'infiammazione e, pertanto, il danno articolare e gli altri sintomi di malattia. Il suo uso, subito dopo il methotrexate, rag-

giunge e mantiene la remissione, come dimostrato dagli studi di follow-up attualmente giunti a 7 anni, determinando anche una bassa attività di malattia.

**Caso clinico.** Paziente di sesso femminile, di anni 37, affetta da A.R. con elevata attività di malattia, con FR e anti CCP ad alto titolo. Presenti come comorbidità: dislipidemia ed una tiroidite autoimmune Nel 2006, all'età di 29 anni, veniva formulata diagnosi di A.R. sulla base del quadro clinico caratterizzato dall'insorgenza graduale di dolore e tumefazione, bilateralmente, a livello delle piccole articolazioni delle mani, dei polsi, dei gomiti, ginocchia e caviglie, associate a rigidità mattutina superiore ai trenta minuti; alterazione degli indici di flogosi, positività per il fattore reumatoide ad alto titolo e gli anti CCP. La paziente veniva trattata inizialmente con MTX (15 mg fl im ogni sette giorni) associato a cortisonico a basse dosi e FANS al bisogno. Il MTX veniva sospeso dopo circa 1 anno per comparsa di nausea ed alterazione degli indici di funzionalità epatica. Veniva quindi iniziata terapia con Leflunomide 20 mg/die, interrotta, tuttavia, dopo un anno per palese inefficacia. La paziente veniva quindi trattata, presso altra struttura, con Rituximab 1 g ev al tempo 0 e dopo 14 giorni ogni sei mesi con netto miglioramento del quadro clinico. Il trattamento veniva effettuato per complessivi 6 cicli. Nel 2012, la paziente venne ricoverata presso la Medicina Interna dell'A.O. di Salerno, per recrudescenza della patologia. Gli esami di laboratorio, all'ingresso, erano i seguenti: VES=70 mm; PCR=4 mg/dl; FR= 450 U/l, anti CCP=278, Hb=12 g/dl. L'esame obiettivo articolare mostrava: N° 14 articolazioni dolenti, N° 10 articolazioni tumefatte, rigidità mattutina di 1 ora. L'attività di malattia (DAS 28)=6.5; SDAI=38. Venne quindi introdotto trattamento con Abatacept (750 mg ogni trenta giorni, dopo periodo d'induzione con 750 mg e.v. al tempo 0, 14 e 28 giorni). Non venne introdotta terapia concomitante. Il follow-up effettuato dopo 10 mesi, nel gennaio 2013, evidenziò un soddisfacente miglioramento clinico nelle articolazioni considerate: N° 8 articolazioni dolenti, N°2 articolazioni tumefatte, rigidità mattutina:30 minuti. Gli indici di flogosi significativamente migliorarono: VES=4 mm, PCR=0.3 mg/dl, FR=200, anti CCP 180. L'attività di malattia (DAS 28) era pari a 2.32 e lo SDAI=10.

**Conclusioni.** Abatacept ha determinato la remissione clinica ed il miglioramento degli indici di flogosi in assenza di terapia con DMARDs. Inoltre, non sono stati segnalati sintomi di intolleranza al trattamento con abatacept o peggioramento delle comorbidità.

### L'approccio dell'internista nella valutazione del micronodulo tiroideo

Poggiano MR, Fonderico F, Barba L, Lupoli GA, Coviello L, Lupoli R, Romano F, Lupoli G

Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Area funzionale di Endocrinologia, Università degli Studi Federico II, Napoli, Italy

I noduli tiroidei rappresentano un reperto clinico estremamente comune nella pratica clinica internistica in ragione dell'utilizzo sempre più frequente dell'US ad elevata risoluzione nel sospetto di una patologia tiroidea con alterazioni del ritmo cardiaco o durante l'utilizzo del doppler TSA per la valutazione del rischio cardiovascolare. Ciò, negli ultimi anni ha portato a un

drastico incremento dell'incidenza di noduli tiroidei clinicamente inapparenti, quali i noduli sub centimetrici. La rilevanza clinica dei micronoduli tiroidei è correlata alla necessità di escludere la lesione maligna, il microcarcinoma papillifero (MCT), che pur avendo nel complesso una prognosi favorevole, può comunque manifestare un andamento aggressivo in una percentuale non trascurabile di pazienti.

**Obiettivi.** Scopo dello studio è stato quello di individuare le caratteristiche clinico-ecografiche del micronodulo che possano consentire di identificare la lesione a maggior rischio di malignità, tale da richiedere consultazione specialistica o urgente conferma citologica.

**Materiali e Metodi.** Sono stati arruolati nello studio 135 pz afferiti alla Nostra Struttura per sottoporsi ad agoaspirato (FNC) ecoguidato di noduli di dimensioni <1 cm. Le caratteristiche clinico-ecografiche di 58 pazienti con diagnosi citologica di MCT (Tir 3-4-5) sono state confrontate con quelle di 73 pazienti affetti da noduli risultati TIR2 al FNC.

**Risultati.** E' stata individuata una differenza statisticamente significativa di caratteristiche ecografiche quali microcalcificazioni, margini irregolari, ipoecogenicità, ecostruttura solida, vascolarizzazione intralesionale, linfoadenopatia latero-cervicale atipica. Risultati non significativi sono emersi dall'analisi dell'halo sign e delle macrocalcificazioni. L'analisi multivariata ha evidenziato quali predittori indipendenti di malignità la linfoadenopatia laterocervicale, il sesso maschile (OR4.83 CI 1.10-21.25 p<0.01), i margini irregolari (OR 5.34 CI1.81-15.73 p0.037), le microcalcificazioni(OR9.03 CI 2.67-30.5 p<0.01) e la vascolarizzazione intralesionale (OR 5.17 CI 1.27-20.9 p<0.01). Dall'analisi della curva ROC è emerso che un modello diagnostico che preveda l'utilizzo di questi unici fattori è associato ad un'AUC di 0.876 (p<0.001).

**Conclusioni.** L'internista si trova frequentemente coinvolto nel riscontro e nella valutazione di un micronodulo tiroideo. La presenza delle caratteristiche sopra descritte quali microcalcificazioni, margini irregolari, vascolarizzazione intralesionale, soprattutto quando presenti in un soggetto di sesso maschile, deve indurre nel clinico un maggiore sospetto di malignità incoraggiando l'iter diagnostico con l'utilizzo del FNC anche nel caso di un micronodulo tiroideo.

### A proposito di *spending review*: un emblematico caso clinico

Renis M<sup>1</sup>, Del Gatto A, Schiavo A<sup>2</sup>

UOC Medicina; <sup>1</sup>UOS Ipertensione e Prevenzione Aterosclerosi; <sup>2</sup>UOS Geriatria con Riabilitazione Respiratoria, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, PO Cava de' Tirreni (SA), Italy

**Introduzione.** Spesso si sottopongono i pazienti ad inutili quanto costosi e fuorvianti accertamenti, mentre sarebbe sufficiente prima richiedere ed adeguatamente interpretare pochi esami di laboratorio. Gli AA descrivono un emblematico caso clinico.

**Caso clinico.** P.V. donna, 44 anni, non fumatrice. Anamnesi: ipertensione arteriosa. Cinque mesi prima, per transitoria toracalgia atipica eseguiva: Rx torace: stria fibrotica basale anteriore sn; TAC torace: falda di versamento pleurico posteriore sn; ECG: nei limiti; *Ecocardiogramma*: VS normocinetico (FE: 65%). Falda di

versamento pericardico posteriore (Terapia suggerita: ibuprofene). 15 gg prima del ricovero ricomparsa della sintomatologia ed esecuzione di: *Rx torace*: velatura pleurogena parieto-basale sn; *Spirometria*: nei limiti; *DLCO*: riduzione lieve della diffusione alveolo/capillare (terapia suggerita: Claritromicina+Deltacortene). Si ricovera quindi per sincope e lieve dispnea. Parametri vitali: PA 120/70; FC 82 bpm; SpO2 97%. Dagli esami ematochimici: PTT: 67sec; aPTT: 2,31 (ad una successiva valutazione di esami precedenti di qualche mese: valori già elevati), normali fibrinogeno ed INR. *EGA*: PH 7.50; PCO2 30; PO2 82; SBC 25.8; (A-aDO2 calcolato: 30,5). Nell'ipotesi di micro-TEP in sindrome LAC, si instaura terapia con Enoxaparina 6000 U bid. Si praticano: *Ecocardiogramma*: nei limiti; *Scintigrafia Polmonare*: disomogeneità distributiva del tracciante di perfusione in entrambe le mappe polmonari, senza carattere di segmentarietà. Quadro suggestivo per microembolia polmonare; *Test di Trombofilia*: DRVVTr 1.87 (VN <1,2); Ric. Anticoag. Lupico positivo, Resist. alla aPC (fattore V Leyden) 0.46 (VN >0,7); ACL IgG: 453 (VN <10); Anti-beta1GPI-IgG: 790 (VN <10); ANA: 5120 (VN <80). La pz è sottoposta a TAO, e dimessa dopo 15 gg, con diagnosi: *Microembolia polmonare in paziente affetta da sindrome trombofilica (positività LAC e fattore V Leyden) in LES*. RX torace di controllo dopo 30 gg: nei limiti.

**Discussione.** La sindrome LAC è una patologia autoimmune acquisita, caratterizzata da ricorrenti episodi di trombosi arteriosa e venosa ed aborti. Laboratorio: pos del LAC o elevati e persistenti ACA o elevato titolo anti-beta2-GP1. Il LAC inibisce il complesso attivatore della protrombina (in vitro causa un aumento della aPTT, mentre in vivo causa trombosi).

Esistono:

- forma primitiva (PAPS: primitive anti-phospho-lipid-Syndrome): produzione degli anticorpi suddetti, senza una patologia evidente che li giustifichi;
- forme secondarie a: malattie autoimmuni (LES, AR, SSP, SS, RCU, m. di Crohn); tumori (ovaio e polmoni); infezioni (AIDS); farmaci (fenotiazine, fenitoina, etc).

È molto importante sospettare tale sindrome quando c'è un inspiegabile incremento della aPTT, in presenza di sintomatologia suggestiva di TEV. Nel ns caso la toracalgia con delirio e l'alcalosi respiratoria con incremento del delta A-a all'EGA sono suggestive di micro-TEP. Inoltre la ns pz ha un ulteriore incremento della trombofilia: positività del test coagulativo della aPCR, da confermare mediante test genetico per il fattore V Leiden (mutazione G1691A).

**Conclusioni.** L'adeguata valutazione clinico-anamnestica con accorta richiesta ed interpretazione degli esami di laboratorio, permette di migliorare efficacia ed efficienza dell'intervento medico, evitando eccessi di spesa inappropriata per la collettività (così importanti, specie in periodo di "spending review") e pericolosi ritardi diagnostico-terapeutici per il paziente.

### Progetto formativo ospedaliero per l'adozione di terapia insulinica in penna e per la prevenzione delle punture accidentali presso l'AO Monaldi, AORN dei Colli, Napoli

Rinaldi M<sup>1</sup>, Maffettone A<sup>2</sup>, Ussano L<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UOD Metabolica; <sup>2</sup>UOC Medicina Interna ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico, AORN dei Colli, AO Monaldi, Napoli, Italy

La terapia insulinica viene praticata ormai dalla maggior parte dei pazienti con i cosiddetti device a penna precaricata. Tali sistemi sono più precisi, sicuri e graditi dai pazienti per l'oggettiva comodità. Di contro in ospedale la terapia insulinica viene quasi ovunque praticata con le tradizionali siringhe insuliniche monouso. Il principale motivo della non adozione della penna-siringa all'interno delle strutture ospedaliere è dovuto al possibile rischio di contagio tra degenti dovuto all'erroneo uso di un'unica penna per più pazienti e all'eventuale errore infermieristico di non cambiare l'ago della penna per ogni paziente. Nel contempo, una delle principali cause di rischio professionale per gli infermieri è la puntura accidentale. Tra le cause maggiori di tale rischio vi è la terapia insulinica (all'atto dell'incappucciamento dell'ago dopo l'uso) e la procedura pungidito all'atto della determinazione estemporanea del glucotest. Sono state emanate da parte della Comunità Europea direttive in merito alla dotazione di aghi pungidito e di siringhe di sicurezza per evitare tali rischi. Tra le novità vi è la possibilità di utilizzare sia aghi "di sicurezza" per penne che aghi pungidito di sicurezza monouso che non necessitano di dispositivi aggiuntivi. Questi nuovi devices, che tra non molto dovranno necessariamente essere adottati, fanno cadere il timore del contagio tra pazienti all'interno della struttura ospedaliera e riducono di molto il rischio della puntura accidentale per il personale sanitario. Abbiamo, quindi, ritenuto utile elaborare un progetto formativo pilota all'interno dell'Ospedale Monaldi, per promuovere l'uso dei nuovi device e fornire alla Direzione Sanitaria uno strumento di valutazione anche economica sull'uso dei nuovi dispositivi. In accordo con la Direzione Infermieristica sono stati individuati 4 reparti pilota (Medicina, Cardiologia SUN, Cardiologia e Chirurgia Toracica) in cui per 2 mesi verranno adottati, previo corso di istruzione e sotto la stretta sorveglianza diabetologica e della dirigenza infermieristica, gli aghi di sicurezza forniti gratuitamente dalla Novo Nordisk e quelli pungidito di sicurezza forniti gratuitamente dalla BD. Prima dell'inizio di tale progetto verrà valutato il livello delle conoscenze diabetologiche ed i bisogni formativi del personale infermieristico sulla base di un questionario. Alla fine dell'esperienza sarà formulata da parte nostra, della Direzione Sanitaria e dalla casa farmaceutiche, un rapporto che terrà conto dei risultati raggiunti, dei costi sostenuti e dell'eventuale inizio di un percorso di "continuità terapeutica" con le strutture territoriali ed i MMG che prenderanno in carico i pazienti dopo la dimissione ospedaliera. Ciò al fine di favorire sempre più nei pazienti la continuità delle cure, in quanto essi o continueranno - durante il ricovero - ad adottare gli stessi sistemi di somministrazione dell'insulina adottati in precedenza a domicilio, o potranno adottare in dimissione gli stessi sistemi di somministrazione a penna, largamente diffusi sul territorio, nel caso in cui durante il ricovero sia stato necessario introdurre ex novo la terapia insulinica.

### Iperuricemia: condizione sottostimata e sotto-trattata in Medicina Interna

Ronga I, Buono R, Gallucci F, Parisi A, Valentino U, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento Medicina Polispecialistica, Azienda Ospedaliera A. Cardarelli, Napoli, Italy

**Scopo dello studio.** Valutare in pazienti ospedalizzati in Medi-

cina Interna la prevalenza di una condizione di iperuricemia (IU), la sua associazione con malattie internistiche e le relative attitudini dei medici nel confrontarsi con questa condizione.

**Materiali e Metodi.** Abbiamo valutato retrospettivamente le cartelle cliniche di 627 pazienti ricoverati consecutivamente in sei mesi (luglio-dicembre 2012) presso la nostra U.O. Sono state prese in considerazione: caratteristiche generali della casistica, dati di laboratorio, diagnosi finale e tipo di trattamento prima del ricovero e alla dimissione.

**Risultati.** Nel gruppo totale di pazienti arruolati (321 soggetti di sesso maschile, 306 femminile; età media 62 anni -range 15-98) IU è stata riscontrata in 256 pazienti (41%); 80% di essi presentavano quale malattia preminente ipertensione arteriosa, 50% diabete, 40% cardiopatia ischemica cronica, 35% dislipidemia, 25% malattie cerebrovascolari acute/croniche, 25% insufficienza renale cronica. Solo 64 pazienti (25%) erano a conoscenza della presenza di IU e solo 33 di essi (13%) erano in trattamento o erano stati trattati in precedenza per la IU. Alla dimissione, il trattamento specifico è stato indicato in 64 pazienti (25%).

**Conclusioni.** I nostri dati mostrano come la IU rappresenti una entità sottostimata e sotto-trattata nei pazienti ricoverati in ambito internistico. La prevalenza è relativamente alta così come l'associazione con malattie cardiovascolari, nefrologiche, cerebrovascolari e metaboliche. Il nostro studio, semplice e su casistica limitata, potrebbe servire da stimolo per una valutazione su popolazioni di pazienti più ampie, utilizzando il network FADOI nazionale implementato dal *Primo Corso sulla Metodologia della Ricerca Clinica*.

### Malattia celiaca in età avanzata con espressione clinica classica

Ronga I, Buono R, Gallucci F, Parisi A, Ferrara L, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento Medicina Polispecialistica, Azienda Ospedaliera A. Cardarelli, Napoli, Italy

La malattia celiaca (MC) viene di regola diagnosticata in età pediatrica o adolescenziale anche se, nel corso degli ultimi decenni, sono aumentate le segnalazioni di malattia anche nell'età adulta e senile. La diagnosi nei pazienti più anziani può risultare difficile in rapporto a quadri clinici sfumati, basso indice di sospetto per MC ed alto per neoplasia. Nei pazienti ultrasessantenni sono frequenti sintomi extra-intestinali quali anemia, osteoporosi e danno neurologico; la espressione clinica "classica" gastroenterica con diarrea, flatulenza, perdita di peso ed astenia è estremamente rara in pazienti ultra-ottantenni.

**Caso clinico.** Abbiamo osservato una signora di 82 anni che lamentava una storia di dieci mesi di diarrea acquosa (giornaliera, 6-10 scariche/die, a volte con residuo alimentare, senza muco né sangue a non collegata alla assunzione dei pasti). Erano presenti costantemente altri segni clinici quali: dolore addominale profondo, flatulenza, dimagrimento (13 Kg), anemia, astenia profusa. Durante una precedente osservazione ospedaliera, era stata posta diagnosi di "diarrea endocrina" senza elementi diagnostici definitivi a supporto; instaurata terapia con octreotide, non vi era stata alcuna risposta terapeutica. Durante la nostra osservazione la paziente è stata sottoposta ad un estensivo *work up* biochimico e di imaging comprendente: autoimmunità, culture fecali, esofa-

gogastroduodenoscopia, colonscopia, TC-scan total-body, endoscopia intestinale con videocapsula. La diagnosi di MC è stata supportata da dati macroscopici (duodeno ed ileo), microscopici (duodeno), biochimici (positività TGA ed EMA). A quattro mesi dalla osservazione ed in corso di dieta priva di glutine vi è stata scomparsa della atrofia villare ad un esame duodenoscopico di controllo e si è registrata altresì la scomparsa dei sintomi con parziale recupero del peso corporeo

### Sindrome infiammatoria da ricostruzione immune dopo rituximab ad esito fatale

Ronga I, Ferrara L, Gallucci F, Russo R, Valentino U, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento Medicina Polispecialistica, Azienda Ospedaliera A. Cardarelli, Napoli, Italy

La sindrome infiammatoria da ricostruzione immune (IRIS, *Immune Reconstruction Inflammatory Syndrome*) è stata di recente definita quale entità patologica derivata dal ripristino farmaco-indotto del patrimonio immunitario di un paziente in precedenza immunodepresso. La IRIS è stata inizialmente descritta in pazienti HIV che rispondono alla politerapia antiretrovirale, nei pazienti organo-trapiantati quando si riducono i potenti regimi di trattamento anti-rigetto e in pazienti neutropenici. Di recente, vi è stata qualche segnalazione per pazienti in trattamento con anti-TNF $\alpha$  per malattie infiammatorie croniche. Le basi fisiopatologiche indicano come la IRIS sia il risultato del *recovery* dell'immunità dell'ospite che diventa disregolato con una esuberante risposta pro-infiammatoria ed esito in un grave danno dell'ospite, fino alla morte.

**Caso clinico.** Paziente di 36 anni, sesso femminile, giunta alla osservazione per oliguria ed edema distale. L'anamnesi remota mostrava una pregressa diagnosi (19 anni prima) di crioglobulinemia HCV-relata. Nel 2005, comparsa di sindrome nefrotica, ipertensione arteriosa e vasculite cutanea. Trattamento con steroidi, ribavirina ed interferone con risposta parziale. In fase successiva, vari tentativi di trattamento con ciclosporina ed aziatioprina. Al momento della nostra osservazione: proteinuria di grado marcato, anemia ed insufficienza renale; trattamento con steroidi ad alte dosi inefficace. Per tale motivo viene indicato trattamento con rituximab (100 mg, e.v.): si assiste ad un progressivo miglioramento dei parametri di laboratorio e della sintomatologia clinica. Tre mesi più tardi la paziente manifesta febbre, dispnea ingravescente ed anemia. Al ricovero si riscontra un interessamento diffuso dell'interstizio polmonare con grave sindrome disventilatoria. Trattamento con antibiotici, antifungini, steroidi ad alte dosi e plasmaferesi inefficace. Progressivo aggravamento e decesso in Rianimazione per insufficienza cardiorespiratoria.

### Malattia di Fahr primitiva sporadica come causa di episodi transitori recidivanti di perdita di coscienza

Schettino M, Nuzzo MG, Giorgio R, Gargiulo A

UOC Medicina Interna, AORN San Anna e San Sebastiano, Caserta, Italy

Maschio, 43 anni, ricoverato per recidivanti episodi critici ce-

rebrali con transitoria perdita di coscienza, con storia di disturbi comportamentali, etilismo cronico e cirrosi epatica HCV+. Presentava chiari segni di deficit cognitivo ed alterazioni del tono affettivo-umorale e moderata epatomegalia. Gli esami di laboratorio erano in linea con l'epatopatia cronica e l'abuso etilico: transaminasi 3-5 volte la norma con aumentato rapporto AST/ALT, aumento della GGT, riduzione della protidosintesi epatica e macrocitosi. Il CPK risultava molto elevato (8-10 volte la norma). Eseguiti Ecoaddome, Rx torace, ECG, Ecocardio, EEG, Tilt test, TC cranio. In particolare l'EEG, il Tilt test e la valutazione cardiologica sono risultati nella norma; la TC cranio eseguita senza m.d.c. mostrava calcificazioni a sede nucleo capsulare interna bilateralmente. La sindrome di Fahr nota anche come BSPDC (bilateral striato-pallidodentate calcinosis) è una rara condizione che può essere primitiva o secondaria ad alterazioni del metabolismo  $Ca^{++}/P^{++}$ . La forma primitiva può essere autosomica dominante, familiare o sporadica. La normalità del PTH e dell'equilibrio  $Ca^{++}/P^{++}$ , e l'assenza di alterazioni genetiche (locus genico braccio lungo cromosoma 14), la presenza di calcinosi bilaterale dei nuclei della base, episodi critici cerebrali recidivanti e turbe cognitivo-comportamentali ha fatto porre diagnosi di malattia di Fahr primitiva sporadica. Questo caso clinico suggerisce di eseguire sempre una TC cranio nell'iter diagnostico delle perdite di coscienza transitorie recidivanti.

### Dolore toracico: il cuore, prima di tutto!

Schiavo A<sup>1</sup>, Del Gatto A, Renis M<sup>2</sup>

UOC Medicina; <sup>1</sup>UOS Geriatria con Riabilitazione Respiratoria; <sup>2</sup>UOS Ipertensione e Prevenzione Aterosclerosi, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, PO Cava de' Tirreni (SA), Italy

**Introduzione.** Il dolore toracico è un sintomo estremamente aspecifico e, spesso, di difficile interpretazione; le conseguenze di una errata valutazione possono essere anche gravi. E' essenziale non sottovalutare mai l'ipotesi diagnostica più probabile.

**Caso clinico.** I.E. maschio, 41 anni, tabagista (oltre 45 p/y) ed ex tossicodipendente. Giunge alla ns osservazione su consiglio del curante, per "problemi respiratori"; sta praticando terapia antibiotica e steroidea per "bronchite", senza successo. Da almeno due mesi avverte senso di oppressione in regione sternale con sintomatologia dolorosa irradiata alle braccia ed alla gola, recidivante ed in specie dopo sforzo fisico. Nel sospetto di angina pectoris, si approfondisce l'anamnesi che rivela dislipidemia e familiarità per IMA in età giovanile (un fratello all'età di 45 anni). L'esame obiettivo del torace è sostanzialmente nella norma. Si imposta iter diagnostico con: *Esami bioumorali*: colesterolo totale 221, LDL 161, HDL 37; *Rx torace*, *Prove di Funzionalità Respiratoria (PFR)*, *ECG* ed *Ecocardiogramma*: nei limiti; *ECG da sforzo*: "Test non valutabile per il mancato raggiungimento della FC sub-massimale, ma positivo per sintomi; si consiglia aggiungere alla terapia atenololo 25 mg/die"; il paziente viene quindi avviato a *coronarografia*: stenosi critica (90%) al tratto medio della coronaria di destra (dominante).

**Discussione.** Per un corretto inquadramento del dolore toracico, è essenziale la valutazione del rischio cardiovascolare

(RCV) globale, e quindi l'eventuale dislipidemia, l'abitudine tabagica e la familiarità per eventi cardiovascolari, tutti significativamente presenti nel ns. caso. Essendo il test ergometrico non risolutivo, in presenza però di significatività sintomatologica e di elevato RCV globale, si è proceduto all'esecuzione di indagine coronarografica, che è poi stata risolutiva.

**Conclusioni.** L'anamnesi è il primo momento della valutazione clinica e, ancora oggi, nell'era della tecnologia, rimane fondamentale per formulare l'ipotesi diagnostica. La valutazione dei sintomi riferiti deve essere accorta e deve indirizzare le domande opportune per definire le condizioni in cui essi si manifestano, al fine di ricostruire una storia clinica quanto più vicina alla realtà. Nel caso descritto, la storia più verosimile è quella di una cardiopatia piuttosto che di una pneumopatia. Infatti il tabagismo, ancorchè prima causa di BPCO e di cancro del polmone, è anche fattore di rischio indipendente per patologia cardiovascolare; il dolore toracico, anche se poco specifico, quando si presenta in maniera recidivante e con tipiche irradiazioni, deve sempre orientare verso una genesi cardiaca, che rimane la prima condizione patologica da escludere; la dislipidemia e la familiarità per eventi CV sono ulteriori elementi della storia del paziente che devono orientare verso una patologia cardiaca.

### Tumore del polmone: una presentazione atipica

Schiavo A<sup>1</sup>, Casilli B, Renis M<sup>2</sup>

UOC Medicina; <sup>1</sup>UOS Geriatria con Riabilitazione Respiratoria; <sup>2</sup>UOS Ipertensione e Prevenzione Aterosclerosi, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, PO Cava de' Tirreni (SA), Italy

**Introduzione.** L'esordio di alcune patologie può, a volte, essere assolutamente particolare. Così il tumore del polmone può avere manifestazioni del tutto aspecifiche senza produrre sintomatologia respiratoria anche per lunghi periodi, come evidenziato nel seguente caso clinico.

**Caso clinico.** C.C. donna, 66 anni, tabagista (oltre 40 p/y), giunge alla ns osservazione per disfonia da circa 6 mesi per cui ha già praticato visita ORL con evidenziazione di paresi della corda vocale vera (CVV) di sinistra e prescrizione di terapia aerosolica con steroide e mucolitici, senza successo. L'esame obiettivo del torace rivela abolizione del FVT, ottusità medio-basale e riduzione del reperto steto-acustico a sinistra. Nell'ipotesi di versamento pleurico si pratica: *Rx torace*: massivo opacamento dell'emitorace di sinistra, *TAC torace*: a sinistra neoformazione dei tessuti molli che invade il mediastino, circonda l'aorta e infiltra l'arteria e la vena polmonare ed ostruisce il bronco principale omolaterale con atelettasia dei bronchi lobari; abbondante versamento pleurico apico-basale e sbandamento contro-laterale del mediastino; *Esami ematochimici*: flogosi biomorale, *NSE*: 35 (normale fino a 12); *Ecocardiogramma*: versamento pericardico circonferenziale; *EGA*: lieve ipossiemia; *Ecografia addome* ed *ECG* nei limiti; *Spirometria* compatibile con alterazione funzionale di tipo restrittivo di grado moderato; *Toracentesi diagnostico-evacuativa*: presenza di sangue, proteine: 3,9 LDH: 591; Si pratica quindi *FBS* con biopsia nel bronco principale di sinistra: "Reperto coerente con neoplasia maligna del polmone tipo indifferenziato a piccole cellule".

**Discussione.** Il versamento pleurico vede nel 15-20% dei casi una etiologia tumorale; tale probabilità aumenta quando le caratteristiche sono quelle del versamento essudativo, come nel nostro caso, in cui sono rispettati i criteri di Light, in presenza di valori di proteine ed LDH sieriche rispettivamente di 6,1 e 619, ed ancora di più in presenza di anamnesi positiva per tabagismo. Il carcinoma polmonare a piccole cellule (SCLC) o microcitoma è una neoplasia polmonare che origina dalle cellule neuroendocrine dei grossi bronchi, caratterizzato da elevata malignità e precoce capacità metastatica. Il fumo di sigaretta costituisce il principale fattore di rischio per l'insorgenza di microcitoma, tanto da far sospettare un errore diagnostico se riscontrato in soggetti non fumatori. Il microcitoma rappresenta il 20-25% di tutti i tumori del polmone.

**Conclusioni.** Il fumo è il principale fattore di rischio di tumore del polmone; la sintomatologia della malattia può rimanere sfumata anche per molto tempo in funzione dell'alta capacità compensatoria dell'apparato respiratorio e quindi tosse, emottisi e dispnea possono addirittura mancare, come nel caso descritto. È necessario, pertanto, nella valutazione di un paziente, focalizzare sempre l'attenzione sulle abitudini voluttuarie perché possono condurre all'ipotesi diagnostica più probabile evitando il passaggio intermedio presso specialisti che possono contribuire alla diagnosi solo marginalmente. Infatti, l'improvvisa disфонia in un fumatore può far pensare a una patologia della laringe, ma in presenza di altri segni (versamento pleurico) e di semplice paresi della CVV, occorre subito immaginare la presenza di una patologia che, invadendo il mediastino, possa coinvolgere il nervo laringeo.

### Sindrome di Ciuffini-Pancoast: un caso clinico

Schiavo A<sup>1</sup>, Casilli B, Renis M<sup>2</sup>

UOC Medicina; <sup>1</sup>UOS Geriatria con Riabilitazione Respiratoria; <sup>2</sup>UOS Ipertensione e Prevenzione Aterosclerosi, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, PO Cava de' Tirreni (SA), Italy

**Introduzione.** Spesso i pazienti, valutati in maniera settoriale, rischiano di rimanere per troppo tempo senza una corretta diagnosi e, quindi, terapia adeguata; ne derivano ridotte aspettative di benessere ed aggravio di spesa, come è evidente nel caso clinico che gli AA descrivono.

**Caso clinico.** G.G., uomo, 71 anni, tabagista (oltre 40 p/y). Giunge alla ns osservazione perché da circa 2 anni accusa brachialgia e dolore in regione mammaria a dx, per cui ha praticato, senza successo, terapia farmacologica e FKT su consiglio specialistico. Presenta ptosi palpebrale, enoftalmo e miosi omolaterale. Nel sospetto di sindrome di Ciuffini-Pancoast viene chiesta *Rx torace*: addensamento apicale destro, quindi integrazione *TAC*: "In apice destro neoformazione rotondeggiante, disomogenea a contorni irregolari"; ulteriore approfondimento diagnostico con *Scintigrafia ossea*: patologia osteoartrosica benigna; *Ecocardiogramma*, *Eco addome*, *Spirometria* ed *ECG* nei limiti. Si pratica quindi *FBS* con biopsia nel bronco segmentario posteriore del lobo superiore dx: "Carcinoma squamo-cellulare scarsamente differenziato".

**Discussione.** La sindrome di Bernard-Horner, detta anche sindrome oculo-pupillare, presente nel ns. paziente, è carat-

terizzata da un danno al tronco del sistema nervoso simpatico cervicale il quale non può più controbilanciare l'azione del parasimpatico, che prevale. Dal lato in cui il sistema nervoso è stato lesa si noteranno: ptosi palpebrale, enoftalmo, miosi, ed anidrosi.

Un esempio è la sindrome di Ciuffini-Pancoast in cui un tumore all'apice del polmone va a comprimere il plesso cervico-brachiale (in tal caso è associata a dolore della spalla e del braccio omolaterale al tumore). E' molto importante sospettare tale sindrome di fronte ad una cervico-brachialgia cronica, resistente alla terapia, e ricercarne gli altri elementi tipici, specialmente in presenza dell'abitudine tabagica, primo fattore di rischio di cancro del polmone.

**Conclusioni.** L'anamnesi ha un senso se si focalizza l'attenzione su elementi dirimenti che guidino ad una corretta ipotesi diagnostica; in ciò è fondamentale discernere, tra tutti gli elementi riferiti dal paziente, quelli che danno un senso alla storia personale come il "fumo", tra le abitudini voluttuarie costituenti fattore di rischio, ed il dolore cronico che, anche se aspecifico, rimane un sintomo da definire nella qualità, localizzazione, intensità; l'integrazione di ciò con i dati rilevati attraverso un attento esame fisico sono la condizione necessaria "sine qua non" per la formulazione della corretta diagnosi. La gestione olistica, propria dell'internista, e non settoriale del paziente, si conferma essenziale per raggiungere lo scopo.

### Un caso di paralisi tireotossica ipokaliemica con rbdomiolisi

Suozzo R, Scavuzzo F, Serino D, Volpe R, de Simone R

Dipartimento Medico Polispecialistico, AORN A.Cardarelli, Napoli, Italy

La paralisi periodica ipokaliemica tireotossica (PPT) è ben descritta nelle popolazioni asiatiche, raro ancora il suo riscontro in Occidente. Riportiamo il caso di un maschio caucasico, 26 anni, giunto all'osservazione per paralisi e dolori muscolari agli arti inferiori con riscontro di ipokaliemia (2,6mEq/l), iperCPK (1326UI/l) e stato tireotossico (TSH<0,01;FT3:8,7) per m. di Basedow in trattamento incostante da 8 anni. Il paziente riferiva frequenti episodi di profonda astenia al risveglio specie dopo abbondante pasto serale. Instaurata terapia per l'ipokaliemia si è osservata rapida risoluzione dei sintomi soggettivi, della disionia e rientro del CPK nei limiti in pochi giorni. Il Metamizolo ha riportato la funzionalità tiroidea nei limiti in due settimane. Esistono in letteratura rare segnalazioni di rbdomiolisi associate a ipertiroidismo ma non a paralisi ipokaliemica. La PPT può essere associata a qualsiasi forma di ipertiroidismo ma prevale nelle autoimmuni. E' sporadica e a patogenesi ignota. Si ritiene che polimorfismi di singoli nucleotidi (SNP) dei geni CACNA1S(1q32) e GABRA3 (Xq28) si associno alla suscettibilità per PPT. L'ipokaliemia è dovuta al passaggio extra/intracellulare di K secondario all'attivazione della pompa Na/K-ATPasi controllata dagli ormoni tiroidei. La recente scoperta del gene KCNJ18 che codifica per i canali del K apre nuovi orizzonti per chiarire la patogenesi della ipokaliemia. Per la rbdomiolisi associata a ipertiroidismo è stata invece ipotizzata la deplezione dei substrati e depositi energetici muscolari per aumentato consumo da tireotossicosi.

## ABSTRACT BOOK - Indice dei nomi

Ambrosca C	3	Gentile S	13
Amitrano M	5	Giannattasio R	15, 16
Anastasio A	2	Giorgio R	9, 21
Anastasio E	10	Graviero G	15, 16
Arciello MT	5	Guarino G	13
Asti A	1, 15, 16	Iannaci G	15
Attardo T	15	Iannuzzi R	9
Augello G	15	Iannuzzo D	6
Avallone S	11	Iannuzzo M	18
Barba L	16, 19	Ilardi A	2, 10, 11
Bassano P	7	Iovinella V	6, 7, 11
Bassi V	5, 16	Ippolito I	18
Bellis P	1	Irace R	1
Biscottini B	15	Italia S	15
Boni R	4	Italiano G	12
Brancato D	15	Izzi A	6, 7, 11
Brandimonte MA	10	La Regina M	5
Buono R	1, 17, 20, 21	Laccetti M	1
Canale C	15	Liguori M	9
Cannavale A	1	Loreno M	15
Capasso F	2	Lucà S	3
Caputo D	18	Lupoli G	16, 19
Carbone A	18	Lupoli GA	16, 19
Carbone S	3	Lupoli R	19
Carleo D	8	Maffettone A	3, 5, 13, 14, 15, 20
Carnovale A	7, 17	Maiello F	15
Caruso D	2, 10, 11	Maiolica O	13
Caruso G	2	Marano I	16
Casilli B	22, 23	Maresca G	1
Catzola A	1	Margarita A	2, 10
Cioffi R	18	Marino G	13
Citro V	6, 7	Martinelli A	16
Coluccino V	15	Masone M	15, 16
Coviello L	16, 19	Mayer MC	1, 9
D'Adamo G	6, 7	Merchionda A	18
D'Alessandro A	1	Molinaro G	15, 16
D'Alessandro G	1	Montella M	14, 15, 16
D'Ambrosio G	4	Morella P	11
D'Avino M	2, 10, 11	Moscato P	18
d'Errico T	3	Muscherà R	2, 10, 11
de Campora P	4, 6	Nardi S	1
De Feo EM	4	Neri G	16
de Simone R	4, 23	Nunziata M	11
Del Gatto A	19, 22	Nuzzo G	15
Dentali F	5	Nuzzo MG	9, 21
Di Fraia S	5	Nuzzo V	14, 15, 16
Di Micco P	4, 5, 6	Palimento D	11
Esposito S	15, 16	Panico A	16
Femiano C	15	Pannone B	9
Ferrara L	7, 17, 21	Parisi A	1, 17, 20, 21
Fimiani B	6, 7, 11	Pastorelli R	15
Fonderico F	19	Pentella G	18
Fontanella A	4, 5, 6, 18	Perna P	18
Fontanella L	4, 5, 6	Perrone G	1
Franco A	15	Pianese F	18
Gallucci F	1, 7, 17, 20, 21	Piscopo G	4
Gambacorta M	15	Poggiano MR	16, 19
Gargiulo A	9, 12, 15, 21	Provenzano V	15
Gatti A	8	Rabitti PG	2, 4, 10, 11
Gente R	11	Raimo S	18

## ABSTRACT BOOK - Indice dei nomi

Renis M	19, 22, 23	Sicuranza A	15, 16
Rinaldi M	5, 13, 14, 20	Spiezia S	15, 16
Rizzo M	2	Strollo F	13
Romano F	19	Suozzo R	4, 23
Ronga I	7, 17, 20, 21	Tassinario S	3
Rossiello R	15	Tirelli P	1
Ruggiero R	15, 16	Tortora A	16
Rugiada F	5	Tovecci F	15, 16
Russo E	5, 16	Troise R	15, 16
Russo R	1, 7, 17, 21	Uomo G	1, 7, 17, 20, 21
Russolillo A	6, 7	Ussano L	5, 13, 14, 15, 20
Sanguuolo R	4	Valentino M	18
Sapere P	15	Valentino U	7, 17, 20, 21
Scala D	2	Varriale M	3
Scavuzzo F	23	Verde N	16
Schettino M	9, 21	Viola D	15, 16
Schiavo A	19, 22, 23	Visconti M	3
Sciarappa A	6	Volpe R	23
Sepe C	18	Zuccoli A	14, 15, 16
Serino D	23		

Non-commercial use only

#### EDITORIAL STAFF

Paola Granata, Journal Manager  
[paola.granata@pagepress.org](mailto:paola.granata@pagepress.org)

Selvaggia Stefanelli, Marketing Manager  
[marketing@pagepress.org](mailto:marketing@pagepress.org)

Anne Freckleton, Copyeditor  
Claudia Castellano, Production Editor  
Filippo Lossani, Technical Support

#### PUBLISHED BY

PAGEPress Publications  
via G. Belli 7  
27100 Pavia, Italy  
T. +39.0382.1751762  
F. +39.0382.1750481



[www.pagepress.org](http://www.pagepress.org)  
[info@pagepress.org](mailto:info@pagepress.org)

pISSN 1877-9344  
eISSN 1877-9352

#### SUBSCRIPTIONS

Annual subscription:

€ 100,00 (Italy);  
€ 180,00 (abroad);  
€ 50,00 (students).

One number: € 25,00 + shipping costs

Send requests to [subscriptions@pagepress.org](mailto:subscriptions@pagepress.org) specifying the name of the journal and the type of subscriptions.

#### ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Tutti gli articoli pubblicati su Italian Journal of Medicine sono redatti sotto la responsabilità degli Autori. La pubblicazione o la ristampa degli articoli della rivista deve essere autorizzata per iscritto dall'editore. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03, i dati di tutti i lettori saranno trattati sia manualmente, sia con strumenti informatici e saranno utilizzati per l'invio di questa e di altre pubblicazioni e di materiale informativo e promozionale. Le modalità di trattamento saranno conformi a quanto previsto dall'art. 11 del D.Lgs 196/03. I dati potranno essere comunicati a soggetti con i quali PAGEPress intrattiene rapporti contrattuali necessari per l'invio delle copie della rivista. Il titolare del trattamento dei dati è PAGEPress Srl, via Belli 7 - 27100 Pavia, al quale il lettore si potrà rivolgere per chiedere l'aggiornamento, l'integrazione, la cancellazione e ogni altra operazione di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03.

Stampato: Aprile 2013.

Non-commercial use only

PAGEPress - Scientific Publications  
Via G. Belli, 7 - 27100 Pavia - Italy  
Phone +39 0382 1751762 - Fax +39 0382 1750481  
[www.pagepress.org](http://www.pagepress.org)