

volume 9  
SUPPL. 1  
2015 March



# 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)

**14<sup>o</sup> Congresso Regionale FADOI Campania**  
Napoli 16-17 aprile 2015

*Presidente: G. Uomo*

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

## EDITOR-IN-CHIEF

Roberto Nardi, *Internal Medicine, 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*  
Mario Visconti, *Internal Medicine (Director), Napoli, Italy*

## EDITORIAL BOARD

Giancarlo Agnelli, *Univ. Perugia, Italy*  
Claudio Borghi, *A.O. Univ. Bologna, Italy*  
Mauro Campanini, *President of FADOI, Novara, Italy*  
Maria D. Cappellini, *Osp. Maggiore Policlinico, Milano, 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, *Past President of FADOI, Firenze, Italy*  
Giuseppe Remuzzi, *Negri Bergamo Lab. and the Daccò Centre, Italy*  
Walter Ricciardi, *Univ. Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italy*  
Giorgio Vescovo, *Osp. Sant'Antonio, Padova, 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, *Ist. Clinico Polispecialistico C.O.T., 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*  
Monique Slee-Valentijn, *VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands*

## 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, *Kilinklinik Nürnberg, Germany*  
Astrid Stuckelberger, *Univ. Geneva, Switzerland*  
Bernardo Tanur, *American British Cowdary 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*

**Diabetes, metabolic, nutritional and endocrine diseases**  
Giampietro 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**  
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*

# 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)

Roberta Re, *Osp. Maggiore della Carità, Novara, Italy*  
Mauro Silingardi, *Osp. Civile Guastalla (RE), Italy*

#### ***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*  
Andrea Montagnani, *Osp. Misericordia, Grosseto, Italy*  
Fabio Vescini, *A.O.U. Santa Maria della Misericordia, Udine, 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 Airoldi, *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*  
Runolfur Palsson, *Landspítali University of Iceland*

#### ***Clinical governance***

Chiara Bozzano, *Osp. San Donato, Arezzo, Italy*  
Davide Croce, *LIUC - CREMS Castellanza (VA), Italy*  
Maurizia Gambacorta, *Osp. Media Valle del Tevere, Todi (PG), 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, *IRCCS Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio  
Emilia, 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 del 8/4/2013

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

# 14° Congresso Regionale FADOI Campania Napoli, 16-17 aprile 2015

## Consiglio Direttivo FADOI Campania · Comitato Scientifico e Organizzativo

### G. UOMO

#### Presidente

A. Fontanella	<i>Past President</i>	F. Gallucci	<i>Componente</i>
A. Gargiulo	<i>Vice Presidente</i>	A. Ilardi	<i>Componente</i>
M. D'Avino	<i>Segretario</i>	A. Maffettone	<i>Componente</i>
M.C. Mayer	<i>Consigliere onorario</i>	F. Marchese	<i>Componente</i>
P.G. Rabitti	<i>Consigliere onorario</i>	A. Schiavo	<i>Componente</i>
M. Amitrano	<i>Componente</i>	A. Zuccoli	<i>Componente</i>
T. d'Errico	<i>Componente</i>	M. Visconti	<i>Consulente Scientifico</i>

### Segreteria Scientifica

G. Uomo	<i>gene.uomo@virgilio.it</i>	M. Poggiano*	<i>marypoggiano@alice.it</i>
A. Fontanella	<i>andreafontanella52@gmail.com</i>		
M. Visconti	<i>mario.visconti1@tin.it</i>		<i>*Coordinatrice Giovani FADOI Campania</i>

### Segreteria

Ada Donnarumma  
Medicina D'Urgenza, AORN Cardarelli  
Tel.: +39.081.7472001  
e-mail: [fadoi.campania@yahoo.it](mailto:fadoi.campania@yahoo.it) | [adadonnarumma@yahoo.it](mailto:adadonnarumma@yahoo.it)

### Segreteria Organizzativa

A. Martino  
Planning Congressi Srl, Via Guelfa 9, 40138 Bologna  
Tel.: +91.051.300100 - Fax: +91.051.309477  
e-mail: [a.martino@planning.it](mailto:a.martino@planning.it) | [www.planning.it](http://www.planning.it)

## Società Scientifica FADOI - Organigramma

### PRESIDENTE NAZIONALE

*Mauro Campanini, Novara, Italy*

### PRESIDENTE ELETTO

*Andrea Fontanella, Napoli, Italy*

### PAST PRESIDENT

*Carlo Nozzoli, Firenze, Italy*

### SEGRETARIO

*Giuseppe Augello, Canicattì (AG), Italy*

### TESORIERE

*Dario Manfellotto, Roma, Italy*

### DIRETTORE RIVISTA ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

*Roberto Nardi, Bologna, Italy*

### RESPONSABILE RAPPORTI SOCIETÀ SCIENTIFICHE E ISTITUZIONI

*Antonino Mazzone, Legnano (MI), Italy*

### RESPONSABILE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ

*Franco Berti, Roma, Italy*

### RESPONSABILE SITO NAZIONALE

*Francesco Cipollini, Ascoli Piceno, Italy*

### DELEGATO FADOI ITALIAN STROKE ORGANIZATION

*Michele Stornello, Siracusa, Italy*

### COMMISSIONE FADOI GIOVANI

*Paola Gnerre, Savona, Italy*

## Fondazione FADOI - Organigramma

### PRESIDENTE

*Giorgio Vescovo, Padova, Italy*

### COORDINATORE

*Domenico Panuccio, Bologna, Italy*

### DIRETTORE SCIENTIFICO

*Gualberto Gussoni, Milano, Italy*

### DIRETTORE DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO

*Mauro Silingardi, Guastalla (RE), Italy*

### DIRETTORE DIPARTIMENTO PER LA RICERCA CLINICA

*Giancarlo Agnelli, Perugia, Italy*

### CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

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

## 14° Congresso Regionale FADOI Campania Napoli, 16-17 aprile 2015

### L'INTERNISTA OSPEDALIERO AL CENTRO DEL GOVERNO CLINICO

I tradizionali modelli medici, così come sono insegnati nelle nostre università, sono fatti per essere lineari, restrittivi e super semplificati, in assoluto contrasto con la realtà dei pazienti, prevalentemente anziani, degenti nei nostri reparti di Medicina Interna.

La complessità di tali degenti, d'altronde, non può essere ridotta a un insieme di patologie e di terapie, ma deve intendersi come un intreccio e sovrapposizione d'influenze reciproche, in uno stesso individuo, di due o più sistemi: patologici, terapeutici, psicologici, socio-economici, familiari, culturali, assistenziali, ecc.

Nel contesto dell'attuale riorganizzazione ospedaliera, secondo il modello di aggregazione dipartimentale, è necessaria la ricerca di nuove forme organizzative, quali l'ospedale basato sull'intensità di cure, UU.OO. di tipo dipartimentale, gestione integrata ospedale-territorio per pazienti affetti da patologie croniche. In tale ambito la Medicina Interna può esercitare un ruolo determinante facendosi carico del coordinamento delle cure multiprofessionali, ovvero del Governo Clinico.

La complessità nella gestione dell'assistenza può quindi essere sostenuta dal Clinico Medico, dal Medico Internista, capace, all'interno di un sistema adattativo complesso, di svolgere un'azione di coordinamento, d'integrazione, di cooperazione fra le diverse parti che agiscono per ambiti specifici di specializzazione settoriale.

In questa ottica il Congresso si svolgerà attraverso 3 sessioni di *News nella pratica clinica internistica*, nel corso delle quali vi saranno ben 11 letture dedicate alle novità nell'ambito della terapia e della costante verifica del certo in ambito medico. Vi sarà, inoltre, una lettura magistrale sul futuro dell'area medica in Ospedale e sulle prospettive organizzative.

Il fulcro del congresso è, però, soprattutto rappresentato da 6 workshop, ognuno dedicato a tre casi clinici con interazione telematica con la platea e visualizzazione informatica delle risposte alle domande sul caso clinico, poste come quesiti a risposte multiple.

Infine, molto spazio è stato lasciato alle comunicazioni scientifiche dei soci, per dare maggiore rilievo e stimolo ai più giovani. A tale proposito, per non emarginare le sessioni di comunicazioni, queste sono state inserite nel contesto dei workshop. D'analoga dignità e rilievo sarà l'area poster cui è dedicata un'ampia discussione.

Ci fa piacere sottolineare che sono state inviate ben 58 comunicazioni, d'elevato contenuto scientifico, i cui abstract saranno pubblicati su un numero dedicato, ma indicizzato, della rivista societaria della FADOI, l'"Italian Journal of Medicine".

In contemporanea a quello FADOI si svolgerà il Congresso Regionale ANIMO Campania, dedicato a metodi e strategie per migliorare la pratica professionale infermieristica in Medicina.

Presidente della FADOI Campania  
Generoso Uomo

Presidente eletto della FADOI Nazionale  
Andrea Fontanella

## ABSTRACT BOOK - Indice

<b>Case report: un caso di dispnea di n.d.d.</b> . . . . .	1
<i>Asti A, Tirelli P, D'Alessandro A, Maresca G, Perrone G, Nardi S, D'Alessandro G</i>	
<b>Efficacia e sicurezza dell'associazione linagliptin/metformina in pazienti con diabete mellito tipo 2</b> . . . . .	1
<i>Asti A, D'Alessandro A, Maresca G, Nardi S, Perrone GF, Tirelli P, D'Alessandro G</i>	
<b>Un deficit di memoria: quando l'apparenza inganna</b> . . . . .	1
<i>Barbella MR, Di Grezia F, Amitrano M, Vargas N, Landi E, Palermo Rossetti C, Saturnino M, Postiglione A</i>	
<b>Una vasculite ingannevole</b> . . . . .	2
<i>Barbella MR, Di Grezia F, Amitrano M, Vargas N, Landi E, Palermo Rossetti C, Saturnino M, Gallotta G</i>	
<b>Una sciatica guarita dagli antibiotici</b> . . . . .	2
<i>Boni R, D'Ambrosio G, de Simone R, Suozzo R, Rabitti PG</i>	
<b>Percorso diagnostico nell'anemia sideropenica da sanguinamento gastro-intestinale oscuro/oculto: dal caso clinico ad un possibile algoritmo.</b> . . . . .	3
<i>Borgheresi P, Lambiase C, De Vecchi RM, Finelli R, De Donato MT</i>	
<b>Una catastrofica crioglobulinemia.</b> . . . . .	3
<i>Borgia M, Ciaramella F, Maffettone A, Ascione A, Ussano L</i>	
<b>Un insolito caso di trombosi cavale e massa intracardiaca: percorso diagnostico in un reparto di Medicina Interna</b> . . . . .	4
<i>Cannavacciuolo F, Allegorico E, D'Amore C, Mangiacapra S, Allegorico L</i>	
<b>Lesioni emorragiche in giovane paziente trombofilica</b> . . . . .	4
<i>Contaldi P, Schiano Di Cola M, Nappo R, Cavallaro R, Coppola A, Covetti G, Chiariello G, Iannuzzi A</i>	
<b>Rara associazione di malattia policistica epato-reno-pancreatica e pancreas divisum</b> . . . . .	5
<i>D'Antonio I, Buono R, Gallucci F, Pirozzi G, Valentino U, Uomo G</i>	
<b>Raro caso di sindrome poliendocrina autoimmune tipo 1</b> . . . . .	5
<i>D'Antonio I, Del Genio MT, Parisi A, Pirozzi G, Ronga I, Uomo G</i>	
<b>Variabilità del monitoraggio ambulatorio della pressione arteriosa delle 24 ore nei pazienti anziani con fibrillazione atriale</b> . . . . .	5
<i>D'Avino M, Caruso G, Muscherà R, Ilardi A, Capasso F, Di Monda G, Rabitti PG</i>	
<b>Progetto di una rete reumatologica in Campania: ruolo del reumatologo in Medicina Interna</b> . . . . .	6
<i>d'Errico T, Italiano G, Varriale M, Ambrosca C, Carbone S, Lucà S, Maffettone A, Tassinario S, Visconti M</i>	
<b>Sindrome fibromialgica nell'anziano o sindrome paraneoplastica?</b> . . . . .	6
<i>d'Errico T, Tassinario S, Lucà S, Varriale M, Ambrosca C, Carbone S, Italiano G, Visconti M</i>	
<b>Ictus ischemico del circolo cerebrale posteriore da dissecazione dell'arteria vertebrale in corso di fisioterapia. Caso clinico</b> . . . . .	7
<i>de Campora P, Fontanella A, Di Micco P, Fontanella L, Sangiuolo R</i>	
<b>Falsa positività per fattore reumatoide e anti-peptidi ciclici citrullinati in corso di malattia di Lyme. Caso clinico</b> . . . . .	7
<i>Del Genio MT, Buono R, Parisi A, Pirozzi G, Russo R, Uomo G</i>	
<b>Analysis on the outcome of patients with deep vein thrombosis before the global impact of new oral anticoagulants in Italy. Data from RIETE Registry</b> . . . . .	7
<i>Di Micco P, Mangiacapra S, Amitrano M, Niglio A, Lebaro R, Russo MC, Dentali F, Gussoni G, Frasson S, Fontanella A for the Italian RIETE Group</i>	
<b>Stato confusionale acuto: alle radici del "disequilibrio"</b> . . . . .	8
<i>Di Monda G, Ilardi A, D'Avino M, Capasso F, Rabitti PG</i>	

## ABSTRACT BOOK - Indice

<b>Risultati dello studio prospettico multicentrico “Scompenso cardiaco nella Regione Campania”</b> . . . . .	8
<i>Gallucci F, Abete P, Ambrosca C, Avella F, Beneduce F, Boni R, Borgia M, Cannavale A, Caputo D, Caserta L, Caso P, Cositore G, Dalia C, De Donato MT, De Feo V, Esposito N, Fimiani B, Galderisi M, Giaquinto E, Giordano P, Grasso E, Guida L, Ilardi A, Maffettone A, Mayer MC, Rabitti PG, Ranucci R, Renis M, Ronga I, Schiavo A, Tassinario S, Zuccoli A, Gallucci F, Fontanella A, Uomo G</i>	
<b>Evoluzione dell’approccio prescrittivo in un team di diabetologi campani tra farmacoeconomia e target pressori</b> . . . . .	9
<i>Gatti A, Carleo D</i>	
<b>Possibile danno causato dalla leptina sulla funzione renale nel paziente diabetico di tipo 2</b> . . . . .	9
<i>Gatti A, Carleo D</i>	
<b>La leptina e il fegato: possibile causa di steatosi epatica nelle donne diabetiche di tipo 2</b> . . . . .	9
<i>Gatti A, Carleo D</i>	
<b>Epatite C e aterosclerosi</b> . . . . .	10
<i>Giorgio R, Gargiulo A, Guida I, Nuzzo MG</i>	
<b>Right atrial size and 30-day mortality in normotensive patients with pulmonary embolism</b> . . . . .	11
<i>Guida A, Di Micco P, Fontanella A, Dentali F, Monreal M, De Campora P, Di Micco G, Tufano A, Niglio A, Amitrano M and the RIETE investigators</i>	
<b>Una linfadenomegalia particolare</b> . . . . .	11
<i>Iannuzzi R, De Ritis F, Liguori M, Pannone B, Mayer MC</i>	
<b>Febbre, dispepsia e poliuria: un nuovo caso per l'internista</b> . . . . .	11
<i>Ilardi A, D'Avino M, Muscherà R, Di Monda G, Rabitti PG</i>	
<b>Il caso del “dolore migrante”</b> . . . . .	12
<i>Ilardi A, Di Monda G, Muscherà R, Rabitti PG</i>	
<b>Due casi clinici di sieroconversione HBsAg/anti-HBs in pazienti affetti da epatite cronica HBV correlata HBeAg-negativa</b> . . . . .	12
<i>Iovinella V, Izzi A, Iazzetta N, Martinelli F, Visconti M</i>	
<b>Prevenzione e cura dell’osteoporosi nel trapiantando e trapiantato epatico: proposta di percorso diagnostico terapeutico assistenziale</b> . . . . .	13
<i>Italiano G, d'Errico T, Maffettone A, Gargiulo A</i>	
<b>Vasculite ANCA associata e tapazole</b> . . . . .	14
<i>Italiano G, Vinciguerra A, Reale P, Gargiulo A</i>	
<b>Una banale tosse stizzosa?</b> . . . . .	14
<i>Luiso V, Solaro E, Cristiano G, D'Alessio A, Giunta R</i>	
<b>Prima esperienza clinica sull’uso di insulina degludec vs insulina glargine nel trattamento di pazienti con diabete mellito tipo 2 insulino-trattati in ospedale</b> . . . . .	15
<i>Maffettone A, Rinaldi M, Maiolica O, Ussano L</i>	
<b>Medicina narrativa: utile supporto al personale sanitario nella cura delle patologie metaboliche. L’esperienza della Medicina Interna dell’Ospedale Monaldi-AO Ospedali dei Colli, Napoli</b> . . . . .	15
<i>Maffettone A, Rinaldi M, Giacconi P, Maiolica O, Borgia M, Ussano L</i>	
<b>Utilizzo di palloncino intragastrico OBALON in pazienti obesi affetti da diabete tipo 2: prima valutazione a 3 mesi</b> . . . . .	16
<i>Maffettone A, Rinaldi M, Maiolica O, Ussano L</i>	
<b>Troppo sale in zucca (un caso di mielinolisi extrapontina da diabete insipido)</b> . . . . .	16
<i>Morella P, Sacco M, D'Amato M</i>	
<b>Compenso metabolico in pazienti con diabete mellito insulino-dipendente: vantaggi della terapia insulinica con microinfusore vs terapia insulinica multiiniettiva</b> . . . . .	16
<i>Nuzzo MG, Schettino M, D'Alessandro A, Gargiulo A</i>	

## ABSTRACT BOOK - Indice

<b>Qualità di vita in pazienti con diabete mellito insulino-dipendente: vantaggi della terapia insulinica con microinfusore vs terapia insulinica multiniettiva</b> .....	17
<i>Nuzzo MG, Schettino M, D'Alessandro A, Gargiulo A</i>	
<b>Fibrillazione atriale e ipertiroidismo</b> .....	17
<i>Nuzzo V, Madonna P, Zuccoli A</i>	
<b>Iperteroidismo e trombosi: un'associazione poco nota</b> .....	17
<i>Pannone B, Cannavale A, Iannuzzi R, Laccetti M, Mayer MC</i>	
<b>Rilievo videocapillaroscopico della regressione delle alterazioni microcircolatorie in paziente con Raynaud complicato da ulcere digitali dopo trattamento con iloprost. Case report</b> .....	18
<i>Parisi A, Buono R, Gallucci F, Di Girolamo C, Russo R, Uomo G</i>	
<b>Una donna con eosinofilia asintomatica e l'appropriatezza in un setting di Medicina Interna. Come contenere i costi di assistenza</b> .....	18
<i>Patella V, Florio A, Oricchio C</i>	
<b>Iperuricemia: condizione ancora sottodiagnosticata e sottotrattata. Survey di confronto rispetto ad analogo studio del 2012</b> .....	19
<i>Pirozzi G, D'Antonio I, Del Genio MT, Ferrara L, Gallucci F, Uomo G</i>	
<b>Differenza interbrachiale della pressione arteriosa e danno vascolare</b> .....	19
<i>Ranucci RAN, Dorato M, Luiso V</i>	
<b>Broncopneumopatia cronica ostruttiva, una malattia ancora troppo poco conosciuta. Uno studio osservazionale</b> .....	20
<i>Renis M, Salvatore V, Casilli B, Sessa L, Schiavo A</i>	
<b>Due fattori di rischio cardiovascolare spesso sottovalutati: chemioterapia e radioterapia</b> .....	20
<i>Renis M, La Mura G, Salvatore V, La Mura L, Schiavo A</i>	
<b>Una sindrome di Tako-Tsubo dovuta.... all'ambulanza!</b> .....	21
<i>Renis M, La Mura G, Salvatore V, La Mura L, Del Gatto A, Casilli B, Gagliardi A, Schiavo A</i>	
<b>Valutazione della correlazione tra livelli sierici di vitamina D e patologie prevalenti in una popolazione di pazienti anziani fragili ospedalizzati</b> .....	21
<i>Renis M, Sessa L, Schiavo A, Ragni E, Boffardi M, Napoli G, Gentile M, Baldi D, Salvatore V</i>	
<b>Valutazione dell'autocontrollo e della variabilità glicemica in pazienti con diabete mellito di tipo 1 e diabete mellito di tipo 2 mediante utilizzo di un nuovo sistema di monitoraggio Flash Glucose Monitoring</b> .....	22
<i>Rinaldi M, Maffettone A, d'Errico T, Italiano G, Ussano L</i>	
<b>Antiphospholipid antibodies-syndrome combined with mixed type III cryoglobulinaemia and thromboangittis obliterans. A rare morbid association with disabling outcome</b> .....	22
<i>Ronga I, Buono R, Ferrara L, Gallucci F, Valentino U, Uomo G</i>	
<b>Sindrome infiammatoria ricorrente pluriarticolare quale manifestazione paraneoplastica di sarcoma di Kaposi non-HIV relata</b> .....	22
<i>Ronga I, D'Antonio I, Ferrara L, Gallucci F, Valentino U, Uomo G</i>	
<b>Alterazioni del microcircolo indotte da sorafenib in pazienti affetti da carcinoma epatocellulare: valutazione mediante videocapillaroscopia ungueale. Dati preliminari</b> .....	23
<i>Ronga I, Del Genio MT, Di Costanzo GG, Gallucci F, Parisi A, Uomo G</i>	
<b>Asma o broncopneumopatia cronica ostruttiva? Attenzione alla corretta diagnosi!</b> .....	23
<i>Schiavo A, Salvatore V, Casilli B, Del Gatto A, Gagliardi A, La Mura G, La Mura L, Renis M</i>	
<b>Disordini dell'equilibrio acido/base in pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva ipercapnica riacutizzata e necessità di ventilazione non invasiva</b> .....	23
<i>Schiavo A, Renis M, Iannuzzi A</i>	

<b>Endocardite Infettiva su valvola aortica biologica trattata con daptomicina ad alto dosaggio</b> . . . . .	24
<i>Sepe A, Talamo M, Moccia D, Salomone Megna A</i>	
<b>Malaria da <i>Plasmodium vivax</i> trattata con piperachina tetrafosfato/diidroartemisinina</b> . . . . .	24
<i>Sepe A, Talamo M, Rocco V, Salomone Megna A</i>	
<b>Valutazione del trend dei livelli sierici di vitamina D in una popolazione di pazienti anziani fragili ospedalizzati</b> . . . . .	25
<i>Sessa L, Renis M, Schiavo A, Senatore Z, Del Gatto A, Gagliardi L, Grieco L, Salvatore V</i>	
<b>La gestione del paziente per intensità di cura in una Unità Operativa di Medicina Interna.</b>	
<b>Proposta di un modello operativo nella ASL Napoli 1 Centro</b> . . . . .	25
<i>Tassinario S, Lanzetta R, Giordano V, Helzer V, Varriale M, Ambrosca C, De Siena G, Giordano L, d'Errico T</i>	
<b>Ecografia toracica bed-side nei pazienti con dispnea: un valido supporto in Medicina Interna. Contributo casistico</b> . . . . .	26
<i>Valentino U, Ferrara L, Gallucci F, Ronga I, Russo R, Uomo G</i>	

Non-commercial use only

## ABSTRACTS

**Case report: un caso di dispnea di n.d.d.**

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

UOC di Medicina Interna, PO S. Maria di Loreto Nuovo, ASL NA 1, Napoli, Italy

G.I., di anni 37, di origine ucraina, giunge alla nostra osservazione per dispnea ingravescente ed edemi declivi da circa una settimana. In anamnesi non segnala patologie degne di nota. All'esame obiettivo si repertano edemi declivi improntabili, al torace fini crepitii basali e al cuore un soffio diastolico 3/6 sul focolo della mitrale. L'ECG evidenzia ritmo sinusale a F.C. di 120 bpm con onde T invertite da V2 a V6, l'Rx torace risulta negativo per patologie focali e gli esami ematochimici mostrano: G.B.=16.100/mmc, Hb=9,4 g/dl (MCV=71 fl), ALT=53 U/L, Fe=15 ng/dl, negativi gli enzimi cardiaci; anche il controllo degli enzimi cardiaci successivi risulterà negativo. Nel sospetto comunque di una SCA alla paziente viene praticato un ecocardiogramma che evidenzia "una massa di 58x42 mm a partenza dal setto interatriale ed impegnata attraverso la mitrale fino al medio ventricolo: trattasi verosimilmente di mixoma atriale". La paziente viene immediatamente trasferita in struttura cardiocirurgica, operata con la conferma dell'ipotesi diagnostica e successivamente dimessa con "restitutio ad integrum". Il mixoma atriale è una forma di neoplasia benigna del cuore, di origine mesenchimale, che rappresenta il 75% di tutti i tumori cardiaci trattati chirurgicamente; si manifesta in oltre l'80% dei casi nell'atrio sx. La sintomatologia è piuttosto varia: precordialgia, sincope, febbre, dispnea, fenomeni embolici, aritmie; il trattamento è cardiocirurgico con rare recidive (1-2% dei casi).

### **Efficacia e sicurezza dell'associazione linagliptin/metformina in pazienti con diabete mellito tipo 2**

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

UOC di Medicina Interna, PO S. Maria di Loreto Nuovo, ASL NA 1, Napoli, Italy

Linagliptin è un antidiabetico orale della classe degli inibitori dei DPP-4 che agisce inibendo, con un meccanismo cibo-dipendente, la degradazione di GLP-1 e GIP, per cui questi 2 ormoni, persistendo per più tempo in circolo, facilitano la biosintesi e il rilascio insulinico da parte del pancreas, riducono il rilascio di glucagone da parte delle cellule alfa del pancreas e inibiscono la glicogenolisi a livello epatico. Nella nostra esperienza abbiamo aggiunto linagliptin, nella sua formulazione con metformina, al dosaggio di 50 mg di linagliptin+1000 mg di metformina b.i.d., a pazienti che già assumevano la sola metformina ai massimi dosaggi (2500-3000 mg/die) e che giungevano alla nostra osservazione con scarso controllo glicemico (Hb glicata >7,5%). Abbiamo reclutato 45 pazienti (19=M ; 26=F), di età media 68,2 anni

(DS +/- 13,5), con durata media del diabete di 67,6 mesi (DS +/- 70,9) ai quali, al momento del reclutamento, sono state rilevate sia variabili antropometriche (peso, BMI, circonferenza addome) sia variabili di laboratorio (glicemia, Hb glicata, profilo lipidico, epatico, renale e l'amilasi pancreatica): questi pazienti sono poi stati rivalutati ad un follow-up condotto dopo 4 mesi, secondo le normative AIFA. Al follow-up abbiamo constatato una riduzione del peso corporeo (da 81,5 Kg a 79,6 Kg; p<0,0001), del BMI (da 30,6 a 30,1; p<0,0001), della circonferenza addome (da 93,8 a 92,3 cm; p<0,0001). Per ciò che riguarda le variabili metaboliche abbiamo riscontrato una riduzione della glicemia (da 179,8 mg/dl a 140,2 mg/dl; p<0,0001), della Hb glicata (da 7,9% a 7,1%; p<0,0001), del colesterolo totale (da 179,9 mg/dl a 165,7 mg/dl; p<0,0001), del colesterolo LDL (da 108,8 mg/dl a 100,3 mg/dl; p=0,0008), un lieve aumento non statisticamente significativo del HDL colesterolo (da 43,6 mg/dl a 44,5 mg/dl), una riduzione dei trigliceridi (da 165,9 mg/dl a 141 mg/dl; p=0,0089). Nessuna variazione statisticamente significativa delle transaminasi (AST da 17,3 U/L a 18,6 U/L; ALT da 17,8 U/L a 18,7 U/L) e dell'amilasi pancreatica (da 28,2 U/L a 24,7 U/L) e, comunque, non abbiamo osservato nessuna elevazione, al follow-up, di una delle tre variabili tale da dover interrompere il trattamento. A testimonianza della sicurezza sui parametri renali del linagliptin, abbiamo riscontrato un riduzione sia dell'azotemia (da 47,3 mg/dl a 40,2 mg/dl; p=0,0002), sia della creatinemia (da 0,88 a 0,80; p=0,0002) e non abbiamo riscontrato alcun effetto collaterale descritto in letteratura (nasofaringiti, disturbi G.I.). I nostri dati collimano con quelli della letteratura internazionale a conferma di una particolare "safety" del linagliptin soprattutto sui parametri renali.

### **Un deficit di memoria: quando l'apparenza inganna**

Barbella MR<sup>1,2</sup>, Di Grezia F<sup>2</sup>, Amitrano M<sup>3</sup>, Vargas N<sup>2</sup>, Landi E<sup>2</sup>, Palermo Rossetti C<sup>1</sup>, Saturnino M<sup>1</sup>, Postiglione A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università di Napoli Federico II, Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Napoli; <sup>2</sup> Dipartimento Patologia dell' Invecchiamento, Cure Intensive Geriatriche e Geriatria. <sup>3</sup>UOC di Medicina Interna, Unità di Angiologia e Diagnostica Vascolare, AORN S.G. Moscati, Avellino, Italy

**Scopo.** Mettere in evidenza l'importanza di una attenta diagnosi differenziale nell'inquadramento diagnostico del paziente con disturbi della memoria.

**Materiali e Metodi.** Il paziente D.G.R., 68 anni con 18 anni di scolarità, giunge alla nostra osservazione per anomia e deficit della memoria a breve termine, insorti da circa 2 mesi. All'anamnesi risulta affetto da ipertensione arteriosa essenziale ed ipercolesterolemia ben controllate da trattamento farmacologico, gozzo multinodulare in eutiroidismo, poliposi del colon con pregressa resezione segmentaria del retto (2010). L'esame neurologico ha rilevato deambulazione a piccoli passi a base allargata, ed oscillazioni pluridirezionali alla prova di Romberg. Gli esami ematochimici hanno escluso le possibili cause secondarie di deficit cognitivo. La valutazione neuropsicologica ha evidenziato deficit della memoria verbale a breve e a lungo termine, della memoria di prosa e delle funzioni prassiche e valori ai limiti della norma per la memoria visuo-spaziale e per la fluency verbale. L'esame RM encefalo descrive un: "Sistema ventricolare di volume aumentato nella parte so-

pratoriale da idrocefalo triventricolare, con asimmetria dei ventricoli laterali per maggiore ampiezza del corno frontale sinistro. Lo studio della dinamica del flusso liquorale ha mostrato ridotta rappresentazione della banda di flusso liquorale posteriore in specie a livello dell'acquedotto di Silvio, compatibile con rallentato/ostacolato deflusso a tale livello. Lievemente ampi gli spazi liquorali periencefalici della base e della volta. Uniforme riduzione di spessore del corpo calloso. Le immagini di diffusione non hanno mostrato lesioni ischemiche in fase acuta o subacuta del parenchima cerebrale". Il monitoraggio dinamico della pressione liquorale delle 24 ore ha osservato un: "Appiattimento delle onde B". Viene eseguita deplezione di 42 cc di liquor. L'esame neurologico post-procedurale ha rilevato un miglioramento dell'andatura, dell'ideazione e del pensiero critico. Nel novembre 2012 ha praticato intervento di derivazione liquorale extra-tecale mediante shunt ventricolo-peritoneale con un sistema valvolare unidirezionale programmabile Codman Hakim® (130 mm H2O).

**Risultati.** Il trattamento chirurgico di derivazione liquorale nel paziente con idrocefalo normoteso ha migliorato dopo solo un mese dall'intervento le condizioni cliniche e le performance cognitive, in particolare le funzioni prassiche e la memoria visuospatiale.

**Conclusioni.** L'idrocefalo normoteso è diagnosticato nel 2-10% delle forme di demenza secondaria e deve sempre essere considerato. Una diagnosi tardiva con persistente dilatazione ventricolare e conseguente ischemia del parenchima periventricolare e l'atrofia cerebrale rende l'idrocefalo normoteso una patologia a decorso ingravescente e irreversibile, se la diagnosi è tardiva e giunta quando il paziente è fortemente compromesso nelle sue funzioni cognitive.

### Una vasculite ingannevole

Barbella MR<sup>1,2</sup>, Di Grezia F<sup>2</sup>, Amitrano M<sup>3</sup>, Vargas N<sup>2</sup>, Landi E<sup>2</sup>, Palermo Rossetti C<sup>1</sup>, Saturnino M<sup>1</sup>, Gallotta G<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università di Napoli Federico II, Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Napoli; <sup>2</sup>Dipartimento Patologia dell' Invecchiamento, Cure Geriatriche e Geriatria; <sup>3</sup>UOC di Medicina Interna, Unità di Angiologia e Diagnostica Vascolare, AORN S.G. Moscati, Avellino, Italy

Uomo di 63 anni, lamenta stanchezza e mialgie diffuse, calo del peso corporeo non intenzionale, presenta febbricola e lesioni cutanee eritematose confluenti sulla superficie plantare del piede destro, associato a ulcere interdigitali. Queste lesioni gli causano un intenso bruciore, esacerbato soprattutto nelle ore serali, a riposo o dopo aver camminato. Fumatore, anamnesi positiva per ipertensione arteriosa, per arteriopatia periferica con l'occlusione dell'arteria dorsale del piede sinistro già trattato con stenting dell'arteria femorale, epatitopatia cronica HCV relata trattata nel 2003 con interferone+ribavirina, senza informazioni aggiunte sulla risposta virologica sostenuta. All'esame obiettivo presenta lesioni purpuriche confluenti alla gamba destra associate a cianosi della dita del piede, queste aree hanno mostrato iperestesia al tocco. L'arteria dorsale del piede destro è iposfigmica. In un precedente ricovero fu dimesso con la diagnosi di "polineuropatia crioglobulinemica in pazienti con epatite cronica HCV correlata". Fu inoltre sottoposto a biopsia del nervo surale che mostro: "Degenerazione assonale con bulbi a cipolla (espressione di un processo cronico di de- e riemielinizzazione) probabilmente secondario alla microangiopatia crioglobulinemica".

All'ingresso, la terapia del dolore consisteva in Fentanil 50 mcg 1 cerotto/die, paracetamolo 2000 mg/die, Gabapentin 375 mg/die, amitriptilina 10 mg 3-5gtt/die, solo scarso sollievo dei sintomi. Abbiamo eseguito l'esame ECD arterioso, negativo per la malattia ostruttiva arteriosa. Agli esami di laboratorio di routine valori normali. Esame delle urine ha rilevato eritrocituria e leucocituria. La ricerca del fattore reumatoide, Ab anti- PR3, MPO, furono negativi. Aveva un livello di 23.08 UI/ml Anticorpi anti-dsDNA, con elevato CIC e C1Q (16,2 mcg/ml). Campioni di sangue serati non sono riusciti a dimostrare la presenza di crioglobuline circolanti. HCV Abs erano presenti nel siero, ma HCV RNA non era dosabile. Abbiamo escluso le possibili cause primarie, quali le malattie infettive (ricerca negativa per HBV, HCV, HIV), neoplasie ematologiche e farmaci, definendolo come un processo autoimmune primario. Per distinguere tra le possibili ipotesi, abbiamo eseguito la biopsia cutanea. Il paziente è stato interessato da una vasculite, con il coinvolgimento dermatologico e neurologico. Istologicamente, era presente vasculite piccoli vasi, con segmentale necrosi fibrinoide della media, e l'infiltrazione di neutrofili frammentati lungo la parete di venule postcapillari: angioite leucocitoclastica. L'angioite leucocitoclastica è un reperto caratteristico comune del poliangiote microscopica (MPA). Abbiamo iniziato la terapia con Ciclofosfamida 100mg/die e Prednisone 1 mg/kg /die, con tempestiva risoluzione dei sintomi dolorosi.

### Una sciatica guarita dagli antibiotici

Boni R, D'Ambrosio G, de Simone R, Suozzo R, Rabitti PG

UOC Medicina 1, Ospedale A. Cardarelli, Napoli, Italy

**Premessa.** La sindrome del piriforme (SP), intuata da Yoeman nel 1928 e descritta da Robinson nel 1947, è una neuropatia da intrappolamento dovuta a compressione meccanica del nervo sciatico a livello del foro grande ischiatico da parte del muscolo piriforme (MP). Il MP si tende dalla faccia pelvica del sacro al grande trocantere, nel passaggio per il foro ischiatico prende rapporto con lo sciatico, che nel 15-20% dei casi ne attraversa il ventre. Contratture, ispessimenti o fibrosi del MP, a loro volta generate da traumatismi, errate posture o chirurgia pelvica, sono all'origine della SP. La sintomatologia è severamente sciatalgica, rari i deficit neurologici, positive risultano le manovre di Freiberg e di Pace-Nagle, utili TC e RMN per escludere altre possibili cause. La SP, responsabile dello 0.33-6% delle sciatalgie, viene facilmente confusa con ernie discali, spondilodisciti, stenosi del canale vertebrale, sacroileiti o coxiti. Non è raro osservare pazienti che soffrono per anni prima di giungere alla diagnosi corretta.

**Caso clinico.** Caucasica di 45 anni. Carcinoma mammario sottoposto a mastectomia radicale sn, poi a lobectomia epatica dx per metastasi epatica (poi recidivata a sn) seguita da stenting biliare per fistola bilio-pleurica e attualmente in chemioterapia, per cui è portatrice di CVC tipo port-a-cath. Viene alla nostra osservazione per lancinante e persistente dolore sciatico sn, che non consente alcuna posizione acamatica ed è scarsamente sensibile agli analgesici stupefacenti. Nel corso del ricovero si evidenzia altresì febbre remittente. Una TC del rachide risulta negativa. Laboratorio: WBC 10.290, Hb 9.5, Plt 114.000, PCR 323, VES 120, CA 15.3 91. La TC body evidenzia una lesione ipodensa di non univoca interpretazione lungo

la trancia di resezione epatica, la summenzionata metastasi epatica al II segmento e soprattutto un ascesso di 18 mm a carico del MP sn. Si inizia terapia con piperacillina-tazobactam 9 gr e.v./die. Pervengono emocolture positive per *Staphylococcus schleiferi* meticillino-resistente e si passa pertanto alla daptomicina 500 mg e.v./die con scomparsa del dolore e della febbre. Una TC eseguita a distanza conferma la regressione della piomiosite.

**Discussione.** La SP da piomiosite del MP è estremamente rara (otto casi in letteratura): si realizza negli sportivi, nel post-partum o post-abortum o per contiguità da sacroileite settica o da ileite di Crohn; per diagnosticarla sono essenziali TC o RMN della pelvi. L'agente eziologico nella nostra paziente era lo *St. schleiferi*, un coagulasi-negativo presente negli animali domestici, patogeno opportunista in ambiente nosocomiale. Possibili fonti di diffusione ematogena potrebbero essere state la trancia di resezione epatica, lo stent biliare, il CVC, il cane di famiglia, ecc. Il nostro è peraltro il primo caso di piomiosite da *St. schleiferi*; in tale batterio la meticillino-resistenza è ancora considerata eccezionale, anche se il fenomeno nei coagulasi-negativi è in aumento. Il classico staging della piomiosite di Chiedozi prevede: 1° miosite, 2° ascesso, 3° sepsi sistemica; una diagnosi al primo stadio consentirebbe un trattamento più efficace scongiurando il ricorso alla chirurgia, ma non sempre è possibile. Si può evitare il drenaggio percutaneo per l'esame colturale se, come nel nostro caso, l'emocoltura è positiva e la risposta agli antibiotici è buona.

**Conclusioni.** In presenza di sciatica e di stato settico pensiamo anche alla piomiosite del MP.

### Percorso diagnostico nell'anemia sideropenica da sanguinamento gastro-intestinale oscuro/oculto: dal caso clinico ad un possibile algoritmo

Borgheresi P<sup>1</sup>, Lambiase C<sup>3</sup>, De Vecchi RM<sup>2</sup>, Finelli R<sup>2</sup>, De Donato MT<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UOC di Gastroenterologia e Bleeding Center; <sup>2</sup>UOC di Medicina Interna; <sup>3</sup>UOC di Radiologia, AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno, Italy

**Introduzione.** L'anemia sideropenica è condizione ad elevata prevalenza, talora imputabile a sanguinamento Gastro-Intestinale Occulto (OGIB) che persiste o recidiva dopo una iniziale valutazione endoscopica negativa. Le tecnologie innovative degli ultimi anni possono offrire valido supporto al percorso diagnostico che va articolato e ottimizzato per ciascun paziente **Caso clinico.** Donna di anni 67 con anemia da carenza marziale e ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) positiva. Indagini endoscopiche conclusive per Gastropatia HP positiva, proctite, patologia emorroidaria complicata da congestione. Nonostante la terapia di dette condizioni, potenzialmente giustificative di sideropenia, l'anemia persisteva immutata così come la positività del SOF. Posta diagnosi di OGIB con indicazione a studio del tenue, la paziente, per la impossibilità di essere sottoposta ad esame con video capsula per problematiche tecniche contingenti, praticava RM clisma del tenue. Veniva evidenziata: "lesione espansiva a valle del Treitz con stenosi serrata del viscere, infiltrazione adiposa e linfoadenopatie satelliti". Tale reperto era compatibile per lesione primitiva del digiuno, verosimilmente adenocarcinoma. Le con-

clusioni trovavano conferma da entero-TC e, soprattutto, dal puntuale esame istologico del pezzo operatorio.

**Discussione e Conclusioni.** L'anemia sideropenica persistente e/o ricorrente da OGIB può rivelarsi una sfida diagnostica e un dilemma clinico che può sottendere patologie rare e a prognosi potenzialmente severa così come nel caso presentato. Infatti le neoplasie del tenue sono patologia rara: rappresentano lo 0.3% di tutti i tumori e poco più del 2% dei tumori del tratto gastro-enterico, con una incidenza di 1 su 100.000 ed una prevalenza dello 0.6%. La diagnosi tardiva o inaccurata è frequente, sia per la rarità della condizione che per il carattere spesso vago e sfumato dei sintomi (talora appunto una isolata e persistente anemia sideropenica). Non va trascurata, inoltre, la difficoltà di rilevare queste lesioni ai convenzionali studi di controllo dell'intestino tenue. La diagnostica per immagini può offrire un contributo fondamentale, specialmente laddove giungano i limiti dello studio con video capsula, peraltro non sempre disponibile. Ad esempio la presenza di lesioni in sede retro e/o interpicale o il capovolgimento della capsula nel lume intestinale in sede di stenosi sono evenienze in grado di dare falsi negativi per lesioni significative con una frequenza stimata intorno al 20%. Un aiuto concreto può essere offerto dall'applicazione di un algoritmo diagnostico che parta dalla selezione accurata dei pazienti senza dimenticare la realtà ospedaliera in cui si opera.

### Una catastrofica crioglobulinemia

Borgia M<sup>1</sup>, Ciaramella F<sup>1</sup>, Maffettone A<sup>1</sup>, Ascione A<sup>2</sup>, Ussano L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Medicina Cardiovascolare e Dismetabolica, AO Ospedali dei Colli, Ospedale Monaldi, Napoli; <sup>2</sup>UOC Cardiologia, Ospedale Buonconsiglio Fatebenefratelli, Napoli, Italy

Un uomo di 74 anni venne ricoverato d'urgenza in ospedale per STEMI anteriore. In anamnesi venne riscontrata una storia di ipertensione arteriosa, nonché la presenza di epatite HCV ab positiva, una precedente colecistectomia per colelitiasi ed un episodio di broncopolmonite occorso due anni prima. Il paziente fu sottoposto a coronarografia, che rivelò una stenosi critica prossimale dell'IVA, per cui venne eseguita una PTCA primaria con impianto di DES. Il decorso post-procedura si complicò rapidamente per la comparsa d'insufficienza renale acuta, inizialmente attribuita ad una nefropatia da contrasto, per cui venne somministrato il protocollo standard di trattamento reidratante. Il quadro clinico peggiorò ulteriormente, per l'improvvisa comparsa di disturbi comportamentali associati a stato confusionale, tuttavia la TAC cerebrale, immediatamente eseguita, non pose in evidenza alcun danno cerebrale acuto, ischemico o emorragico. L'improvvisa presenza di ARDS, secondaria a polmonite interstiziale, documentata attraverso una HRCT del torace, rese necessario il trasferimento del paziente in UTI, dove fu assistito con ventilo terapia invasiva. Qui giunto, il decorso si complicò nuovamente per l'insorgenza di scompenso cardiaco (F.E. 35%) associato a fibrillazione atriale parossistica persistente, che richiese il trattamento con antiaritmici e l'integrazione di EBPM e warfarin. In seguito alla successiva comparsa di sanguinamenti minori dal cavo orale, venne collegialmente deciso la temporanea sospensione della doppia antiaggregazione. Sulla scorta degli indici infiammatori ematici molto elevati e per il progressivo peggioramento della

condizioni cliniche generali dovute alla presenza oramai conclamata di una MOF, si iniziò terapia con boli di metilprednisolone (40 mg/die). Il quadro clinico globale, nonché la funzione multi organo migliorò notevolmente, consentendo il trasferimento del paziente presso il Dipartimento di Medicina Interna. Giorni dopo, il paziente mostrò ulcere viola cutanee agli arti inferiori, con la rilevazione simultanea di Crioglobuline, pertanto venne sottoposto a sedute di plasmaferesi, con conseguente graduale miglioramento dei sintomi, degli esami ematici, della funzione renale e cardiaca (FE. 50%). Circa due settimane dopo la sua dimissione, il paziente, in pieno benessere presentò dolore addominale acuto, non responsivo al trattamento con da FANS o ad oppiacei, per cui si dispose l'ospedalizzazione d'urgenza. Al ricovero condizioni cliniche rapidamente divennero critiche per la presenza di pancreatite fulminante. La scansione Echo mostrò, tra le altre cose, una trombosi cavale, nonostante la doppia terapia antiaggregante e l'uso contemporaneo di warfarin. Il decorso clinico fu catastrofico e il paziente esitò entro 24 ore dall'ammissione. Questo caso dimostra: 1) La complessità e la "serietà" di una malattia, che, anche se rara, può avere una più alta prevalenza di quanto abitualmente stimato (tre casi nella stessa famiglia); 2) le caratteristiche specifiche dell'etiopatogenesi del processo trombotico in questi pazienti; 3) la mancanza di linee guida diagnostiche e terapeutiche adeguate per questa condizione multiforme che può portare a grave disabilità o morte.

### Un insolito caso di trombosi cavale e massa intracardiaca: percorso diagnostico in un reparto di Medicina Interna

Cannavacciuolo F, Allegorico E, D'Amore C, Mangiacapra S, Allegorico L

Divisione di Medicina Interna e specialistica, Seconda Università di Napoli, Italy

**Caso clinico.** Si riporta il caso di una donna di 52 anni, diabetica in trattamento con OHA, giunta alla nostra osservazione per episodi sincopali. All'ingresso parametri vitali stabili, esame obiettivo generale nella norma, obiettività cardiologica compatibile con insufficienza tricuspidalica (presenza di soffio sistolico rude 4/6 sec. Levine auscultabile su tutti i focolai e di maggiore intensità a livello tricuspidalico) ed ECG nella norma. Il laboratorio evidenziava modesto rialzo degli indici di flogosi (PCR 3 ng/L; VES 40 mm/h).

**Materiali e Metodi.** L'esame ecocardiografico transtoracico mostrava: voluminosa massa iso-iperecogena, lobulata, flottante tra atrio e ventricolo destro ed in continuità con la vena cava inferiore (VCI) che appariva ipocollassante; lieve insufficienza tricuspidalica con lieve incremento della pressione polmonare sistolica stimata (PAPS 46 mmHg); sezioni destre di normali dimensioni con conservata funzione di pompa ventricolare destra (TAPSE 22 mm); ventricolo sinistro di normali dimensioni e funzione di pompa (FE 57). L'esame ecografico dell'addome con e senza m.d.c (SONOVUE) evidenziava trombosi parziale della VCI in continuità con formazione atriale dx ed in fossa iliaca destra, in stretto rapporto con i vasi iliaci omolaterali, area iperecogena irregolare compatibile con multiple fistole vascolari. Tale area appariva alla TC con m.d.c eseguita come indagine di II livello come irregolare formazione

tubulare confluyente in VCI, caratterizzata da opacizzazione arteriosa e con evidenza nel suo spessore di irregolari formazioni vascolari, estese caudalmente lungo il decorso dei vasi ovarici fino al legamento utero-ovarico che mostra aspetto slargato e disomogeneo. Alla luce di tale quadro il quesito diagnostico postoci è che ci potessimo trovare di fronte ad una malformazione arterovenosa, tuttavia all'ecografia transvaginale la formazione della parete posteriore e del canto destro dell'utero risultava avere ecostruttura assimilabile alle strutture mesenchimali ed aspetto come da nodulo leiomiomatoso intensamente vascolarizzato. A questo punto si ci pone il sospetto che si ci trovi di fronte ad un quadro di leiomioma a elevata cellularità o di neoplasia di tipo sarcomatoso. All'ecografia sono inoltre visualizzati multipli miomi uterini. Data l'elevata complessità del quadro clinico e strumentale, la scelta terapeutica è stata quella di tipo interventistico. La paziente è stata sottoposta ad intervento chirurgico combinato cardiocirurgico e ginecologico con asportazione delle masse pelvica e cardiaca. Alla luce dei risultati istologici è stata posta diagnosi di Leiomiomatosi intravenosa uterina (IVL) con estensione cardiaca.

**Discussione e Conclusioni.** La IVL è una rara condizione neoplastica caratterizzata dalla proliferazione intravascolare benigna di cellule muscolari lisce che possono originare dalla parete dei vasi venosi uterini oppure da leiomiomi uterini le cui cellule possono proiettarsi all'interno dei vasi venosi adiacenti. Nonostante il carattere benigno sono riportati in letteratura casi di IVL con estensione rapida attraverso la VCI sino alle camere cardiache destre con morte improvvisa o con episodi sincopali dovuti all'effetto emodinamico (ostruttivo) della massa sull'orificio tricuspidalico. La leiomiomatosi uterina è una patologia benigna molto frequente che solo in rari casi si accompagna con una IVL; tuttavia la presenza di una massa intracardiaca destra in una donna con miomatosi uterina deve sempre far sospettare tale patologia.

### Lesioni emorragiche in giovane paziente trombofilica

Contaldi P<sup>1</sup>, Schiano Di Cola M<sup>1</sup>, Nappo R<sup>1</sup>, Cavallaro R<sup>1</sup>, Coppola A<sup>2</sup>, Covetti G<sup>1</sup>, Chiariello G<sup>1</sup>, Iannuzzi A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Divisione di Medicina Interna 5, AORN A. Cardarelli, Napoli;

<sup>2</sup>Dipartimento di Clinica Medica e Chirurgia, AOU Federico II, Napoli, Italy

Veniva ricoverata nel nostro dipartimento una donna di 43 anni per riscontro di ecchimosi all'arto superiore sinistro ed emorragia congiuntivale all'occhio sinistro, insorte dopo assunzione di 100 mg di acido acetil-salicilico. In anamnesi: storia di poliabortività e trombofilia congenita (portatrice della mutazione del gene della Protrombina G20210A in eterozigosi e del polimorfismo MTHFR in doppia eterozigosi). Riferite menorragie ma non sanguinamenti dopo il parto e interventi chirurgici. All'esame obiettivo si confermavano ecchimosi a livello dell'arto superiore sinistro ed emorragia congiuntivale all'occhio sinistro. Un ecodoppler venoso degli arti inferiori e superiori escludeva segni di trombosi venosa profonda. Gli esami ematochimici mostravano: emoglobina 8.6 g/dL, piastrine 235.000/mmc, PT indosabile, aPTT ratio 2.69. Iniziava pertanto terapia con vitamina K (Fitomenadione 10 mg/ml, orale e successivamente endovenosa) con progressivo miglioramento dei parametri emocoagulativi. I fattori della coagulazione ematici risultavano essere: II: 30%, VII:5%, X: 16%, IX:

28% [V.N. 70-120%]. Iniziava terapia con plasma fresco congelato (10-15 ml/kg per due giorni consecutivi) ma solo con la somministrazione ripetuta di vitamina K e.v. si otteneva completa normalizzazione dei parametri emocoagulativi e la scomparsa delle lesioni emorragiche. La carenza di vitamina K è una delle cause più comuni di coagulopatia acquisita. In questo caso non è stato ancora possibile comprendere cosa possa aver determinato la riduzione dei livelli di vitamina K ematici, essendo stati esclusi il malassorbimento, prolungate terapie antibiotiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, uso di farmaci anticoagulanti orali e assunzione accidentale di sostanze tossiche.

### Rara associazione di malattia policistica epato-reno-pancreatica e pancreas divisum

D'Antonio I, Buono R, Gallucci F, Pirozzi G, Valentino U, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento Medicina Polispecialistica, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

La malattia policistica epato-renale (MPER) è fra le malattie ereditarie di più frequente osservazione ed è inclusa fra le "ciliopatie" genetiche (due proteine difettive a differente meccanismo ereditario). Raramente la MPER si associa alla presenza di cisti fluidi semplici pancreatiche, condizione morbosa identificata con l'eponimo di malattia di Cacchi e Ricci. Le espressioni cliniche dell'interessamento epatico, renale e pancreatico sono le più varie. Non riportata in Letteratura la associazione di tale rara affezione con il pancreas divisum, alterazione congenita del sistema duttale pancreatico.

**Caso clinico.** Paziente di sesso femminile, anni 48. Diabetica da diversi anni ed affetta da ipertensione arteriosa ed ipotiroidismo. Ricontra precedente di lesioni cistiche renali bilaterali con lieve insufficienza renale. Nel recente passato un paio di episodi febbrili con dolore addominale alto e diagnosi di colangite acuta (assenza di calcolosi biliare ma evidenza di diverse lesioni cistiche intraepatiche). Giunge alla osservazione in seguito a dolore addominale, discanalizzazione, vomito. Ricontra di iperenzimemia pancreatica e diagnosi di pancreatite acuta. Il decorso clinico e le indagini strumentali sostanziano la presenza di una forma lieve di malattia. Un esame TC evidenzia la presenza di cisti pancreatiche, renali ed epatiche con vie biliari regolari. Risoluzione clinico-biochimica in una settimana. A 4 settimane effettuazione di colangio-wirsung RMN con stimolo secretinico a completamento delle ricerche in senso eziologico. Ricontra di variante del sistema duttale pancreatico tipo pancreas divisum completo. Terapia conservativa.

### Raro caso di sindrome poliendocrina autoimmune tipo 1

D'Antonio I, Del Genio MT, Parisi A, Pirozzi G, Ronga I, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento Medicina Polispecialistica, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

**Premesse.** Le sindromi poliendocrine autoimmuni (APS) sono patologie rare, distinte in 4 tipi: APS-1 con ipoparatiroidismo, m. di Addison, candidiasi mucocutanea cronica più altre manifestazioni minori; APS-2 con tireopatie autoimmuni, m. di Addison e/o diabete tipo 1; APS-3 con tireopatie associate ad

altre malattie autoimmuni non endocrine; APS-4 con diverse combinazioni non previste nei tipi precedenti. La APS-1 (definita anche sindrome APECED o sindrome di Whitaker) è la più rara fra tutte le APS.

**Caso clinico.** Sesso femminile, età 38 anni, osservata per intense parestesie e crampi agli arti inferiori e disfagia. In anamnesi displasia congenita dell'anca ed infertilità. L'esame obiettivo ha evidenziato linfadenopatia diffusa (linfonodi piccoli e non dolenti), pallore muco-cutaneo ed ingrandimento tiroideo. Il work up diagnostico biochimico si è avvalso di indagini in ambito endocrino, autoimmune e neoplastico. Fra le indagini strumentali: TC body, cerebrale, EGDS, eco tiodea con FNAB, VCM-VCS. Diagnosi conclusiva di "Poliendocrinopatia autoimmune con espressione di ipoparatiroidismo, anemia macrocitica, candidiasi esofagea, tireopatia nodulare, iposurrenalismo, miopia ipokaliemica, trombosi non occludente vena iliaca esterna e comune di sinistra". Terapia suppletiva e sintomatica.

**Conclusioni.** In presenza di una endocrinopatia autoimmune deve essere presa in considerazione la possibilità di una APS poiché il riconoscimento in fase iniziale di queste associazioni morbose permette un trattamento più efficace.

### Variabilità del monitoraggio ambulatorio della pressione arteriosa delle 24 ore nei pazienti anziani con fibrillazione atriale

D'Avino M<sup>1</sup>, Caruso G<sup>2</sup>, Muscherà R<sup>3</sup>, Ilardi A<sup>3</sup>, Capasso F<sup>3</sup>, Di Monda G<sup>3</sup>, Rabitti PG<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UOSS Diagnosi e Terapia dell'Ipertensione Arteriosa; <sup>2</sup>UOSC Pronto Soccorso; <sup>3</sup>UOSC Medicina Interna 1, AORN A. Cardarelli, Napoli, Italy

**Scopo dello Studio.** Agli ipertesi con fibrillazione atriale (FA) consigliamo di effettuare ripetute misurazioni per una valutazione accurata della pressione arteriosa (PA). Il Monitoraggio Ambulatorio della PA delle 24 ore (ABPM) sembra essere ideale a questo riguardo, fornendo un gran numero di misurazioni per un periodo relativamente breve. Lo scopo di questo studio è di valutare la variabilità dell'ABPM in pazienti con FA permanente.

**Materiali e Metodi.** Abbiamo esaminato la variabilità dell'ABPM (deviazione standard DS, coefficiente di variazione CV) in soggetti ipertesi con FA e in ipertesi con ritmo sinusale (RS) appaiati per età, genere, livelli PA sistolica (PAs), trattamento antipertensivo, presenza di malattie cardiovascolari, diabete, fumo e ABPM.

**Risultati.** Sono stati studiati 135 soggetti (76 F), età media 69,7±6,9 anni. Abbiamo usato per tutti Spacelabs 90.217). Il numero medio di letture valide è stato più alto nei pazienti con RS versus FA (n=60.1±7.6 vs 54±8.9, p<0.05). La PAs nei pazienti con FA rispetto ai soggetti con RS non presentava differenze nei ritmi di veglia/sonno ABPM (125,6±9, 118.1±12.1 vs 126.3 9.4/116,3±12,2 mmHg), così come in DS veglia/sonno (12,6±4.3/11.6±1 vs 12.3±3/11,5±4,3 mmHg), CV (0,10±0,03/0,9±0,03 vs 0,10±0,03/0,10±0,02). La pressione arteriosa diastolica (PA<sub>d</sub>), in quelli con FA rispetto ai soggetti in RS ha mostrato valori più elevati all' ABPM veglia/sonno (82,5±9,8/74±11,6 vs 73,3±8,5/64,5±6,9 mmHg), così come maggiore DS veglia (11,3±3,1 vs 9,1±1,9 mmHg), CV veglia (0,12±0,06 vs 0,10±0,03).

**Conclusioni.** I pazienti con FA presentano una variabilità all'ABPM significativamente più alta rispetto ai soggetti in RS per i valori della PA<sub>d</sub> ma non per la PAs. Questo risultato conferma

che è particolarmente appropriato utilizzare ABPM in pazienti, soprattutto, anziani affetti da FA per valutare la PAs.

### Progetto di una rete reumatologica in Campania: ruolo del reumatologo in Medicina Interna

d'Errico T<sup>1</sup>, Italiano G<sup>2</sup>, Varriale M<sup>1</sup>, Ambrosca C<sup>1</sup>, Carbone S<sup>1</sup>, Lucà S<sup>1</sup>, Maffettone A<sup>3</sup>, Tassinario S<sup>1</sup>, Visconti M<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UOC di Medicina Interna, Ambulatorio e DH di Reumatologia, Ospedale S.M.d.P. degli Incurabili, ASL Napoli 1 Centro, Napoli; <sup>2</sup>UOC di Medicina Interna, AO S. Anna e S. Sebastiano, Caserta; <sup>3</sup>UOC di Medicina Interna AO Ospedali dei Colli, Plesso Monaldi, Napoli; <sup>4</sup>Primario Emerito di Medicina Interna, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

L'evoluzione scientifica e il progressivo impegno a realizzare servizi sanitari in grado di rispondere sempre più adeguatamente alle domande di salute della popolazione, hanno fatto maturare un nuovo approccio in sanità, il governo clinico, che può essere considerato come l'insieme di processi clinici e organizzativi che ridefiniscono e fanno assumere rilevanza all'eccellenza della qualità clinica, un tessuto organizzativo capace di attuare prassi cliniche efficaci ed un collante culturale fondato sui principi e valori diffusi e condivisi. Oggi più che mai il governo clinico risponde al problema della qualità dell'assistenza che coesiste con la capacità di erogare interventi efficaci sotto il profilo clinico e gestionale. La più immediata implicazione pratica del governo clinico è rappresentata dalla costruzione di condizioni clinico-organizzative necessarie a sviluppare, in modo sistematico e continuativo, la sorveglianza e il monitoraggio dei processi assistenziali al pari della costruzione di una serie di indicatori e di creare le condizioni necessarie a far sì che le informazioni siano utilizzate in modo conseguente ai fini del governo e della conduzione dei servizi sanitari. In questo senso si tratta di operare congiuntamente sul versante organizzativo e su quello culturale. Il governo clinico ha come obiettivo il miglioramento della qualità dell'assistenza ed appropriatezza clinica. I percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) sono strumenti di valutazione del grado d'appropriatezza delle prestazioni e attività sanitarie che, combinate tra loro, costituiscono l'iter di cura del paziente; tali strumenti sono il fulcro su cui ruotano gli interventi trasversali delle diverse specialità cliniche e professionali. Il governo della pratica clinica deve essere un processo partecipativo che realizza una politica di comunicazione e informazione con il paziente per una maggiore collaborazione con gli operatori, affinché vengano adottati comportamenti pienamente funzionali al raggiungimento degli obiettivi clinici, che significa inoltre mettere il paziente in grado di operare delle scelte nel caso in cui siano possibili diverse opzioni diagnostico-terapeutiche. Infine è da sottolineare che tali cambiamenti in sanità non sono più derogabili e possono rappresentare l'occasione che coniuga la riduzione delle risorse, con una evoluzione dei sistemi sanitari, i quali garantiscono qualità dell'assistenza e centralità del paziente, in un sistema ristrutturato più efficiente ed economicamente sostenibile. L'attuale assetto assistenziale reumatologico Campano è dotato di: Specialisti ambulatoriali, Specialisti Ospedalieri, Centri Universitari. Il ruolo degli Specialisti Ospedalieri attualmente consiste in: Attività ambulatoriale, D.H. (prevalentemente terapeutico) e ricovero ordinario (dal P.S. o programmato). Nella rete reumatologica l'Ospedale riveste un ruolo di snodo primario, sia per il rapporto privilegiato che sus-

siste con gli ambulatori territoriali (ambulatorio distrettuale e di Medicina generale), primo filtro insieme ai propri ambulatori e al Pronto soccorso, sia per la possibilità di erogare un bisogno assistenziale che spazia in tutte le specialità della medicina interna necessarie al trattamento del paziente con comorbidità. In tale contesto il paziente reumatico ottiene una presa in carico che lo avvia ad un percorso diagnostico terapeutico assistenziale definito; tale percorso prevede, dopo l'inquadramento, l'inserimento del paziente nel subset assistenziale più appropriato alla sua condizione clinica: ricovero ordinario, D.H. o ambulatorio (proprio o di provenienza). Nel contesto Campano, l'internista reumatologo realizza un'assistenza appropriata e aderente agli attuali LEA, garantendo la centralità del paziente, dalla diagnosi ai trattamenti più adeguati compresi i farmaci innovativi (biologici), in un percorso (PDTA) condiviso e sostenibile. Tali PDTA in parte già tracciati dalla normativa regionale ma in parte da completare, devono essere condivisi da tutti gli attori della rete; poiché il momento più sensibile dei PDTA è rappresentato proprio dall'adattamento delle Linee Guida ai diversi contesti locali. E' necessario potenziare la presenza dei reumatologi nelle medicine interne della Campania anche in considerazione di una crescente domanda di ricovero per complicanze di patologie maggiori del connettivo, per complicanze di terapie suggerite da altri centri reumatologici extraregionali; non solo ma anche per la presenza di complicanze connesse all'uso di terapie con farmaci biotecnologici usati per altre patologie, soprattutto neoplastiche e/o dermatologiche che vedono il reumatologo operante nella U.O. di medicina interna lo specialista più affine a tale gestione. Pertanto sostenere (aumentare le ore dedicate all'assistenza reumatologica ospedaliera nelle U.O. di Medicina Interna laddove è presente il reumatologo, dove non è presente sostenere la sua presenza attraverso il ricorso allo specialista ambulatoriale), sinergizzare (il reumatologo in medicina interna deve rappresentare il trait-d'union per la selezione di pazienti e la fattibilità di studi clinici real life) e rendere funzionale (garantire un'assistenza non solo in regime di ricovero, ma anche di follow-up terapeutico ambulatoriale) la rete reumatologica, rappresenta un momento cruciale per meglio sostenere il concetto di rete reumatologica Università-Ospedale-Territorio. Inoltre in tale contesto è ipotizzabile anche e soprattutto per le possibilità assistenziali, organizzative e terapeutiche delle diverse realtà locali, prevedere una strutturazione con prevalente interesse per alcune patologie reumatiche che consenta di soddisfare al meglio la domanda assistenziale. Obiettivi perseguibili proposti: definizione di PDTA condivisi e adeguati alla realtà regionale e locale; potenziamento della dotazione specialistica ospedaliera; completamento dell'offerta terapeutica ospedaliera (farmaci biologici).

### Sindrome fibromialgica nell'anziano o sindrome paraneoplastica?

d'Errico T<sup>1</sup>, Tassinario S<sup>1</sup>, Lucà S<sup>1</sup>, Varriale M<sup>1</sup>, Ambrosca C<sup>1</sup>, Carbone S<sup>1</sup>, Italiano G<sup>2</sup>, Visconti M<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UOC di Medicina Interna, Ambulatorio e DH di Reumatologia, Ospedale S.M.d.P. degli Incurabili, ASL Napoli 1 Centro, Napoli; <sup>2</sup>UOC di Medicina Interna, AO S. Anna e S. Sebastiano, Caserta; <sup>3</sup>Primario Emerito di Medicina Interna, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

La sindrome fibromialgica (SF) è una condizione clinica ad

eziopatogenesi complessa e con molti aspetti ancora non definiti; diversi studi hanno evidenziato il ruolo dei neurotrasmettitori correlati con uno stato psicopatologico. La SF è caratterizzata da segni clinici poco specifici in assenza di evidenza strumentale. Nel paziente anziano in particolare, la SF può coesistere con altre patologie, generando spesso problemi di identità nosografica. La SF è una condizione dolorosa muscolo-scheletrica generalizzata, caratterizzata da molti sintomi quali il dolore, la rigidità, l'astenia e il sonno non riposante; spesso è associata a colon irritabile, cefalalgia muscolo-tensiva, ansia e depressione. Caratteristica è la dolorabilità alla palpazione di particolari sedi tendinee e muscolo-scheletriche 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]. Nella pratica clinica ed in particolare nel paziente anziano non è infrequente l'associazione tra SF e neoplasie, con un quadro clinico iniziale spesso dominato dal complesso sindromico fibromialgico. La SF nell'anziano può essere considerata, una forma paraneoplastica definita, o invece deve considerarsi solo una *overlap sindrom*? In letteratura non vi sono studi specifici a tale riguardo, ma dati derivanti dalla pratica clinica evidenziano, in una parte dei casi, una correlazione tra SF dell'anziano e presenza di neoplasia.

### Ictus ischemico del circolo cerebrale posteriore da dissecazione dell'arteria vertebrale in corso di fisioterapia. Caso clinico

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

<sup>1</sup>UOC Cardiologia-UTI; <sup>2</sup>UOC Medicina Interna, Ospedale Fatebenefratelli, Napoli, Italy

Nella letteratura scientifica troviamo diverse pubblicazioni riguardanti l'argomento delle dissecazioni arteriose verificatesi in corso di energiche sedute di fisioterapia. Il caso clinico in questione concerne la vicenda di un giovane 35 enne inviato dal medico curante al nostro ambulatorio di Cardiologia in seguito alla comparsa, dopo una seduta di fisioterapia, di sindrome vertiginosa con difficoltà nella deambulazione. L'esame con ultrasuoni dei tronchi sovra-aortici evidenziò un flusso anomalo ad "elevate resistenze" nella porzione distale cervicale dell'Arteria Vertebrale sinistra. Assenti alterazioni a carico del restante circolo epiaortico. L'approfondimento con ecografia trans-cranica consentì di osservare la dissecazione in più punti del tratto intracranico dello stesso vaso che, all'analisi con metodica Doppler, mostrava un flusso di bassa ampiezza rispetto alla arteria vertebrale contro-laterale. Nulla a carico del circolo cerebellare. L'esame TC cranico con mezzo di contrasto confermò l'esito infartuale a carico del territorio dell'Arteria Vertebrale sinistra. Il follow up ecografico ha consentito di apprezzare solo un parcellare miglioramento dell'emodinamica del circolo posteriore.

### Falsa positività per fattore reumatoide e anti-peptidi ciclici citrullinati in corso di malattia di Lyme.

#### Caso clinico

Del Genio MT, Buono R, Parisi A, Pirozzi G, Russo R, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento Medicina Polispecialistica, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Nei pazienti con quadro clinico e strumentale anche non completamente tipico di artrite reumatoide, la contemporanea positività del fattore reumatoide (FR) e degli ab anti peptidi citrullinati (antiCCP) orienta verso la diagnosi di artrite reumatoide, soprattutto se si tratta di donne in età media. Sono note alcune condizioni situazioni in cui si può avere falsa positività per il FR laddove la specificità degli antiCCP è ritenuta assai elevata. Di recente, però, vi sono state sporadiche segnalazioni di false positività in soggetti geneticamente predisposti con infiammazioni primitive extra-sinoviali (per citrullinazione di residui di arginina legati ai peptidi della matrice extracellulare).

**Caso clinico.** Donna di 60 anni. Da circa 4 anni comparsa di astenia, febbricola, mialgie toraciche e dolore asimmetrico articolare prevalente agli arti superiori e ai cingoli, a volte notturno, con esacerbazioni periodiche invalidanti. Mai comparsa di segni di infiammazione locale, noduli o deformazioni. Riscontro di positività per FR e antiCCP, aumento di VES, PCR e Fibrinogeno, lieve anemia, negatività per auto-anticorpi. Viene posta diagnosi di AR con componente fibromialgica, sindrome depressiva, osteoporosi. La paziente inizia un ciclo di trattamento con steroidi e metotrexate (sospeso dopo tre mesi per intolleranza). Aggravandosi la sintomatologia artromialgica con estensione agli arti inferiori e la positività dei dati di laboratorio viene iniziato trattamento con farmaci biologici: inizialmente infliximab, poi shift a tocilizumab poi rituximab, sempre per mancata risposta. Giunge alla nostra osservazione e nella rivalutazione diagnostica vengono approntate altre indagini. Fra queste, riscontro di positività IgM per *Borrelia burgdorferi* (1.82 UA/ml), confermata in tre campioni. Inizia trattamento antibiotico come da linee-guida per la malattia di Lyme (ceftriaxone); nel follow up, miglioramento sensibile del quadro articolare.

### Analysis on the outcome of patients with deep vein thrombosis before the global impact of new oral anticoagulants in Italy. Data from RIETE Registry

Di Micco P<sup>1</sup>, Mangiacapra S<sup>2</sup>, Amitrano M<sup>2</sup>, Niglio A<sup>3</sup>, Lebaro R<sup>3</sup>, Russo MC<sup>3</sup>, Dentali F<sup>4</sup>, Gussoni G<sup>5</sup>, Frasson S<sup>5</sup>, Fontanella A<sup>1</sup> for the Italian RIETE Group

<sup>1</sup>UOC di Medicina, Ospedale Fatebenefratelli, Napoli; <sup>2</sup>UOS di Angiologia, AO Moscati, Avellino; <sup>3</sup>Divisione di Medicina, Seconda Università degli Studi Napoli; <sup>4</sup>Dipartimento di Medicina, Università dell'Insubria, Varese; <sup>5</sup>Centro Studi FADOI, Milano, Italy

**Background.** Deep venous thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE) are considered acute medical illness and a prompt antithrombotic treatment is always suggested in order to escape life-threatening complications as PE. The aim of this study is to assess the outcomes of treatment with classic anticoagulants (i.e. LMWH and VKA) as recurrent VTE, mortality for VTE, overall mortality, bleeding and mortality for bleeding.

**Methods.** The RIETE registry is an ongoing, multicenter, observational registry initiated in March 2001 with the aim to record current clinical management of VTE, initially in Spanish hospitals and subsequently also in hospitals from other European countries including Italy. Treatment decisions were entirely left at the discretion of attending clinicians, and no therapeutic algorithms were provided. The SPSS software (version 15, SPSS Inc., Chicago, Illinois) was used for statistical management of the data. A two-sided p-value of 0.01 was considered to be statistically significant.

**Results.** An increase of bleedings is present in the subgroup of patients treated with VKA in particular in those with cancer, while an increase of recurrent DVT is present only in the group of oncological patients.

**Discussion.** The rate of bleeding complications is extremely more frequent in patients with DVT associated to cancer compared with those without cancer; This is also associated to a prolonged time of treatment that exceeds the period of antithrombotic treatment suggested into international guidelines.

### Stato confusionale acuto: alle radici del “disequilibrio”

Di Monda G, Iardi A, D'Avino M, Capasso F, Rabitti G

UOSC Medicina 1, AORN Antonio Cardarelli, Napoli, Italy

**Caso clinico.** Paziente di anni 81 (M), ex-tabagista, si ricovera per la recente insorgenza (48 ore) di stato confusionale. I familiari riferiscono di un episodio simil-influenzale (nei 3 mesi precedenti il ricovero) con febbre, artro-mialgie, vomito e diarrea, alla cui risoluzione seguono, dopo un breve periodo di benessere, astenia ingravesciente e impaccio motorio nella deambulazione. Anamnesi positiva per ipertensione arteriosa, bronchite cronica ed iperuricemia, con due pregressi episodi di FA parossistica. Assume valsartan, furosemide, ticlopidina e flecainide. Dalla cartella clinica, relativa ad un precedente ricovero (dicembre 2013), si evince che il paziente era “vigile ed orientato nel tempo e nella spazio, coerente nell'ideazione, autonomo nella deambulazione”. All'ingresso in DEA i parametri vitali sono nella norma. Il paziente è scarsamente orientato nel tempo e nello spazio; vengono obiettivati tremore sia a riposo che intenzionale agli arti inferiori, ipertono muscolare con atteggiamento in flessione, senza alterazioni del trofismo muscolare. Il Babinski è negativo bilateralmente e negativi sono i segni di Kernig e Brudzinski. Il paziente non è in grado di mantenere la stazione eretta. È conservata la deglutizione sia per i solidi che per i liquidi. All'ECG si evidenzia un QT-lungo per la frequenza, ed alla TaC cerebrale una diffusa atrofia cortico-sottocorticale. Ci si orienta verso uno stato confusionale acuto o, in alternativa, verso una demenza ad esordio acuto, compatibile con la Malattia di Creutzfeldt-Jakob (MCJ). Viene richiesto un EEG e, nel sospetto di MCJ, programmata una rachicentesi per il dosaggio della proteina 14-3-3 nel liquido cerebrospinale. L'EEG evidenzia un'attività di fondo scarsamente organizzata e discretamente rallentata. Pur considerando che le tipiche anomalie elettroencefalografiche, caratteristiche della forma sporadica (complessi periodici trifasici punta-onda a 1-2 cicli/secondo), non si riscontrano nella nuova variante della malattia di Creutzfeldt-Jakob, l'ipotesi di MCJ venne rapidamente esclusa dal riscontro di una insospettabile ipocalcemia (6,1 mg/dL) in presenza di una concentrazione di albumina sostanzialmente normale (3,9 g/dL). Concomitano ipokalemia (3,0 mMol/L) ed una Insufficienza Renale Cronica st. II (Creatinina=1,2 mg/dL; GFR=62 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>).

Viene intrapresa terapia con Calcio gluconato e successivamente con Carbonato di Calcio (2.500 mg, equivalenti a 1.000 mg di calcio) e Calcitriolo 0,25 mcg e richiesto il dosaggio del PTH e del Fosforo, che risulta ai limiti inferiori della norma. In 4<sup>a</sup> giornata i livelli del Ca<sup>++</sup> permangono bassi (6,9 mg/dL), a fronte di una riduzione dei tremori e dell'ipertono muscolare precedentemente obiettivati. Emerge tuttavia una seconda alterazione precedentemente sottostimata: l'ipomagnesemia (0,8 mg/dL), che da sola consente di chiarire le anomalie elettrocardiografiche e la concomitanza di ipokalemia e di ipocalcemia, secondarie rispettivamente ad un deficit del re-uptake tubulare del K<sup>+</sup> ed all'induzione di uno stato di ipoparatiroidismo funzionale. La somministrazione di Solfato di Magnesio in NaCl 0,9% determina una rapida normalizzazione della magnesemia e dei disordini elettrolitici di accompagnamento.

### Risultati dello studio prospettico multicentrico “Scompenso cardiaco nella Regione Campania”

Gallucci F<sup>1,2</sup>, Abete P<sup>2</sup>, Ambrosca C<sup>2</sup>, Avella F<sup>2</sup>, Beneduce F<sup>2</sup>, Boni R<sup>2</sup>, Borgia M<sup>2</sup>, Cannavale A<sup>2</sup>, Caputo D<sup>2</sup>, Caserta L<sup>2</sup>, Caso P<sup>2</sup>, Cositore G<sup>2</sup>, Dalia C<sup>2</sup>, De Donato MT<sup>2</sup>, De Feo V<sup>2</sup>, Esposito N<sup>2</sup>, Fimiani B<sup>2</sup>, Galderisi M<sup>2</sup>, Giaquinto E<sup>2</sup>, Giordano P<sup>2</sup>, Grasso E<sup>2</sup>, Guida L<sup>2</sup>, Iardi A<sup>2</sup>, Maffettone A<sup>2</sup>, Mayer MC<sup>2</sup>, Rabitti PG<sup>2</sup>, Ranucci R<sup>2</sup>, Renis M<sup>2</sup>, Ronga I<sup>2</sup>, Schiavo A<sup>2</sup>, Tassinario S<sup>2</sup>, Zuccoli A<sup>2</sup>, Gallucci F<sup>2</sup>, Fontanella A<sup>2</sup>, Uomo G<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna 3, AORN Cardarelli, Napoli; <sup>2</sup>Gruppo SFACS (Studio FADOI Campania Scompenso), Italy

**Premesse.** Lo scompenso cardiaco (SC) costituisce una causa primaria di ricovero ospedaliero in ambito internistico. La conoscenza delle caratteristiche cliniche nelle specifiche realtà geografiche rappresenta un punto fondamentale per un efficiente management di tali pazienti.

**Materiali e Metodi.** In questo studio prospettico, nato da una iniziativa della FADOI Campania, sono stati reclutati tutti i pazienti con SC osservati in 23 U.O. di Medicina Interna regionali nel periodo Aprile-Giugno 2014. In una specifica scheda Excel sono stati raccolti 32 items di ordine epidemiologico generale, diagnostico e clinico-terapeutico.

**Risultati.** Sono stati reclutati 975 pazienti ricoverati con SC (19.5% di 5000 ricoveri nello stesso periodo); 517 (53%) di sesso F, 458 (46.9%) di sesso M con età media di 76.9±9.9 anni (>nelle F, p=0.0001). 342 pazienti presentavano fibrillazione atriale con prevalenza maggiore nelle F (21% vs 13.9%, p=0.001). Cardiopatia ischemica era la causa più frequente di malattia (54.1%) senza differenze di sesso, laddove le cause non ischemiche erano più frequenti nelle F (24.4% vs 17.5%, p=0.007). Per la classe NYHA (indicata in 907 pazienti) i pazienti si distribuivano per il 42.3% in classe III e per il 38.2% in classe II (più frequente nelle F, p=0.0001). Ecocardio (in 523 pazienti) mostrava una FE. < 40% in 170 casi, <30% in 93 casi, > 50% in 101 casi, senza differenze di sesso. Il 60.3% dei pazienti non avevano avuto ospedalizzazioni nei 12 mesi precedenti. Comorbidità era presente come unico impegno d'organo nell'8.6%, duplice impegno nel 24.7% e triplice o più compromissione di altri apparati nel 64.9% dei casi. Ipertensione arteriosa era presente nel 76.9% della casistica (più frequente nelle F (43 vs 33.8%, p=0.0001); altre comorbidità di rilievo erano: BPCO 49.4%, diabete 42%, cerebrovasculopatie

38.3%, insufficienza renale cronica 35.7%, epatopatie 10.4%, neoplasie 9.8%. Diuretici dell'ansa (72.3%), antiaggreganti (53.8%), beta-bloccanti (52.3%), ACE-inibitori (51%), antialdosteronici (28.3%) erano i farmaci più di frequente assunti al momento del ricovero. Il 28% circa dei pazienti assumeva anticoagulanti orali (60% di tutti i pazienti con FA).

**Conclusioni.** Nella "real life" ospedaliera, l'età avanzata e le comorbidità caratterizzano il paziente che si ricovera in Medicina Interna con SC nella nostra Regione. I dati mostrano significative differenze di genere e prescrizione di farmaci sul territorio solo in parziale accordo con gli standard delineati dalle attuali linee-guida.

### Evoluzione dell'approccio prescrittivo in un team di diabetologi campani tra farmacoeconomia e target pressori

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

<sup>1</sup>UOC Malattie del Metabolismo, PO San Gennaro, ASL NA1, Napoli;  
<sup>2</sup>Centro di Diabetologia, Napoli 2 Nord, Napoli, Italy

Le linee guida assicurano che la somministrazione contemporanea di più farmaci antiipertensivi ottiene una migliore normalizzazione della pressione sanguigna limitando le crisi ipertensive riducendo gli effetti collaterali peculiari di ciascun prodotto. In questo studio retrospettivo, gli Autori riesaminano questo "modus operandi" analizzando le abitudini prescrittive di un team di diabetologi campani dal 2006 al 2011. Gli Autori sospettano che la concomitante somministrazione di numerose classi di farmaci può essere inutile in alcuni casi, a volte anche potenzialmente pericoloso per possibili danni agli organi e sistemi. È noto che il corpo umano è costretto a metabolizzare numerose molecole i cui effetti non sono sempre tutti noti, spesso ignorati dai medici oberati dal gran numero d'informazioni. I risultati dello studio evidenziano un lento e progressivo cambiamento prescrittivo di un gruppo di diabetologi. Essi si sono progressivamente adeguati ad un diverso stile terapeutico, utilizzando un minor numero di farmaci e associandoli secondo quanto proposto dalle attuali linee guida che supportano l'ipotesi che la somministrazione di molti, a volte troppe classi di farmaci per il trattamento della pressione sanguigna può talvolta risultare inutile o addirittura potenzialmente pericolosa per i pazienti spesso fragili e anziani. Attualmente, infatti, i medici potrebbero utilizzare una ricca politerapia più preoccupati di raggiungere e mantenere il target fissato dalle linee guida nazionali e internazionali che sono al momento in voga, e meno della qualità di vita e/o dello stato di benessere, dimenticando spesso le possibili interazioni tra i farmaci e gli eventuali effetti collaterali di una terapia farmacologica spesso complessa e costosa.

### Possibile danno causato dalla leptina sulla funzione renale nel paziente diabetico di tipo 2

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

<sup>1</sup>UOC Malattie del Metabolismo, PO San Gennaro, ASL NA1, Napoli;  
<sup>2</sup>Centro di Diabetologia, Napoli 2 Nord, Italy

**Obiettivi.** Chiarire gli effetti dell'associazione tra livelli sierici di leptina e la progressione della nefropatia diabetica in una popolazione di diabetici di tipo 2 ospedalizzati (T2D).

**Disegno dello studio e Metodi.** È stata selezionata una coorte osservazionale retrospettiva di 517 pazienti con T2D, esaminati due volte a una distanza di 4,3±2,2 anni. I pazienti sono stati classificati in quartili in base ai livelli di eGFR calcolato (MDRD). Le misure di esito erano il tasso di variazione di leptina rispetto alla progressione naturale ad una fase più avanzata di albuminuria.

**Risultati.** I pazienti con i più alti livelli di eGFR hanno mostrato bassi livelli di leptina, l'avanzamento progressivo del loro età e la durata del diabete è stata accompagnata da una progressiva riduzione dei valori calcolati di eGFR e un progressivo aumento del valore della leptina (Tabella 1).

**Conclusioni.** La graduale diminuzione della eGFR, determinato sia dall'avanzare dell'età che dal numero incrementato di anni di diabete, è stato associato ad un progressivo aumento dei valori di leptina sia al primo che al secondo controllo avvenuto dopo un intervallo medio di 4,3 anni. Come facilmente prevedibile, allo stesso tempo anche i livelli di microalbuminuria hanno presentato valori crescenti. I progressivi livelli sierici incrementati di leptina sono risultati essere fattori di rischio per il declino della funzione renale, quasi a provare una possibile correlazione tra attività pro-infiammatoria della leptina e nefropatia diabetica.

Tabella 1.

Sesso	eGFR (MDRD)	Valore	IC	p=
M	<45 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	1,886	1,088-3,269	0,022
F	<45 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	2,121	1,309-3,436	0,002
M	<60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	1,639	1,092-2,458	0,017
F	<60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	1,300	0,903-1,872	0,158

### La leptina e il fegato: possibile causa di steatosi epatica nelle donne diabetiche di tipo 2

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

<sup>1</sup>UOC Malattie del Metabolismo, PO San Gennaro, ASL NA1, Napoli;  
<sup>2</sup>Centro di Diabetologia, Napoli 2 Nord, Napoli, Italy

La leptina è una citochina e stimola la sintesi di altre citochine, tra cui l'interleuchina 8. Queste citochine a loro volta innescano la chemiotassi neutrofila e la risposta infiammatoria con conseguente danno perossidativo delle membrane lipidiche e necrosi degli epatociti. Sembra anche che la stessa leptina sia in grado di attivare altri mediatori dell'infiammazione (TNF-alfa, interleuchina 6 e 12) che determinano l'accumulo intra-epatocitario di acidi grassi, promuovendo l'infiammazione e la fibrosi con conseguente progressione a NASH o, addirittura, a cirrosi. Nella nostra osservazione, abbiamo valutato le possibili correlazioni tra rilievo ecografico di steatosi, alterazioni enzimatiche della funzionalità epatica, abitudini alimentari e, soprattutto, i valori di leptina in una popolazione di 84 NIDDM, esenti da malattia epatica virale acuta o cronica. Questi pazienti hanno dichiarato di non aver consumato alcol da almeno tre anni e di non aver registrato alcuna significativa variazione di peso negli ultimi tre mesi. La nostra popolazione era costituita da 84 pazienti con diabete di tipo 2 ammessi alla UOC di Malattie del Metabolismo, dei quali 34 (40,5%) uomini, con età media di 62,42±10,28 anni. Tutti i pazienti sono stati sottoposti alla raccolta anamnestica e alla misurazione di dati

antropometrici (BMI). Il campione di sangue a digiuno è stato utilizzato per determinare l'eventuale alterazione della funzionalità epatica, l'attività delle cellule beta e il grado di controllo glicemico, il set lipemico e la leptina. L'esame ecografico del fegato è stato utilizzato per rilevare la presenza di parenchima epatico iperecogeno (bright liver) al fine di porre la diagnosi di steatosi. I risultati hanno evidenziato un moderato aumento della leptina nei pazienti con steatosi, con un delta di 4,14 (ng/ml) (13,33±7,54 vs 9,19±3,74) negli uomini e 6,66 (ng/ml) (34,97±19,51 vs 28,31±18,86) nelle donne. Dividendo la popolazione in base alla normalità delle transaminasi, il 66,7% dei diabetici con elevata alanina aveva la steatosi contro il 33,3% che ne era esente, invece nel gruppo di pazienti con ALT normale il 54,2% aveva il fegato non steatosico contro il 45,8% che evidenziava un parenchima iperecogeno. I valori di leptina, nei diabetici con transaminasi normali è 0,77±0,59 (ng/ml) vs 0,85±0,59 (ng/ml) nei pazienti con ipertransaminasemia. Dai nostri dati si evince che le donne con iperleptinemia hanno un alto rischio di diventare steatosiche (OR=4,571; IC=1,383-15,109; p=0,011), dato per poco non confermato anche nel sesso maschile. La carenza di informazioni circa l'eziologia e l'evoluzione di fegato steatosico e la sua trasformazione in steatoepatite ci porta a cercare test diagnostici minimamente invasivi, che siano in grado di dare risultati affidabili avendo come gold standard l'esame istologico del parenchima epatico (Tabella 1).

**Conclusioni.** Attualmente siamo in grado solo di ipotizzare un aumento della leptina tra le possibili cause della presenza di steatosi epatica e la sua progressione a steatoepatite. Si consiglia pertanto di valutare l'aumento di leptinemia, associandola alla valutazione di altri indici alterati di infiammazione.

**Tabella 1. Stima del rischio Leptina/Steatosi divisa per sesso nella popolazione diabetica in esame.**

	Sesso	OR	IC	p=
Stima del rischio	M	4,200	0,983-17,950	0,048
Leptina/Steatosi	F	4,571	1,383-15,109	0,011

## Epatite C e aterosclerosi

Giorgio R, Gargiulo A, Guida I, Nuzzo MG

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

L'epatite C è una malattia sistemica e ciò viene sostenuto dal fatto che nella storia naturale del virus sono di frequente riscontro manifestazioni extra epatiche, le quali addirittura possono essere la prima manifestazione clinica dell'infezione, esse sono: la crioglobulinemia mista, neuropatie periferiche, disordini linfoproliferativi (frequente l'associazione tra HCV e linfoma non Hodgkin), dermatopatie come la porfiria cutanea tarda, tiroiditi, nefropatie (nefropatia crioglobulinemica, nefropatia membranosa, nefropatia diabetica), manifestazioni reumatologiche, Sindrome di Sjogren, fibrosi polmonare idiopatica. La nostra attenzione va a porsi come il virus dell'epatite C possa avere un ruolo nel manifestarsi dell'aterosclerosi, o meglio come interagisce l'HCV, l'infiammazione cronica e l'evoluzione del processo di aterosclerosi. È evidente che un ruolo fondamentale è giocato dallo stato infiammatorio cronico che si viene a verificare oltre che dalle strutture virali che direttamente o indirettamente modificano il fisiologico assetto ci-

tochinico spostandolo verso un pathway pro-infiammatorio. I meccanismi maggiormente coinvolti nel determinarsi dello stato infiammatorio sistemico sono: - aumento delle citochine; - cross talking tra epatociti infetti e cellule stellate; - azione diretta da parte della proteina core con attivazione dei monociti; - aumento dello stress ossidativo indotto dal virus HCV sia locale che sistemico (le proteine virali modificano le caratteristiche di membrana soprattutto mitocondriali e determinano alterazione della catena respiratoria, con aumento di ROS e RNS. La perdita di equilibri tra ROS e meccanismi antiossidanti determinerà attivazione delle cellule di Kupffer con evoluzione del processo fibrotico e mutazione del DNA). Da tali acquisizioni si ribadisce come l'infezione cronica da HCV non è solo una problematica di carattere epatologico ma determina la produzione di citochine pro-infiammatorie che associate alla insulino-resistenza, alla steatosi epatica ed al continuo stress ossidativo contribuirà alla formazione di un processo infiammatorio cronico sistemico come, nello specifico, nei confronti della formazione e progressione della placca aterosclerotica. Nel corso degli anni si sono avuti numerosi studi che evidenziano aumento di incidenza dei fenomeni cardiovascolari nella popolazione con infezione cronica da HCV; basti ricordare la maggior incidenza tra gli infetti da HCV di placche carotidiche con finanche identificazione della presenza del virus nelle placche stesse, ciò a riprova del possibile ruolo diretto del virus nel processo aterosclerotico. L'aterosclerosi, patologia infiammatoria cronica, è la principale causa di morte nei paesi occidentali. La formazione delle lesioni aterosclerotiche è la conseguenza di tre processi: - accumulo di LDL (ossidate o glicate) nello spazio extracellulare dell'intima arteriosa; - l'instaurarsi di uno stato infiammatorio con infiltrazione di linfociti e di macrofagi; - formazione della vera ed propria placca aterosclerotica dopo la migrazione e proliferazione di cellule muscolari lisce e la produzione di matrice extracellulare. L'accumulo di LDL (lipoproteine a bassa densità) nello spazio extracellulare dell'intima arteriosa rappresenta la condizione fondamentale per la genesi del processo aterosclerotico. Attualmente si cerca di definire non soltanto la quota di LDL come fattore di rischio ma anche le caratteristiche chimiche di queste ultime che possono presentarsi glicate od ossidate e determinano un insulto cronico endoteliale. Dopo tale insulto le cellule endoteliali espongono le VCAM-1 (VASCULAR CELL ADHESION MOLECULE), molecole di adesione per i monociti alla parete del vaso, aumentate in risposta a citochine infiammatorie. Dopo l'adesione dei monociti avviene la diapedesi leucocitaria. Una volta giunti nell'intima i monociti diventano macrofagi tissutali, i quali fagocitano le LDL modificate dai processi di ossidazione o glicazione e si trasformano in cellule schiumose. I macrofagi trasformati in cellule schiumose producono una serie di citochine amplificando il fenomeno infiammatorio locale. Al termine di questo processo si costituisce una lesione chiamata stria lipidica la cui evoluzione è verso la placca fibro-lipidica sostenuta dalla migrazione e dalla proliferazione delle cellule muscolari lisce dalla media all'intima. La proliferazione delle cellule muscolari lisce e la deposizione di matrice extracellulare conduce alla formazione del cappuccio fibroso il cui spessore è direttamente correlato alla stabilità della placca. Le placche vengono distinte in stabili (scarso contenuto in macrofagi, lipidi e linfociti, elevata concentrazione di collagene e cellule muscolari lisce) e instabili (core lipidico-necrotico ampio, sottile cappuccio fibroso, scarsa presenza di cellule muscolari lisce). La rottura della superficie di rivestimento costituisce un momento saliente nella evoluzione della lesione aterosclerotica: si può avere sia espansione con progressiva e lenta occlusione del vaso, sia la formazione di

un trombo che occlude completamente il vaso. È da considerare, però, che oltre il valore del colesterolo LDL circolante, nella sindrome dismetabolica da HCV, il ruolo della concentrazione ematica di LDL è marginale (ipocolesterolemia che risulterebbe in contrasto con i criteri sin ora utilizzati per predire il rischio cardiovascolare). Nello specifico (soggetto infetto da HCV a rischio di aterosclerosi), sono piuttosto le caratteristiche chimiche delle LDL che subendo un continuo insulto ossidativo potrebbero generare in maniera più rapida danni all'endotelio stabilendo l'inizio del quadro ateromasico.

**Conclusioni.** Il virus dell'epatite cronica C costituisce un probabile fattore di rischio aggiuntivo a quelli già noti nel determinismo delle alterazioni cardiovascolari in relazione al quadro infiammatorio cronico associato.

### Right atrial size and 30-day mortality in normotensive patients with pulmonary embolism

Guida A<sup>1</sup>, Di Micco P<sup>2</sup>, Fontanella A<sup>2</sup>, Dentali F<sup>3</sup>, Monreal M<sup>4</sup>, De Campora P<sup>5</sup>, Di Micco G<sup>5</sup>, Tufano A<sup>6</sup>, Niglio A<sup>7</sup>, Amitrano M<sup>8</sup> and the RIETE investigators

<sup>1</sup>UOC Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, AOU S. Giovanni e Ruggi, Salerno, Italy; <sup>2</sup>UOC Medicina Interna, Ospedale Fatebenefratelli, Napoli, Italy; <sup>3</sup>Università dell'Insubria, Varese, Italy; <sup>4</sup>Department of Internal Medicine, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Spain; <sup>5</sup>UOC Cardiologia, Ospedale Fatebenefratelli, Napoli, Italy; <sup>6</sup>Centro di Riferimento Regionale per Disturbo della Coagulazione, Università Federico II, Napoli; <sup>7</sup>Medicina Interna, AOU Seconda Università di Napoli; <sup>8</sup>UOS Moscati, AO S.G. Moscati, Avellino, Italy

**Background.** The role of right atrial (RA) dilatation for predicting mortality in normotensive patients with pulmonary embolism (PE) has not been completely studied.

**Methods.** We analyzed the RIETE Registry data to evaluate the prognostic value of RA dilatation (visual estimate) on transthoracic echocardiography (TTE) in patients with acute PE presenting with normal systolic blood pressure (levels  $\geq 90$  mm Hg).

**Results.** As to April 2013, 7,677 normotensive patients with acute PE underwent TTE within the first 48 hours. Of these, 2,268 (29.5%) had RA dilatation. At 30 days, 212 patients (2.76%) died, of whom 59 (0.77%) died of confirmed PE. Patients with RA dilatation had a 6-fold higher rate of fatal PE (1.85% vs 0.31%; odds ratio [OR]: 5.98; 95% CI: 3.44-10.8) and a 2-fold higher all-cause mortality (4.32% vs 2.11%; OR: 2.10; 95% CI: 1.59-2.76) compared with those without RA dilatation. On multivariable analysis, RA dilatation independently predicted fatal PE (relative risk [RR]: 3.71; 95% CI: 1.68-8.17), while right ventricular dysfunction did not (RR: 1.36; 95% CI: 0.66-2.80).

**Conclusions.** Among normotensive patients with acute PE, RA dilatation on TTE independently predicted fatal PE at 30 days.

### Una linfadenomegalia particolare

Iannuzzi R, De Ritis F, Liguori M, Pannone B, Mayer MC

Medicina Interna 4, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Giunge alla nostra osservazione un paziente di sesso maschile di anni 45, bevitore di circa un litro di vino al die, con anamnesi patologica remota negativa per patologie degne di nota. Riferiva

da circa due settimane comparsa di febbre, vomito e diarrea associata ad astenia marcata e mialgie arti inferiori. Nel corso del ricovero, persistendo la diarrea e le parestesie dolorose agli arti, ha praticato gastroscopia e colonscopia risultate nella norma e ENG suggestiva per neuropatia a prevalente interessamento sensitivo. Gli esami di laboratorio mostravano solo anemia (Hb 8,9g/dl) e piastrinopenia (PLT 80.000). Eseguiva quindi TAC total body con evidenza di linfonodi mediastinici, ascellari bilaterali, lombo aortici, celiaco mesenterici e diffusa alterazione osteoaddensante di aspetto metastatico di tutti i metameri vertebrali, dello sterno, delle coste e delle ossa del bacino. Nei giorni successivi comparsa di eruzione cutanea di tipo maculopapulare al tronco ed agli arti superiori. Effettuava quindi consulenza ematologica con consiglio di praticare biopsia linfonodale in ascellare destra con evidenza di iperplasia linfonodale con marcata istiocitosi dei seni e successiva mielobiopsia che evidenziava il 25% circa della popolazione cellulare rappresentata da elementi di grande/media taglia vacuolati (mastocellule) e presenza di diffuso infiltrato costituito da elementi cellulari con caratteri morfologici riferibili a mastocellule all'esame istologico. Veniva quindi posta diagnosi di mastocitosi sistemica ed il paziente veniva trasferito in ematologia.

**Discussione.** La mastocitosi è una malattia rara caratterizzata da un'abnorme proliferazione ed accumulo di mastociti in diversi organi e tessuti. E' attualmente riconosciuta come malattia emopoietica clonale di cui si riconoscono sette varianti. Rimane una malattia di difficile diagnosi in quanto i sintomi di esordio sono sfumati e non patognomonic. Essi sono dovuti alla liberazione dei mediatori chimici prodotti dai mastociti (istamina, leucotrieni C4, prostaglandine D2, Platelet Activating Factor, Eparina, chiami), dall'infiltrazione tissutale dei mastociti e/o dall'eventuale presenza di altre patologie ematologiche associate. La diagnosi necessita della evidenza di infiltrati mastocitari multifocali densi e della presenza di una percentuale maggiore del 25% di mastociti di forma fusata in sezioni istologiche del midollo osseo. Qualora possibile è utile lo studio genetico del codone 816 del gene KIT e la concentrazione sierica di triptasi.

### Febbre, dispepsia e poliuria: un nuovo caso per l'internista

Ilardi A, D'Avino M, Muscherà R, Di Monda G, Rabitti PG

UOSC Medicina 1, AORN Antonio Cardarelli, Napoli, Italy

**Caso clinico.** Paziente di anni 68, ricoverata per dolore addominale nel novembre del 2014, con riscontro all'ingresso di un aumento di amilasi e lipasi. Nel settembre dello stesso anno, a seguito di ripetuti episodi lipotimici, esegue un Holter-ECG, sulla base del quale il cardiologo di fiducia pone indicazione al posizionamento di un PMK-bicamerale. In anamnesi: ipertensione arteriosa ed un pregresso intervento chirurgico per ulcera peptica sanguinante. Durante l'iniziale periodo di osservazione in ambiente chirurgico, viene rilevata poliuria (circa 6000 ml/die) con un intake di fluidi di circa 2 L/die. Viene trasferita in Medicina Interna in 4<sup>a</sup> giornata: è ipoteta (PAS=85) con febbre intermittente, lamenta vaghe turbe dispeptiche con iporessia e tende spontaneamente ad assopirsi. La temperatura corporea aumenta gradualmente nel corso delle 24 ore successive, fino ad un valore di 38,5 °C. Sono richiesti i comuni esami di routine e prelievi seriati per emocolture (positività per *Acinetobacter bau-*

manii MDR). Agli esami di laboratorio si rileva la presenza di leucocitosi neutrofila e d'ipernatremia (154 mMol/L). Nei successivi controlli, si assiste ad un progressivo aumento del Ca<sup>++</sup> plasmatico (fino a 13 mg/dL), a fronte di un valore iniziale di 9,5 mg/dL: dato già presente (17,0 mg/dL) nel corso di un precedente controllo (giugno 2014). Vengono richiesti i dosaggi di PTH e Vit. D. Alla luce del consistente aumento del PTH si decide di sottoporre la paziente ad esame ecografico del collo (positivo per nodulo paratiroideo a destra) con successiva integrazione TC, che conferma la presenza della suddetta lesione; negativo invece l'esame scintigrafico. La paziente viene indirizzata al chirurgo con diagnosi di Iperparatiroidismo primitivo.

**Discussione.** In presenza di una calcemia elevata è necessario innanzitutto escludere errori in fase pre-analitica (stasi venosa prolungata, contatto del campione con l'aria durante il trasferimento in provetta, tardiva separazione delle cellule, variazioni circadiane del catione legate ai pasti ed alla postura). La conferma dell'ipercalcemia deve far sospettare, in prima istanza, un iperparatiroidismo primario, senza sottovalutare una possibile genesi PTH-indipendente (neoplasie, intossicazione da Vit. D, malattie granulomatose croniche, immobilizzazione, nutrizione parenterale). In chiave fisiopatologica risulta di particolare interesse il meccanismo sotteso alla genesi della poliuria. Circa il 30-35% del Ca<sup>++</sup> filtrato a livello glomerulare viene riassorbito per via paracellulare a livello del tratto ascendente spesso dell'ansa di Henle. L'ipercalcemia, attivando un calcium-sensing receptor (CSR) basolaterale, inibisce l'escrezione del K<sup>+</sup>, con riduzione del potenziale positivo endoluminale e conseguente riduzione del riassorbimento di Ca<sup>++</sup> e Magnesio. La diminuita escrezione del K<sup>+</sup> riduce in parallelo il riassorbimento del Na<sup>+</sup> attraverso il simporto NKCC2, con un effetto quindi analogo ai diuretici dell'ansa. A livello del dotto collettore, invece, l'attivazione del CSR impedisce l'inserzione delle molecole di AQ-2 alla superficie luminale della membrana delle cellule principali, inibendo il riassorbimento ADH-mediato di acqua libera.

### Il caso del "dolore migrante"

Ilardi A, Di Monda G, Muscherà R, Rabitti PG

UOSC Medicina 1, AORN Antonio Cardarelli, Napoli, Italy

**Caso clinico.** Paziente di 38 anni, coniugata, pluripara, fumatrice di circa 10 sigarette/die, in Pronto Soccorso per dolore addominale localizzato al fianco sinistro. Da circa 4 settimane riferisce la comparsa di sonnolenza diurna ed astenia. All'ingresso in DEA, la temperatura corporea è febbricolare con positività a sinistra della manovra di Giordano. All'ecografia dell'addome si evidenziano una modesta dilatazione caliceale sinistra ed una formazione ovalare renale destra, a sede polare superiore, "suggestiva per adenoma surrenalico"; gli esami di laboratorio evidenziano un'anemia normocromico-normocitica di grado moderato (Hb=8,3 g/dL) ed un aumento della Proteina C-Reattiva (12,2 mg/L), con sideremia nella norma. Inizia terapia con levofloxacina (500 mg/die e.v.). Nel corso delle 24 ore successive il dolore si attenua fino a scomparire, ripresentandosi in 3<sup>a</sup> giornata, ma localizzato ai quadranti destri dell'addome, parzialmente responsivo agli spasmolitici e ai FANS: alla palpazione profonda si obietta una dolorabilità elettiva in sede epigastrica con negatività bilaterale della manovra di Giordano. In 4<sup>a</sup> giornata il dolore migra al fianco destro con obiettività addominale immutata. Alla TC

dell'addome si apprezza una formazione polipoidale localizzata in corrispondenza del fondo gastrico, con calcificazioni nel suo contesto, ed una formazione ovalare al VII segmento epatico "suggestiva per cisti da echinococco". L'esame endoscopico (EGDS), e la successiva integrazione ecoendoscopica, consentono di porre il sospetto di GIST (GastroIntestinal Stromal Tumour), - sospetto poi confermato all'esame istologico. La paziente veniva pertanto indirizzata al chirurgo per l'intervento di exeresi della lesione.

**Discussione.** I tumori stromali gastrointestinali sono tumori rari, con un'incidenza stimata di circa 1,5 casi/100.000 ab./anno, ovvero circa 900 nuovi tumori/anno, che in un caso su tre sono diagnosticati già in fase metastatica. Le sedi d'insorgenza più frequenti sono lo stomaco (50%), il piccolo intestino (25%), l'esofago (5%), il retto (5%). Nel loro complesso costituiscono un gruppo omogeneo di lesioni mesenchimali, caratterizzato da morfologia a cellule fusate, epitelioidi o miste. La malattia è leggermente più frequente negli uomini che nelle donne e l'età è uno dei fattori di rischio riconosciuti, perché questi tumori si manifestano più frequentemente dopo i 50 anni e solo raramente prima dei 40. In oltre il 90% dei GISTs è presente una mutazione nel gene c-kit, mentre nel 5-10% dei tumori non ereditari si osserva una mutazione nel gene che codifica per la proteina PDGFRA, come la proteina KIT appartenente alla famiglia delle tirosin-kinasi. Nei casi di tumore localmente avanzato o metastatico, l'impiego di specifici inibitori delle suddette proteine (imatinib, sunitinib, regorafenib) consente di bloccare la crescita tumorale, con apprezzabile prolungamento della sopravvivenza libera da progressione (Progression-Free Survival, PFS).

### Due casi clinici di sieroconversione HBsAg/anti-HBs in pazienti affetti da epatite cronica HBV correlata HBeAg-negativa

lovinella V<sup>1</sup>, Izzi A<sup>2</sup>, Iazzetta N<sup>3</sup>, Martinelli F<sup>4</sup>, Visconti M<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Dirigente Medico Responsabile Centro Prescrittore PO S. Paolo, PSP Loreto Crispi, ASL Napoli 1 Centro, Napoli; <sup>2</sup>Dirigente Medico AORN dei Colli, PO D. Cotugno, Napoli; <sup>3</sup>Dirigente Medico PSP Loreto Crispi; <sup>4</sup>Dirigente Medico PO Capilupi; <sup>5</sup>Primario Emerito di Medicina Interna, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

L'infezione epatica da virus B rappresenta ancora oggi un serio problema di salute pubblica in tutto il mondo: circa il 30% della popolazione mondiale mostra evidenza sierologica di infezione attuale o passata. Per modificare la storia naturale della malattia dal 1981 è disponibile un vaccino sicuro ed efficace e l'attuazione, a vari livelli, della vaccinazione universale nei neonati ha comportato un netto calo della prevalenza dell'epatite da virus B. Per la terapia, invece, ci si può affidare a sette farmaci: gli interferoni e gli analoghi nucleos(t)idici (NUCs). Il trattamento con l'IFN porta ad una risposta più durevole ma è associato ad effetti collaterali sgradevoli. I NUCs, invece, hanno un'azione virosoppressiva diretta con modesti effetti collaterali. Il trattamento antivirale ha dimostrato di essere efficace nel sopprimere la replica virale; tuttavia tali farmaci non riescono ad eliminare il virus, ma solo a controllarne la replicazione. L'obiettivo della terapia dell'epatite B è quello di prevenire la cirrosi, lo scompenso epatico, il carcinoma epatocellulare. Nella pratica clinica la risposta al trattamento è determinata dalla soppressione dei livelli sierici di HBV-DNA, che correlano con l'evoluzione in HCC, la conversione dell'HBeAg in anti-HBe, la normalizzazione delle transami-

nasi e il miglioramento dell'istologia epatica. L'endpoint più difficile da ottenere, sia con l'IFN sia, ancor più, con gli antivirali, è la conversione HBsAg/anti-HBs. Infatti se il 99% dei soggetti trattati è virosoppresso solo l'11% e l'8% dei pazienti rispettivamente e-positivi ed e-negativi sieroconvertono. Noi descriviamo 2 casi clinici in cui pazienti affetti da virus B, e-negativi con malattia lieve-moderata, hanno siero convertito l'HBsAg.

**Caso clinico #1.** Sesso maschile, nato il 23/02/1952, imprenditore. Non fumatore, modico bevitore. Nel 2007 ha praticato un D.H. per ipertensione arteriosa presso il P.O. San Paolo, dove ha scoperto "accidentalmente" di essere HBsAg positivo, e-negativo, Anamnesi familiare negativa per infezione da HBV. Nell'anamnesi personale appendicectomia nell'infanzia; non sono state segnalate altre possibili fonti di contagio (aghi contaminati, contatti sessuali, tatuaggi, piercing, uso di droghe per via endovenosa); assenza anche di noti comportamenti a rischio sia in ambito familiare che socio-lavorativo. Buone condizioni generali. Nei comuni esami di laboratorio modesto incremento della GPT (43U/l,v.n.37); null'altro da segnalare, se si eccettua una modesta piastrinopenia secondaria a sequestro splenico. Gli esami di biologia molecolare hanno confermato l'infezione da virus B (HBV-DNA 1,86x10<sup>4</sup>/ml, genotipo D). Negativa la ricerca del virus Delta. In previsione di terapia, è stato sottoposto a biopsia epatica in D.H., secondo le indicazioni di S. Sherlock, con ago di Menghini modificato. Essendo risultato un grado di fibrosi S3 il pz. ha effettuato un trattamento con tenofovir (TDF) dal settembre 2008. A distanza di 6 anni dall'inizio della terapia si è assistito alla conversione HBsAg/anti-HBs. Il monitoraggio degli esami di funzione renale, nel tempo, non si sono modificati.

**Caso clinico #2.** Sesso maschile, di anni 55, affetto da epatite cronica HBV correlata, HBeAg e Delta negativo. Previa biopsia epatica con fibrosi S2, ha effettuato un tentativo terapeutico con Peg-Interferone per 12 mesi con relapse alla fine del trattamento. Si è deciso, pertanto, di ritrattare il paziente con Entecavir (ETV) e dopo circa due anni di terapia si è assistito alla sierconversione s/anti-s.

**Considerazioni e Conclusioni.** La terapia dell'epatite da virus B ha come endpoint principale la conversione s/anti-s che però è molto difficile da ottenere. La disponibilità di antivirali potenti, con elevata barriera alla resistenza, ben tollerati e sicuri, e, pertanto, in grado di mantenere per un lungo periodo i benefici della terapia, supportano l'indicazione ad anticipare il trattamento antivirale nei pazienti con malattia lieve, prima cioè della comparsa di ciò che in altri ambiti della medicina è definito come "danno d'organo". Intervenire negli stadi precoci di malattia permette di modificare la storia naturale dei pazienti e migliorare sia la qualità di vita sia la sopravvivenza degli stessi. Nei nostri 2 pazienti la sierconversione è avvenuta probabilmente proprio per questi motivi: bassa viremia di partenza, uso di farmaci antivirali ad alta barriera genetica, fibrosi medio-bassa.

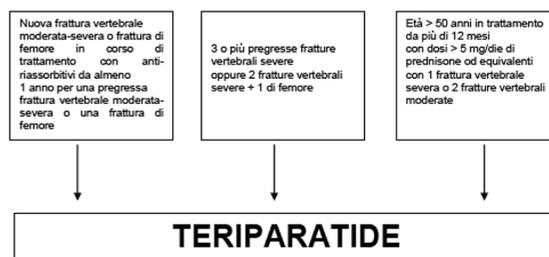
### Prevenzione e cura dell'osteoporosi nel trapiantando e trapiantato epatico: proposta di percorso diagnostico terapeutico assistenziale

Italiano G<sup>1</sup>, d'Errico T<sup>2</sup>, Maffettone A<sup>3</sup>, Gargiulo A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC di Medicina Interna, AO S. Anna e Sebastiano, Caserta; <sup>2</sup>UOC di Medicina Interna, S.M.d.P degli Incurabili, ASL Napoli 1 Centro, Napoli; <sup>3</sup>UOC di Medicina Interna, Ospedale V. Monaldi, Azienda dei Colli, Napoli, Italy

**Introduzione.** Il 10-15% dei soggetti con insufficienza d'organo e in attesa di trapianto può essere portatore di fratture da fragilità. Successivamente il rischio raggiunge circa il 30% nei primi 12-18 mesi dopo il trapianto. Una significativa diminuzione della massa ossea nei pazienti con end stage liver disease è relativa a bassa formazione ossea, compromissione del metabolismo osseo (per quanto riguarda la vitamina D e livelli di ormone paratiroideo) e ipogonadismo. Il metabolismo osseo deve essere valutato prima del trapianto. Sono raccomandati l'esecuzione della densitometria ossea (DEXA o ultrasonometria calcaneare), la radiografia in laterale della colonna dorso lombare con morfometria per la diagnosi di fratture prevalenti, i livelli di vitamina D e la valutazione della funzione delle gonadica, tiroidea e renale. Il trattamento post-trapianto è indicato a prescindere dalla BMD.

**Proposta di PDTA.** Ogni candidato al trapianto epatico deve eseguire: Calcio sierico totale, Fosforemia, isoenzima osseo della fosfatasi alcalina, emocromo, VES, PCR, Elettroforesi delle proteine sieriche, Creatinemia, AST/ALT, FT4, TSH, Calciouria, PTH, 25OHvitD3, 1-25OHvitD3, Testosterone. Se vi sono alterazioni correggerle. Radiografia della colonna dorso lombare con morfometria: in presenza di una frattura vertebrale iniziare terapia con bisfosfonato orale, endovena o inibitore del RANKL, in presenza di tre o più fratture iniziare terapia con Teriparatide. Densitometria ossea con DEXA o Ultrasonometria al calcagno: per T-score <-2,5 iniziare terapia con bisfosfonati sec nota 79. Per T-score compreso tra -1 e -2,5 iniziare terapia con bisfosfonati o inibitore del RANKL; per T-score >-1 correzione del metabolismo se necessario. Implementare la terapia con Vitamina D. I dati di letteratura suggeriscono la possibilità di utilizzare una singola infusione di acido zoledronico. Per ogni paziente trapiantato epatico occorre valutare: I STEP. Valutazione delle fratture: Radiografia della colonna dorso lombare con morfometria: in presenza di una frattura vertebrale iniziare terapia con bisfosfonato orale, endovena o inibitore del RANKL, in presenza di tre o più fratture iniziare terapia con Teriparatide. II STEP. Densitometria ossea con DEXA o Ultrasonometria al calcagno: per T-score <-2,5 iniziare terapia con bisfosfonati sec nota 79. Per T-score compreso tra -1 e -2,5 iniziare terapia con bisfosfonati o inibitore del RANKL; per T-score >-1 correzione del metabolismo se necessario. In ogni caso bisogna implementare la terapia con Vitamina D. III STEP. Monitoraggio: la valutazione del paziente in trattamento viene effettuata a cadenza semestrale per i primi due anni post trapianto. Nel corso della visita vanno ricercati i segni di una probabile frattura da fragilità in sedi meno note (metatarso, polso, coste); non vanno escluse la valutazione delle fratture maggiori sia dal punto di vista clinico (lombodorsalgie sospette per fratture da fragilità); eseguire rx tratto dorsolombare con morfometria. In particolare per i pazienti in trattamento per presenza di fratture si consiglia il seguente algoritmo:



## Vasculite ANCA associata e tapazole

Italiano G, Vinciguerra A, Reale P, Gargiulo A

UOC di Medicina Interna, AOC S. Anna e Sebastiano, Caserta, Italy

La terapia per la tiroidite di Basedow prevede l'uso di farmaci antitiroidei (ATD) come propiltiouracile (PTU) e metimazole (MTM). Questa terapia può causare una serie di effetti collaterali come ipertransaminasemia, leucopenia, rash cutaneo e artralgia. Vasculiti direttamente correlate all'uso di MTM sono descritte raramente.

**Caso clinico.** Paziente, di 48 anni, femmina, un mese prima della nostra osservazione aveva ricevuto la diagnosi di malattia di Basedow. Dopo circa tre settimane di terapia con MTM ha iniziato a presentare: febbre, poliartralgia, tremori articolari, cefalea, lesioni cutanee superficiali al dorso e soprattutto alle estremità caratterizzate da area eritematosa con lesione necrotica centrale in alcune e lesione similpurulenta in altra, dolenti spontaneamente. Rx torace, funzione renale ed epatica erano nella norma. Dati di laboratorio:

Emocromo		Autoimmunità	V.N.	
Globuli bianchi	1.964/mm <sup>3</sup>	ANA	Assenti	Assenti
Neutrofilii	530	pANCA	21	< 5UI/ml
Linfociti	975	cANCA	3	< 5UI/ml
Monociti	268	Procalcitonina	0.1	
Esosinofili	191	TSH	0.01	
Basofili	0	FT4	4.78	

Una biopsia della lesione superficiale ha rivelato vasculite leucocitoclastica dei piccoli vasi. E' stata sospesa terapia con MTM ed iniziata terapia con prednisone (1 mg/kg/die). Siamo stati in grado di osservare un rapido miglioramento del quadro clinico).

**Discussione.** Farmaci ATD possono causare febbre, rash, orticaria, artralgia/artrite, ipoacusia neurosensoriale, vasculite del SNC, sintomi respiratori (da epistassi a diffusa emorragia alveolare), sclerite, glomerulonefrite, lupus-like sindrome, policondrite, epatite tossica e agranulocitosi. Le reazioni avverse possono verificarsi nell' 1% -5% dei pazienti spesso con dosi elevate di MTM, mentre l'uso di PTU fa non sembra influenzare l'insorgere delle reazioni suddette. L'agranulocitosi è il peggior effetto collaterale, che si verifica nello 0.37% dei pazienti trattati con PTU e 0,35% dei pazienti trattati con MTM. La vasculite è la terza reazione tossica principale osservata con l'uso di antitiroidei. La patogenesi della vasculite associata a ATD è sconosciuta. Vasculite associata a MTM è una complicanza rara, con pochi casi descritti nella letteratura medica. Essa può a tempo debito interessare vari organi quali polmoni e reni, ma raramente ha esito letale. Il riconoscimento precoce di vasculite cutanea è cruciale perché la sospensione del farmaco deve essere immediata per prevenire la progressione della malattia e le sue complicanze. L'uso di steroidi è necessario per determinare un esito favorevole. Nel caso descritto, la risoluzione delle lesioni cutanee dopo somministrazione di steroidi rafforza la diagnosi di vasculite associata all'uso di MTM. Pochi casi di vasculite ANCA associata in pazienti in trattamento con MTM sono descritti in letteratura. Ulteriori studi sono necessari per chiarire la patogenesi di tale vasculite.

## Una banale tosse stizzosa?

Luiso V, Solaro E, Cristiano G, D'Alessio A, Giunta R

Clinica Medica SUN, Napoli, Italy

Nell'Ottobre 2014 giungeva alla nostra osservazione un pakistano di anni 55, in Italia da circa 20 anni, proveniente dal P.S. di un altro Ospedale dove si era recato per tosse stizzosa persistente. Altri due accessi nei tre mesi precedenti allo stesso P.S. per la stessa sintomatologia. In entrambe le occasioni era stato dimesso con diagnosi di bronchite acuta e prescrizione di antibioticoterapia. La sintomatologia non era mai regredita tanto che si era perfino rivolto ad un cardiologo. Questi, riscontrando all'ECG una tachicardia sinusale, aveva prescritto un beta-bloccante. In anamnesi nessuna patologia di rilievo. Non fumatore, non beveva alcolici, non assumeva farmaci e lavorava come sarto in una industria tessile. L'anamnesi familiare era negativa per patologie neoplastiche. Riferiva dispnea da sforzo. All'E.O. presentava tachipnea, tachicardia, apiressia, normali valori pressori, toni cardiaci parafonici, turgore giugulare e succulenza agli arti inferiori. Al torace era presente ottusità basale sinistra con riduzione del M.V. Sull'addome era evidenziabile una ottusità mobile al di sotto dell'ombelicale trasversa. La peristalsi era valida. L'ECG mostrava una tachicardia sinusale con frequenza cardiaca di 115 bpm, frequenti extrasistoli sopraventricolari, basso voltaggio totale. Date le condizioni emodinamiche veniva eseguito un ecocardiocolordoppler urgente. Era così evidenziato un cospicuo versamento pericardico con parziale collasso ventricolare destro e rischio di tamponamento cardiaco. La immediata pericardiocentesi eco-guidata con permanenza di drenaggio per circa tre giorni permetteva la rimozione totale di circa 1100 cc di liquido sieroso-ematico su cui poi furono eseguiti: esame citologico, esame chimico-fisico, esame colturale con ricerca del BK. Tutti risultarono negativi. Gli esami ematochimici di routine erano sostanzialmente normali compresa la VES (15 mm alla 1 ora), eccetto un lieve incremento della PCR (1.8 mg/dl vn: <0.5 mg/dl). Altrettanto normali risultarono il pannello antivirale, l'autoimmunità, i markers neoplastici. Il paziente fu allora sottoposto ad una TC total body con mdc che evidenziò "...formazione solida nel mediastino anteriore a margini irregolari delle dimensioni di 95x45x80 mm, infiltrante il pericardio fino a contrarre rapporti con il cuore, la VCS, l'aorta ascendente ed il tronco polmonare con presenza di adenopatie multiple mediastiniche...". Alla PET-TC tali aree apparivano ipercaptanti con un SUV massimo di 18.80. Fu quindi eseguita una biopsia della massa mediastinica in corso di mediastinoscopia effettuata presso il Reparto di Chirurgia Toracica. Il successivo esame istologico risultò diagnostico per "carcinoma timico scarsamente differenziato". Il paziente ha quindi iniziato un trattamento chemioterapico adiuvante in previsione dell'intervento di timectomia. Il carcinoma timico è un tumore raro, a lenta crescita, che frequentemente è diagnosticato incidentalmente con una Rx del torace. Nel 30% dei casi si accompagna a sindromi paraneoplastiche quali la miastenia gravis, peraltro assente nel nostro paziente. Solo nei casi avanzati compaiono sintomi legati agli effetti compressivi della massa tumorale ed all'infiltrazione degli adiacenti organi mediastinici. Possono allora presentarsi sintomi come dolore toracico, dispnea e tosse stizzosa da compressione bronchiale e/o da

paralisi del nervo frenico. Comuni manifestazioni della malattia avanzata sono il versamento pleurico e pericardico. La terapia è chirurgica, se il tumore è localizzato, con possibilità di recidiva solo nel 2% dei casi quando è incapsulato. Nel caso di tumore disseminato, come nel caso del nostro paziente, può essere impiegata la radioterapia loco-regionale con o senza chemioterapia. Nelle forme metastatizzate è essenzialmente utilizzata la chemioterapia. Il caso riportato risulta interessante per la sua rarità ma anche per il prolungato e travagliato percorso diagnostico iniziale dovuto alla presenza di un sintomo di esordio abbastanza comune. Sicuramente, in fase iniziale, la durata del sintomo tosse e la sua persistenza per mesi, nonostante le varie terapie, avrebbe dovuto suggerire la necessità di approfondimento diagnostico clinico-strumentale. Nel nostro caso sono risultati dirimenti gli esami strumentali e l'imaging toracico, a fronte della "banalità" dei segni clinici e la povertà diagnostica degli esami ematochimici nella fase iniziale.

### Prima esperienza clinica sull'uso di insulina degludec vs insulina glargine nel trattamento di pazienti con diabete mellito tipo 2 insulino-trattati in ospedale

Maffettone A, Rinaldi M, Maiolica O, Ussano L

UOC Medicina ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico, AO Ospedali dei Colli, Plesso Monaldi, Napoli, Italy

**Obiettivi.** L'insulina degludec (IDeg) è una nuova insulina basale con emivita di circa 24 ore, da poco immessa in commercio in Italia. Abbiamo studiato l'efficacia di IDeg in monodose serale su 7 pazienti diabetici tipo 2, in aggiunta ad IPO orali e confrontati con altri 7 pazienti con la stessa associazione terapeutica che utilizzavano con IGLar per un periodo di 6 settimane.

**Materiali e Metodi.** 14 pz con DMT2 (8 F e 6 M) ricoverati in ospedale e trattati in precedenza con metformina (500mgx2/die) e sulfaniluree o glinidi sono stati assegnati all'aggiunta terapeutica di insulina basale, alternativamente 7 a IDeg e 7 a IGLar in somministrazione serale. I due gruppi avevano all'ingresso valori di HbA1c compresi tra 7,5-9,2% (Media 8,35%). Per l'insulinizzazione basale abbiamo calcolato, durante la degenza, un dosaggio di insulina basale del 50% rispetto ad un fabbisogno insulinico totale ipotizzato di 0.3 UI/Kg. Sono stati utilizzati dosaggi compresi tra 10 e 24 UI/die delle due formulazioni insuliniche. Il nostro target di glicemia a digiuno era compreso tra 120-160 mg/dl. Abbiamo ricontrattato il valore dell'HbA1c dopo 6 settimane dall'inizio della nuova terapia.

**Risultati.** Al termine dello studio abbiamo osservato una riduzione media di HbA1c dello 0,7% (media HbA1C 8,1%;), un incremento ponderale medio di 2,8 Kg (BMI medio salito da 29,4 a 30,6). Le dosi medie giornaliere di IDeg e IGLar sono state sostanzialmente eguali (18 unità vs 22 unità/die). Il valore di HbA1C è diminuito del 0,9% nei pazienti trattati con IDeg e dello 0,8% in quelli trattati con IGLar (P <0,05 ns). Durante lo studio vi sono stati alcuni episodi di ipoglicemia notturna non severa, verificatisi con una percentuale inferiore nei pazienti in trattamento con degludec rispetto a glargine. Non sono stati osservati eventi avversi in entrambi i gruppi.

**Conclusioni.** In tutti i pazienti l'aggiunta dell'insulina basale ha consentito un miglioramento dell'equilibrio metabolico. Nel gruppo trattato con IDeg si è verificato però un minor numero

di episodi di ipoglicemie notturne non severe (3 IDeg vs 5 IGLar). In questa esperienza, condotta su pazienti inizialmente degenti in ospedale, è stato possibile verificare l'efficacia e la sicurezza d'uso della nuova insulina basale IDeg.

### Medicina narrativa: utile supporto al personale sanitario nella cura delle patologie metaboliche. L'esperienza della Medicina Interna dell'Ospedale Monaldi-AO Ospedali dei Colli, Napoli

Maffettone A<sup>1</sup>, Rinaldi M<sup>1</sup>, Giacconi P<sup>2</sup>, Maiolica O<sup>1</sup>, Borgia M<sup>1</sup>, Ussano L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Medicina ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico, AO Ospedali dei Colli, Plesso Monaldi, Napoli; <sup>2</sup>La voce delle Fiabe, Piccola Scuola Italiana per Cantastorie, Udine, Italy

Il diabete mellito è una malattia cronica complessa. Richiede molteplici interventi da parte del personale sanitario per assicurare un buon controllo metabolico, controllare i fattori di rischio cardiovascolare e prevenirne le complicanze acute e croniche. Tale patologia necessita di un'intensa e costante attività educativa da parte del personale sanitario, così da far acquisire al paziente l'empowerment e le nozioni necessarie all'autocontrollo e all'autogestione della malattia. Le strutture ospedaliere di Diabetologia e Malattie Metaboliche sono da configurarsi, quindi, come strutture specialistiche altamente qualificate, che erogano molteplici e multiformi prestazioni. Ciò è possibile, se si pone al centro del processo di cura la PERSONA con diabete, così da non lasciarla mai sola. Il paziente diabetico - per le caratteristiche della patologia - è da paragonare a un elefante di cristallo. Un elefante per la pesantezza della patologia: cronica, complessa e altamente invalidante. Di cristallo per la fragilità emotiva che deriva dall'ineluttabilità e dalla difficoltà di adattarsi ad essa. Come Unità Operative Ospedaliere a specifica valenza metabolica, abbiamo sempre considerato l'approccio al paziente nella sua globalità. Ciò significa dare giusto valore anche all'aspetto psichico del paziente e alla sua accettazione di una patologia dalla quale non guarirà mai, ma con la quale ha bisogno di imparare a convivere. Nell'aprile 2010, nel gennaio 2012 e nel novembre 2014 la UOD Metabolica e la UOC di Medicina Interna dell'Ospedale Monaldi-AO Ospedali dei Colli di Napoli hanno organizzato 3 convegni ECM. In tutti gli eventi formativi un'apposita sessione è stata dedicata alla Medicina Narrativa, portata a Napoli dalla prof.ssa Piera Giacconi, della Scuola per Cantastorie La voce delle fiabe di Udine. Nell'aprile 2010 la relazione era intitolata "Come ottenere l'adesione alla multiterapia: la voce delle fiabe". Al Convegno organizzato nel 2012 la prof.ssa Giacconi ha parlato nella sessione "Farmacologia ospedaliera e diabete" di "Come raggiungere un'efficace collaborazione interdisciplinare: consigli per medici e infermieri", mentre nella quinta sessione del Convegno del 2014 ci ha illustrato le modalità di "empowerment" del personale sanitario nel trattamento del diabete, patologia cronica e complessa. Negli eventi formativi i partecipanti (medici e infermieri ospedalieri, medici del territorio, dietisti, psicologi) hanno fatto esperienza di tecniche di mindfulness e di respirazione ritmata volontaria. Successivamente con l'ausilio della narrazione di alcune fiabe millenarie (tra queste La figlia intelligente del contadino) si è proceduto a illustrare come l'ap-

proccio narrativo-esperienziale possa essere utile nella formazione ed educazione permanente del personale sociosanitario. I racconti sono state molto apprezzati dai partecipanti al convegno, che hanno ribadito l'importanza di un approccio personale "diversificato" e "consapevole" da parte del personale sanitario per le patologie croniche come il diabete.

### Utilizzo di palloncino intragastrico OBALON in pazienti obesi affetti da diabete tipo 2: prima valutazione a 3 mesi

Maffettone A, Rinaldi M, Maiolica O, Ussano L

UOC Medicina ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico, AO Ospedali dei Colli, Plesso Monaldi, Napoli, Italy

Il sistema a palloncino intragastrico "Obalon" è indicato per l'uso temporaneo nel dimagrimento degli adulti in sovrappeso o obesi (IMC  $\geq 27$ ) che non abbiano tratto beneficio da precedenti programmi dietetici controllati. Immesso in commercio in Europa nel 2012, è progettato per essere ingerito in capsule di gelatina e gonfiato con 250 cc di gas senza necessità di endoscopia o sedativi. Per aumentare il volume occupato è possibile ingerire e gonfiare ulteriori palloncini nell'arco dell'intero periodo di trattamento di tre mesi allo scopo di stimolare un'ulteriore perdita di peso. Tutti i palloncini sono destinati ad essere rimossi al termine del periodo di tre mesi mediante una breve endoscopia. Sono stati studiati 8 pazienti (3F e 5M) con BMI di  $39 \pm 4.4$  kg/mq, peso medio iniziale  $112 \pm 2$  kg ed età media  $40.0 \pm 1$  anni affetti da DMT2 ed in terapia con ipoglicemizzanti orali e/o insulina basale. Una sottopopolazione del 30% (3) ha ricevuto l'impianto di un secondo palloncino intragastrico il 2 mese per la persistenza dello stimolo della fame. All'inizio (ed ogni mese per 3 mesi), sono stati valutati parametri antropometrici (peso, altezza, BMI, circonferenza vita e fianchi), laboratoristici (glicemia, insulinemia, C peptide, lipidi plasmatici, HbA1c, amilasi, transaminasi, emocromo) ed è stato effettuato esame impedenziometrico (BIA) per la valutazione della composizione corporea. Durante lo studio i pz hanno seguito regime dietetico ipocalorico (nei primi 7 gg dieta liquida e poi semiliquida per 10 gg dopo impianto palloncino). Tutti i pazienti hanno completato i 3 mesi di studio ed al terzo mese i palloncini sono stati rimossi per via gastroendoscopica. Tutti i pazienti hanno presentato una riduzione del peso corporeo di circa il 6% con BMI  $32 \pm 5$  e una modifica della composizione corporea che ha presentato una riduzione della massa grassa del 10% ( $p < 0.002$ ). Parimenti alla riduzione del peso abbiamo rilevato una riduzione dell'indice di insulino-resistenza HOMA (da 4.05 a 3.4). Gli eventi avversi segnalati con maggior frequenza sono stati nausea (5%), vomito (8%). I valori di HbA1c si sono ridotti in tre mesi dello 0.8%. Il 30% dei pazienti trattati con insulina basale ha ridotto le dosi della terapia del 20% nell'arco dei 3 mesi. Tale esperienza, pur limitata nei numeri e nei tempi, indica la possibilità di utilizzare il palloncino endogastrico anche in pazienti affetti da DMT2 e gravemente obesi ottenendo un miglioramento dell'equilibrio metabolico, una riduzione del peso e del BMI modesta ma significativa ed una riduzione del fabbisogno giornaliero insulinico. Tali risultati confermano ulteriormente i risultati di precedenti studi clinici.

### Troppo sale in zucca (un caso di mielinolisi extrapontina da diabete insipido)

Morella P, Sacco M, D'Amato M

Medicina d'Urgenza, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

La mielinolisi pontina è una condizione caratterizzata da lesioni demielinizzanti del ponte, riconducibili al danno osmotico conseguente generalmente ad una rapida correzione dei valori di sodio in pazienti con iponatremia. Alcune aree cerebrali sono più sensibili alla mielinolisi, in particolar modo il ponte, a causa di una maggiore suscettibilità allo stress osmotico relativa al differente contenuto di ioni e sostanze organiche o inorganiche locali osmoticamente attive. In letteratura sono stati segnalati rari casi di sindrome demielinizzante ad etiologia diversa dalla rapida correzione dell'iponatremia nonché a localizzazione anatomica extrapontina. Presentiamo un caso di mielinolisi extrapontina isolata, generata da diabete insipido centrale.

### Compenso metabolico in pazienti con diabete mellito insulino-dipendente: vantaggi della terapia insulinica con microinfusore vs terapia insulinica multiniettiva

Nuzzo MG<sup>1</sup>, Schettino M<sup>1</sup>, D'Alessandro A<sup>2</sup>, Gargiulo A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Medicina Interna, AORN Sant'Anna e San Sebastiano, Caserta;

<sup>2</sup>Medicina Clinica e Chirurgia, AOU Federico II, Napoli, Italy

La terapia insulinica con microinfusore (CSII) consente di raggiungere un compenso metabolico ottimale ed una minore variabilità glicemica rispetto alla terapia multiiniettiva (MDI), migliorando la qualità di vita dei pazienti diabetici insulino-dipendenti.

**Scopo.** Valutare i vantaggi della terapia con CSII rispetto alla MDI.

**Materiali e Metodi.** In uno studio osservazionale condotto su 32 pazienti con DM tipo1 in terapia con CSII, afferenti al Servizio di Diabetologia dell'U.O.C. di Medicina Interna dell'A.O.R.N. di Caserta, sono stati valutati a tempo 0 (in MDI), a 6 (T1), a 12 (T2), a 18 mesi (T3) dall'inizio della CSII: HbA1c, numero di ipoglicemie avvertite, % episodi di ipoglicemia ( $< 70$ mg/dl) e di ipoglicemie severe ( $< 40$ mg/dl), fabbisogno insulinico/die, BMI.

**Risultati.** 17M e 15F con età media  $33 \pm 10.5$  aa e durata di malattia alla partenza con CSII  $16 \pm 8.6$  aa. Recenti metanalisi hanno mostrato una riduzione dell'HbA1c di 0.4-0.6% (4-6mmol/L) nei primi 1-2 anni di CSII e degli episodi ipoglicemici del 75%. Dai nostri risultati è emerso: un miglioramento significativo di HbA1c %, soprattutto nel primo anno (T0:  $9.28 \pm 1.63$ ; T1:  $7.56 \pm 0.65$   $p < 0.0001$ ; T2:  $7.3 \pm 0.59$   $p < 0.0001$ ; T3:  $7.2 \pm 0.47$   $p < 0.05$ ), una riduzione significativa delle % ipoglicemie (T0:  $0.14 \pm 0.08$ ; T1:  $0.07 \pm 0.03$   $p < 0.0001$ ; T2:  $0.05 \pm 0.02$   $p < 0.0001$ ) e delle ipoglicemie severe (T0:  $0.06 \pm 0.05$ ; T1 e T2:  $0.01 \pm 0.01$   $p < 0.0001$ ; T3:  $0 \pm 0.01$   $p < 0.05$ ), un aumento del numero di ipoglicemie avvertite (T0:  $1.94 \pm 1.93$ ; T1:  $3.59 \pm 1.66$   $p < 0.001$ ; T2:  $2.92 \pm 1.3$   $p < 0.05$ ; T3:  $2.59 \pm 1.33$   $p < 0.05$ ) e rispetto ai dati di letteratura, una notevole diminuzione delle unità di insulina medie/die nei primi 6 mesi (T0:  $77.25 \pm 24.34$ ; T1:  $43.25 \pm 10.85$   $p < 0.0001$ ). Si è registrato un calo ponderale con riduzione del BMI (T0:  $27.25 \pm 6.16$ ; T1:  $25.27 \pm 4.35$   $p < 0.0001$ ; T2:  $24.63 \pm 3.67$   $p < 0.01$ ; a T3 nessuna ripresa del peso).

**Conclusioni.** Dall'analisi dei dati si è osservato che i pazienti

in CSII, rispetto alla MDI, presentano un miglioramento del compenso glicometabolico con una riduzione del fabbisogno insulinico giornaliero. Inoltre, si è verificata una riduzione degli episodi di ipoglicemia ed un aumento del numero di ipoglicemie avvertite, ciò potrebbe significare che i pazienti riacquisterebbero i sintomi adrenergici dell'ipoglicemia, che avrebbero perso a causa dell'iperinsulinizzazione.

### Qualità di vita in pazienti con diabete mellito insulino-dipendente: vantaggi della terapia insulinica con microinfusore vs terapia insulinica multiiniettiva

Nuzzo MG<sup>1</sup>, Schettino M<sup>1</sup>, D'Alessandro A<sup>2</sup>, Gargiulo A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Medicina Interna, AORN Sant'Anna e San Sebastiano, Caserta;

<sup>2</sup>Medicina Clinica e Chirurgia, AOU Federico II, Napoli, Italy

La terapia insulinica con microinfusore (CSII), rispetto alla terapia multiiniettiva (MDI), non solo consente di ottenere un controllo glicemico ottimale, ma garantisce anche un miglioramento della qualità di vita dei pazienti diabetici insulinoindipendenti.

**Scopo.** Valutare i vantaggi della CSII rispetto alla MDI in termini di qualità di vita.

**Materiali e Metodi.** A 32 pazienti con DM tipo1 afferenti al Servizio di Diabetologia dell'U.O.C. di Medicina Interna dell'A.O.R.N. di Caserta, a 6 mesi dall'inizio della terapia con CSII, è stato somministrato un questionario con 8 items. Ad ogni item è stato attribuito un punteggio in base al grado di soddisfazione per la terapia con microinfusore: 1(molto), 2 (abbastanza), 3 (poco), 4 (per niente).

- 1) Da quando hai il microinfusore hai migliorato il tuo compenso glicemico?
- 2) Sono diminuite le ipoglicemie e le iperglicemie?
- 3) E' più semplice accettare e gestire la terapia del diabete?
- 4) La qualità della tua vita è migliorata da quando utilizzi il microinfusore?
- 5) Il microinfusore ti fa sentire più sicuro nella quotidianità (orari, lavoro, pasti, sport, etc)?
- 6) Pensi che il microinfusore ti aiuterà ad evitare le complicanze a lungo termine del diabete?
- 7) Sei contento del microinfusore?
- 8) Consigliaresti ad un tuo amico o conoscente diabetico di informarsi sul microinfusore?

**Risultati.** Dall'integrazione delle risposte ai singoli item, è derivata una valutazione globale della qualità di vita: il 52% dei pazienti ritiene che sia migliorata abbastanza con la CSII, il 39% ha risposto che la qualità di vita è migliorata molto; mentre l'8% ha risposto poco e solamente per l'1% non c'è stato nessun cambiamento.

**Conclusioni.** I pazienti diabetici insulinoindipendenti in terapia con CSII, rispetto alla MDI, ottengono un miglioramento della qualità di vita che si riflette in una maggiore compliance alla terapia.

### Fibrillazione atriale e ipertiroidismo

Nuzzo V, Madonna P, Zuccoli A

UOC Medicina Interna, PO San Gennaro, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

**Introduzione.** La fibrillazione atriale (FA) è una complicanza car-

diaca dell' ipertiroidismo che si verifica nel 10-20% dei pazienti ipertiroidici. Scopo del presente studio è stato quello di valutare in maniera retrospettiva la prevalenza di disfunzioni tiroidee in soggetti affetti da fibrillazione atriale ricoverati presso una Unità Operativa di Medicina Interna in un'area a lieve carenza iodica, cercando di individuare le eventuali correlazioni esistenti tra la patologia tiroidea e la patologia cardiaca.

**Materiali e Metodi.** Sono stati valutati 60 pazienti consecutivi affetti da fibrillazione atriale (persistente, permanente e parossistica) ricoverati in una unità di medicina interna tra gennaio e dicembre 2014. La funzione tiroidea è stata correlata alla fibrillazione atriale. Risultati: Nella popolazione esaminata il 10% presentava ipertiroidismo, il 4% ipotiroidismo ed il 76% non presentava disfunzioni tiroidee.

**Conclusioni.** In conclusione, i risultati del presente studio, effettuati su una popolazione con carenza iodica, sottolineano l'alta prevalenza di disfunzioni tiroidee in una popolazione ospedalizzata ed il relativo rischio di fibrillazione atriale. In particolare i risultati del presente studio evidenziano un basso rischio di FA nell'ipotiroidismo manifesto, un alto rischio nell' ipertiroidismo ed un'associazione del TSH con il rischio di fibrillazione atriale in tutto lo spettro di malattie tiroidee subcliniche. Pertanto, seppure al momento nessuna società scientifica ha adottato delle raccomandazioni, le presenti evidenze suggeriscono un significativo vantaggio dall'inclusione della disfunzione tiroidea in modelli di gestione clinica della fibrillazione atriale.

### Ipertiroidismo e trombosi: un'associazione poco nota

Pannone B, Cannavale A, Iannuzzi R, Laccetti M, Mayer MC

Medicina Interna 4, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

**Caso clinico.** Un uomo di 47 anni è venuto alla nostra osservazione per febbre e perdita di peso (12 kg in due mesi) senza altra sintomatologia. L'esame obiettivo mostrava solo una lieve tachicardia (FC 90/min, ritmo sinusale all'ECG, senza altre alterazioni) e una lieve splenomegalia. I primi esami ematochimici presentavano solo un lieve aumento del fibrinogeno e una leucocitosi neutrofila. Nell'ipotesi di una forma infettiva o neoplastica, abbiamo deciso di usare la ciprofloxacina, in attesa dei risultati delle emocolture e di una TC total body. Quest'ultima mostrava una trombosi dell'arteria e della vena splenica con qualche zona infartuale e una trombosi dell'arteria renale sinistra. Altri esami richiesti mettevano in evidenza un chiaro ipertiroidismo da tiroidite autoimmune, e il paziente ha iniziato un trattamento con tiamazolo e anticoagulanti con buoni risultati.

**Discussione.** Anche se spesso il fenomeno non viene ricordato, l'ipertiroidismo si associa a uno stato di ipercoagulabilità, con aumento prevalentemente del FVIII e del FvW. Se, e fino a qual punto, questo fenomeno sia correlato a un aumentata frequenza di trombosi arteriosa o venosa non è al momento attuale ancora ben definito. Solo pochi studi hanno finora investigato questa associazione, ma, a causa di differenze e difetti metodologici, non è possibile ancora trarne conclusioni definitive. Altri studi sono necessari per meglio chiarire i rapporti tra ipertiroidismo e trombosi e la utilità e la durata della terapia anticoagulante in questi pazienti.

**Conclusioni.** Il nostro caso è utile per ricordare la possibilità di questa associazione, e per suggerire di valutare la funzione tiroidea nei pazienti con trombosi venosa e/o arteriosa da etio-

logia non chiara, anche se è prematuro, al giorno d'oggi, considerare l'ipertiroidismo un nuovo fattore di rischio per trombotici.

### **Rilievo videocapillaroscopico della regressione delle alterazioni microcircolatorie in paziente con Raynaud complicato da ulcere digitali dopo trattamento con iloprost. Case report**

Parisi A, Buono R, Gallucci F, Di Girolamo C, Russo R, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento Medicina Polispecialistica, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Il fenomeno di Raynaud è un'ischemia acrale parossistica che può complicarsi con lesioni ischemiche responsabili della formazione di ulcere digitali fino alla necrosi delle estremità. L'Iloprost, analogo della prostaciclina, viene comunemente impiegato nel trattamento di tali lesioni trofiche grazie alla sua capacità di inibire l'aggregazione e l'adesione piastrinica, di dilatare le arteriole e le venule, di attivare la fibrinolisi, di inibire l'adesione e la migrazione dei globuli bianchi mononucleati dopo lesione endoteliale e di ridurre il rilascio dei radicali liberi dell'ossigeno. La Videocapillaroscopia ungueale (VCU) permette di diagnosticare e monitorare il danno microvascolare in corso di Raynaud e sono stati individuati patterns videocapillaroscopici distinti per definire la severità del danno microvascolare associato a Raynaud secondario a connettivopatie. Caso Clinico. Abbiamo valutato con VCU il microcircolo di un paziente di sesso maschile, di anni 69, affetto da Raynaud necrotizzante con lesioni cutanee a livello del 2° dito della mano sinistra. Sono state riscontrate a livello del dito interessato dalle lesioni necrotiche, alterazioni del microcircolo consistenti in sovvertimento architettico con focale riduzione della densità capillare e rallentamento del flusso. Il paziente è stato trattato con sei cicli mensili di iloprost associato ad acido acetilsalicilico. Dopo tale trattamento vi è stata remissione completa delle lesioni cutanee. La VCU ha documentato la scomparsa delle alterazioni del microcircolo, con ripristino della normale densità delle anse capillari e regolare flusso. La nostra osservazione, nel confermare l'efficacia degli analoghi della prostaciclina nel trattamento delle lesioni cutanee a genesi ischemica, sottolinea l'utilità della VCU periungueale quale tecnica obiettiva, a basso costo e riproducibile di imaging nella diagnosi e nel monitoraggio del danno microvascolare associato.

### **Una donna con eosinofilia asintomatica e l'appropriatezza in un setting di Medicina Interna. Come contenere i costi di assistenza**

Patella V<sup>1</sup>, Florio A<sup>1</sup>, Oricchio C<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UO di Allergologia e Immunologia Clinica, PO di Battipaglia; <sup>2</sup>UO di Medicina Trasfusionale, Ospedale di Polla, ASL Salerno, Italy

Le sindromi ipereosinofiliache (HES) sono malattie rare, sono caratterizzate da costante eosinofilia/ipereosinofilia ( $1 \geq 1.5 \times 10^9/L$ ) non reattiva associata a disfunzione/danno d'organo con assenza di una causa secondaria. Presentiamo il caso clinico di una donna di 64 anni con isolata ipereosinofilia asintomatica. La paziente con storia di anemia da insufficienza renale cronica (2° stadio), negativa per rinite allergica, asma, allergie alimentari,

o eczema. Assenza di sintomi recenti di rinorrea, congestione nasale, eritema congiuntivale, o lacrimazione. Nessun viaggio recente internazionale. Aveva recentemente sviluppato stipsi ed aveva assunto un integratore naturale per il trattamento di questo sintomo. Assenza di disturbi sistemici, dolori articolari, alterazioni cutanee, febbre, sudorazioni notturne, mancanza di respiro, ortopnea, dolore toracico, edema degli arti, perdita di peso, o linfoadenopatia. All'esame obiettivo, i parametri vitali erano nei limiti della norma. La paziente era una donna apparentemente sana, con congiuntiva chiara e vie nasali con normali turbinati rosa. Suono chiaro polmonare alla palpazione, fremito vocale tattile nella norma, murmure vescicolare fisiologico assenza di sibili, rantoli o ronchi. Non c'erano linfoadenopatia o epatosplenomegalia. Esame cardiaco frequenza e ritmo normale. Non presentava segni di orticaria, dermatiti, o angioedema. Emocromo ritornato normale dopo 6 settimane senza una eosinofilia progressiva, con una conta iniziale degli eosinofili assoluti di 497 in costante aumento per diverse settimane fino al suo picco di 6654 cellule/L. Emoglobina era 10,2 g/dL e ematocrito era 27,8%. Creatinina sierica è risultata essere 1,6 mg/dL. Inoltre, una FISH (fluorescent *in situ* hybridisation) per il locus CHIC2 non dava alcuna percentuale di delezione. A questo punto era lecito chiedersi: Qual'è la diagnosi differenziale con questi sintomi? E' giusto chiedere indagini di laboratorio supplementari e sarebbe utile giungere ad una diagnosi certa in breve tempo in questa paziente? Prima di procedere ad un aspirato del midollo osseo per l'analisi anche per FIP1L1- del gene di fusione F/P attraverso una RT-PCR (reverse transcription polymerase chain reaction) e una immunofenotipizzazione linfocitaria, ed infine l'analisi dei pattern di riarrangiamento del gene del T cell receptor (TCR) e alla fenotipizzazione linfocitaria per identificare sottopopolazioni T linfocitarie (CD3-CD4+, CD3+CD4-CD8-, e CD4+CD7-), e l'analisi del pattern di riarrangiamento del gene TCR (Southern Blot e PCR per le regioni variabili del TCR gene) per l'identificazione di una clonalità linfocitaria T, le quali sono generalmente sufficienti per accertare la presenza di un disordine linfoproliferativo a cellule T. Ma, nonostante ciò solo dal 10% al 20% dei pazienti con HES, hanno un marcatore genetico unico, *fip1-like1/platelet-derived*, fattore di crescita recettore (FIP1L1-PDGFR $\alpha$ ), che è stato recentemente identificato. La maggior parte dei pazienti con HES ha una delezione interstiziale criptico sul cromosoma 4q12 che si traduce in espressione di un FIP1L1-DGFR $\alpha$  (FIP1-like 1/Platelet derived growth factor receptor  $\alpha$ ), proteina di fusione con autonoma attività tirosin chinasi ("F/P-associato" HES o leucemia eosinofila cronica). L'individuazione di questo fattore ha cambiato radicalmente la gestione della malattia in quanto imatinib, un inibitore della tirosina chinasi, sembra essere molto efficace in questi pazienti con un successo del 100% della risposta ematologica a lungo termine. Comunque prima di procedere a questi esami di laboratorio alquanto costosi abbiamo di nuovo sottoposto la paziente ad un colloquio rilevando che recentemente aveva cambiato lassativo, poiché quest'ultimo aveva cominciato a causare diarrea e proprio quando aveva sospeso tale integratore a base di fibre naturali (*Plantago psyllum*, 35 grammi/die) un prodotto pubblicizzato per essere utile contro la stitichezza, la conta ematica dell'eosinofilia si riduceva rapidamente. A nostra conoscenza, questo è il primo caso riportato di eosinofilia che si verifica con l'uso di lassativi a base di "*Plantago psyllum*". E' sconosciuto quale meccanismo porta alla eosinofilia. Questo caso esemplifica l'importanza di una storia completa al momento di valutare i casi di isolata eosinofilia ed educare i pazienti sul potenziale danno causato dall'utilizzo sregolato di integratori o rimedi naturali. Un

seconda accurata raccolta dell'anamnesi ci ha permesso di intervenire in appropriatezza riducendo l'utilizzo di esami costosi di laboratorio e contenendo i costi dell'assistenza.

### Iperuricemia: condizione ancora sottodiagnosticata e sottotrattata. Survey di confronto rispetto ad analogo studio del 2012

Pirozzi G, D'Antonio I, Del Genio MT, Ferrara L, Gallucci F, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento Medicina Polispecialistica, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

**Premessa.** Negli ultimi anni è stata stigmatizzata l'importanza della iperuricemia (IU) in tema di prognosi cardiovascolare e segnalati i possibili benefici di un intervento correttivo precoce. Nella pratica clinica internistica, però, non si rileva ancora un'adeguata attenzione per questa condizione e l'intervento terapeutico correttivo non sempre è ottimizzato.

**Scopo dello Studio.** Valutare la prevalenza di IU, la sua associazione con patologie cardio-renali e metaboliche ed il conseguente comportamento nel tempo del medico di fronte a questa patologia, in pazienti (pz) ricoverati in Medicina interna e confrontare tali dati con una analoga survey da noi condotta nel 2012.

**Materiali e Metodi.** Sono state valutate retrospettivamente le cartelle cliniche di 337 (pz) ricoverati consecutivamente in tre mesi (ottobre-dicembre 2014) presso la nostra UO. Abbiamo esaminato le caratteristiche generali della casistica, i dati di laboratorio, il motivo del ricovero, la terapia prescritta prima del ricovero ed alla dimissione.

**Risultati.** Dei 337 pazienti arruolati, 114 (33.8%; 63 M e 51 F, età media 72 anni, range 31-90) presentavano IU. Le comorbidità associate erano: 84.2% ipertensione arteriosa, 68.4% insufficienza renale cronica, 44.8 % diabete mellito, 44.8% dislipidemia, 36.8% cardiopatia ischemica, 36.8% cerebrovasculopatie, 26.3% BPCO. Soltanto 27 pazienti (23.7%) sapevano di essere iperuricemici e solo 21 (18.4%) erano in trattamento farmacologico specifico prima del ricovero. Alla dimissione, 63 pazienti (55.3%) hanno ricevuto prescrizione farmacologica ipouricemizzante. Rispetto ai dati ottenuti nel nostro studio del 2012, abbiamo osservato un incremento delle prescrizioni farmacologiche nella realtà attuale, sia per quanto concerne i casi già trattati prima del ricovero (18.4% nel 2014 vs 13% nel 2012) ma soprattutto per i pazienti in terapia ipouricemizzante alla dimissione (55.3% nel 2014 vs 25% nel 2012).

**Conclusioni.** I nostri dati indicano che la prevalenza della IU nei ricoverati in Medicina Interna è relativamente elevata, superiore a quella riportata in letteratura, nel contesto di una comorbidità sempre più accentuata (prevalentemente cardio-cerebrovascolare, renale e dismetabolica). Rispetto ad analoghi dati raccolti tre anni fa, si è osservata una maggiore attenzione di ordine diagnostico e terapeutico verso tale condizione.

### Differenza interbrachiale della pressione arteriosa e danno vascolare

Ranucci RAN, Dorato M, Luiso V

Medicina Interna, PO S. Maria delle Grazie, ASL Napoli 2 Nord, Pozzuoli (NA), Italy

È noto che la IAD (Inter-Arm Difference) è predittiva di vasculopatia periferica.

**Obiettivi.** Verificare l'incidenza di IAD in ipertesi e soggetti normali e la sua correlazione con il danno vascolare periferico e carotideo.

**Metodi.** La IAD è stata rilevata in due gruppi di soggetti: non ipertesi noti ed ipertesi, formati proponendo la misurazione della IAD ai visitatori dei degenti dell'U.O.C. di Medicina Interna del P.O. "S. Maria delle Grazie" di Pozzuoli, agli ipertesi afferenti all'Ambulatorio di Ipertensione ed ai loro accompagnatori. Le misurazioni sono state eseguite con un Microlife WatchBP Office AFIB, modalità Screen, che effettua automaticamente tre misurazioni consecutive su entrambe le braccia a intervalli di un minuto, rilevando la media finale. Ai soggetti con IADs media >10 mmHg sono stati praticati ABI ed ECD TSA. I soggetti studiati sono stati 166 (75 uomini e 91 donne) di cui 88 non ipertesi noti e 78 ipertesi. Sono stati indagati i comuni fattori di rischio come obesità, fumo, diabete (Tabella 1).

Tabella 1.

#### Caratteristiche dei soggetti studiati

	Uomini		Donne	
	Non ipertesi	Ipertesi	Non ipertese	Ipertese
N°	32	43	56	35
BMI ≥25<30	13 (40.6%)	16 (37.2%)	21 (37.5%)	14 (40.0%)
BMI ≥30	4 (12.5%)	3 (6.9%)	7 (12.5%)	5 (14.2%)
Fumo	8 (25.0%)	11 (25.5%)	11 (19.6%)	8 (22.8%)
Diabete	3 (9.3%)	5 (11.6%)	4 (7.1%)	5 (14.2%)
P.A. > 140/90 mmHg	4 (12.5%)	5 (11.6%)	3 (5.3%)	6 (17.1%)
IADd ≥5	4 (12.5%)	6 (13.9%)	5 (8.9%)	3 (8.5%)
IADs ≥5<10 mmHg	6 (18.7%)	9 (20.9%)	11 (20.9%)	8 (22.8%)
IADs ≥10 mmHg	3 (9.3%)	8 (18.6%)	2 (3.5%)	5 (14.2%)

#### Risultati strumentali

	Uomini		Donne	
	Non ipertesi	Ipertesi	Non ipertese	Ipertese
ABI <1.0>0,5	2 (6.6%)	7 (16.3%)	1 (1.8%)	4 (11.4%)
IMT ≥1.0 mm	2 (6.6%)	6 (13.9%)	1 (1.8%)	5 (14.3%)
Stenosi ICA 31±9%	1 (3.3%)	7 (16.3%)	0	4 (11.4%)

**Risultati.** Sono stati individuati tra i non ipertesi noti 7 soggetti (7.9%) con valori pressori > 140/90 mmHg. In totale è stata rilevata una IADd ≥5 mmHg in 18 soggetti (10.8%), una IADs ≥5<10 mmHg in 34 soggetti (20.4%), una IADs ≥10 mmHg in 18 soggetti (10.8%). A questi ultimi sono stati effettuati un'ABI ed un ECD TSA. Di questi, in 14 soggetti (77.7%) è stato riscontrato un ABI<1.0>0.5 indice di danno vascolare periferico in seguito approfondito con ECD. In 13 soggetti (72.2%) è stato rilevato all'ECD TSA un ispessimento medio-intimale ≥1.0 mm. In 12 soggetti (66.6%) è stato rilevato un impegno carotideo con placche fibro-lipidiche e fibrocalcifiche dell'ICA e stenosi emodinamiche del 31±9%.

**Conclusioni.** La ricerca della IAD ha permesso di individuare 7 casi (7.9%) di ipertensione di nuova diagnosi e 11 casi di ipertesi (14.1%) non a target. Una IADs  $\geq 10$  mmHg è risultata chiaramente correlata alla presenza di danno vascolare carotideo e periferico. Nei 18 soggetti con IADs  $\geq 10$  mmHg l'ECD TSA ha evidenziato danno vascolare precoce con IMT  $> 1.0$  mm (77.7%), ateromasi carotidea (66.6%) e vasculopatia periferica (77.7%). La ricerca della IAD, nei soggetti normali, è utile per individuare soggetti con ipertensione lieve non nota. Una IADs  $\geq 10$  mmHg deve indurre a ricercare il danno vascolare carotideo e periferico anche nei non ipertesi soprattutto in presenza di fattori di rischio come obesità, diabete e fumo. La IAD negli ipertesi è importante per ricercare precocemente il danno vascolare, evitare la sottostima dei valori pressori e l'errata diagnosi di ipervariabilità pressoria.

### Broncopneumopatia cronica ostruttiva, una malattia ancora troppo poco conosciuta. Uno studio osservazionale

Renis M<sup>1</sup>, Salvatore V<sup>1</sup>, Casilli B<sup>1</sup>, Sessa L<sup>2</sup>, Schiavo A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno; <sup>2</sup>Università degli Studi, Salerno, Italy

**Introduzione.** La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia cronica con forte impatto socio-economico, e resta, tra le malattie croniche invalidanti, l'unica con trend in incremento. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2020 diventerà la terza causa di morte nel mondo. Tuttavia la conoscenza di questa malattia, nell'ambito della popolazione, è ancora assolutamente insufficiente.

**Obiettivi.** Valutare la conoscenza di questa malattia da parte dei pazienti.

**Pazienti.** Abbiamo sottoposto i primi 100 pazienti che si sono rivolti al nostro ambulatorio di Medicina Interna dall'inizio del 2015, ad un semplice questionario anonimo. Il questionario comprendeva domande riguardanti età, sesso, grado di istruzione, fumo (quantità di sigarette ed anni di fumo, nei fumatori), eventuali patologie croniche anamnestiche (ipertensione, diabete mellito, neoplasie, dislipidemia, osteoporosi, malattie cardiache), eventuale presenza di sintomi respiratori (tosse, catarro, dispnea, rumori respiratori); al termine del questionario venivano rivolte domande riguardanti la conoscenza dei termini "BPCO", "COPD" ed "Enfisema".

**Risultati.** Dei 100 pazienti (41 maschi, 59 femmine; età: 63,13 $\pm$ 12.1, 30 fumatori), 70 avevano malattie croniche, 44 riferivano presenza di tosse nell'ultimo anno, 44 catarro, 47 dispnea, 22 rumori respiratori (tutti sintomi di una possibile BPCO), ma solo 4 di loro conoscevano il significato della parola BPCO, nessuno quello di COPD; 52 riferivano di aver sentito parlare di enfisema, ma solo 2 ne conoscevano il significato corretto; gli altri la definivano genericamente "malattia polmonare".

**Conclusioni.** Questo studio mostra: mancanza di conoscenza della BPCO da parte dei pazienti; scarsa sensibilizzazione alle problematiche respiratorie da parte della classe medica (né i fumatori, né i pazienti con sintomi respiratori erano mai stati sottoposti alla principale indagine strumentale della funzione respiratoria, la spirometria).

### Due fattori di rischio cardiovascolare spesso sottovalutati: chemioterapia e radioterapia

Renis M<sup>1</sup>, La Mura G<sup>2</sup>, Salvatore V<sup>1</sup>, La Mura L<sup>3</sup>, Schiavo A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno; <sup>2</sup>Cardiologo, ASL Salerno; <sup>3</sup>Università di Napoli Federico II, Napoli, Italy

**Introduzione.** I fattori di rischio cardiovascolari sono ampiamente noti e sono bersaglio di strategie terapeutiche. Ma gli effetti cardiovascolari della chemio e della radioterapia, che sono largamente impiegate a scopo terapeutico, sono ancora in parte non noti e sicuramente sottovalutati.

**Caso clinico.** F.S. uomo, 36 anni, avvocato. Anamnesi: nel 1999, all'età di 22 anni: linfoma di Hodgkin (varietà sclerosi nodulare, a localizzazione mediastinica, stadio IIA), trattato con chemioterapia (4 cicli ABVD), seguita da radioterapia su mediastino (dose totale 40 Gy) e su milza (dose totale 36 Gy) Soffre inoltre di MRGE, ipertensione arteriosa (insorta da quattro anni). Non altri fattori di rischio cardiovascolare. Carotidi indenni. Ottobre 2013: ricovero al Policlinico di Monza, per toracalgia da sforzo: Ecocardio. Ventricolo sinistro regolare, FE: 65%. Ecostress: test sottomassimale, interrotto per esaurimento muscolare. Angio-TAC coronarica (Stenosi 60% CDx media, 50% IVA media, 40% CX ostiale). Dimissioni con indicazioni ad eseguire stretto monitoraggio. In data 12/12/2014 giunge alla ns osservazione per toracalgia a riposo. Coronarografia: malattia dei tre rami coronarici (culprit lesion su coronaria dx) in pz con STEMI inferiore, per cui si procede a PTCA trivasale. Terapia: ASA 100, prasugrel, atorvastatina, aACEi, beta bloccanti, PPI. In data 06/04/2014, per nuova insorgenza di toracalgia da sforzo viene sottoposto ad nuova coronarografia presso altra struttura, che documenta stenosi subocclusiva alla circonflessa prossimale, poi trattata con angioplastica coronarica.

**Discussione.** L'incidenza delle neoplasie nel mondo continua a crescere. Fortunatamente i progressi terapeutici hanno migliorato la prognosi dei tumori, trasformandoli da malattia fatale a malattia cronica, con prolungamento della sopravvivenza. Sfortunatamente il miglioramento della sopravvivenza è stato attenuato dall'insorgenza di cardiotossicità acuta, subacuta e cronica dei chemioterapici e della radioterapia. Oltre il 50% dei pazienti esposti alle antracicline mostra insorgenza di cardiopatia fino a 20 anni dopo il ciclo di chemioterapia. La cardiotossicità è poi una complicanza comune anche della radioterapia ed ha un impatto molto forte sulla qualità della vita e sulla sopravvivenza globale. Il danno cardiaco si può raggruppare in cinque categorie: citotossicità diretta del chemioterapico e disfunzione sistolica associata; ischemia miocardica (come nel nostro caso); aritmie (in particolare torsione di punta); peri/miocardite; turbe della ripolarizzazione ventricolare.

**Conclusioni.** La chemioterapia e la radioterapia del torace, specie se somministrate secondo protocolli del passato, generano danni cardiaci con incremento significativo della mortalità cardiovascolare tardiva. Nel follow-up dei pazienti così trattati sarà opportuno valutare non invasivamente, con ecocardiogramma e RMN, la contrattilità ventricolare, e l'anatomia valvolare e del pericardio, per identificare precocemente i danni da radiazione e da chemioterapici ed instaurare una terapia mirata.

## Una sindrome di Tako-Tsubo dovuta.... all'ambulanza!

Renis M<sup>1</sup>, La Mura G<sup>2</sup>, Salvatore V<sup>1</sup>, La Mura L<sup>3</sup>, Del Gatto A<sup>1</sup>, Casilli B<sup>1</sup>, Gagliardi A<sup>1</sup>, Schiavo A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno; <sup>2</sup>Cardiologo, ASL Salerno; <sup>3</sup>Università di Napoli Federico II, Napoli, Italy

**Introduzione.** La cardiomiopatia Tako-Tsubo è una sindrome cardiaca acuta che simula l'infarto miocardico. Gli autori ne descrivono un caso clinico emblematico.

**Caso clinico.** G.D, F. 94 anni. Anamnesi: vasculopatia cerebrale cronica con cecità corticale ateromasia carotidea; ipertensione arteriosa; ipercolesterolemia lieve; pregresso episodio di emorragia gastrica (2011). In terapia con: antiaggreganti piastriatici, statina, diuretici. In data 12/02/2014, in seguito a cistite emorragica importante, veniva allertato il 118, che disponeva accesso in P.S. a cui la paziente opponeva energica resistenza, agitandosi notevolmente. In P.S.: evidenza di marcata ischemia subepicardica diffusa con lieve incremento enzimi cardiospecifici; ecocardiogramma: acinesia di tutto l'apice, con ridotta capacità contrattile. Seguiva ricovero in UTIC. Diagnosi alla dimissione: Miocardiopatia ipocinetica con aspetto da Tako-Tsubo Syndrome. Controlli seriati successivi documentavano completa normalizzazione dei parametri ECG ed Ecocardiografici.

**Discussione.** La cardiomiopatia Tako-Tsubo è una sindrome caratterizzata da: disfunzione del ventricolo sinistro, alterazioni ischemiche all'ECG, aumento degli indici di miocardiocitocrosi ed assenza di segni angiografici di malattia coronarica, in presenza di stress fisico ed emozionale. Si verifica preferenzialmente nelle donne in post-menopausa. La patogenesi sembrerebbe legata ad una alterazione del microcircolo e/o alla liberazione di catecolamine dopo un evento stressante. La coronarografia (assenza di stenosi >50%) e la ventricolo-grafia (grave discinesia antero-apicale e ipercontrattilità dei segmenti basali), rappresentano il "gold standard" per la diagnosi. L'ecocardiogramma, assolutamente tipico nel caso della nostra paziente, conferma l'acinesia o la discinesia antero-apicale.

**Conclusioni.** La sindrome Tako-tsubo è una sindrome clinica importante e potenzialmente fatale per complicanze a breve termine, quali scompenso cardiaco e shock cardiogeno.

Gli autori presentano questo caso clinico, a sottolineare l'importanza dello stress (la paziente si agitò moltissimo, nel tentativo di evitare di essere condotta in ospedale) quale fattore scatenante di questa sindrome, relativamente rara (incidenza nella popolazione generale di 1/36.000; 1,2 % dei ricoveri per SCA). Possiamo certamente concludere che nel nostro caso "l'ambulanza ha danneggiato la paziente!"

## Valutazione della correlazione tra livelli sierici di vitamina D e patologie prevalenti in una popolazione di pazienti anziani fragili ospedalizzati

Renis M<sup>1</sup>, Sessa L<sup>2</sup>, Schiavo A<sup>1</sup>, Ragni E<sup>3</sup>, Boffardi M<sup>3</sup>, Napoli G<sup>1</sup>, Gentile M<sup>1</sup>, Baldi D<sup>1</sup>, Salvatore V<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno; <sup>2</sup>Università degli Studi, Salerno; <sup>3</sup>Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologiche, PO Cava de' Tirreni, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno, Italy

**Introduzione.** In un precedente studio abbiamo osservato come

la maggior parte della popolazione anziana abbia livelli sierici di Vitamina D compatibili con una carenza da moderata a severa. Numerosi studi sostengono che un buon apporto giornaliero di Vit. D migliora l'outcome dei pazienti con patologia cardiovascolare. Infatti buoni livelli vitaminici correlano con un decremento del rischio di malattia coronarica e questo è più evidente per le donne rispetto agli uomini. Inoltre in pazienti con sindrome metabolica, un buon apporto giornaliero di vitamina D riduce il rischio di SCA rispetto ai pazienti con deficit di questo micronutriente.[1] Per quanto riguarda le patologie dell'apparato respiratorio, diversi studi testimoniano il ruolo protettivo della vitamina D nell'asma severo; infatti essa svolge una importante funzione regolatrice della cascata infiammatoria riducendo in questo modo anche il remodelling delle vie aeree.[2]

**Obiettivi.** Scopo di questo studio è stato valutare la correlazione tra i livelli sierici di vitamina D e le patologie prevalenti in una popolazione di pazienti anziani fragili ospedalizzati.

**Metodi.** Lo studio si è svolto nel Reparto di Medicina Interna del PO "Santa Maria dell'Olmo" di Cava de' Tirreni. Su un campione di 81 pazienti (45 maschi e 36 femmine; età 72,95±16,44), è stato inserito tra gli esami svolti di routine, anche il dosaggio dei livelli sierici di vitamina D. I pazienti sono stati divisi in tre gruppi: 1° gruppo con prevalente patologia cardiovascolare (N. 34), 2° gruppo con prevalente patologia di interesse pneumologico (N. 30), 3° gruppo con prevalenza di altre problematiche di interesse internistico (non cardiovascolari né respiratorie; N. 17). Di ciascun gruppo sono state calcolate media e deviazione standard dei livelli sierici di vitamina D e dell'età.

**Risultati e Discussione.** I risultati sono riassunti nella Tabella 1.

Tabella 1.

	1 Gruppo Pazienti con patologia cardiovascolare	2 Gruppo Pazienti con patologia pneumologica	3 Gruppo Altre patologie di interesse internistico
Media dei valori di Vitamina D	12,02±6,8	12,72±13,3	14,13±6,5
Media età	78,12±12,42	73,07±14,21	64,06±18,14

Abbiamo trovato una correlazione inversa statisticamente significativa tra età e valori di vitamina D (r: -0,37; p: 0,01) nell'intera popolazione di pazienti studiati. Nei gruppi 1 e 2 abbiamo registrato valori di vitamina D più bassi rispetto al gruppo 3, anche se il dato non raggiunge la significatività statistica. Tuttavia l'età media del gruppo 3 è nettamente inferiore rispetto a quella degli altri gruppi. Pertanto non è possibile escludere che i livelli più bassi di vitamina D dei gruppi 1 e 2 siano legati all'età e non alle patologie specifiche.

**Conclusioni.** Nei pz cardiovascolari e respiratori abbiamo trovato livelli più bassi di vitamina D rispetto al gruppo di pz ricoverati con prevalenza di altre patologie. La differenza di età tra i primi due gruppi ed il terzo non ci consente di concludere per una correlazione statistica tra i più bassi livelli di vitamina D e le patologie cardiovascolari e respiratorie. Per la verifica della significatività statistica della relazione ipotizzata, è necessario un futuro ulteriore arruolamento di pazienti.

### Bibliografia

- [1] Effect of Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids and Vitamin D on Cardiovascular Diseases, Ibrahim Marai MD, Samia Massahala MD, IMAJ- Vol 16- February 2014.

- [2] Link between Vitamin D and airway remodelling, Anissa Berraies, Kamel Hamzaoui, Agnes Hamzaoui, Journal of Asthma and Allergy, 1 April 2014.

### Valutazione dell'autocontrollo e della variabilità glicemica in pazienti con diabete mellito di tipo 1 e diabete mellito di tipo 2 mediante utilizzo di un nuovo sistema di monitoraggio *Flash Glucose Monitoring*

Rinaldi M<sup>1</sup>, Maffettone A<sup>1</sup>, d'Errico T<sup>2</sup>, Italiano G<sup>3</sup>, Ussano L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Medicina ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico, AO Ospedali dei Colli, Plesso Monaldi, Napoli; <sup>2</sup>UOC Medicina, PO SMDP degli Incurabili, ASL Napoli1, Napoli; <sup>3</sup>UOC Medicina, AORN S. Anna e S. Sebastiano, Caserta, Italy

Tutti i sistemi di automonitoraggio della glicemia (SMBG) capillare attualmente disponibili presentano evidenti limiti nel consentire un'adeguata valutazione del profilo glicemico ambulatoriale (AGP) utili per le decisioni terapeutiche e, soprattutto, per la misurazione della variabilità glicemica. Abbiamo utilizzato un nuovo sistema di monitoraggio istantaneo (flash) della glicemia (Free-style Libre, Abbott) non invasivo che, applicato nel sottocute del paziente, rimane fisso per 14 giorni. Esso consente il monitoraggio in continuo della glicemia permettendo al paziente lo svolgimento di tutte le normali attività quotidiane e nel contempo, di rilevare, minuto per minuto nell'arco dei 14 giorni tutte le variazioni glicemiche. Il rilievo della glicemia avviene accostando il riflettometro al sensore posto sulla faccia postero esterna del braccio (anche al di sopra degli abiti) del paziente eliminando, di fatto, la necessità della puntura capillare avvalendosi della misurazione del glucosio interstiziale. Il monitoraggio continuo della glicemia è in grado di fornire dati immediati sui livelli di glicemia e sulle tendenze della stessa, nonché dati retrospettivi che possono evidenziare tutte le glicemie delle 24 ore. In tal modo si ottiene una notevole compliance del paziente all'automonitoraggio e una raccolta dati totale per 14 giorni. I dati vengono scaricati su pc con possibilità di creare grafici con l'andamento glicemico anche in funzione delle attività diurne quali pasti, lavoro, attività fisica e notturne (sonno), esattamente come l'holter cardiaco. Il report è formulato secondo le raccomandazioni dell'IDC 2013 che tendono ad omogeneizzare i dati di valutazione del monitoraggio in continuo ed a ben valutare gli indici della variabilità glicemica. Abbiamo studiato l'equilibrio metabolico di 4 pazienti affetti da DMT1 e DMT2 afferenti al ns ambulatorio per un periodo di 30 giorni. Il nuovo sistema flash si è dimostrato affidabile nella valutazione delle glicemie ed utile per apportare le opportune correzioni terapeutiche. Inoltre il sistema di scarico su pc dei dati elaborato secondo le raccomandazioni del IDC (International Diabetes Center) del 2013 ha consentito una corretta e precisa valutazione degli indici di variabilità glicemica.

### Antiphospholipid antibodies-syndrome combined with mixed type III-cryoglobulinaemia and thromboangiitis obliterans. A rare morbid association with disabling outcome

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

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento Medicina Polispecialistica, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

**Background.** APS usually presents with recurrent episodes of vascular thrombosis. MC is characterized by the presence of vasculitis and systemic signs and it is rarely reported in patients with APS. TAO is a thrombotic occlusive segmental inflammatory disease of small and medium-sized arteries and veins. Rare cases of TAO association with APS have been reported whereas no reports of the triple combination is available.

**Case report.** A 34-year-old woman presented with bilateral feet arthralgias, purpura, painful necrotic cutaneous lesions and *livedo* at the distal tip of her right third toe. Her symptoms started 5-6 years before and were associated with Raynaud's phenomenon. Previous thyroiditis and diagnosis of psoriatic arthritis with presence of antiphospholipid, anticardiolipin and ANA antibodies three months before admission. Bilateral distal edema with purpura and a black discoloration at the tip of her right toe, paleness, and coldness of the right leg with reduction of the pedal pulses were registered. LAB showed mild anemia, elevated ESR and PCR; positivity for ANA, dsDNA, serum IgG polyclonal cryoglobulins, anti-phospholipid antibodies aCLs and LAC. Doppler ultrasonography showed peripheral occlusion of right leg posterior tibial artery and thrombosis of infra-popliteal veins. Lower limb arteriography showed findings suggestive for TAO (confirmed by biopsy). Treatment included high dose of steroids, Iloprost, anticoagulation. Despite the conservative medical therapy, the patient had amputation of the right third toe afterward. Rituximab treatment was planned.

### Sindrome infiammatoria ricorrente pluriarticolare quale manifestazione paraneoplastica di sarcoma di Kaposi non-HIV relato

Ronga I, D'Antonio I, Ferrara L, Gallucci F, Valentino U, Uomo G

UOSC Medicina Interna 3, Dipartimento Medicina Polispecialistica, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

Il sarcoma di Kaposi (sK) è una rara neoplasia associata ad infezione da HHV-8 (Human Herpes Virus 8) a decorso ed espressività variabile da un minimo impegno mucocutaneo ad estese localizzazioni multiorgano. La maggior parte dei casi si associa ad una concomitante infezione da HIV e nei rari pazienti HIV negativi vi è spesso storia di trattamenti immunosoppressivi. Una sindrome infiammatoria ricorrente pluriarticolare può costituire una precoce manifestazione paraneoplastica.

**Caso clinico.** Paziente di sesso maschile, anni 49 ricoverato per edema e dolore agli arti con tumefazione ai polsi e ai gomiti, febbre e multiple chiazze nodulari violacee a carico del tronco e delle estremità superiori. Dati di laboratorio mostravano anemia, aumento di VES PCR e fibrinogeno e negatività per HIV, HBV e HCV, fattore reumatoide, autoanticorpi, con normalità del complemento sierico. Una EGDS mostrava multiple lesioni nodulari rosso-vinose a carico dell'esofago e dello stomaco. L'esame istologico di una delle lesioni cutanee mostrava sK. Un ciclo di terapia steroidea dominava la sintomatologia infiammatoria a carico delle articolazioni e migliorava la condizione anemica. Il paziente iniziava trattamento con doxorubicina (20mg/mq) bisettimanale per 5 mesi (in DH oncologico). Si otteneva un costante miglioramento delle lesioni cutanee ma a 2 e 4 mesi dall'inizio della chemioterapia si manifestava una ricorrenza della sindrome infiammatoria con i caratteri dell'esordio per cui si rendeva necessario nuovo ciclo di steroidi con buona risposta terapeutica.

## Alterazioni del microcircolo indotte da sorafenib in pazienti affetti da carcinoma epatocellulare: valutazione mediante videocapillaroscopia ungueale. Dati preliminari

Ronga I<sup>1</sup>, Del Genio MT<sup>1</sup>, Di Costanzo GG<sup>2</sup>, Gallucci F<sup>1</sup>, Parisi A<sup>1</sup>, Uomo G<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOSC Medicina Interna; <sup>2</sup>Epatologia, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

**Premesse.** La neoangiogenesi è fondamentale per la crescita e progressione delle neoplasie. Molecole anti-VEFG (Vascular-Endothelial Growth Factor) quali il sorafenib, inibitore della tirosinkinasi, svolgono attività anti-angiogenetica e sono utilizzate nella terapia di diverse neoplasie. Mancano ancora, però, criteri precoci di risposta terapeutica a tali trattamenti.

**Scopo dello Studio.** Valutare mediante videocapillaroscopia ungueale (VCU) eventuali alterazioni del microcircolo indotte da sorafenib in pazienti affetti da carcinoma epatocellulare (HCC).

**Materiali e Metodi.** Sono stati studiati prospetticamente 10 pazienti (età media 61.5 anni, range 50-76, tutti di sesso maschile) con HCC multifocale non suscettibile di terapia interventistica prima dell'inizio del trattamento con sorafenib (200 mg x 2/die) e a un mese di distanza. Strumento VideoCap 3.0 (DS Medica) con valutazione della densità capillare e fenomeni di angiogenesi (tortuosità da incroci singoli o multipli delle anse capillari).

**Risultati.** Nel confronto della densità capillare prima e dopo un mese di trattamento non si sono osservate differenze significative; valutando la tortuosità (espressa come numero di capillari tortuosi e come percentuale sui capillari totali) si è registrata una riduzione dopo il trattamento ( $6.9 \pm 4.1$  vs  $3.7 \pm 4.5$ ; 0.60% vs 0.27%) che non ha raggiunto la significatività per l'esiguità della numerosità assoluta.

**Conclusioni.** I nostri dati, primi in Letteratura a valutare l'effetto anti-angiogenetico del sorafenib mediante VCU, degni di approfondimento su casistica più ampia, sottolineano la possibile utilità di una valutazione microcircolatoria diretta degli effetti di un farmaco anti VEGF allo scopo di identificare un marcatore precoce di risposta terapeutica.

## Asma o broncopneumopatia cronica ostruttiva? Attenzione alla corretta diagnosi!

Schiavo A<sup>1</sup>, Salvatore V<sup>1</sup>, Casilli B<sup>1</sup>, Del Gatto A<sup>1</sup>, Gagliardi A<sup>1</sup>, La Mura G<sup>2</sup>, La Mura L<sup>3</sup>, Renis M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno; <sup>2</sup>Cardiologo, ASL Salerno; <sup>3</sup>Università di Napoli Federico II, Napoli, Italy

Asma e BPCO possono facilmente ingenerare confusione nella diagnosi, come riportato nel seguente caso clinico.

**Caso clinico.** G.A. M, 47 anni, atopico, test allergologici positivi per parietaria, graminaceae ed acari della polvere; riferisce tosse, specialmente da iperventilazione e dispnea per sforzi moderati, da alcune settimane. Valutato dal proprio medico di famiglia, viene messo in trattamento con acildinium bromuro mcg 322 bid. Persistendo la sintomatologia giunge alla nostra osservazione per approfondimento diagnostico/terapeutico. Viene sottoposto ad esame spirometrico con valutazione della bronco-dinamicità; l'esito è di alterazione funzionale di tipo ostruttivo di grado moderatamente severo con significativa bronco di-

namicità dopo beta stimolo (400 mcg di salbutamolo). Viene indagato con Asthma Control Test realizzando un punteggio di 17. Si conclude per asma bronchiale allergico stadio III GiNA e si consiglia trattamento con LABA/ICS, ciclo di steroide orale per 10 giorni, montelukast 10 mg die; si rinvia a controllo a 30 giorni.

**Discussione.** La malattia ostruttiva cronica polmonare è una delle patologie più frequenti dell'apparato respiratorio; la similitudine tra BPCO e asma può facilmente ingenerare confusione nella diagnosi. Tra l'altro la dispnea è comune alle due patologie ostruttive tanto simili sul piano clinico ma tanto diverse sul piano fisiopatologico e bio-molecolare. Tali differenze sono alla base dell'approccio terapeutico che, come noto, si basa su molecole diverse: vagolitici e LABA nella BPCO, steroidi e LABA nell'asma. La clinica rimane fondamentale nella ricerca dei sintomi e segni dirimenti, ma l'approccio funzionale è necessario, come dimostra il caso in discussione.

**Conclusioni.** Il caso dimostra che l'approccio clinico deve sempre considerare i limiti della metodologia in specie di fronte a patologie che presentano forti analogie tra di loro; inoltre in tema di patologie respiratorie non si può prescindere dalla valutazione funzionale performando almeno una semplice curva Flusso/Volume e/o Volume/Tempo necessari, insieme allo studio della bronco-dinamicità, per emettere una diagnosi corretta, primo passo per una idonea terapia.

## Disordini dell'equilibrio acido/base in pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva ipercapnica riacutizzata e necessità di ventilazione non invasiva

Schiavo A<sup>1</sup>, Renis M<sup>1</sup>, Iannuzzi A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno; <sup>2</sup>UOC Medicina Interna, AORN A. Cardarelli, Napoli, Italy

**Background.** Le riacutizzazioni della BPCO con insufficienza respiratoria ipercapnica, in pazienti fragili, con pluripatologie e sottoposti a pluriterapia farmacologica, sono spesso complicate da disordini misti dell'equilibrio acido/base.

**Obiettivi.** Valutare, in pazienti con insufficienza respiratoria ipercapnica, la correlazione tra i diversi tipi di disordine dell'equilibrio acido-base, e la necessità di ventilazione non invasiva (NIV) in corso di riacutizzazione di BPCO.

**Pazienti.** In 110 pazienti (55 trattati con terapia standard da sola e 55 trattati anche con NIV) che sono stati ricoverati in ospedale per BPCO riacutizzata con ipercapnia, sono stati valutati: obiettività clinica, esami ematochimici e dati emogasanalitici. In base a questi ultimi, i pazienti sono stati classificati in: pazienti con acidosi respiratoria compensata (N. 51), pazienti con disordine misto additivo (acidosi respiratoria+acidosi metabolica N. 23), e pazienti con disordine misto controbilanciante (acidosi respiratoria+alcalosi metabolica N. 36). Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad O<sub>2</sub>-terapia con una maschera di Venturi o NIV (quando necessaria) e terapia farmacologica convenzionale, comprendente broncodilatatori, corticosteroidi e altri farmaci, a seconda delle comorbidità associate.

**Risultati.** La NIV si è resa necessaria in 24/51 (47%) pazienti con acidosi respiratoria compensata, 22/23 (96%) in pazienti con acidosi mista respiratoria e metabolica, ed in 9/36 (25%) pazienti con disordine controbilanciante (acidosi respiratoria+alcalosi metabolica). Per 22 pazienti si è reso necessario il trasfe-

rimiento nel reparto di terapia intensiva (UTI), per essere sottoposti ad intubazione oro-tracheale (IOT): 7/51 (14%) acidosi respiratoria compensata; 12/23 (52%) acidosi mista respiratoria e metabolica; 3/36 (8%) acidosi respiratoria+alcalosi metabolica.

**Conclusioni.** La presenza di disordine additivo (acidosi respiratoria+acidosi metabolica) durante riacutizzazioni di BPCO, è fattore predittivo della necessità di NIV ed eventualmente IOT. La presenza di disordine controbilanciante (acidosi respiratoria+alcalosi metabolica) non peggiora la prognosi dei pazienti con BPCO riacutizzata.

### Endocardite Infettiva su valvola aortica biologica trattata con daptomicina ad alto dosaggio

Sepe A<sup>1</sup>, Talamo M<sup>1</sup>, Moccia D<sup>2</sup>, Salomone Megna A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Malattie Infettive; <sup>2</sup>UOC Cardiologia, AORN G. Rummo, Benevento, Italy

**Introduzione.** Una protesi valvolare cardiaca è una condizione predisponente per lo sviluppo di una EI ad alto rischio di mortalità e con cattiva prognosi. Si riporta il caso di una EI su cuspidi di valvola aortica biologica, associata ad una emocoltura positiva per *Stafilococco epidermidis* MRSE, multiresistente, con manifestazioni emboliche arteriose cerebrali e cardiache che ha avuto esito favorevole con trattamento antibiotico combinato di daptomicina ad alto dosaggio, levofloxacina e gentamicina.

**Materiali e Metodi.** Paziente maschio di anni 68. A luglio 2014 sostituzione di valvola biologica aortica. Il 1/11/2014 febbre serotina con brividi; a domicilio assume chinolonici+amoxicillina/clavulanato, per più di tre settimane, persistendo stato febbrile remittente. Per la comparsa di disturbi mnesici (oltre alla febbre) accede in PS il 09/12/2014 e ricovero in neurologia. TC cranio smdc: negativa per eventi acuti in atto. Gli esami ematochimici mostrano leucocitosi neutrofila ed incremento degli indici infiammatori aspecifici. Nella degenza evento neurologico di emiparesi facio-brachio-crutale sinistra, 2° TC cranio smdc negativa per addensamenti cerebrali acuti. Si valuta approccio terapeutico di trombolisi per sospetto ACV ischemico. Persiste iperpiressia; inizia piperacillina/tazobactam 12g+1,5g/die+levofloxacina 500 mg/die. Su indicazione cardiologica esegue TEE che pone diagnosi di lesioni nodulari frangiate su cuspidi di valvola aortica biologica di 6 mm di diametro circa. Trasferito nel nostro reparto il 15/12/2014 inizia vancomicina 2 g/die+gentamicina 160 mg/die+rifampicina 600 mg/die. Nelle successive 72 ore esegue 4 emocolture e si assiste ad un peggioramento clinico: iperpiressia, stato confusionale, non segni di lato, incremento della troponina > 5ng/ml, in compenso emodinamico. Esegue RMN encefalo con mdc: areole ischemiche a genesi embolica diffuse. ECG: ritmo sinusale BBdx, BAV di primo grado: 240 msec. Il 18/02/2015 inizia terapia empirica con daptomicina 8 mg/kg/die+levofloxacina ev 750 mg/die+gentamicina 3 mg/kg/die. Dal 20/12/2014 netto miglioramento clinico, apiressia, decremento della troponina nei controlli sequenziali. Una emocoltura eseguita in neurologia positiva per *Stafilococco epidermidis* MRSE e multiresistente, con MIC per daptomicina >2. Ha praticato terapia antibiotica con daptomicina per 28 gg, gentamicina e levofloxacina sospese il 7/1/2015. Il 14/01/2015 TEE referta piccolissimi filamenti fibrosi (max 2 mm), residui delle vegetazioni endocarditiche precedente-

mente descritte. Paz. dimesso guarito, apiretico, con indici di flogosi nella norma.

**Discussione.** L'utilizzo di daptomicina ad alto dosaggio, nonostante una MIC >2 ha portato ad un rapido miglioramento clinico, stabile defervescenza e sensibile diminuzione degli indici infiammatori con decremento della troponina, Non si sono presentati eventi avversi renali o muscolari. Il successo terapeutico potrebbe essere spiegato: 1) dall'aver utilizzato un alto dosaggio di daptomicina 2) il valore reale della MIC della daptomicina per l'MRSE in realtà non era 2 (e-test indisponibile) 3) la gentamicina ha effetto sinergico (dimostrato) su daptomicina contro MRSE.

### Malaria da *Plasmodium vivax* trattata con piperacina tetrafosfato/diidroartemisinina

Sepe A<sup>1</sup>, Talamo M<sup>1</sup>, Rocco V<sup>2</sup>, Salomone Megna A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Malattie Infettive; <sup>2</sup>UOC Patologia Clinica, AORN G. Rummo, Benevento, Italy

**Introduzione.** La malaria è uno dei principali problemi di salute pubblica globale. Nel 2011 sono stati stimati 225 milioni di casi clinici con oltre 665000 morti, per la maggior parte bambini sotto i 5 anni in Africa sub Sahariana. In Europa la malaria è stata eradicata, ad esclusione di Azerbaijan, Georgia, Tajikistan e Turchia. Il programma Malaria dell'OMS ha riportato un aumento di otto volte del numero di casi di malaria di importazione tra il 1972 ed il 1988 (da 1500 a 12.000 casi) seguito da un aumento più graduale nel 2000 (15500 casi, con più del 70% dei casi in Francia, UK, Germania ed Italia). Ogni anno circa 25-30 milioni di persone si recano in viaggio da un paese europeo in aree endemiche per malaria. La malaria di importazione in Europa è osservata in viaggiatori che rientrano o in migranti provenienti da aree endemiche o residenti in Europa che si recano nei paesi di origine in visita.

**Materiali e Metodi.** Giovane paziente di 25 anni il 17/12/2013 accede in PS per iperpiressia (TC 39.5°C) da poche ore con brividi scuotenti e cefalea. Nel luglio del 2013 permanenza in Togo per 1 mese, volontario ONG, con riferito febbre malarica nell'ultima settimana, trattata con cloroquina e guarito, non ha praticato profilassi antimalarica. Gli esami di laboratorio eseguiti in PS mostrano LDH 397 U/L. Bil.tot 3.33 mg/dL. Bil. dir. 0.85 mg/dL, leucocitosi neutrofila relativa, piastrine 80000/mmc. fibrinogeno 534mg/dL. RX del torace nella norma, Eco addome con milza modicamente aumentata (diam. long. 141 mm). Nel sospetto di malaria si ricovera nel reparto di Malattie Infettive e si allestisce nel nostro laboratorio una goccia spessa, che conferma la diagnosi e uno striscio sottile che identifica una parassitemia da *Plasmodium vivax*. Assume Eurartesim 320 mg/40 mg cp, 3 cp/die per tre gg. Dal 2° giorno apiressia ed al controllo emoscopico qualche plasmodio residuo; dal 3° giorno emoscopia negativa. Dal 21/01/2014 assume primachina 14 mg/die per 2 settimane a completamento terapeutico.

**Discussione.** La malaria è una patologia rara in Europa ma è una emergenza medica. Un viaggio in aree endemiche eseguito di recente con comparsa di febbre è sospetta per malaria. Non esistono sintomi specifici di malaria, anche se la febbre è presente in quasi tutti i pazienti non immuni. I migranti da aree endemiche possono presentare pochi sintomi e nel nostro caso la recidiva si è presentata a quattro mesi dal rientro da

area endemica. L'esame microscopico con striscio sottile o goccia spessa colorato con Giemsa è il gold standard diagnostico. Il cardine del trattamento del Plasmodium vivax è stata una terapia di combinazione ACT (diidroartemisinina/piperacina) che ha mostrato una rapida clearance della parassitemia del Plasmodium vivax e controllo della febbre. La terapia sequenziale con primachina, dopo l'esclusione di un deficit di glucosio-6-fosfato deidrogenasi, ha eradicato le forme epato-citarie persistenti, ipnozoiti, e prevenuto ulteriori recidive.

### Valutazione del trend dei livelli sierici di vitamina D in una popolazione di pazienti anziani fragili ospedalizzati

Sessa L<sup>1</sup>, Renis M<sup>2</sup>, Schiavo A<sup>2</sup>, Senatore Z<sup>3</sup>, Del Gatto A<sup>2</sup>, Gagliardi L<sup>2</sup>, Grieco L<sup>2</sup>, Salvatore V<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi, Salerno; <sup>2</sup>UOC Medicina Interna; <sup>3</sup>Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologiche, PO Cava de' Tirreni, AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno, Italy

**Introduzione.** La vitamina D è un micronutriente necessario per il mantenimento dell'omeostasi della fisiologia del ricambio. Il suo ruolo è purtroppo spesso sottovalutato. Il deficit severo di vitamina D è correlato a molte patologie di interesse internistico; tra queste assumono particolare rilievo non solo le patologie dello scheletro come l'osteoporosi ed il rachitismo ma anche numerose malattie autoimmuni, tumori, patologie cardiovascolari come l'ipertensione arteriosa, e patologie respiratorie come l'asma.[1]

**Obiettivi.** Valutare il trend dei valori plasmatici di vitamina D nella popolazione di pazienti anziani, fragili, con pluripatologie che sono ricoverati in una Divisione di Medicina Interna

**Metodi.** Lo studio si è svolto nel Reparto di Medicina Interna del PO "Santa Maria dell'Olmo" di Cava de' Tirreni. Su un campione di 81 pazienti (45 maschi e 36 femmine; età 72,95 ± 16,44), è stato inserito, tra gli esami svolti di routine, anche il dosaggio dei livelli sierici di vitamina D. Di tali valori si è calcolata media e deviazione standard in modo da poter così ricavare il trend.

**Risultati.** I risultati sono stati i seguenti: media 13,03 ng/mL; DS 9.31 ng/mL. Nella Tabella 1 che segue sono riportati i valori di normalità ed i corrispettivi valori di tossicità e di deficit di vitamina D.

**Tabella 1.**

Tossicità	>150 ng/mL
Valori normali	30-150 ng/mL
Deficit moderato	10-30 ng/mL
Deficit severo	<10 ng/mL

**Conclusioni.** Dai risultati ottenuti è evidente un deficit da moderato a severo di Vitamina D nella popolazione dei pazienti afferenti al nostro presidio ospedaliero. Da qui risulta essere giustificata l'aggiunta di dosi supplementari di Vit D alla dieta giornaliera di pazienti anziani con pluripatologie, come quelli studiati. La dose che si consiglia assumere giornalmente per un paziente anziano è 800-1000 UI, mentre per un paziente adulto non anziano è di 400 UI.

### Bibliografia

- [1] Vitamin D: A Critical and essential micronutrient for human health, Igor Bendik, Angelika Friedel, Franz F. Roos, Peter Weber, Manfred Eggersdorfer; University of Eastern (Finland).

### La gestione del paziente per intensità di cura in una Unità Operativa di Medicina Interna. Proposta di un modello operativo nella ASL Napoli 1 Centro

Tassinario S<sup>1</sup>, Lanzetta R<sup>2</sup>, Giordano V<sup>3</sup>, Helzer V<sup>4</sup>, Varriale M<sup>1</sup>, Ambrosca C<sup>1</sup>, De Siena G<sup>1</sup>, Giordano L<sup>1</sup>, d'Errico T<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC di Medicina Interna Ospedale S.M.d.P. degli Incurabili; <sup>2</sup>Direttore DAO; <sup>3</sup>UOSD Pianificazione Ospedaliera; <sup>4</sup>UOC di Medicina Interna, Ospedale dei Pellegrini, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

La costante crescita della domanda di ricovero con il conseguente sovraffollamento (overcrowding) nella realtà ospedaliera campana ed italiana, determinatasi per diversi fattori tra i quali la riduzione dei posti letto, l'invecchiamento della popolazione ed anche la medicina difensiva, hanno realizzato nei Dipartimenti di emergenza una importante criticità sia clinica che gestionale, la cui soluzione non è più derogabile. Ricoverare i pazienti di area medica, senza una preliminare stratificazione del rischio, spesso comporta condotte inappropriate con incremento di mortalità. Il modello organizzativo cosiddetto "per intensità di cure", coniugato con il concetto di ospedali "in rete" secondo il principio "hub and spoke" sembra essere più adeguato a tali nuove esigenze; per intensità di cura si intende il bisogno assistenziale richiesto dal caso, conseguente ad una valutazione di instabilità clinica (alterazioni dei parametri vitali) e di complessità assistenziale (medica ed infermieristica), con l'obiettivo di modulare l'intensità di cura al bisogno di ogni singolo paziente, articolando le tecnologie, le competenze e le professionalità. Tale modello "per intensità di cure" sembra essere più adeguato alle attuali esigenze cliniche e gestionali, in una visione che pone il paziente al centro del sistema, con una presa in carico che valuta la sua complessità clinica con risposte clinico-organizzative crescenti ed appropriate. I determinanti necessari ed utili per la realizzazione del modello assistenziale proposto sono i seguenti: 1. corretta individuazione dei livelli assistenziali sui quali strutturare il modello; 2. allocazione delle risorse (in termini di personale, di tipologia strutturale dell'area e di tecnologie) ben definita e differenziata a seconda dei diversi livelli assistenziali; 3. precisa definizione della tipologia e delle caratteristiche dei pazienti per ogni singolo livello assistenziale; 4. condivisione dei percorsi clinico-assistenziali di tutti gli operatori; 5. definizione di precise responsabilità che, a cascata, regolino la gestione delle diverse aree, le modalità operative e di collaborazione tra i diversi professionisti e le diverse equipe che vi afferiscono. È prevista una fase di prima applicazione in via sperimentale della durata di 6 mesi dalla ufficiale attivazione. Sono stati definiti indicatori di processo e di esito per le due UUOO per valutare l'adesione corretta alla sperimentazione gestionale e un continuo monitoraggio delle attività. Le informazioni derivate dagli indicatori individuati, costituiranno un flusso informativo ufficiale a cadenza periodica di 2, 4 e 6 mesi, tra Direttori delle UUOO di Medicina dei 2 PPOO/Direzioni Mediche di Presidio/DAO/UOS Pianificazione Ospedaliera - Settore SDO/DRG (costituenti il gruppo di lavoro) per verificare l'an-

damento degli indicatori rispetto agli standard previsti. Sono previsti Interventi correttivi, messa a regime del percorso e suo monitoraggio continuo. Dall'approvazione di tale protocollo da parte della Direzione Aziendale avvenuto in data 8.10.14 fino al 31.12.14, sono 28 i pazienti che sono stati trasferiti dallo S.O. "Pellegrini" allo S.O. "S.M.d.P degli Incurabili".

### **Ecografia toracica bed-side nei pazienti con dispnea: un valido supporto in Medicina Interna.**

#### **Contributo casistico**

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

UOSC Medicina Interna 3, Dip. Medicina Polispecialistica, AORN Cardarelli, Napoli, Italy

**Premesse.** Nel corso degli ultimi anni la ecografia internistica ha trovato spazio nella diagnosi di alcune patologie polmonari e anche quale supporto alla interventistica transtoracica. Tale pratica, che ha fra l'altro il vantaggio di poter essere attuata bed-side anche in pazienti instabili, è ancora poco diffusa nelle UO di Medicina Interna.

**Scopo dello Studio.** Riportare la esperienza maturata nel corso degli ultimi 6 mesi con la ecografia toracica bed-side (ETbs) in pazienti selezionati ricoverati per dispnea nel nostro Reparto. Nel porre indicazione all'indagine abbiamo seguito gli standard codificati che prevedono: versamenti pleurici, malattie parenchimali, toracentesi ecoguidate, studio del diaframma, follow-up di pneumotoraci.

**Pazienti e Metodi.** E' stata posta indicazione in 83 pazienti; 13 di essi (15.6%) sono stati esclusi per impossibilità di accesso ottimale alla sonda. I restanti 70 pazienti sono stati valutati anche con le metodiche routinarie ritenute necessarie nel caso specifico (xgrafia, ecocardio, TC, emogasanalisi, prove di funzionalità respiratoria, pro-BNP). Sono state utilizzate sonde convex, lineari o cardiologiche a frequenze tra 2.5 e 12 MHz con suddivisione dell'emitorace in tre campi di scansione. In 12 casi la ETbs è stata completata con toracentesi diagnostica/evacuativa. E' stata utilizzata la eco-semeiotica polmonare secondo gli standard internazionali con codifica degli artefatti (*sliding lung*, *lung point*, linee A, B, Z, polmone umido, polmone secco, epatizzazione).

**Risultati.** Abbiamo registrato un'ottima corrispondenza del reperto "polmone umido" (caratterizzato dall'ipoecogenicità del parenchima intervallato da sporadiche linee B) con le dispnee di origine cardiogena e del reperto "polmone secco" (iperecogenicità da maggiore dispersione degli ultrasuoni, rarefazione o scomparsa delle linee A, aumento delle linee B) con le dispnee non-cardiogene incluse le interstiziopatie da reumopatie. Nello studio dei versamenti pleurici, la ETbs si è mostrata estremamente affidabile così come nel follow up di pneumotoraci (5 casi). Utile nell'insufficienza respiratoria da BPCO la quantizzazione in M-mode delle escursioni diaframmatiche in rapporto alle variazioni del quadro sindromico.

**Conclusioni.** Questa nostra iniziale esperienza caratterizza la ETbs quale valido supporto nei pazienti con dispnea. La tecnica sembra avere un favorevole impatto nella pratica clinica internistica ai fini della ottimizzazione del management con potenziali ritorni positivi anche in termini di costo-efficacia.

## ABSTRACT BOOK - Indice dei nomi

- Abete P 8  
 Allegorico E 4  
 Allegorico L 4  
 Ambrosca C 6, 8, 25  
 Amitrano M 1, 2, 7, 11  
 Ascione A 3  
 Asti A 1  
 Avella F 8  
 Baldi D 21  
 Barbella MR 1, 2  
 Beneduce F 8  
 Boffardi M 21  
 Boni R 2, 8  
 Borgheresi P 3  
 Borgia M 3, 8, 15  
 Buono R 5, 7, 18, 22  
 Cannavacciuolo F 4  
 Cannavale A 8, 17  
 Capasso F 5, 8  
 Caputo D 8  
 Carbone S 6  
 Carleo D 9  
 Caruso G 5  
 Caserta L 8  
 Casilli B 20, 21, 23  
 Caso P 8  
 Cavallaro R 4  
 Chiariello G 4  
 Ciaramella F 3  
 Contaldi P 4  
 Coppola A 4  
 Cositore G 8  
 Covetti G 4  
 Cristiano G 14  
 D'Alessandro A 1, 16, 17  
 D'Alessandro G 1  
 D'Alessio A 14  
 D'Amato M 16  
 D'Ambrosio G 2  
 D'Amore C 4  
 D'Antonio I 5, 19, 22  
 D'Avino M 5, 8, 11  
 d'Errico T 6, 13, 22, 25  
 Dalia C 8  
 de Campora P 7, 11  
 De Donato MT 3, 8  
 De Feo V 8  
 De Ritis F 11  
 De Siena G 25  
 de Simone R 2  
 De Vecchi RM 3  
 Del Gatto A 21, 23, 25  
 Del Genio MT 5, 7, 19, 23  
 Dentali F 7, 11  
 Di Costanzo GG 23  
 Di Girolamo C 18  
 Di Grezia F 1, 2  
 Di Micco G 11  
 Di Micco P 7, 11  
 Di Monda G 5, 8, 11, 12  
 Dorato M 19  
 Esposito N 8  
 Ferrara L 19, 22, 26  
 Fimiani B 8  
 Finelli R 3  
 Florio A 18  
 Fontanella A 7, 8, 11  
 Fontanella L 7  
 Frasson S 7  
 Gagliardi A 21, 23  
 Gagliardi L 25  
 Galderisi M 8  
 Gallotta G 2  
 Gallucci F 5, 8, 18, 19, 22, 23, 26  
 Gargiulo A 10, 13, 14, 16, 17  
 Gatti A 9  
 Gentile M 21  
 Giacconi P 15  
 Giaquinto E 8  
 Giordano L 25  
 Giordano P 8  
 Giordano V 25  
 Giorgio R 10  
 Giunta R 14  
 Grasso E 8  
 Grieco L 25  
 Guida A 11  
 Guida I 10  
 Guida L 8  
 Gussoni G 7  
 Helzer V 25  
 Iannuzzi A 4, 23  
 Iannuzzi R 11, 17  
 Iazzetta N 12  
 Ilardi A 5, 8, 11, 12  
 Iovinella V 12  
 Italiano G 6, 13, 14, 22  
 Izzi A 12  
 La Mura G 20, 21, 23  
 La Mura L 20, 21, 23  
 Laccetti M 17  
 Lambiase C 3  
 Landi E 1, 2  
 Lanzetta R 25  
 Lebano R 7  
 Liguori M 11  
 Luca S 6  
 Luiso V 14, 19  
 Madonna P 17  
 Maffettone A 3, 6, 8, 13, 15, 16, 22  
 Maiolica O 15, 16  
 Mangiacapra S 4, 7  
 Maresca G 1  
 Martinelli F 12  
 Mayer MC 8, 11, 17  
 Moccia D 24  
 Monreal M 11  
 Morella P 16  
 Muscherà R 5, 11, 12  
 Napoli G 21  
 Nappo R 4  
 Nardi S 1  
 Niglio A 7, 11  
 Nuzzo MG 10, 16, 17  
 Nuzzo V 17  
 Oricchio C 18  
 Palermo Rossetti C 1, 2  
 Pannone B 11, 17  
 Parisi A 5, 7, 18, 23  
 Patella V 18  
 Perrone G 1  
 Perrone GF 1  
 Pirozzi G 5, 7, 19  
 Postiglione A 1  
 Rabitti PG 2, 5, 8, 11, 12  
 Ragni E 21  
 Ranucci R 8  
 Ranucci RAN 19  
 Reale P 14  
 Renis M 8, 20, 21, 23, 25  
 Rinaldi M 15, 16, 22  
 Rocco V 24  
 Ronga I 5, 8, 22, 23, 26  
 Russo MC 7  
 Russo R 7, 18, 26  
 Sacco M 16  
 Salomone Megna A 24  
 Salvatore V 20, 21, 23, 25  
 Sanguuolo R 7  
 Saturnino M 1, 2  
 Schettino M 16, 17  
 Schiano Di Cola M 4  
 Schiavo A 8, 20, 21, 23, 25  
 Senatore Z 25  
 Sepe A 24  
 Sessa L 20, 21, 25  
 Solaro E 14  
 Suozzo R 2  
 Talamo M 24  
 Tassinario S 6, 8, 25  
 Tirelli P 1  
 Tufano A 11  
 Uomo G 5, 7, 8, 18, 19, 22, 23, 26  
 Ussano L 3, 15, 16, 22  
 Valentino U 5, 22, 26  
 Vargas N 1, 2  
 Varriale M 6, 25  
 Vinciguerra A 14  
 Visconti M 6, 12  
 Zuccoli A 8, 17

## GUIDELINES FOR AUTHORS

<http://www.italjmed.org/ijm/about/submissions>

Manuscripts have to be *double-spaced* with *one-inch margins*. Headings must be used to designate the major divisions of the paper. To facilitate the review process, manuscripts should contain page and line numbering.

Manuscripts must be written in English. Authors whose native language is not English are strongly advised to have their manuscript checked by a language editing service, or by an English mother-tongue colleague prior to submission. As an option, PAGEPress offers its own professional copyediting service. Professional copyediting can help authors improve the presentation of their work and increase its chances of being taken on by a publisher. In case you feel that your manuscript needs a professional English language copyediting checking language grammar and style, PAGEPress offers a chargeable revision service in a few days. This service is available as well to authors who do not submit their manuscript to our journals. Please contact us to get more detailed information on this service.

The first page must contain: i) title (lowercase), without acronyms; ii) first name and family name of each author, separated by commas; iii) affiliation(s) of each author; iv) acknowledgments; v) full name and full postal address of the corresponding author. Phone, fax number and e-mail address for the correspondence should also be included; vi) three to five key words. The second page should contain: i) authors' contributions, e.g., information about the contributions of each person named as having participated in the study; ii) disclosures about potential conflict of interests; iii) further information (e.g., funding, conference presentation ...).

If *tables* are used, they should be double-spaced on separate pages. They should be numbered and cited in the text of the manuscript.

If *figures* are used, they must be submitted as .tiff or .jpg files, with the following digital resolution:

- i) color (saved as CMYK): minimum 300 dpi;
- ii) black and white/grays: minimum 600 dpi;
- iii) one column width (7.5 cm) or 2 column widths (16 cm).

A different caption for each figure must be provided at the end of the manuscript, not included in the figure file.

If *abbreviations* are used in the text, authors are required to write full name+abbreviation in brackets [e.g. Multiple Myeloma (MM)] the first time they are used, then only abbreviations can be written (apart from titles; in this case authors have to write always the full name).

*Original Articles (3500 words max, abstract 180 words max, 30 references max, 3/5 tables and/or figures)*: In general, this kind of publication should be divided into an Abstract, Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusions and References. A maximum of 10 authors is permitted and additional authors should be listed in an ad hoc Appendix.

*Reviews (4000 words max, abstract 250 words max, minimum 40 references, 3/5 tables and/or figures)*: They should be introduced by a general summary of content in the form of an Abstract. Following a short introduction, putting the study into context and defining the aim, reviews will concentrate on the most recent developments in the field. A review should clearly describe the search strategy followed (key words, inclusion, exclusion criteria, search engines, ...). No particular format is required; headings should be used to designate the major divisions of the paper.

*Brief Reports (about 2000 words, abstract 150 words max, 20 references max, 3 tables and/or figures)*: Short reports of results from original researches. They should be introduced by a general summary of content in the form of an Abstract. They must provide conclusive findings: preliminary observations or incomplete findings cannot be considered for publication.

*Case Reports (about 1800 words, abstract 150 words max, 15 references max, 1-2 tables and/or 3 figures max)*: A case report is a detailed narrative of symptoms, signs, diagnosis, treatments and follow-up of one or several patients. Cases that present a diagnostic, ethical or management challenge or highlight aspects of mechanisms of injury, pharmacology and histopathology or are accompanied by a literature review of the topic presented are deemed of particular educational value. The narrative should include a discussion of the rationale for any conclusion and any take-home message. Information on

the patient should be presented in the chronological order it has emerged in clinical practice. The evaluation will take into account the following aspects: Originality; Quality of the presentation; Correctness; Sustainability; Usefulness/relevance. They should be divided into: Abstract, Introduction, Case report(s), Discussion, Conclusions and References. For details please read the following Technical Note: <http://www.italjmed.org/ijm/article/viewFile/ijtm.2014.535/498>

*Letters to the Editor (800 words max)*: These are written on invitation, short essays that express the authors' viewpoint, may respond to published manuscripts in our journals, or deliver information or news regarding an issue related to the Journal scope. If the letter relates to a published manuscript, the authors of the original manuscript will be given the opportunity to provide a respond. Authors of Letters to the Editor should provide a short title.

*Book Reviews (no abstract, no references needed)*: They should be a short critical analysis and evaluation of the quality, meaning, and significance of a short book which addressed at least one of main topics of the Journal (the authors should contact the Editor-in-Chief of the journal for his/her approval before submitting a Book review).

*FADOI Position Statement*: Position statements are developed in response to issues relevant to and/or directly impacting on Internal Medicine practice, such as clinical, structural, organizational, management, legislative and ethical issues.

*Imaging in Internal Medicine*: Reports describing clinical cases that can be educational, including adverse effects of drugs or outcomes of a specific treatment, with particular emphasis on imaging important for Internal Medicine, such as: echocardiography, traditional and advanced radiology, nuclear medicine, ultrasound and bed-side sonography, etc.). They should be divided into: Abstract, Introduction (optional), Case report(s), Discussion, Conclusions, and References.

*Health Organization and Clinical Governance*: This section should contribute to develop a multidisciplinary debate involving policy-makers, health organizations, consumers' organizations and profit and no-profit societies, operating in the field of public health. The contents of this section must be centred on scientific argumentations even if policy, economical and ethics issue can be addressed. A box with a clear description of the organization will be included in the manuscript. Papers highly polemic, written by an author addressing his own opinion and not an organization position or with a theme of local interest will not be published. These papers are not peer reviewed and are published at the discretion of the Editor. Conclusions and opinions expressed by the authors do not necessarily reflect the policies of the Italian Journal of Medicine.

## REFERENCES

References should be prepared strictly according to the Vancouver style. References must be numbered consecutively in the order in which they are first cited in the text (not alphabetical order), and they must be identified in the text by Arabic numerals in *superscript*. References in the main text must always be cited after dots and commas. References to personal communications and unpublished data should be incorporated in the text and not placed under the numbered references [Example: (Wright 2011, unpublished data) or (Wright 2011, personal communication)]. Where available, URLs for the references should be provided directly within the MS-Word document. References in the References section must be prepared as follows:

- i) more than three authors, cite 3 authors, et al. If the paper has only 4 authors, cite all authors;
- ii) title style: sentence case; please use a capital letter only for the first word of the title;
- iii) journal titles mentioned in the References list should be abbreviated according to the following websites:
  - a. ISI Journal Abbreviations Index (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/>);
  - b. Biological Journals and Abbreviations (<http://home.ncicrf.gov/research/bja/>);
  - c. Medline List of Journal Titles ([ftp://ftp.ncbi.nih.gov/pubmed/J\\_Medline.txt](ftp://ftp.ncbi.nih.gov/pubmed/J_Medline.txt));

- iv) put year after the journal name;
- v) never put month and day in the last part of the references;
- vi) cite only the volume (not the issue in brackets);
- vii) pages have to be abbreviated, e.g., 351-8.

To ensure the correct citation format, please check your references in the PubMed database (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

Examples:

#### *Standard journal article*

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002;347:284-7.

#### *Proceedings*

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, eds. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming, 2002 Apr 3-5, Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. pp 182-91.

#### *Article with organization as author*

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40:679-86.

#### *Books*

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002.

Bjørn Lomborg, ed. *RethinkHIV - Smarter ways to invest in ending HIV in Sub-Saharan Africa*. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, eds. *The genetic basis of human cancer*. New York, NY: McGraw-Hill; 2002. pp 93-113.

### PEER REVIEW POLICY

All manuscripts submitted to our journal are critically assessed by external and/or in-house experts in accordance with the principles of peer review, which is fundamental to the scientific publication process and the dissemination of sound science. Each paper is first assigned by the Editors to an appropriate Associate Editor who has knowledge of the field discussed in the manuscript. The first step of manuscript selection takes place entirely in-house and has two major objectives: i) to establish the article's appropriateness for our journals' readership; ii) to define the manuscript's priority ranking relative to other manuscripts under consideration, since the number of papers that the journal receives is much greater than it can publish. If a manuscript does not receive a sufficiently high priority score to warrant publication, the editors will proceed to a quick rejection. The remaining articles are reviewed by at least two different external referees (second step or classical peer review). Manuscripts should be prepared according to the Uniform Requirements established by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

**Authorship:** all persons designated as authors should qualify for authorship according to the ICMJE criteria. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content. Authorship credit should only be based on substantial contributions to i) conception and design, or analysis and interpretation of data; and to ii) drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and on iii) final approval of the version to be published. These three conditions must all be met. Participation solely in the acquisition of funding or the collection of data does not justify authorship. General supervision of the research group is not sufficient for authorship. Any part of an article critical to its main conclusions must be the responsibility of at least one author. Authors should provide a brief description of their individual contributions.

**Obligation to Register Clinical Trials:** the ICMJE believes that it is important to foster a comprehensive, publicly available database of clinical trials. The ICMJE defines a clinical trial as any research project that prospectively assigns human subjects to intervention or concurrent comparison or control groups to study the cause-and-effect relation-

ship between a medical intervention and a health outcome. Medical interventions include drugs, surgical procedures, devices, behavioral treatments, process-of-care changes, etc. Our journals require, as a condition of consideration for publication, registration in a public trials registry. The journal considers a trial for publication only if it has been registered before the enrollment of the first patient. The journal does not advocate one particular registry, but requires authors to register their trial in a registry that meets several criteria. The registry must be accessible to the public at no charge. It must be open to all prospective registrants and managed by a non-profit organization. There must be a mechanism to ensure the validity of the registration data, and the registry should be electronically searchable. An acceptable registry must include a minimum of data elements. For example, [ClinicalTrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov) (<http://www.clinicaltrials.gov>), sponsored by the United States National Library of Medicine, meets these requirements.

**Protection of Human Subjects and Animals in Research:** when reporting experiments on human subjects, authors should indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the committee responsible for human experimentation (institutional and national) and with the Helsinki Declaration of 1975 (as revised in 2008). In particular, PAGEPress adopts the WAME policy on Ethics in Research (<http://www.wame.org>). Documented review and approval from a formally constituted review board (Institutional Review Board - IRB - or Ethics committee) is required for all studies (prospective or retrospective) involving people, medical records, and human tissues. When reporting experiments on animals, authors will be asked to indicate whether the institutional and national guide for the care and use of laboratory animals was followed.

### SUBMISSION PREPARATION CHECKLIST

As part of the submission process, authors are required to check off their submission's compliance with all of the following items, and submissions may be returned to authors that do not adhere to these guidelines.

1. The submission has not been previously published, nor is it before another journal for consideration (or an explanation has been provided in Comments to the Editor).
2. The submission file is in Microsoft Word, or PDF document file format.
3. We fight plagiarism: please understand that your article will be checked with available tools for discovering plagiarism.
4. The text is double-spaced; uses a 12-point font; employs italics, rather than underlining (except with URL addresses); and all illustrations, figures, and tables are placed within the text at the appropriate points, rather than at the end.
5. The text adheres to the stylistic and bibliographic requirements outlined in the Author Guidelines, which is found in About the Journal.
6. Please read this advice and download associated files. The International Committee of Medical Journal Editors has recently published in all ICMJE journals an editorial introducing a new "Disclosure Form for Potential Conflict of Interest", with the aim to establish uniform reporting system, which can go over the existing differences in current formats or editors' requests. We at PAGEPress Publications welcome this initiative as a possible uniforming, standardizing way to have this important disclosure authorizing the publications of manuscripts. We are therefore asking you to duly fill in the "Uniform Format for Disclosure of Competing Interests in ICMJE Journals" and upload it on the Web site of the PAGEPress journal your work is involved with or email it back to us, in mind to allow PAGEPress to peer-reviewing your work. The document is in Adobe format, it includes instructions to help authors provide the requested information and the completion procedure is user-friendly. Kindly note that the format have to be completed and signed by each author of the work. We remain waiting for the completed form to proceed with publication. Please be informed that if this Disclosure Form is missing, we will not be able to publish your work.

### COPYRIGHT NOTICE

PAGEPress has chosen to apply the Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0) to all manuscripts to be published.

An Open Access Publication is one that meets the following two conditions:

1. The author(s) and copyright holder(s) grant(s) to all users a free, irrevocable, worldwide, perpetual right of access to, and a license to copy, use, distribute, transmit and display the work publicly and to make and distribute derivative works, in any digital medium for any responsible purpose, subject to proper attribution of authorship, as well as the right to make small numbers of printed copies for their personal use.
2. A complete version of the work and all supplemental materials, including a copy of the permission as stated above, in a suitable standard electronic format is deposited immediately upon initial publication in at least one online repository that is supported by an academic institution, scholarly society, government agency, or other well-established organization that seeks to enable open access, unrestricted distribution, interoperability, and long-term archiving.

Authors who publish with this journal agree to the following terms: 1. Authors retain copyright and grant the journal right of first publication with the work simultaneously licensed under a Creative Commons Attribution License that allows others to share the work with an acknowledgement of the work's authorship and initial publication in this journal. 2. Authors are able to enter into separate, additional contractual arrangements for the non-exclusive distribution of the journal's published version of the work (e.g., post it to an institutional repository or publish it in a book), with an acknowledgement of its initial publication in this journal. 3. Authors are permitted and encouraged to post their work online (e.g., in institutional repositories or on their website) prior to and during the submission process, as it can lead to productive exchanges, as well as earlier and greater citation of published work.

#### PRIVACY STATEMENT

Privacy is an important concern for users of our site and is something that PAGEPress takes very seriously. Below you will find our policy for protecting users' personal information. Registration

on our website is optional and voluntary. Browsing and viewing articles on our website does not require any personal information to be submitted from users. Nor do these functions require the user's browser to be set to accept cookies. Some other services published on our website do require the use of cookies and information such as name, e-mail, etc. This is necessary for security reasons and to enable us to be able to assure standards of scientific integrity. Users may submit further personal information (e.g. details of research areas of interest) in order to take advantage of present and future personalization facilities on our website. In accordance with European Union guidelines, registrants may decline to provide the information requested. They should be advised, however, that PAGEPress may be unable to deliver its services unless at least the information necessary for security and identification purposes is provided. In order to offer the best possible service to users, PAGE Press tracks the patterns of usage of pages on the site. This enables us to identify the most popular articles and services. Where users have provided details of their research areas of interest, this information can be linked to them, helping PAGEPress to offer scientists, the most relevant information based on their areas of interest. User information will only be shared with third parties with the explicit consent of the user. Publishing a scientific manuscript is inherently a public (as opposed to anonymous) process. The name and e-mail address of all authors of a PAGEPress manuscript will be available to users of PAGEPress. These details are made available in this way purely to facilitate scientific communication. Collecting these e-mail addresses for commercial use is not allowed, nor will PAGEPress itself send unsolicited e-mails to authors, unless it directly concerns the paper they have published on PAGEPress journals. PAGEPress reserves the right to disclose members' personal information if required to do so by law, or in the good faith and belief that such action is reasonably necessary to comply with a legal process, respond to claims, or protect the rights, property or safety of PAGEPress, employees or members.

#### 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)

Claudia Castellano, Production Editor  
Tiziano Taccini, Technical Support

#### 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.

#### 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

#### 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: Marzo 2015.