

volume 12
SUPPL. 1
2018 March



Italian Journal of Medicine

*A Journal of Hospital
and Internal Medicine*

Editor in Chief
Giorgio Vescovo

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

XVII Congresso Regionale FADOI Campania
Napoli 12-13 aprile 2018

Presidente: M.C. Mayer

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

EDITOR-IN-CHIEF

Giorgio Vescovo, *Internal Medicine, Azienda U.L.S.S. 6, Padova, Italy*

PRESIDENTE NAZIONALE FADOI

Andrea Fontanella, *Napoli, Italy*

PRESIDENTE FONDAZIONE FADOI

Mauro Campanini, *Novara, Italy*

RESPONSABILE DEI QUADERNI DELL'ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Paola Gnerre, *Savona, Italy*

SUPERVISOR EDITOR DEI QUADERNI DELL'ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Roberto Nardi, *Bologna, Italy*

ASSOCIATE EDITORS

Cardiovascular Diseases

Paolo Verdecchia, *Internal Medicine, Assisi Hospital, Assisi (PG), Italy*

Andrea Bonanome, *Internal Medicine, S.S. Giovanni e Paolo Hospital, Venezia, Italy*

Gastroenterology-Hepatology

Luca Fontanella, *Internal Medicine, Center for Liver Diseases, Buonconsiglio Fatebenefratelli Hospital, Napoli, Italy*

Maurizio Soresi, *Unit of Internal Medicine, University of Palermo - School of Medicine, Department of Internal Medicine and Medical Specialties (DIBIMIS), Palermo, Italy*

Pharmacology

Gualberto Gussoni, *Scientific Director FADOI - Italian Scientific Society of Internal Medicine, Milano, Italy*

Giorgio Minotti, *Department of Medicine, Campus Bio-Medico University, Roma, Italy*

Nephrology

Michele Meschi, *Internal Medicine, Center for Nephrology and Arterial Hypertension, Hospital of Parma, Borgo Val di Taro (PR), Italy*

Dario Manfredotto, *Department of Medical Disciplines and UOC of Internal Medicine, Center for Arterial and Gestational Hypertension, Fatebenefratelli Hospital, Isola Tiberina, Roma, Italy*

Infectious Diseases

Massimo Giusti, *Medicine for Intensity Care, San Giovanni Bosco Hospital, Torino, Italy*

Filippo Pieralli, *Head of Subintensiva di Medicina, University-Hospital, Firenze, Italy*

Endocrine and Metabolic Diseases

Luigi Magnani, *Internal Medicine, Hospital of Voghera (PV), Italy*

Vincenzo Provenzano, *Department of Internal Medicine and Referral Center for Diabetes and Insulin Pump Implantation, Partinico Civic Hospital, Partinico (PA), Italy*

Rheumatology, Immunohematology

Antonino Mazzone, *Department of Internal Medicine and Hematology, Hospital of Legnano (MI), Italy*

Laura Morbidoni, *Department of Internal Medicine, Principe di Piemonte Hospital, Senigallia (AN), Italy*

Complexity

Antonio Greco, *Geriatric Unit, IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG), Italy*

Alessandro Nobili, *Quality Assessment Laboratory for Elderly Care and Services, Drug Information Service in the Elderly, Institute for Pharmacological Research Mario Negri, Milano, Italy*

Respiratory Diseases

Marco Candela, *Medical Department, Area Vasta 2 ASUR Marche, Italy*

Antonio Sacchetta, *Medical Department, District of Pieve di Soligo, ULSS 2 Marca Trevigiana; Internal Medicine, Conegliano Hospital, Conegliano (TV), Italy*

Governance-HTA

Gianluigi Scannapieco, *General Director, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italy*

Carlo Favaretti, *Center for Leadership in Medicine, Catholic University of the Sacred Heart, Roma, Italy*

Thrombosis and Hemostasis

Cecilia Becattini, *Internal Medicine and Stroke Unit, University of Perugia, Italy*

Francesco Dentali, *Department of Clinical Medicine, Insubria University, 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)

Editore: PAGEPress srl, via A. Cavagna Sangiuliani 5, 27100 Pavia, Italy - www.pagepress.org

Direttore Responsabile: Camillo Porta

Stampa: 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

XVII Congresso Regionale FADOI Campania Napoli, 12-13 aprile 2018

Consiglio Direttivo FADOI Campania · Comitato Scientifico e Organizzativo

M.C. MAYER

Presidente

G. Uomo	<i>Past President</i>	G. Italiano	<i>Componente</i>
M. D'Avino	<i>Segretario</i>	A. Maffettone	<i>Componente</i>
M. Visconti	<i>Consulente Scientifico</i>	F. Marchese	<i>Componente</i>
A. Zuccoli	<i>Consulente Organizzativo</i>	P. Morella	<i>Componente</i>
M. Amitrano	<i>Componente</i>	M. Renis	<i>Componente</i>
T. d'Errico	<i>Componente</i>	M. Poggiano	<i>Referente Fadoi Giovani</i>
F. Gallucci	<i>Componente</i>	D. Caruso	<i>Consigliere Onorario</i>
A. Iannuzzi	<i>Componente</i>	A. Gargiulo	<i>Consigliere Onorario</i>
A. Ilardi	<i>Componente</i>	P.G. Rabitti	<i>Consigliere Onorario</i>

Segreteria Scientifica

M. Visconti	<i>mario.visconti1@tin.it</i>	G. Uomo	<i>gene.uomo@virgilio.it</i>
M.C. Mayer	<i>malina.mayer@alice.it</i>	A. Fontanella	<i>andrefontanella52@gmail.com</i>

Segreteria FADOI Campania

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

Segreteria Organizzativa

S. Pio
Planning Congressi Srl, Via Guelfa 9, 40138 Bologna
Tel.: +91.051.300100 (int. 148) - Fax: +91.051.309477
e-mail: s.pio@planning.it | www.planning.it
cell: 3483066542

Società Scientifica FADOI - Organigramma

PRESIDENTE NAZIONALE

Andrea Fontanella, Napoli, Italy

PRESIDENTE ELETTO

Dario Manfellotto, *Roma, Italy*

PAST PRESIDENT

Mauro Campanini, *Novara, Italy*

SEGRETARIO

Micaela La Regina, *La Spezia, Italy*

SEGRETARIO VICARIO

Andrea Montagnani, *Grosseto, Italy*

STAFF DI SEGRETERIA

Comunicazione Paola Gnerre, *Savona, Italy*
Ricerca Roberta Re, *Novara, Italy*
Formazione Maurizia Gambacorta, *Todi (PG), Italy*

TESORIERE

David Terracina, *Roma, Italy*

STAFF DI TESORERIA

Francesco D'Amore, *Roma, Italy*

PRESIDENTE FONDAZIONE FADOI

Mauro Campanini, *Novara, Italy*

COORDINATORE

Giuseppe Augello, *Canicattì (AG), Italy*

DIPARTIMENTO PER LA RICERCA CLINICA "CENTRO STUDI FADOI"

Direttore Giancarlo Agnelli, *Perugia, Italy*
Direttore vicario Francesco Dentali, *Varese, Italy*

DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Direttore Mauro Silingardi, *Guastalla (RE), Italy*

COORDINAMENTO FORMAZIONE AREA CENTRO-NORD

Francesco Orlandini, *La Spezia, Italy*

COORDINAMENTO FORMAZIONE AREA CENTRO-SUD

Generoso Uomo, *Napoli, Italy*

COORDINATORE COMMISSIONE GIOVANI

Flavio Tangianu, *Oristano, Italy*

MEMBRO FISM E RESPONSABILE PER L'INNOVAZIONE IN MEDICINA INTERNA

Antonino Mazzone, *Legnano (MI), Italy*

ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Editor in Chief Giorgio Vescovo, *Padova, Italy*

RESPONSABILE DEI QUADERNI DELL'ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Paola Gnerre, *Savona, Italy*

SUPERVISOR EDITOR DEI QUADERNI DELL'ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Roberto Nardi, *Bologna, Italy*

DELEGATO FADOI ITALIAN STROKE ORGANIZATION E CONSULTA CARDIOVASCOLARE

Michele Stornello, *Siracusa, Italy*

RAPPORTI CON EFIM

Gualberto Gussoni, *Milano, Italy*
Ombretta Para, *Firenze, Italy*
Giorgio Vescovo, *Padova, Italy*

RESPONSABILE SITO NAZIONALE E COMUNICAZIONE

Salvatore Lenti, *Arezzo, Italy*

RESPONSABILE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ

Franco Berti, *Roma, Italy*

RESPONSABILE CLINICAL COMPETENCE

Antonino Mazzone, *Legnano (MI), Italy*

RESPONSABILE AREA ECOGRAFIA

Francesco Cipollini, *Ascoli Piceno, Italy*
Marcello Romano, *La Spezia, Italy*

RESPONSABILE MEDICINA DI GENERE

Cecilia Politi, *Isernia, Italy*

RESPONSABILE AREA NUTRIZIONE

Roberto Risicato, *Siracusa, Italy*
Luciano Tramontano, *Praia a Mare (CS), Italy*

RESPONSABILE AREA DI CLINICAL GOVERNANCE

Giovanni Iosa, *Cesenatico (FC), Italy*
Stefano De Carli, *Udine, Italy*

Italian Journal of Medicine

*A Journal of Hospital
and Internal Medicine*



Fondazione FADOI - Organigramma

PRESIDENTE FONDAZIONE

Mauro Campanini, Novara, Italy

COORDINATORE

Giuseppe Augello, Canicattì (AG), Italy

DIPARTIMENTO PER LA RICERCA CLINICA CENTRO STUDI FADOI

Direttore Giancarlo Agnelli, Perugia, Italy
Direttore vicario Francesco Dentali, Varese, Italy

SEGRETERIA

Grazia Panigada, Pescia (PT), Italy

RESPONSABILE AREA MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Paolo Verdecchia, Assisi (PG), Italy

STAFF AREA MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Cecilia Becattini, Perugia, Italy
Pierpaolo Di Micco, Napoli, Italy
Fernando Gallucci, Napoli, Italy
Alessandro Squizzato, Varese, Italy

RESPONSABILE AREA MALATTIE INFETTIVE

Ercole Concia, Verona, Italy

STAFF AREA MALATTIE INFETTIVE

Anna Maria Azzini, Verona, Italy
Gianluca Giuri, Castelnovo ne' Monti (RE), Italy
Matteo Giorgi Pierfranceschi, Piacenza, Italy
Carlo Tascini, Pisa, Italy

RESPONSABILE AREA MALATTIE RESPIRATORIE

Leonardo Fabbri, Reggio Emilia, Italy

STAFF AREA MALATTIE RESPIRATORIE

Bianca Beghè, Reggio Emilia, Italy
Piera Boschetto, Ferrara, Italy
Gaetano Cabibbo, Modica (RG), Italy
Francesco Corradi, Firenze, Italy
Francesco Ventrella, Cerignola (FG), Italy

RESPONSABILE AREA MALATTIE REUMATOLOGICHE

Carlo Salvarani, Reggio Emilia, Italy

STAFF AREA MALATTIE REUMATOLOGICHE

Laura Morbidoni, Senigallia (AN), Italy
Nicolò Pipitone, Reggio Emilia, Italy
Tito D'Errico, Napoli, Italy

RESPONSABILE AREA MALATTIE METABOLICHE

Roberto Vettor, Padova, Italy

STAFF AREA MALATTIE METABOLICHE

Tiziana Attardo, Agrigento, Italy
Giovanni Gulli, Savigliano (CN), Italy
Ada Maffettone, Napoli, Italy
Maurizio Nizzoli, Forlì, Italy

RESPONSABILE AREA ORGANIZZATIVA IN MEDICINA INTERNA

Antonio Greco, San Giovanni Rotondo (FG), Italy

STAFF AREA ORGANIZZATIVA IN MEDICINA INTERNA

Marco Candela, Jesi (AN), Italy
Giovanni Mathieu, Pinerolo (TO), Italy
Valentino Moretti, San Daniele del Friuli (UD), Italy
Filomena Pietrantonio, Brescia, Italy
Elisa Romano, La Spezia, Italy

DIRETTORE DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Mauro Silingardi, Guastalla (RE), Italy

COORDINAMENTO DI AREA FORMATIVA CENTRO-NORD

Francesco Orlandini, La Spezia, Italy

COORDINAMENTO DI AREA FORMATIVA CENTRO-SUD

Generoso Uomo, Napoli, Italy

STAFF DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Roberto Frediani, Domodossola (VB), Italy
Marco Grandi, Sassuolo (MO), Italy

SEGRETERIA DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Luigi Magnani, Voghera (PV), Italy

BOARD SCIENTIFICO

Clelia Canale, Reggio Calabria, Italy
Fabrizio Colombo, Milano, Italy
Giuseppe De Matthaëis, Città Sant'Angelo (PE), Italy
Massimo Giusti, Torino, Italy
Luca Masotti, Cecina (LI), Italy
Nicola Mumoli, Livorno, Italy
Maurizio Ongari, Porretta Terme (BO), Italy
Ruggero Pastorelli, Collesferro (RM), Italy
Fulvio Pomero, Savigliano (CN), Italy
Roberto Riscato, Siracusa, Italy
Antonio Sacchetta, Conegliano (TV), Italy
Giancarlo Tintori, Pisa, Italy

COMMISSIONE TECNICHE E METODICHE INNOVATIVE DI FORMAZIONE E VERIFICA

Responsabile dell'Innovazione
in Medicina Interna Antonino Mazzone, Legnano (MI), Italy

STAFF

Francesco Dentali, Varese, Italy
Andrea Montagnani, Grosseto, Italy
Filippo Pieralli, Firenze, Italy

DIRETTORE SCIENTIFICO FONDAZIONE FADOI

Gualberto Gussoni, Grosseto, Italy

REFERENTI SLOW MEDICINE

Roberto Frediani, Domodossola (VB), Italy
Luigi Lusiani, Castelfranco Veneto (TV), Italy

RESPONSABILE AREA DOLORE

Domenico Panuccio, Bologna, Italy

XVII Congresso Regionale FADOI Campania Napoli, 12-13 aprile 2018

ARGOMENTI DI CULTURA GENERALE E POLISPECIALISTICA PER IL RUOLO DEL MEDICO INTERNISTA NELLA CURA DEL PAZIENTE COMPLESSO

Il XVII Congresso regionale della FADOI Campania si svolgerà a Napoli il 12-13 aprile 2018. Il tema, come sempre, nasce dal costante sforzo che la FADOI Campania, come quella Nazionale, fa e ha sempre fatto per uniformarsi all'evoluzione delle esigenze assistenziali e gestionali della medicina ospedaliera e territoriale.

È di assoluta attualità il fatto che la legge recentissima Gelli-Bianco, sulla responsabilità professionale, chiede di valutare quest'ultima sulla capacità del medico di attenersi alle linee guida per patologia.

Negli ultimi anni il concetto di rischio clinico è entrato tra le dimensioni da considerare nell'ambito ospedaliero, al pari di quello dell'organizzazione, dell'utilizzo appropriato delle risorse e della qualità dell'assistenza. Tutto ciò anche in relazione all'aumentare dei contenziosi in ambito sanitario, con processi e dinamiche che, seppure con una certa latenza, sempre più tendono ad avvicinarsi al modello nord-americano. Alla luce di quanto recita la legge Gelli, purtroppo, per la Medicina Interna orientarsi sulla base delle linee guida, attualmente disponibili, è assolutamente problematico. La tipologia dei pazienti ricoverati nei reparti di Medicina Interna, costituita da persone anziane, affette da multiple malattie croniche coesistenti nello stesso individuo, spesso riacutizzate e con fasi critiche d'instabilità clinica, con deficit funzionali dei reni e/o del fegato, fa sì che i nostri pazienti, quelli del Mondo reale, siano completamente esclusi dalle linee guida disegnate per le singole patologie, perché fuori dalle evidenze dei grandi trial.

È, pertanto, necessario oltre che di un cambiamento di mentalità e di approccio, anche di una diversa definizione delle strategie organizzative per la loro gestione, non limitata solamente alla fase acuta. Questi concetti sono stati oggetto di numerosi interventi nella letteratura degli ultimi anni e nell'immediato futuro la FADOI avrà un ruolo di rilievo nella stesura di linee guida nazionali per la gestione del paziente complesso.

Con questo spirito guida nasce il congresso Regionale 2018, enfatizzando anche, laddove opportuno o necessario, il ricorso a tecniche diagnostiche e terapeutiche moderne e talora anche complesse. Purché tali tecniche non siano abusate né disarticolate tra di loro bensì inserite in un processo di sintesi, che consenta di svolgere il difficile compito della cura reale del malato, ricorrendo, ove necessario, alla collaborazione con gli Specialisti di discipline settoriali, che possano fornire conoscenze e procedure diagnostico-terapeutiche, che vadano oltre i limiti di una sia pur qualificata assistenza internistica, ma dei quali quest'ultima sia il reale coordinatore e modulatore.

Il programma del Congresso, diviso in quattro sessioni nell'arco di due giorni, prevede più di dieci letture, dedicate in particolare a due settori di terapia farmacologica in notevole espansione ed evoluzione: la terapia anticoagulante orale e la terapia del diabete mellito. Per discutere dei nuovi anticoagulanti orali è prevista anche una Tavola rotonda specificamente dedicata. Un'altra Tavola rotonda tratterà della legge Gelli, di notevole e attuale interesse per coloro che esercitano la loro attività professionale nelle Strutture a maggior rischio. Un ruolo centrale nel Congresso avranno cinque workshop, che prevedranno cinque casi clinici con interazione telematica con la platea e visualizzazione informatica delle risposte alle domande sul caso clinico, poste come quesiti a risposte multiple, e cinque "confronti con gli esperti", ai quali un coordinatore porrà quesiti relativi ad argomenti innovativi o, comunque, di forte e attuale impatto clinico. L'uditorio potrà partecipare anch'esso in forma interattiva, e a più riprese, al confronto con gli esperti.

Infine, un tempo adeguato (3 ore), sarà riservato alle comunicazioni scientifiche dei soci, per dare maggiore rilievo e stimolo ai più giovani; verrà allestito uno spazio per l'area poster ai quali sarà dedicata un'ampia discussione nella parte finale del Congresso, al fine di garantire una numerosa e attenta partecipazione dei presenti. Gli abstract delle comunicazioni e dei poster, che anche quest'anno, nonostante il breve intervallo di tempo dal precedente Congresso, hanno raggiunto il numero di cinquanta, saranno pubblicati su un fascicolo 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. Anche quest'anno a tale evento sono riservati maggiori spazio e tempo, a conferma della presa di coscienza da parte dei medici della FADOI Campania di come la qualità della loro professione sia fortemente correlata a quella dell'assistenza infermieristica.

Andrea Fontanella
Presidente nazionale della FADOI

Maria Carolina Mayer
Presidente regionale della FADOI Campania

ABSTRACT BOOK - Indice

La trombosi venosa superficiale dell'arto superiore: dati dal registro RIETE	1
<i>Amitrano M, Cannavacciuolo F, Vivolo S, Mangiacapra S, Di Micco P</i>	
Studio <i>real life</i>: effetti cardiovascolari e renali di dapagliflozin nel paziente diabetico	1
<i>Asti A, Brizio N, Bassi V, Borrelli G, Tedesco MR, Foglia A, Simonetti R, Di Giovanni G</i>	
Dulaglutide in pazienti con diabete mellito tipo 2 scompensati	2
<i>Asti A, Langella V, Calvanese R, Maresca G, Tirelli P, Perrone G, D'Alessandro A, D'Alessandro G</i>	
Microepidemia intrafamiliare di crisi aplastica da parvovirus B19 in sferocitosi ereditaria	2
<i>Boni R, Coronella C, de Simone R, Liguori M, Poggiano MR, Suozzo R</i>	
Legionellosi e immunodeficienza: descrizione di due casi clinici	3
<i>Boni R, Coronella C, de Simone R, Liguori M, Poggiano MR, Suozzo R</i>	
Abatacept nel trattamento dell'artrite reumatoide: risultati di uno studio prospettico multicentrico campano	3
<i>Buono R, Gallucci F, Mastrobuoni C, Parisi A, Russo R, Tibullo L, Uomo G</i>	
Una sfida diagnostica: la malattia di Still dell'adulto	3
<i>Cannavale A, Coronella C, Iannuzzi R, Pannone B, Poggiano MR, Laccetti M</i>	
Lesioni da pressione trattate con miele irradiato a raggi gamma	4
<i>Cappiello M, Ciaburri F, Ferravante B, Cristiano N, Romano C, Scarfiglieri S, Bresciani A</i>	
Una rara forma di pancreatite acuta da ipertrigliceridemia: descrizione di un caso clinico	4
<i>Caruso C, De Rosa AR, Gigante M, Izzo CF, Paglia N, Iovinella V</i>	
Un caso di endocardite in paziente con problemi di tossicodipendenza	4
<i>Caturano M, Magro VM, La Montagna C, Marotta A, Mazza MA, Siniscalchi LI, Scognamiglio D, Adamo G, Strazzullo A, Del Mastro A</i>	
Prevenzione secondaria dell'ictus criptogenetico nel forame ovale pervio: la nostra esperienza e revisione della letteratura	5
<i>Coppola MG, Madonna P, Tirelli P, Accadia M, Oliva G, Bologna C, Silvestri N, De Luca C, Damiano S, Masiello R, Grasso E</i>	
Amartomatosi biliare multipla: case report e revisione della letteratura	6
<i>D'Ambrosio D, Vatiere V, Benincasa A, Damiano S, Cioffo S, Giovine S, Ievoli F</i>	
Un'insolita manifestazione gastrointestinale associata alla sindrome di Schmidt	6
<i>D'Ambrosio D, Vatiere V, Benincasa A, Auletta S, Concilio M, Giovine S, Ievoli F</i>	
Ipertensione arteriosa e psoriasi: inter-relazioni negative	7
<i>D'Avino M, Capasso F, Caruso G, Ferrara L, Ilardi A, Muscherà R, Uomo G</i>	
Monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa delle 24 ore in pazienti anziani: valutazioni su di una casistica prospettica non a target	7
<i>D'Avino M, Capasso F, Caruso G, Di Monda G, Farinara V, Ferrara L, Muscherà R, Valentino U</i>	
Una complicanza poco frequente della colonscopia: l'enfisema sottocutaneo	8
<i>De Donato MT, Borgheresi P, Renis M</i>	
Un'associazione dirimente: Isospora Belli ed HIV	8
<i>De Donato MT, De Vecchi RM, Marracino M, Renis M</i>	
Artrite reumatoide e interstiziopatia polmonare: descrizione di un caso clinico	8
<i>d'Errico T, Varriale M, Ambrosca C, Visconti M, Tassinario S</i>	
Sindrome di Sjögren associata ad artrite reumatoide: descrizione di un caso clinico trattato con DMARDs	8
<i>d'Errico T, Ambrosca C, Varriale M, Maffettone A, Italiano G, Visconti M, Tassinario S</i>	

ABSTRACT BOOK - Indice

Associazione preconstituita sacubitril/valsartan nello scompenso cardiaco congestizio: primi dati su casistica internistica	9
<i>Gallucci F, Di Monda G, D'Avino M, Ferrara L, Mastrobuoni C, Muscherà R, Uomo G</i>	
L'internista nel confronto con la tematica del fine-vita: utilità della tecnica <i> Surprise-Question</i>	9
<i>Gallucci S, Buono R, Gallucci F, Mastrobuoni C, Parisi A, Uomo G</i>	
Donne postmenopausali con bassi valori di LDL-colesterolo: associazione tra spessore medio-intimale carotideo e lipoproteine aterogene	10
<i>Iannuzzi A, Gentile M, La Fata E, Iannuzzo G, Covetti G, Panico C, Mattiello A, D'Elia L, De Michele M, Rubba M</i>	
Risultati del trattamento con DAAs di II generazione di una particolare coorte di pazienti, affetti da Malattia da virus C, aventi come caratteristica comune la tossicodipendenza: aggiornamento della casistica personale	10
<i>Iovinella V, Missano M, Lillo D, Iovinella G, Montanino M</i>	
Fratture vertebrali da osteoporosi in utilizzatori cronici di inibitori di pompa protonica. Revisione della casistica	11
<i>Italiano G, Gargiulo A, d'Errico T</i>	
Complex regional pain syndrome: analisi di una casistica monocentrica	11
<i>Italiano G, d'Errico T, Gargiulo A, Maffettone A</i>	
Ma la <i>clinical governance</i> è il governo dei clinici?	12
<i>Laccetti M, Cannavale A, Migliaccio A, Miele A, Migliaccio I</i>	
Case report: sindrome di Stevens-Johnson e coagulazione intravasale disseminata, un'associazione rapidamente fatale	12
<i>Langella V, Maresca G, Perrone G, Asti A, Calvanese R, d'Alessandro G</i>	
Gli anticoagulanti orali diretti nel trattamento e nella profilassi secondaria del tromboembolismo venoso nei pazienti con trombofilia ereditaria	12
<i>Madonna P, Coppola MG, Tirelli P, Bologna C, De Luca C, Silvestri N, Oliva G, Lugarà M, Granato Corigliano F, Erario L, Grasso E</i>	
Tai Ji Quan e <i>counseling</i> alimentare: prima esperienza ospedaliera di educazione terapeutica strutturata alternativa in pazienti con diabete mellito tipo 2	13
<i>Maffettone A, Campanile A, Fiorillo E, Piccolo G, Di Fraia S, Borgia M, Rinaldi M, Zhan Chung Li, Bellafesta S, Maiolica O</i>	
L'internista 3.0 e le smart technologies: la nuova App FADOI sul trattamento dell'iperglicemia in ospedale.	13
<i>Maffettone A, Fontanella A</i>	
Valutazione delle abitudini nutrizionali e loro correlazione a stato di obesità/sovrappeso in pazienti con diabete mellito di tipo 2 partecipanti alla "Giornata mondiale del diabete"	14
<i>Maffettone A, Fiorillo E, Campanile A, Piccolo G, Napolitano B, Ambrosino I, d'Errico T, Italiano G, Rinaldi M, Maiolica O</i>	
Transizione pancreatite acuta/pancreatite cronica: <i>link</i> patogenetico in un raro e peculiare caso clinico	14
<i>Mastrobuoni C, Buono R, Ronga I, Tibullo L, Valentino U, Uomo G</i>	
Terapia combinata secukinumab e sulfasalazina in spondilite anchilosante resistente ad altri farmaci biologici	15
<i>Moscato P, De Donato MT, Renis M, Perna P</i>	
Prevalenza di microfratture vertebrali misconosciute in pazienti ricoverati presso un ospedale di Napoli	15
<i>Muscariello R, Giannettino R, Romano O, Sepe C, Carcarino F, Tovecci F, Marano I, Russo E, Ruggiero R, Bruschini M, Ippolito S, Coretti F, Nuzzo V</i>	
Broncopneumopatia cronica ostruttiva nel sesso femminile: è solo un problema di fumo?	16
<i>Muscariello R, Capasso F, Ferrara L, Schiavone M, Valentino U, Iardi A</i>	

ABSTRACT BOOK - Indice

Prevalenza di fratture patologiche, di osteoporosi e comorbidità in pazienti afferenti a un ambulatorio per l'osteoporosi	16
<i>Muscariello R, Giannettino R, Romano O, Sepe C, Carcarino F, Ippolito S, Coretti F, Nuzzo V</i>	
Alterazioni del microcircolo in pazienti con distiroidismo: riscontro videocapillaroscopico delle manifestazioni angiogenetiche	17
<i>Parisi A, Buono R, Di Monda G, Ferrara L, Gallucci F, Ronga I, Uomo G</i>	
Emergenza in medicina: interazioni farmacologiche che favoriscono il prolungamento dell'intervallo QT e il rischio della sindrome di torsione di punta	17
<i>Patella V, Florio G, Rubano A, Magliacane D, Genovese A</i>	
Anemia megoloblastica nei tumori neuroendocrini: un nuovo marcatore?	18
<i>Poggiano MR, Catzola A, Coronella C, De Ritis F, Fortunato F, Laccetti M</i>	
Citomegalovirus... una inedita complicanza	18
<i>Ranucci RAN, Dorato M, Luiso V</i>	
Lo stroke criptogenetico: la complessità di un "problema semplice"	18
<i>Renis M, La Mura G, La Mura L, De Donato MT</i>	
Non-aderenza terapeutica: tutta colpa dell'età e della polifarmacia?	19
<i>Renis M, De Donato MT, Mastrobuoni C, Ilardi CR, Schiavo A, D'Avino M, Ilardi A</i>	
Efficacia, sicurezza e tollerabilità degli inibitori del co-trasportatore SGLT-2 in pazienti diabetici scompensati somministrati in regime di ricovero ospedaliero	19
<i>Romano O, Giannettino R, Ippolito S, Muscariello R, Sepe C, Carcarino F, Nuzzo V</i>	
Esempio di integrazione ospedale-territorio: percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del piede diabetico nel distretto 32 ASL Napoli 1 Centro	20
<i>Romano O, Giannettino R, Ippolito S, Muscariello R, Sepe C, Mignano S, Agliata AM, Camorino C, Criscuolo A, Di Ruocco L, Di Donato R, Farinello A, Massaro ML, Sirica E, Carcarino F, Nuzzo V</i>	
Organizzazione del III livello del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale nel trattamento dei pazienti con diabete mellito di tipo 1 nell'ambito dell'UOS di diabetologia dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta	20
<i>Schettino M, Nuzzo MG, Gargiulo A</i>	
Polmonite da <i>Legionella pneumophila</i>: in cerca di certezze terapeutiche	21
<i>Schiavone M, Fichera G, Lioniello M, Porcellini P, D'Avino M, Ilardi A</i>	
Utilità della valutazione del bilancio energetico in pazienti in età geriatrica avanzata ricoverati in medicina interna	21
<i>Tibullo L, Parisi A, Pirone A, Lo Conte MT, Tufano C, Uomo G, Vargas N</i>	
Pancreatite acuta a possibile eziologia multipla: un challenge clinico	22
<i>Tibullo L, Di Monda G, Ferrara L, Gallucci F, Valentino U, Uomo G</i>	
Grave piastrinopenia resistente alla terapia	22
<i>Valentino U, Capasso F, Farinaro V, Ilardi A, Muscherà R, Russo R, D'Avino M</i>	
Embolia polmonare nel puerperio: quella dispnea che non passava	22
<i>Vivolo S, Mangiacapra S, Cannavacciuolo F, Amitrano M</i>	

ABSTRACTS

La trombosi venosa superficiale dell'arto superiore: dati dal registro RIETE

Amitrano M¹, Cannavacciuolo F², Vivolo S¹, Mangiacapra S¹, Di Micco P³

¹AORN "S.G. Moscati", Avellino; ²PO "Maresca", Torre Del Greco, Napoli;

³Ospedale del Buon Consiglio "Fatebenefratelli", Napoli, Italy

La trombosi venosa dell'arto superiore. Lo studio delle vene dell'arto superiore assume rilievo minore rispetto ad altri distretti vascolari, a causa della minore incidenza di patologia in tale sede. Dagli anni '70 tale percentuale è nettamente aumentata in seguito all'utilizzo frequente di cateteri venosi centrali (CVC) e pace-maker in un numero sempre maggiore di pazienti. Se ciò è vero per le vene profonde dell'arto superiore, non può certo affermarsi lo stesso per le trombosi venose superficiali dell'arto superiore. Infatti non esistono dati in letteratura, né studi sul trattamento di questa patologia, né (conseguentemente) linee guida sul management, che, quindi, viene effettuato con modalità differenti a discrezione del sanitario, che, in molti casi, decide di non effettuare alcun trattamento.

La trombosi venosa dell'arti superiore: dati dal registro RIETE. Presentiamo alcuni interessanti dati dal registro RIETE. Il registro informatico dei pazienti con tromboembolia venosa (RIETE) è un progetto multidisciplinare fondato nel marzo 2001 in Spagna con lo scopo di ottenere un ampio data-base dei pazienti con tromboembolia venosa. Dai dati del registro RIETE sulle trombosi venose superficiali (Tabella 1) possiamo rilevare che esiste un numero non trascurabile di trombosi venose superficiali dell'arto superiore che si presentano su vena sana, non sottoposta a sollecitazione per accesso venoso. Pertanto, anche dai dati RIETE appare chiaro come non si tratti soltanto di una patologia iatrogena. Inoltre, per le trombosi dell'arto superiore su vena utilizzata come accesso vascolare un fattore di rischio è rappresentato dalla patologia neoplastica NON metastatica (probabilmente per un minore utilizzo della profilassi). Su vena sana, invece, il cancro con metastasi rappresenta un fattore di rischio. Per quanto attiene al trattamento, (Tabella 2), nella casistica RIETE qui presentata si conferma la tendenza a trattare farmacologicamente anche le trombosi venose (TVS) dell'arto superiore, piuttosto che a non trattarle. Si rileva, infatti, che sia nei pazienti con TVS spontanea che su accesso venoso il 92% circa ha ricevuto una terapia farmacologica, nella stragrande maggioranza dei casi costituita dall' Eparina a Basso Peso Molecolare. Nessun paziente è stato trattato con il Fondaparinux, dato interessante se si pensa che tale farmaco è approvato per il trattamento della TVS dell'arto inferiore, mentre al momento non lo sono i DOAC che pure sono stati utilizzati in tre pazienti (uno con TVS su vena sana e due con TVS iatrogena).

Conclusioni. Abbiamo quindi visto come la mancanza di dati in letteratura rifletta una notevole discrepanza di comportamento clinico nell'ambito della patologia venosa trombotica superficiale dell'arto superiore. Tuttavia, i dati del nostro registro, pur mostrando come l'incidenza sia nettamente più bassa rispetto alla TVS degli arti inferiori, mostrano anche una tendenza a trattare con terapia anticoagulante tale patologia. Quale sia l'impatto clinico di questo trattamento non è dimostrato. Inoltre non sappiamo, in assenza di dati, se ci sono delle condizioni che pos-

sano modificare l'indicazione al trattamento o la modalità dello stesso (ad es. la distanza dalla confluenza nel sistema venoso profondo). Studi epidemiologici potrebbero essere molto utili anche per consentirci di capire se ci sono degli accessi vascolari periferici più a rischio di trombosi rispetto ad altri e se e in quali pazienti effettuare profilassi.

Tabella 1. Clinical characteristics of the patients.

	Upper limb, venopuncture 25	Upper limb, spontaneous 24	Lower limb, Varicose vein 105	Lower limb, No varicosities 76
Patients, N				
Clinical characteristics,				
Gender (male)	14 (56%)	10 (42%)	36 (34%)	33 (43%)
Age (years±SD)	55±15	52±17	60±15*	55±16
Body weight (Kg±SD)	71±15†	73±15*	80±17	82±16
Inpatients	6 (24%)*	1 (4.2%)	4 (3.9%)	5 (6.6%)
Risk factors for VTE,				
Cancer without metastases	10 (40%)*†	3 (13%)	11 (10%)	2 (2.6%)
Cancer with metastases	5 (20%)	7 (29%)*†	5 (4.8%)	5 (6.6%)
Surgery	1 (4.0%)	6 (25%)*†	3 (2.9%)	4 (5.3%)
Immobility for ≥4 days	5 (20%)	0	6 (5.7%)	5 (6.6%)
Estrogen intake	1 (4.0%)	4 (17%)	6 (5.7%)	8 (11%)
Pregnancy/puerperium	0	1 (4.2%)	5 (4.8%)	2 (2.6%)
Leg varicosities	0	2 (8.3%)	105 (100%)*†	0
None of the above	4 (16%)*†	8 (33%)*	71 (68%)	48 (63%)
Prior VTE	1 (4.0%)	2 (8.3%)	15 (14%)	15 (20%)
Laboratory tests,				
CrCl levels <30 mL/min	0	1 (4.2%)	0	0
CrCl levels 30-60 mL/min	2 (8.0%)	0	15 (14%)	8 (11%)
Abnormal platelet count	8 (33%)	7 (32%)	13 (14%)	13 (19%)
Anaemia	11 (44%)	6 (25%)	16 (15%)	19 (25%)

Dati dal registro RIETE.

Tabella 2. Treatment and outcome during the course of anticoagulation.

	Upper limb, venopuncture 25	Upper limb, spontaneous 24	Lower limb, Varicose vein 105	Lower limb, No varicosities 76
Patients, N				
Duration of anticoagulation,				
Mean days ± SD	93±60*	164±200	133±216	191±341
Median days (IQR)	87 (48-133)	84 (45-241)	89 (44-141)	101 (47-149)
Initial therapy,				
LMWH	21 (84%)	21 (88%)	77 (73%)	65 (86%)
Mean LMWH doses (IU/kg/day)	121±51	106±54	107±59	107±51
LMWH doses <100 IU/kg/day	9 (43%)	13 (62%)	40 (52%)	34 (52%)
Unfractionated heparin	0	0	0	0
Fondaparinux	0	0	20 (19%)	7 (9.2%)
DOACs	2 (8.7%)	1 (4.3%)	4 (4.0%)	2 (2.7%)
Inferior vena cava filter	0	0	0	0
Thrombolytics	0	0	0	0
Antiplatelets	1 (4.0%)	1 (4.2%)	1 (0.95%)	1 (1.3%)
None	2 (8.0%)	1 (4.2%)	4 (3.8%)	1 (1.3%)
Long-term therapy,				
LMWH	19 (76%)	15 (63%)	48 (46%)	44 (58%)
Mean LMWH doses (IU/kg/day)	115±75	86±43	92±43	104±48
LMWH doses <100 IU/kg/day	8 (42%)	11 (73%)	29 (60%)	22 (50%)
VKA	1 (4.0%)	4 (17%)	17 (16%)	12 (16%)
Fondaparinux	0	1 (4.2%)	13 (12%)	5 (6.6%)
DOACs	2 (9.1%)	1 (4.8%)	5 (5.5%)	8 (11%)
Antiplatelets	1 (4.0%)	1 (4.2%)	7 (6.7%)	4 (5.3%)
None	2 (8.0%)	3 (13%)	14 (13%)	4 (5.3%)
Duration of therapy,				
< 30 days	4 (17%)	1 (4.3%)	9 (8.8%)	5 (6.7%)
30-90 days	9 (38%)	12 (52%)	42 (41%)	23 (31%)
> 90 days	11 (46%)	10 (43%)	51 (50%)	47 (63%)

Dati dal registro RIETE.

Studio real life: effetti cardiovascolari e renali di dapagliflozin nel paziente diabetico

Asti A¹, Brizio N², Bassi V³, Borrelli G⁴, Tedesco MR⁵, Foglia A⁶, Simonetti R⁵, Di Giovanni G⁴

¹UOC Medicina Interna, PO "S. Maria di Loreto Nuovo", Asl Napoli 1;

²DS N. 24, Asl Napoli 1; ³UOC Medicina Interna, PO "S. Giovanni Bosco", Asl Napoli 1; ⁴DS N. 30 Asl Napoli 1; ⁵DS N. 25 Asl Napoli 1;

⁶DS N. 31 Asl Napoli 1, Napoli, Italy

Introduzione. Dapagliflozin è un antidiabetico orale, inibitore degli SGLT-2, che può essere utilizzato in associazione a metformina o in associazione all'insulina. Evidenze scientifiche, provenienti dallo studio retrospettivo CVD-REAL, condotto su oltre 300.000 pazienti, europei ed americani, che sottolineano una certa "protezione" cardiovascolare, ci inducono ad utilizzarlo come prima scelta in caso di fallimento terapeutico con metformina o, come insulino-sensibilizzante, in associazione ad insulina. Abbiamo, pertanto, condotto uno studio prospet-

tico, multicentrico, coinvolgendo diabetologi ospedalieri e ambulatoriali, per valutare l'efficacia di dapagliflozin.

Materiali e metodi. Abbiamo reclutato 325 pazienti (218 M, 107 F), di età compresa tra 43 e 75 anni, che al momento della visita medica presentavano Hb glicata >7,5% ed erano in terapia con metformina e/o insulina. Al TO' venivano rilevate peso, BMI, circonferenza vita, PAS, PAD, glicemia a digiuno, Hb glicata, creatininemia, eGFR, microalbuminuria, colesterolo totale, HDL e LDL colesterolo, trigliceridi. Dopo 6 mesi i pazienti venivano richiamati per la visita di controllo e venivano rivalutate le analoghe variabili del TO'.

Risultati. La visita di follow-up a 6 mesi è stata, al momento, completata da 75 pazienti (51 M, 24 F), età media 61,7 anni (DS +/- 7,8). Abbiamo evidenziato una riduzione della glicemia a digiuno da 184,3 a 147,8 mg/dl ($p<0,01$), della Hb glicata da 8,7 a 7,6% ($p<0,01$), una riduzione del peso corporeo da 96,8 a 93,5 Kg e, di conseguenza, sia del BMI passato da 33,7 a 32,6 ($p<0,01$) che della circonferenza vita da 117,1 a 113,4 ($p<0,01$), una riduzione della PAS da 136 a 129,4 mmHg ($p<0,01$) e della PAD da 81,2 a 78,3 mmHg. Per quanto riguarda il profilo renale abbiamo osservato una lieve riduzione del eGFR da 72,3 a 60,6 ml/min ($p<0,01$), spiegabile con la riduzione del peso corporeo, un lieve aumento della creatininemia da 0,9 a 1,09 mg/dl ($p=NS$) e una riduzione della microalbuminuria da 35 a 21,6 mg/L ($p<0,01$). Circa il pattern lipidico c'è stata una riduzione del colesterolo totale da 188,9 a 185,6 mg/dl e del colesterolo LDL da 108,1 a 107,7, dati che non raggiungevano la significatività statistica. Inoltre nei 39 pazienti che assumevano insulina (solo basale o come schema basal-bolus) abbiamo rilevato, in media, una riduzione di circa 7 U (48,8 vs 41,7) dopo 6 mesi di terapia. Al momento 4 pazienti (3 F e 1 M) hanno abbandonato lo studio, 2 pazienti per i reiterarsi di IVU, 2 perché mal sopportavano di dover urinare spesso.

Conclusioni. I dati del nostro studio osservazionale confermano l'efficacia ipoglicemizzante di dapagliflozin, associata ad una notevole riduzione del peso corporeo, ad un buon impatto sul profilo lipidico con una importante sicurezza degli indici di funzionalità renale.

Dulaglutide in pazienti con diabete mellito tipo 2 scompensati

Asti A, Langella V, Calvanese R, Maresca G, Tirelli P, Perrone G, D'Alessandro A, D'Alessandro G

UOC di Medicina Interna, PO "S. Maria di Loreto Nuovo", Asl Napoli 1, Italy

Introduzione. Dulaglutide è un analogo del GLP-1 per uso parenterale, in monosomministrazione settimanale, utilizzato per il trattamento del diabete mellito tipo 2 nei pazienti in fallimento secondario con metformina, in associazione ad altri antidiabetici orali (sulfaniluree, pioglitazone, metformina) e insulina o come prima scelta nei pazienti intolleranti alla metformina.

Materiali e metodi. Nel nostro studio abbiamo arruolato 14 pazienti (9 M e 5 F), età media 52,3 anni (DS +/- 7,6), con durata media del diabete mellito di 6,5 anni (DS +/- 5,1), che pur in terapia con sulfaniluree, pioglitazone o metformina ai massimi dosaggi, presentavano Hb glicata >7,5% e glicemia a digiuno >140 mg/dl. Al momento dell'arruolamento ab-

biamo rilevato anche i valori di peso, BMI, colesterolo totale, HDL e LDL colesterolo, trigliceridi, transaminasi, azotemia, creatininemia, eGFR, PAS e PAD: a tali pazienti, non a "target" glicemico, abbiamo aggiunto in terapia dulaglutide 1,5 mg s.c. in monosomministrazione settimanale. Abbiamo effettuato il follow-up a 6 mesi, i pazienti sono stati richiamati e sono state rilevate le stesse variabili fatte al momento dell'arruolamento.

Risultati. I risultati, in media, hanno evidenziato una riduzione della glicemia a digiuno da 174,8 mg/dl a 135,5 mg/dl ($p<0,00001$), dell'Hb glicata da 8,2% a 6,8% ($p<0,00001$), un importante decremento ponderale da 92,3 Kg. a 82,2 Kg. con il BMI passato da 34,2 a 31,9 ($p<0,00001$), nessuna variazione significativa delle transaminasi e dei parametri di funzionalità renale. Per quanto riguarda il pattern lipidico, abbiamo osservato una riduzione statisticamente significativa del LDL colesterolo da 135,2 mg/dl a 106,6 mg/dl ($p<0,00001$), dei trigliceridi da 202,5 mg/dl a 163,2 mg/dl ($p=0,00002$) e del colesterolo totale da 200,7 mg/dl a 169,9 mg/dl ($p=0,001$), mentre l'HDL colesterolo variava da 47,7 mg/dl a 49,1 mg/dl ($p=0,02$). Per le variazioni di pressione arteriosa, abbiamo evidenziato riduzione della PAS da 142,3 mmHg a 133,8 mmHg ($p<0,01$) e della PAD da 82,5 mmHg a 78,6 mmHg ($p<0,01$). Gli effetti collaterali sono stati scarsi: in un caso si sono verificati crampi addominali e nausea nei primi 15 gg. dall'inizio della terapia regrediti dopo una decina di giorni e, in un altro caso, diarrea per 4-5 giorni, ma in nessun caso vi è stata sospensione della terapia.

Conclusioni. I nostri dati indicano che dulaglutide risulta essere molto efficace soprattutto nei pazienti diabetici di tipo 2 in sovrappeso o francamente obesi, perché oltre ad una importante riduzione della Hb glicata concorre ad una notevole riduzione del peso corporeo. Gli effetti collaterali noti per la classe (nausea, vomito, crampi addominali) sono risultati praticamente assenti e, come descritto in letteratura, nettamente ridotti rispetto agli analoghi del GLP-1 a somministrazione quotidiana.

Microepidemia intrafamiliar di crisi aplastica da parvovirus B19 in sferocitosi ereditaria

Boni R, Coronella C, de Simone R, Liguori M, Poggiano MR, Suozzo R

UOC Medicina Interna 1, AORN "A. Cardarelli", Napoli, Italy

Premessa. Il parvovirus umano (HPV) B19 è un virus a DNA a singola catena della famiglia delle Parvoviridae, che si trasmette per lo più per via aerea. E' responsabile della "quinta malattia" nei bambini e di una anemia cronica nel paziente immunocompromesso. HPV B19 colpisce l'eritrona a livello della CFU-E e del proeritroblasto ed è pertanto in grado di scatenare una crisi aplastica (CA) nei pazienti con ridotta sopravvivenza dei globuli rossi, come i portatori di anemie emolitiche ereditarie o acquisite.

Caso clinico. Donna di 27 anni, affetta da sferocitosi ereditaria (SE), in attesa di splenectomia; si ricovera per febbre alta, intensa astenia e dolori addominali. Laboratorio: Hb 4.1, RBC 1.380.000, WBC 1.990, Plt 97.000, Ret 0.7%, bilirubinemia indiretta 2.22, positività di IgM e IgG anti-HPV B19 (metodo CLIA). Qualche giorno dopo si ricoverano in altre UOC un fratello e un figlio della nostra paziente, entrambi affetti da SE, con identico

quadro clinico. I tre consanguinei, tutti trattati con emotrasfusioni, recuperano pienamente nel giro di 1-2 settimane.

Discussione. La CA da HPV B19 è ben nota nella popolazione pediatrica affetta da anemie emolitiche ereditarie, mentre è eccezionale nella popolazione adulta. Microepidemie intrafamiliari di CA sono state descritte in pazienti (specie bambini) con anemia drepanocitica, ma molto raramente in pazienti con SE: per quanto ne sappiamo il nostro è il primo caso descritto in Italia. Inoltre la pancitopenia è un evento raro e poco studiato in corso di CA: viene attribuita a linfocitocitosi emofagocitica o a meccanismi autoimmuni. Nella nostra paziente la leucopenia e la trombocitopenia sono regredite spontaneamente, al pari dell'anemia.

Conclusioni. In pazienti, sia bambini che adulti, con ridotta sopravvivenza dei globuli rossi, che presentino un improvviso aggravamento dell'anemia e/o pancitopenia, va presa in considerazione l'infezione da HPV B19, ricordando che talvolta il virus può anche "smascherare" una anemia emolitica in precedenza silente. In caso di CA in corso di anemia emolitica ereditaria, vanno tempestivamente avvisati del possibile imminente pericolo i familiari portatori.

Legionellosi e immunodeficienza: descrizione di due casi clinici

Boni R, Coronella C, de Simone R, Liguori M, Poggiano MR, Suozzo R

UOC Medicina Interna 1, AORN "A. Cardarelli", Napoli, Italy

Premessa. Dopo le prime ben note epidemie e lo sviluppo di efficaci criteri di prevenzione, la infezione da Legionella pneumophila (Lp) è oggi per lo più una infezione a carattere sporadico, che può manifestarsi in qualsiasi periodo dell'anno e che è responsabile del 3-15% di tutti i casi di polmonite. La sindrome di Good è una rara ipogammaglobulinemia che si associa a timoma, su base presumibilmente autoimmune (al pari della miastenia gravis), che può persistere anche dopo la timestomia.

Caso 1. Donna di 73 anni, diabetica, miastenia gravis, due volte sottoposta a intervento di timestomia. Si ricovera con polmonite plurifocale bilaterale. Ag urinario Lp positivo. IgG 1.09, IgA 0.26, IgM 0.17. CD19+ 1%. Terapia con levofloxacina e immunoglobuline e.v., seguita da guarigione.

Caso 2. Maschio di 64 anni, diabetico, cardiopatia dilatativa post-ischemica in attesa di trapianto. Si ricovera con polmonite massiva a destra. Ag urinario Lp positivo. Ab anti-HIV presenti. Guarigione dopo terapia con azitromicina.

Discussione. Nonostante la legionellosi sia sempre più associata all'ospite immunocompromesso e alle terapie immunosoppressive, si stenta a considerarla una infezione opportunistica o nosocomiale. I nostri due casi ci insegnano che la Lp deve essere ricercata in tutti i casi di polmonite, e non solo in caso di rischio ambientale, ma soprattutto negli immunodepressi in cui risulta particolarmente severa. D'altro canto in tutti i pazienti con legionellosi va studiato l'assetto immunitario, anche in assenza di una storia di infezioni ricorrenti. La Lp è responsabile ben del 20% dei casi di polmonite in corso di AIDS, ma può colpire anche pazienti con deficit dell'immunità umorale: il nostro è, per quanto ne sappiamo, il primo caso descritto di legionellosi in paziente con sindrome di Good.

Abatacept nel trattamento dell'artrite reumatoide: risultati di uno studio prospettico multicentrico campano

Buono R, Gallucci F, Mastrobuoni C, Parisi A, Russo R, Tibullo L, Uomo G

Dipartimento Medico Polispecialistico, UOSC Medicina Interna 3, AORN "A. Cardarelli", Napoli, Italy

Premesse. Abatacept è un farmaco biotecnologico in grado di bloccare selettivamente la co-stimolazione del linfocita T (azione sul CD80/86) ed esplicare una attività terapeutica efficace e ben tollerata in pazienti affetti da artrite reumatoide (AR). Vi sono casistiche internazionali e nazionali di riferimento ma mancano dati sulla popolazione campana.

Casistica. Sono stati reclutati nel periodo Gennaio 2015-Dicembre 2016 in modo prospettico presso 5 Centri ospedalieri ed ambulatoriali territoriali della Regione Campania 126 pazienti affetti da AR (106 donne, 20 uomini; età media 59.8 anni; durata media della malattia 8.6 anni). I pazienti sono stati tutti trattati (50 casi *naive*, 76 casi come seconda linea) con Abatacept 125 mg sc ogni 7 gg. I pazienti sono stati controllati mensilmente in regime di *tight control* secondo i criteri EULAR con valutazione di efficacia su dati clinimetrici (CDAI e HAQ-DI); sono stati registrati inoltre i dati relativi alla aderenza al trattamento e alla comparsa di eventuali effetti collaterali.

Risultati. L'analisi dei dati è stata fatta a 3, 6 e 12 mesi (T3, T6, T12). Il dato CDAI medio al basale era 16.58 e si è modificato costantemente in positivo (T3: 10.45, T6: 9.12, T12: 5.68); il dato HAQ-DI risultava al basale 1.44 e si è modificato riducendosi nel tempo (T3: 0.89, T6: 0.82, T12: 0.66); la aderenza al trattamento è stata del 98.3% al T3, 91% al T6 e 89% al T12; non si sono registrati effetti collaterali di rilievo.

Conclusioni. I risultati del presente studio dimostrano l'affidabilità e l'efficacia di Abatacept nel trattamento della AR anche in una serie di pazienti della nostra Regione; un dato degno di particolare attenzione è quello relativo alla aderenza al trattamento superiore ad un anno a quello riportato nei principali studi della Letteratura.

Una sfida diagnostica: la malattia di Still dell'adulto

Cannavale A, Coronella C, Iannuzzi R, Pannone B, Poggiano MR, Laccetti M

Medicina Interna 1, AORN "A. Cardarelli", Napoli, Italy

Introduzione. La malattia di Still dell'adulto (MSA) è caratterizzata da febbre elevata, rash cutaneo evanescente, artralgie/artrite, leucocitosi neutrofila, negatività del fattore reumatoide e degli anticorpi antinucleo e da marcata iperferritinemia. Possibili anche faringodinia, linfadenopatie, epato-splenomegalia, poliosierite, compromissione multiorgano e CID.

Caso clinico. Un uomo di 39 anni giungeva alla nostra osservazione per febbre elevata (acme 39-39.5°C), a carattere intermittente. Non altre manifestazioni cliniche. AP: negativa. E.O.: normale. Durante la nostra osservazione persisteva febbre, con punte serotine fino ai 40°C, insensibile al trattamento antibiotico. Laboratorio: aumento degli indici di flogosi, con leucocitosi neutrofila, iperferritinemia, incremento della procalcitonina. Nella norma gli indici di funzionalità epatica e renale. Negativa la ri-

cerca di autoanticorpi. Le indagini strumentali nella norma; le indagini culturali sempre negative. Negative anche le indagini virologiche. In decima giornata la febbre si associava a una fugace gonartrite dx. Escluse altre patologie immunitarie, endocrine o metaboliche, neoplastiche e infettive, veniva posta diagnosi di MSA. Il paziente iniziava la terapia con steroidi e indometacina. A distanza di 3 mesi la sintomatologia è regredita. Nella norma gli indici di flogosi e la conta leucocitaria.

Conclusioni. La MSA è una malattia rara. Lo spettro clinico variabile rende la diagnosi complessa e dispendiosa. Quasi sempre è una diagnosi d'esclusione.

Lesioni da pressione trattate con miele irradiato a raggi gamma

Capriello M¹, Ciaburri F¹, Ferravante B¹, Cristiano N², Romano C¹, Scarfiglieri S¹, Bresciani A¹

¹Dipartimento medico Polispecialistico, UO Lungodegenza, AORN "A. Cardarelli", Napoli; ²Cpsi, Italy

In Italia circa 2 milioni di persone sono affette da lesioni croniche cutanee, in particolare le ulcere da decubito colpiscono circa l'8% dei pazienti ospedalizzati e tra il 15% ed il 25% dei pazienti ricoverati presso le lungodegenze. Scopo dello studio è quello di testare l'efficienza delle medicazioni avanzate a base di miele Revamil puro al 100% irradiato a raggi gamma ad elevata concentrazione enzimatica per il trattamento di lesioni cutanee da pressione stadio I° - II° e stadio III°. Sono stati reclutati 6 pazienti con lesione da pressione I° II° e III° stadio, con lesioni da pressione con essudato modesto, con lesioni croniche infette essudanti e con lesioni non essudanti. Il loro utilizzo ha dimostrato guarigione delle lesioni e diminuzione dei tempi di degenza rispetto ai pazienti trattati con altri presidi.

Una rara forma di pancreatite acuta da ipertrigliceridemia: descrizione di un caso clinico

Caruso C, De Rosa AR, Gigante M, Izzo CF, Paglia N, Iovinella V

UOC di Medicina Generale, PO San Paolo, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

Gli autori descrivono un insolito caso di pancreatite acuta secondaria a marcata ipertrigliceridemia in una giovane donna con familiarità dislipidemica, non diabetica, affetta da NAFLD. In corso di pancreatite acuta l'etiopatogenesi da ipertrigliceridemia rappresenta l'1-4% dei casi. Anche se alcuni pazienti possono sviluppare pancreatite con livelli di trigliceridi >500 mg/dl, il reale rischio di pancreatite diventa clinicamente significativo per livelli di trigliceridemia >1000 mg/dl. Si giunge in PS. per coliche addominali ricorrenti, nausea e vomito. Il sospetto diagnostico è spesso fondato sulla clinica e l'aspetto chilo del siero, non correlando le amilasi con la gravità della sintomatologia: occorre ricordare, infatti, che i livelli plasmatici e urinari di amilasi possono essere falsamente bassi e addirittura normali nel 50% dei pazienti (per TG >500 mg/dl), forse per interferenza degli elevati livelli lipidici con la lettura colorimetrica del test. Sicuramente le tecniche di imaging, e in particolare la TC, aiutano nella definizione della diagnosi mostrando l'aumento della ghiandola e, di frequente, la presenza di falda fluida peripancreatica che discende verso la fascia pararenale.

Caso clinico. R.L. di anni 34, giunge in PS. per un dolore epigastrico urente, irradiantesi a sbarra. Gli esami d'urgenza mostrano un incremento massivo di trigliceridi (7680 mg/dl), colesterolo (1084 mg/dl) con amilasi 2X. La TC addome senza mdc, eseguita in urgenza, mostra l'incremento di volume del pancreas in toto con falda fluida peripancreatica discendente lungo la fascia pararenale anteriore. Pertanto la paziente è stata ricoverata presso l'UOC di Medicina Generale del PO San Paolo per i provvedimenti del caso. Il trattamento iniziale è stato analogo a quello delle altre forme di pancreatite acuta (digiuno, idratazione ev, analgesia, antibiotici, terapia di supporto). Nella nutrizione parenterale sono stati scelti preparati a basso contenuto lipidico. Non esistono linee guida specifiche per il trattamento della pancreatite acuta da ipertrigliceridemia, tuttavia vi è consenso sull'obiettivo di portare e mantenere i livelli di trigliceridi al di sotto di 500 mg/dl. Con il digiuno i livelli di trigliceridi si sono ridotti rapidamente <500 mg/dl (Tabella 1).

Tabella 1.

Data	11 nov.	12 nov.	14 nov.	15 nov.	19 nov.	22 nov.	26 nov.	03 dic.	09 dic.
Giornate degenza	I	II	IV	VI	IX	XII	XVI	XXIII	XXX
Amilasi	120	107	63		16	26		56	
Colesterolo	1084	822	336						
Trigliceridi	7680	4561	1128	428		242			
Globuli bianchi		20800	14400	14000	20600	29900	21400	11200	6500
Hb		13,4	9,4	9,4	8,9	10	10,1	8,9	9,6
HCT		35,2	27,3	28,7	27,7	30,3	31,7	27,1	29,4
PLT		352000	314000		288000	393000	449000	330000	248000
PCR		24,09			29,18	8,87	1,02	0,2	0,2
Bil. totale		0,49	0,49					0,68	
Albumina		2,32						3,9	

La paziente è stata dimessa in 32 giornata con la normalizzazione dei parametri lipidici, crisi ematica e il rientro degli indici infiammatori.

Discussione. La pancreatite acuta da ipertrigliceridemia è una rara forma caratterizzata dalla presenza di trigliceridi >500 mg/dl. In genere i pazienti sono obesi, diabetici, con sindrome metabolica e con alterazioni familiari del metabolismo lipidico. Nel nostro caso la paziente era giovane, non diabetica, obesa, ipertrigliceridemia ma non rientrando nelle caratteristiche della s. metabolica e il suo habitus era sostenuto dalla bulimia secondaria alla mancanza di autostima. L'invio al settore di psicologia ospedaliero, in aggiunta ad una dieta personalizzata e all'uso dei fibrati ha determinato un cambiamento radicale nelle abitudini della paziente che ha perso oltre 12 Kg e attualmente mantiene, a distanza di 3 mesi dall'evento acuto, un profilo lipidico ottimale.

Un caso di endocardite in paziente con problemi di tossicodipendenza

Caturano M¹, Magro VM², La Montagna C¹, Marotta A¹, Mazza MA¹, Siniscalchi L¹, Scognamiglio D¹, Adamo G¹, Strazzullo A¹, Del Mastro A¹

¹Dipartimento di Medicina d'Urgenza, Ospedale del Mare, Napoli;

²Dipartimento di Medicina Interna e Geriatria, Università della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli, Italy

Premessa. Categorie particolarmente disagiate come pazienti indigenti, portatori di handicap o affetti da problemi di tossicodipendenza o problemi psicologici o in condizioni di svantaggio sociale sono di non raro riscontro nella utenza del Pronto Soccorso e stanno assumendo un particolare significato non solo per le relative problematiche cliniche ma anche per i percorsi gestionali, a volte complessi e delicati, che devono essere intrapresi già alla entrata nel setting emergentistico. Presentiamo, come esempio, il caso di un paziente pervenuto alla nostra osservazione e affetto da diverse comorbidità, non ultima quella cardiologica.

Caso clinico. Veniva preso in carico un paziente di 35 anni, senza fissa dimora, affetto da qualche giorno febbre con brividi scuotenti, attualmente dolore all'emitorace sinistro. Anamnesi positiva per HCV, uso di eroina e cocaina. Condizioni cliniche generali scadute e pessime condizioni igieniche. Lieve agitazione ma collaborazione e disponibilità al colloquio. Arto inferiore di sinistra aumentato di volume. Dagli esami ematochimici si evinceva insufficienza renale, iper-CPKemia (204 UI/l) e innalzamento transaminasi (GOT 89 UI/l; GPT 105 UI/l) e GGT, ipoalbuminemia (34,6% al protidogramma; 2,3 g/dl), normoleucocitosi con anemia (Hb 9 g/dl) aumentata PCR (9,33 mg/dl).

Gestione. Valutazione primaria: Vie aeree pervie, respiro spontaneo, SpO₂ 96% in aria ambiente, FC 120 bpm, PA 120/80 mmHg. All'ECG ritmo da tachicardia sinusale. E' applicato catetere vescicale con diuresi conservata (al monitoraggio ca 1000 cc); si applica doppio accesso venoso con agocannula 16 G per nutrizione (glucosata 5% 500X 2/die), idratazione (soluzione fisiologica 1000 cc), prelievi (esami ed emocolture) e infusioni (omeprazolo 20 mg, meropenem 1000 mg). Apiresia L'Rx torace mostrava "diffuso ispessimento intestiziale con areole ipodiapane parenchimali rotondeggianti a margini sfumati". ECO-FAST: Presenza di versamento pleurico basale sinistro. L'ecocardiogramma evidenziava versamento pericardico e metteva in evidenza "ventricolo sinistro con buona cinesia globale e segmentaria, normali dimensioni atriali e del ventricolo destro (TAPSE 2,3 cm). Presenza di formazione isoiperecogena adesa al lembo posteriore della valvola tricuspide, vena cava inferiore dilatata (2,4 cm) ma normocollassabile, insufficienza tricuspide lieve-moderata e PAPs 35 mm Hg. CUS negativa per TVP a livello degli assi femoro-poplitei, bilateralmente. L'esame dell'addome evidenzia fegato di dimensioni aumentate a ecostruttura disomogenea. Negativa per liquido nei recessi peritoneali. La coltura per aerobi, fatta nella prima ora (golden hour) risultava successivamente positiva per numerose colonie di *Staphylococcus Aureus* meticillino sensibile, per cui, sulla base dell'antibiogramma (Oxacillina 1 g ogni 4-6 ore, Daptomicina 500 mg x 1/die; Oxacillina MIC 0,5, Daptomicina MIC 1) e delle recenti linee guida ESC, veniva rimodulata terapia antibiotica tenendo presente che, coesistendo l'infezione polmonare, si optava per l'associazione Piperacillina-Tazobactam (4,5 gr x 3/die) e Daptomicina (500 mg x 1/die). Durante il ricovero, a causa delle crisi multiple di agitazione da parte del paziente, veniva contattato il SERT locale aggiungendo terapia con Metadone (140 mg/die). La scarsa aderenza alla degenza ospedaliera ed alla terapia determinava la volontà del paziente ad autodimmettersi contro il parere dei sanitari in assenza del termine del ciclo di terapia antibiotica previsto.

Discussione. La presa in carico di un paziente di questo tipo rappresenta ancora oggi una sfida di alta complessità nel setting del DEA. Batteriemie di varia natura rappresentano la

causa di mortalità e morbilità nei tossicodipendenti. Pur ponendo l'endocardite verificarsi in qualunque soggetto, essa è contraddistinta da un aumentato rischio di sviluppo nelle persone affette tossicodipendenza per via parenterale come l'eroina (uso di aghi sporchi o contaminati). Stafilococchi, enterococchi e streptococchi rappresentano l'agente eziologico nell'80% dei casi e lo *S.aureus* ha un elevato tropismo per l'endocardio illeso (endocardite su valvole native) con emocolture positive nel 90% dei casi. L'endocardite tricuspide, tipica in questi pazienti, si mostra clinicamente con sintomi aspecifici come tosse o dolore toracico (come in questo caso). L'anamnesi, la valutazione primaria integrata dagli accertamenti necessari (emocolture ed eco transtoracica), permette spesso di dirimere il dubbio diagnostico.

Prevenzione secondaria dell'ictus criptogenetico nel forame ovale pervio: la nostra esperienza e revisione della letteratura

Coppola MG¹, Madonna P¹, Tirelli P¹, Accadia M², Oliva G¹, Bologna C¹, Silvestri N¹, De Luca C¹, Damiano S³, Masiello R¹, Grasso E¹

¹UOC di Medicina Generale, Ospedale del Mare, ASL Napoli 1 Centro; ²UOC di Cardiologia, "Ospedale Santa Maria di Loreto Nuovo", ASL Napoli 1 Centro; ³Dipartimento di Medicina Interna, Università degli Studi "Federico II", Napoli, Italy

Introduzione. La prevalenza del PFO nella popolazione adulta sana varia tra il 15% ed il 35%. Numerose evidenze supportano l'ipotesi che la presenza del PFO soprattutto in associazione ad alcune caratteristiche anatomiche (aneurisma del setto interatriale) od entità patologiche (stati di ipercoagulabilità) sia correlata ad un aumento di rischio di embolia paradossa e di ictus criptogenetico.

Casi clinici. Riportiamo 3 casi clinici di pazienti giovani afferenti al nostro ospedale per ictus giovanile criptogenetico. Un uomo di 48 anni viene trasferito presso il nostro reparto di Medicina Interna con diagnosi di ischemia cerebrale acuta. Il paziente si era recato in pronto soccorso per cefalea ed emiparesi destra insorte la notte prima. All'esame obiettivo PA 140/80 mmHg FC 90 bpm ritmico. Il paziente non era fumatore, anamnesi patologica remota positiva per ipertensione arteriosa, diabete mellito, pregresso infarto inferiore in terapia con aspirina e clopidogrel. La TAC cranio senza m.d.c. eseguita in pronto soccorso evidenziava multipli infarti cerebrali con infarcimento emorragico ed edema perilesionale, confermati anche alla RM encefalo. Due pazienti di anni 41 e 45 giungono presso il nostro ambulatorio per attacchi ischemici transitori ricorrenti in terapia con aspirina e clopidogrel. Una delle due pazienti aveva utilizzato contraccettivi orali in passato, attualmente sospesi. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad ecodoppler carotideo negativo per stenosi dei tronchi sovraortici ed Holter ECG negativo per aritmie. Lo studio trombolitico (omocisteina, anticorpi antifosfolipidi, proteina S, proteina C, anti-trombina III, mutazioni del fattore V Leiden e del gene della protrombina) è risultato negativo. Gli esami ecocardiografici transtoracico e transesofageo con soluzione agitata salina hanno evidenziato la presenza di un PFO con severo shunt destro-sinistro. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a chiusura transcatetere del PFO e terapia antiaggregante a lungo termine, e non hanno presentato recidive in un breve follow-up.

Discussione. Due recenti trials (CLOSE e Gore-REDUCE), in con-

trasto con tre precedenti trials randomizzati, hanno riportato un minor tasso di ricorrenza di ictus criptogenetici tra i pazienti sottoposti a terapia interventistica (chiusura del PFO) rispetto alla sola terapia medica, con beneficio maggiore nei pazienti con severo shunt destro-sinistro ed in quelli con aneurisma del setto interatriale. Le ragioni dei diversi risultati dei nuovi trial potrebbero riguardare i più stretti criteri di inclusione dei pazienti. I due trials non hanno riportato differenze statisticamente nei due gruppi in termini di eventi avversi maggiori ed emorragie, mentre il gruppo trattato con device ha mostrato una maggiore incidenza di fibrillazione atriale parossistica ($p < 0.05$).

Conclusioni. Un nostro *follow-up* più a lungo termine ed un campione più ampio potrebbero confermare l'efficacia della chiusura del PFO in questi pazienti selezionati con severo shunt destro-sinistro ed ictus ischemico ricorrente.

Amartomatosi biliare multipla: case report e revisione della letteratura

D'Ambrosio D¹, Vatiere V¹, Benincasa A¹, Damiano S¹, Cioffo S¹, Giovine S², Ievoli F¹

¹UOC di Medicina Generale, PO "G. Moscati", Aversa (CE), ASL Caserta;

²UOC di Radiologia, PO "G. Moscati", Aversa (CE), ASL Caserta, Italy

Caso clinico. Un maschio di 35 anni giungeva alla nostra osservazione per dolore addominale non specifico ricorrente da diverse settimane. L'esame obiettivo e gli esami di laboratorio risultavano nella norma. L'ecografia addominale mostrava una lesione ipoecogena rotondeggiante a livello del mesorene di sinistra e numerosi noduli iso-ipoecogeni subcentimetrici all'interno di entrambi i lobi epatici da porre in diagnosi differenziale con lesioni cistiche o con metastasi. Veniva, pertanto, eseguita TC addome con mdc iodato, con riscontro di multiple lesioni ipodense epatiche prive di enhancement e con esclusione della natura maligna della lesione renale. La successiva RM con gadolinio evidenziava multiple cisti epatiche non comunicanti con l'albero biliare, ipointense nelle immagini pesate in T1 e iperintense nelle immagini pesate in T2. Queste caratteristiche erano patognomiche per multipli amartomi biliari.

Discussione. L'amartomatosi dei dotti biliari, conosciuta anche come complessi di von Meyenburg, è una rara malformazione benigna del fegato, caratterizzata da un'ectasia dei dotti biliari secondaria a fattori genetici o insulti ischemici che intercorrono durante lo sviluppo embrionale. Da un punto di vista istopatologico l'amartoma si presenta come una dilatazione cistica singola o multipla, circondata da un epitelio colonnare o cubico con un diametro che va da 1 mm sino a 15 mm ed una circostante proliferazione fibrotica dello stroma. Tale patologia è di riscontro incidentale ed usualmente asintomatica ma può di rado manifestarsi con ittero, epigastralgia e febbre. L'accertamento diagnostico si realizza prevalentemente tramite esami di imaging, rappresentati in prima istanza dall'ecografia con la visualizzazione di molteplici noduli iper- od ipoecogeni nel fegato, in sede intra-parenchimale o sottocapsulare. A queste lesioni si associa talvolta un reperto di imaging tipico definito "eco multipli a coda di cometa". La risonanza magnetica rappresenta il gold standard diagnostico, in quanto evidenzia un quadro con multiple formazioni cistiche iperintense non comunicanti con l'albero biliare. In seconda istanza e nel sospetto di una possibile neoplasia, è necessario procedere all'esecuzione di un prelievo bioptico. L'identificazione dei complessi di Von Meyenburg va posta in diagnosi

differenziale con le metastasi epatiche, cisti epatiche, malattia di Caroli, microascessi epatici, cisti peribiliari. È stata riscontrata una sua relazione con una serie di disordini congeniti tra cui la malattia del rene policistico, la malattia del fegato policistico, la fibrosi epatica congenita, l'amartomatosi mesenchimale e l'atrofia dei dotti biliari. È, infine, noto il suo potenziale degenerativo in colangiocarcinoma ed epatocarcinoma.

Conclusioni. L'amartomatosi biliare è un reperto nosologico con aspetto caratteristico alla risonanza magnetica. L'internista dovrebbe essere consapevole di questa entità clinicopatologica, della sua presentazione e della possibile trasformazione maligna, per cui se ne raccomanda un periodico follow-up.

Un'insolita manifestazione gastrointestinale associata alla sindrome di Schmidt

D'Ambrosio D¹, Vatiere V¹, Benincasa A¹, Auletta S¹, Concilio M¹, Giovine S², Ievoli F¹

¹UOC di Medicina Generale, PO "G. Moscati", Aversa (CE), ASL Caserta;

²UOC di Radiologia, PO "G. Moscati", Aversa (CE), ASL Caserta, Italy

Caso clinico. Una donna di 61 anni con anamnesi di tiroidite di Hashimoto si rivolgeva al nostro ospedale lamentando stanchezza, epigastralgia ed episodi di vomito. L'esame obiettivo evidenziava una iperpigmentazione generalizzata, un gozzo diffuso della tiroide di grado 1 e valori pressori nella norma. Gli esami di laboratorio di ingresso rivelavano una severa iponatriemia ipoosmolare (euvolemica), per la quale venivano eseguiti gli approfondimenti del caso, con diagnosi di insufficienza surrenalica primaria per la presenza di bassi livelli di cortisolo sierico mattutino, di aldosterone e DHEA-S, e di elevati valori di ACTH e di attività reninica plasmatica. La TC addome mostrava un'ipofrosia delle ghiandole surrenali. Gli autoanticorpi contro GAD, ICA, IA2 e transglutaminasi risultavano negativi. Per la persistenza della sintomatologia dispeptica la paziente veniva sottoposta ad EGDS con evidenza endoscopica di appiattimento delle pliche della seconda porzione duodenale, la cui biopsia dava esito di un quadro istologico "celiac-like". Il riscontro di aplotipo DR5-DQ7/DR5-DQ7 alla tipizzazione molecolare degli alleli HLA di classe II escludeva la malattia celiaca, la positività degli Ab anti-enterociti faceva porre diagnosi di enteropatia autoimmune (AIE). Veniva, nel frattempo, avviata la terapia corticosteroidica (idrocortisone+fludrocortisone) con ottenimento di un netto miglioramento clinico e della normalizzazione degli elettroliti plasmatici.

Discussione. La sindrome poliendocrina autoimmune tipo 2 (APS-2, sindrome di Schmidt) è definita dalla coesistenza della malattia di Addison con la malattia autoimmune della tiroide e/o il diabete mellito di tipo 1. È relativamente comune (1,4-2 casi ogni 100000 abitanti), colpisce soprattutto il sesso femminile e la sua prima manifestazione compare generalmente in età adulta. L'eziologia è multifattoriale e solo in parte conosciuta. Risulta solitamente associata ad aplotipi HLA DR3/DQ2 e DR4/DQ8. L'insufficienza surrenalica è sempre presente e spesso costituisce il quadro clinico d'esordio. È possibile l'associazione con vitiligo, alopecia, miastenia gravis, stiffman syndrome, ipogonadismo ipergonadotropo, e con patologie gastrointestinali quali la celiachia, gastrite cronica autoimmune ed epatite cronica autoimmune. L'AIE è una malattia rara negli adulti e non è segnalata in letteratura una sua relazione con APS-2. Le sue manifestazioni extra-intestinali possono essere

multisistemiche e sono riconosciute forme autoimmunitarie note come IPEX (Immunodysregulation, Polyendocrinopathy, Enteropathy X-Linked syndrome) o APECED (Autoimmune Phenomena, Polyendocrinopathy, Candidiasis, and Ectodermal Dys trophy). Sia IPEX che APECED sembrano essere causate da una "disregolazione" della risposta immunitaria mediata dalle cellule T CD4+ nella quale hanno un ruolo le mutazioni a carico dei geni FOXP3 ed AIRE rispettivamente.

Conclusioni. Una maggiore conoscenza di queste sindromi potrebbe chiarire i meccanismi patogenetici sottostanti e consentire di riconoscere e prevenire le patologie che le compongono prima della loro morbilità.

Ipertensione arteriosa e psoriasi: inter-relazioni negative

D'Avino M¹, Capasso F¹, Caruso G², Ferrara L¹, Ilardi A³, Muscherà R¹, Uomo G¹

¹Dipartimento Medico Polispecialistico, UOSC Medicina Interna 3; ²UOSC PS/OBI; ³UOSD Detenuti; AORN "A. Cardarelli", Napoli, Italy

Premesse. La psoriasi è molto più di una condizione cutanea. L'infiammazione cutanea sembrerebbe essere solo la punta dell'iceberg, in quanto vi sono evidenze sempre più chiare che suggeriscono un link con la malattia ipertensiva, l'obesità, il diabete, la dislipidemia, le malattie cardiovascolari. Nonostante non sia stato ancora completamente chiarito quale sia la *link* che accomuna tali patologie, si ipotizza un comune processo patogenetico, basato sul comune riscontro di un "low-grade, persistent" stato infiammatorio. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare la prevalenza della psoriasi, già nota o diagnosticata dopo la prima visita, in una popolazione di ipertesi afferenti all'ambulatorio di Ipertensione Arteriosa del nostro Ospedale, nonché le eventuali interferenze sulle manifestazioni cutanee dei farmaci anti-ipertensivi in atto.

Casistica. Sono stati valutati 112 pazienti (64 F-48 M), età media (64±5.5 aa) affetti da ipertensione arteriosa grado 2 (IA), secondo LG ESH/ESC 2013, ed in trattamento con ACE-I, β-bloccanti, sartani, diuretici, Ca-antagonisti.

Risultati. In totale 18 pazienti (11 F) presentavano psoriasi severa, diagnosticata oltre 10 anni orsono ed in 9 era inoltre presente obesità e diabete mellito; 6/18 avevano già sofferto di un evento cardio o cerebrovascolare. 28/112 presentavano psoriasi moderata e, di questi 18 con una diagnosi già nota mentre 10 diagnosticati in occasione della osservazione ambulatoriale. La terapia anti-ipertensiva comprendeva una delle classi di farmaci con segnalazione in RCP ministeriale di insorgenza di prurito, grave desquamazione della pelle, eruzione cutanea. I restanti 66 pazienti presentavano una "psoriasi delicata" ed erano anch'essi in terapia con inibitori dell'angiotensina (ACE-I) e/o β-bloccanti, diuretici.

Conclusioni. I pazienti psoriasici andrebbero indirizzati a monitorare la pressione arteriosa, suggerendo loro l'importanza di condurre uno stile di vita sano sia dal punto di vista dell'alimentazione che dell'attività fisica motoria. È necessario che i pazienti ipertesi siano seguiti con uno stretto follow up, integrando le competenze del dermatologo con quelle dell'internista di riferimento, andando a monitorizzare l'aderenza a un eventuale trattamento antipertensivo in atto e considerando che, alcune terapie adottate per il trattamento della psoriasi (come la ciclo-

sporina) hanno proprio, tra gli effetti collaterali dose-dipendenti, l'ipertensione. Inoltre è stato evidenziato che, i β-bloccanti, gli ACE-I ed i diuretici possono avere un ruolo favorente nello sviluppo della psoriasi o portare a una sua esacerbazione.

Monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa delle 24 ore in pazienti anziani: valutazioni su di una casistica prospettica non a target

D'Avino M¹, Capasso F¹, Caruso G², Di Monda G¹, Farinaro V¹, Ferrara L¹, Muscherà R¹, Valentino U¹

¹Dipartimento Medico Polispecialistico, UOSC Medicina Interna 3; ²UOSC PS/OBI AORN "A. Cardarelli", Napoli, Italy

Premessa. L'ipertensione Arteriosa rappresenta il principale fattore di rischio di malattia cardiovascolare e la sua incidenza aumenta con l'aumentare dell'età. Scopo del nostro lavoro è quello di valutare i valori della pressione arteriosa (PA) in una popolazione di ultrasessantacinquenni con riferiti valori di PA non controllata a domicilio (come da Linee Guida ESH/ESC 2013), con apparecchio elettronico validato.

Materiali e metodi. Nel 2017 sono stati arruolati 120 pazienti (68 F e 52 M), di età compresa tra 65 e 83 anni (età media 73.2±4.5), giunti presso il Centro per riferito mancato controllo della PA domiciliare (valori medi di PAs 145±6 mmHg e di PAd 78±7.4 mmHg), nonostante la terapia farmacologica e non, già in atto e che, nei sei mesi precedenti, avevano presentato un evento cardiovascolare acuto. Alla visita effettuata presso il Centro i valori della PA erano inferiori a 140/90 mmHg. A tutti i pazienti sono state ricordate le norme dietetiche, non è stata modificata la terapia in corso (perlomeno due farmaci antipertensivi) ed è stato applicato monitoraggio ambulatorio della PA delle 24 ore (MAPA).

Risultati. Dei 120 pazienti sottoposti a MAPA, 12 (10%) non hanno raggiunto, per ben due volte, la percentuale di registrazioni valide per una accurata lettura. Dei restanti, 108 pazienti, 40 (30%, 25 F) hanno evidenziato elevati valori medi della PA ed una estrema variabilità della PA con DS aumentata, come da Tabella 1.

Tabella 1.

PAs media 24 ore	148.6 mmHg (v.n. 130)	DS 17.2%
PAd media 24 ore	72.7 mmHg (v.n. 80)	DS 13.0%
PAs media diurna	151.6 mmHg (v.n. 135)	DS 16.5%
PAd media diurna	74.0 mmHg (v.n. 85)	DS 11.6%
PAs media notturna	125.7 mmHg (v.n. 120)	DS 15.6%
PAd media notturna	66.5 mmHg (v.n. 70)	DS 10.6%

I valori di DS sono definiti nella norma per la PAs 12-15%, per la PAd 10-12%. In questo setting di pazienti era quindi presente una ipertensione non controllata mascherata. I rimanenti 68 pazienti (56.6%, 44 F) hanno mostrato valori PAs e PAd medi, sia nelle 24 ore che nelle ore diurne e notturne, nella norma.

Conclusioni. Il MAPA presenta numerosi vantaggi nella pratica clinica nella popolazione anziana: a) valutazione dell'efficacia del trattamento antipertensivo nelle 24 ore; b) studio della variabilità circadiana dei valori pressori; c) screening dell'ipertensione sia posturale che post-prandiale; d) identificazione di ipertensione da camice bianco e di ipertensione mascherata; e) migliore indagine di base per una corretta identificazione del paziente iperteso e ottimizzazione della sua terapia.

Una complicanza poco frequente della colonscopia: l'enfisema sottocutaneo

De Donato MT¹, Borgheresi P², Renis M³

¹UOC di Medicina Interna, AOU "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", Salerno; ²UOC di Gastroenterologia, AOU "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", Salerno; ³UOC di Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", Salerno, Italy

Introduzione. Le tecniche endoscopiche sono in genere sicure e ben tollerate. Oggi rappresentano il gold-standard diagnostico quotidiano per le patologie gastroenteriche. Tuttavia sono possibili complicanze poco note, anche severe.

Caso clinico. Donna, 56 anni. Anamnesi: rettocolite ulcerosa (RCU). Ricoverata per disturbi elettrolitici secondari a diarrea, anche su indicazione del gastroenterologo consulente, veniva sottoposta a colonscopia, con diagnosi di fase attiva di RCU. Dopo 24 ore trascorse in assenza di sintomi, la pz riferiva "mal di gola". All'esame clinico: evidenza di rigonfiamento alla base del collo, ed alla palpazione: crepitio classicamente suggestivo di enfisema sottocutaneo. Le tecniche di imaging, immediatamente praticate, documentavano pneumomediastino e retro-pneumoperitoneo, con la ovvia conclusione diagnostica di microperforazione colica in corso di colonscopia. La pz veniva sottoposta ad intervento chirurgico.

Discussione. L'incidenza della perforazione in corso di colonscopia varia a seconda delle casistiche, dallo 0.2% per le procedure diagnostiche, al 2% per quelle terapeutiche. Il rischio aumenta in caso di diverticolite, Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino (MICI) e cancro intestinale, specie in pz anziani, con pluripatologie. Possibili conseguenze sono il pneumo-retroperitoneo, il pneumomediastino e infine l'enfisema sottocutaneo al collo, che tuttavia è molto raro. Il trattamento, medico o chirurgico, dipende, tra l'altro, dalla tipologia del paziente.

Conclusioni. Non bisogna mai dimenticare che anche indagini più routinarie, come la colonscopia, possono complicarsi con quadri patologici anche severi. La clinica, in questi casi, può offrire un contributo insostituibile.

Un'associazione dirimente: Isospora Belli ed HIV

De Donato MT¹, De Vecchi RM¹, Marracino M¹, Renis M²

¹UOC di Medicina Interna, AOU "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", Salerno; ²UOC di Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", Salerno, Italy

Introduzione. Una diarrea severa ha condotto (anche fortunosamente) a diagnosi di AIDS.

Caso clinico. Donna di 30 anni sudamericana, sedicente bandedante. Da due mesi: dispepsia e alvo alterno. Concomitante dimagrimento. Ricoverata per vomito e diarrea. Apiretica. Addome dolente su tutti i quadranti; negativa altra obiettività. Durante la degenza: diarrea persistente e profusa, nonostante adeguata terapia intrapresa, vomito incostante. Emocromo e indagini ematochimiche non significativi. Coprocultura e Vidal-Wright negative. L'esame diretto feci ad un primo controllo risultava negativo. Tuttavia un secondo campione di feci veniva analizzato da una attenta biologa che suggeriva approfondimento con colorazione Ziehl-Neelsen modificata. Questa evidenziava elementi protozoari riconosciuti come Isospora Belli. Efficace sulla sintomatologia diarroica risultava la terapia con

trimetoprim/sulfametossazolo. Successivo riscontro di HIV positività.

Discussione. I. Belli è protozoo intestinale opportunista la cui presenza, come quella di altri agenti (Es. Cryptosporidium parvum) è indice di infezione da HIV o comunque di immunodeficit. Le infezioni opportunistiche condizionano significativamente morbilità e mortalità. Pertanto la diagnosi precoce e accurata è importante. La risposta della sintomatologia gastroenterica ad adeguata e semplice terapia antibiotica è soddisfacente.

Conclusioni: L'interesse del caso nasce dal fatto che la diagnosi di AIDS è stata fatta a ritroso. Il messaggio chiave è quello di pensare, in caso di diarrea persistente e non responsiva a trattamento, anche in assenza di più specifici segni o sintomi, ad infezioni opportunistiche, suggestive di malattie di base ben più impegnative di una banale gastroenterite.

Artrite reumatoide e interstiziopatia polmonare: descrizione di un caso clinico

d'Errico T¹, Varriale M¹, Ambrosca C¹, Visconti M², Tassinario S¹

¹UOC di Medicina Interna, DH di Reumatologia, PO "S.M.d.P.degli Incurabili", ASL Napoli 1 Centro; ²Medicina Interna, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

L'artrite reumatoide (AR) è una malattia cronica infiammatoria multifattoriale che colpisce prevalentemente le articolazioni diartrodali con localizzazione simmetrica e poli-distrettuale; si caratterizza per un decorso progressivo e invalidante con perdita dell'autonomia e inabilità lavorativa, riduzione della qualità e dell'aspettativa di vita. L'AR può esordire a qualsiasi età, ma in genere predilige la III e IV decade della vita. Cruciale è la diagnosi precoce per il tempestivo avvio delle terapie, prima che la malattia realizzi danni irreversibili. Il trattamento prevede l'uso di DMARDs e dei farmaci biologici. Le "interstiziopatie polmonari diffuse" comprendono un gruppo eterogeneo di malattie caratterizzate da alterazioni infiammatorie su base immunitaria interessanti estensivamente l'interstizio alveolare con possibile coinvolgimento delle strutture bronchiali periferiche. Tali patologie hanno in comune l'alveolite e la fibrosi ma non un'unica eziologia, che nella maggior parte dei casi è sconosciuta. I pazienti con artrite reumatoide (AR) associata a malattia polmonare interstiziale (ILD) tendono ad avere un definito fenotipo clinico che comprende l'età avanzata, i sintomi respiratori e un complessivo peggioramento dell'AR; inoltre in letteratura è segnalato che questi pazienti hanno anche un considerevole rischio di mortalità precoce. Circa il 10% dei pazienti affetti da AR ha un'interstiziopatia polmonare clinicamente evidente (AR-ILD), e un ulteriore 30% presenta sintomi subclinici dell'ILD alla Tomografia Computerizzata del torace. Il rischio di morte per i pazienti con AR-ILD è tre volte superiore rispetto ai pazienti con sola AR. Descriviamo il caso clinico di un paziente affetto da AR-ILD che, trattato con etanercept ha realizzato una remissione dell'AR e un miglioramento della condizione respiratoria.

Sindrome di Sjögren associata ad artrite reumatoide: descrizione di un caso clinico trattato con DMARDs

d'Errico T¹, Ambrosca C¹, Varriale M¹, Maffettone A², Italiano G³, Visconti M⁴, Tassinario S¹

¹UOC di Medicina Interna, DH di Reumatologia PO "S.M.d.P.degli

Incurabili”, ASL Napoli 1 Centro; ²UOC di Medicina Interna, Ospedale “V. Monaldi”, Azienda dei Colli, Napoli; ³UOC di Medicina Interna, AORN “S. Anna e San Sebastiano”, Caserta; ⁴Medicina Interna, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

La sindrome di Sjögren primaria (pSS) è una malattia infiammatoria cronica su base autoimmune, caratterizzata dalla distruzione di ghiandole esocrine mediata dai linfociti T, con impegno prevalente di quelle orali, oculari, genitali e delle vie aeree, nella maggior parte dei casi con decorso mite; un sottogruppo di pazienti mostra manifestazioni extra-ghiandolari. Tutti gli organi e sistemi possono essere colpiti, realizzando una prognosi più grave della malattia. La precoce identificazione dei pazienti a più alto rischio di manifestazioni extra-ghiandolari è necessaria per un trattamento precoce ed aggressivo. Le manifestazioni muscoloscheletriche come mialgia, artralgia e rigidità mattutina sono presenti in circa il 90% dei pazienti, mentre l’artrite clinicamente evidente si riscontra fino al 17% dei casi alle metacarpo-falangee (CP), ai polsi e alle ginocchia. L’ecografia (US) può confermare la natura non erosiva della sinovite nella pSS e discriminare tra pSS e la SS associata ad artrite reumatoide (AR).

Caso clinico. Nel giugno 2017 è giunta alla nostra osservazione una donna di 34 anni, che già presentava da circa 3 anni una modesta xerofthalmia e xerostomia, associata da alcuni mesi ad artralgie ai polsi; alla nostra osservazione artrite simmetrica ai polsi e chiari segni di xerofthalmia e xerostomia (positivo il test di Schirmer); il laboratorio ha mostrato una flogosi moderatamente elevata, con positività di ANA, ENA SSB, RA test e positività degli Anti Citrullina; una US dei polsi ha rilevato una sinovite senza erosioni. E’ stata posta diagnosi di SS associata ad AR ed istituito trattamento con Plaquenil 400 mg/die e methotressato 15 mg/settimana che hanno realizzato nelle 12 settimane successive una remissione dell’artrite e un controllo dei sintomi ghiandolari che persiste tuttora.

Conclusioni. Il caso descritto evidenzia la necessità di una diagnosi precoce delle manifestazioni extra-ghiandolari nella SS al fine di individuare e trattare precocemente le possibili associazioni con altre condizioni; inoltre documenta per il trattamento dell’artrite l’efficacia dei DMARDs, che risultano una efficace opzione terapeutica.

Associazione preconstituita sacubitril/valsartan nello scompenso cardiaco congestizio: primi dati su casistica internistica

Gallucci F, Di Monda G, D’Avino M, Ferrara L, Mastrobuoni C, Muscherà R, Uomo G

Dipartimento Medico Polispecialistico, UOSC Medicina Interna 3, “AORN A. Cardarelli”, Napoli, Italy

Premesse e scopo dello studio. Sacubitril/valsartan (S/V) è il capostipite di una nuova classe di farmaci (ARNI: *Angiotensin Receptor Neprylisin Inhibitor*) capace di inibire la neprilina ed i recettori AT-1 dell’angiotensina II. Un recente trial clinico ha dimostrato che S/V è superiore agli ACE-inibitori nel migliorare la prognosi dei pazienti con scompenso cardiaco (SC); di conseguenza questa associazione è stata inclusa nelle linee-guida ESC 2016 per il trattamento dello SC con ridotta frazione di eiezione (FE). Da alcuni mesi S/V è disponibile anche in Italia. Di seguito riportiamo i risultati circa efficacia e

sicurezza di S/V in una piccola serie di pazienti con SC plurimorbidi, osservati in Medicina Interna.

Materiali e metodi. Sono stati trattati con S/V 12 pazienti (6 M e 6 F, età media 66.3 anni; range 50 – 81), affetti da SC a ridotta FE (media 30.6%), in classe NYHA II-III, nonostante ottimizzazione della terapia secondo linee-guida (7 con la posologia di 100 mg/die; 5 con 200 mg/die). L’efficacia del trattamento è stata valutata osservando le variazioni della classe NYHA, della qualità di vita calcolata secondo il *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ), del proBNP e della FE, tra i dati raccolti al *baseline* ed a 4 mesi. Sono stati registrati eventuali eventi avversi ed in particolare il comportamento della PA, della funzione renale e della potassiemia. Le principali comorbidità erano rappresentate, in ordine di frequenza, da ipertensione arteriosa, BPCO, diabete mellito tipo 2 ed insufficienza renale lieve-moderata.

Risultati. In tutti i pazienti (100%) vi è stato un miglioramento della sintomatologia soggettiva e della qualità di vita (KCCQ+1.62); in 5 si è osservato un passaggio dalla III alla II classe NYHA; in 6 vi è stato un incremento della FE (+ 18.5%); in 4 si è osservata una riduzione dei valori di proBNP; in 6 si è potuta ridurre e/o sospendere la somministrazione di diuretico. Nessun paziente ha manifestato eventi avversi di rilievo. In 5 casi non è stato possibile incrementare la posologia di S/V per i valori pressori ai limiti bassi. In un caso si è dovuto ridurre la posologia e poi sospendere la contemporanea somministrazione dell’antagonista recettoriale dei mineralcorticoidi per progressivo incremento della potassiemia. Nessun paziente è stato ri-ospedalizzato nei 4 mesi di osservazione.

Conclusioni. Questa nostra prima limitata esperienza sembra confermare le grandi potenzialità di S/V in termini di efficacia e sicurezza. Un dato da non trascurare è che S/V sembra capace anche di interferire con il *continuum* età-correlato fra ipertensione arteriosa e scompenso cardiaco nelle popolazioni più anziane, tipologia di paziente di frequente osservazione in ambito internistico.

L’internista nel confronto con la tematica del fine-vita: utilità della tecnica *Surprise-Question*

Gallucci S¹, Buono R², Gallucci F², Mastrobuoni C², Parisi A², Uomo G²

¹Scuola di Psicologia, Università degli Studi di Padova; ²UOSC Medicina Interna 3, AORN “A. Cardarelli”, Napoli, Italy

Affrontare il tema del fine-vita può generare imbarazzanti timori di inadeguatezza ed incertezze negli operatori sanitari, costretti a confrontarsi con la grave responsabilità della consapevolezza e della comunicazione di tale situazione. Una formazione inadeguata circa il sopraggiungere della morte può comportare stress rilevante nei medici e grandi sofferenze ai congiunti del paziente, quasi mai rassegnati di fronte all’inefficacia dei trattamenti utilizzati. È paradossale come la quasi totalità di tutti gli operatori sanitari acquisisca le “competenze palliative” solo nel corso della propria carriera, senza aver ricevuto in precedenza alcun riferimento a modelli e/o schemi educativi. Un’azione di avvicinamento alla consapevolezza della morte può essere rappresentata dalla cosiddetta tecnica della “*Surprise Question*” (SQ, domanda sorprendente), pratico e semplice strumento di screening per individuare pazienti a bassa sopravvivenza: “Ti sor-

prenderesti se questo paziente morisse nei prossimi mesi, settimane, giorni?”. Tale metodo consente al medico di prendere la massima coscienza del percorso temporale verso l'evento infausto e, quindi, di comprendere quali possano essere le migliori strategie comunicative nonché terapeutiche per garantire una serena e dignitosa “fine della vita” ai propri pazienti. Diversi studi hanno valutato il valore predittivo della SQ sulla base dei diversi *timing* possibili (dai 7 giorni ai 6-18 mesi). Uno studio italiano svolto tra il 2011 ed il 2012 ha evidenziato come la SQ relativa alla sopravvivenza nei successivi 12 mesi di pz con neoplasia in fase avanzata si sia dimostrata un buon predittore (sensibilità del 69,3%). Il valore predittivo della sopravvivenza a breve termine (7-30 giorni) è stato valutato in una ricerca giapponese effettuata tra il 2012 ed il 2014 che ha mostrato una sensibilità elevata, superiore al 90%. Uno studio più recente, condotto negli USA nel 2016, ha aggiunto importanti informazioni circa l'uso di tale strumento, mettendone in discussione la valenza in particolari condizioni quali quelle generate in patologie croniche ingravescenti differenti dalle neoplasie. È auspicabile che gli Internisti, sempre di più attori nella gestione dei pazienti avviati ad un percorso di fine-vita, possano potersi giovare nel prossimo futuro di strumenti quanto più accurati possibile per una più sicura presa di coscienza della complesse problematiche psicologiche e sociali sottostanti al fine di non commettere errori di comunicazione e/o di governo. In questo contesto, la tecnica della SQ sembra essere promettente e di sicuro è auspicabile una sua valutazione prospettica in ambito internistico nell'ottica di una valutazione multidimensionale dei bisogni al fine di garantire le cure più appropriate in linea con le preferenze del paziente e dei familiari nel miglior *setting* assistenziale possibile.

Donne postmenopausali con bassi valori di LDL-colesterolo: associazione tra spessore medio-intimale carotideo e lipoproteine aterogene

Iannuzzi A¹, Gentile M², La Fata E², Iannuzzo G², Covetti G¹, Panico C², Mattiello A², D'Elia L², De Michele M³, Rubba M²

¹Dipartimento di Medicina e Specialità Mediche, AORN “A. Cardarelli”, Napoli; ²Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università “Federico II”, Napoli; ³Divisione di Cardiologia, Ospedale “Moscati”, Aversa (CE), Italy

Premesse e scopo dello studio. Migliorati stili di vita e adesione alla terapia ipolipemizzante con statine hanno contribuito al declino dei valori di LDL colesterolo nella popolazione generale. Nonostante ciò si continuano ad osservare eventi acuti cardiovascolari (soprattutto infarto del miocardio) in soggetti con valori di LDL-colesterolo normali o addirittura bassi. Questo fenomeno è conosciuto come “rischio residuo”. Sicuramente altri fattori di rischio cardiovascolare possono giocare un ruolo importante nel determinare l'insorgenza di una cardiopatia ischemica acuta (diabete, ipertensione, fumo di sigaretta, sovrappeso etc.) in soggetti con colesterolemia normale o addirittura bassa, ma siamo certi che altri fattori lipidici al di fuori delle LDL non partecipino in maniera determinante all'insorgenza ed evoluzione della placca aterosclerotica? Per rispondere a questa domanda abbiamo preso in esame 73 donne in età postmenopausale, partecipanti al Progetto ATENA che, pur non assumendo statine, avevano valori normali o bassi di LDL-colesterolo (LDL-c <130 mg/dL) ed abbiamo valutato

l'associazione dell'aumentato spessore medio-intimale carotideo con la concentrazione plasmatica di lipoproteine aterogene (in particolare il colesterolo contenuto nelle VLDL e nelle LDL) misurata con la metodica elettroforetica del Lipoprint.

Risultati. La concentrazione di VLDL-c ha mostrato una associazione lineare statisticamente significativa con lo spessore medio-intimale carotideo (r^2 0.29; $p < 0.001$), che rimaneva significativa dopo aggiustamento per i principali fattori di rischio cardiovascolare (età, fumo, pressione arteriosa, glicemia, indice di massa corporea ($p < 0.001$) e la qualificava pertanto come variabile indipendente. Una associazione significativa veniva riscontrata anche tra IMT carotideo e LDL-c ($p < 0.02$, dopo correzione per i principali fattori di rischio cardiovascolare) mentre nessuna associazione veniva trovata per LDL-c e HDL-c.

Conclusioni. Nelle donne in età post-menopausale con concentrazioni di LDL-c normali o basse, l'aumentato spessore medio-intimale correla con le concentrazioni plasmatiche di colesterolo VLDL e in minor misura con il colesterolo LDL, mentre non mostra relazioni significative con il colesterolo IDL e HDL. Pertanto l'utilizzo di farmaci e/o stili di vita in grado di abbassare i valori di VLDL-c potrebbe rappresentare un utile strumento terapeutico per ridurre ulteriormente il rischio cardiovascolare, soprattutto in quei soggetti che già hanno valori normali di LDL e non presentano altri significativi fattori di rischio cardiovascolare.

Risultati del trattamento con DAAs di II generazione di una particolare coorte di pazienti, affetti da Malattia da virus C, aventi come caratteristica comune la tossicodipendenza: aggiornamento della casistica personale

Iovinella V¹, Missano M², Lillo D², Iovinella G¹, Montanino M²

¹Centro Prescrittore dei farmaci ad alto costo per la cura dell'HCV, PO “San Paolo”, ASL Napoli 1 Centro; ²Collaboratori esterni del Centro Prescrittore PO “San Paolo”, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

Dall'aprile 2015 la Campania ha cominciato la dispensazione dei nuovi farmaci per la cura dei pazienti affetti da malattia cronica HCV correlata, con grado di fibrosi F3 ed F4, i DAAs (antivirali ad azione diretta) di II generazione e successivamente le linee guida nazionali hanno virato verso l'eradicazione dell'epatite da virus C aprendo il trattamento a tutti i soggetti infetti con ogni grado di fibrosi. In questo lavoro si riportano i dati di un sottogruppo di pazienti, tossicodipendenti, trattati presso il Centro Prescrittore dei farmaci ad alto costo per la cura dell'HCV del PO San Paolo, ASL Napoli 1 Centro. I pazienti afferenti al nostro Centro, provenienti dai SERT cittadini, sono stati 105 ed hanno rappresentato il 24,2% della casistica generale. Le caratteristiche generali del gruppo hanno mostrato un'età media di 52,9 anni, nettamente inferiore alla popolazione complessiva del Centro (64), le femmine sono state 11 mentre la popolazione maschile era costituita da 94 persone. I sottotipi più rappresentati sono stati il genotipo 1a (39/105) ed il genotipo 3 (39/105). I Pazienti erano tutti in trattamento sostitutivo e non è stato necessario nessun aggiustamento posologico. I risultati alla fine del trattamento e l'SVR 12 sono stati del 100% ovvero nessun paziente ha dovuto sospendere il trattamento o ha avuto un fallimento virologico.

Conclusioni. Sono stati riportati i dati di 105 soggetti tossico-

dipendenti (94 M e 11 F). I farmaci di ultima generazione utilizzati hanno avuto come caratteristica la brevità (56 giorni) o la semplificazione (1 cp per 84 giorni). Come si vede dalle Tabelle 1 e 2 l'apertura a tutte le categorie ha comportato una riduzione dell'età media, ed un innalzamento delle medie delle viremie. L'eradicazione in questa particolare categoria di pazienti è stata raggiunta grazie al lavoro di equipe che si è instaurato fra lo specialista epatologo ed il team degli operatori dei SERT attraverso un apposito protocollo di intesa autorizzato dalla Direzione Centrale dell'ASL Napoli 1 Centro.

Tabella 1. Sottogruppo "tossicodipendenti" 2015-30/06/17.

Pazienti totali	65	Maschi	59	Femmine	6	
Terapie 12 sett.	31	Terapie 24 sett.	34	Età media	57,8 aa	
Genotipo	Numero	Età media	Viremia	EOT	SVR 12	SVR 12/%
1A	28	53	1866000	100%	28	100
1B	3	59	5870000	100%	3	100
2	1	75	5000	100%	1	100
3	26	49	2590000	100%	26	100
4	7	53	1610000	100%	7	100

Tabella 2. Sottogruppo "tossicodipendenti" 01/07/2017-20/02/2018.

Pazienti totali	105	Maschi	94	Femmine	11	
		Età media	52,9 aa			
Genotipo	Numero	Età media	Viremia	EOT	SVR 12	SVR 12/%
1A	39	47	2866000	100%	39	100
1B	13	54	4870000	100%	13	100
2	4	72	5700	100%	4	100
3	39	44	3590000	100%	39	100
4	10	48	1610000	100%	10	100

Fratture vertebrali da osteoporosi in utilizzatori cronici di inibitori di pompa protonica. Revisione della casistica

Italiano G¹, Gargiulo A¹, d'Errico T²

¹US di Malattie del Metabolismo Osseo e Reumatologia, UOC di Medicina Interna, AORN "S. Anna e S. Sebastiano", Caserta; ²UOC di Medicina Interna, PO "Santa Maria del Popolo degli Incurabili", ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

Nonostante gli inibitori della pompa protonica (PPI) siano farmaci generalmente ben tollerati, numerosi studi osservazionali suggeriscono che il loro utilizzo in maniera cronica può essere associato ad una aumentata fragilità scheletrica. Ad oggi, comunque, il meccanismo con cui gli PPI aumentano il rischio di frattura non è noto. Gran parte delle ricerche condotte in popolazioni di etnie differenti hanno dimostrato che l'utilizzo degli PPI, soprattutto se a lungo termine, si associa ad un considerevole incremento del rischio di fratture vertebrali (40-60%) o di femore (20-62%). Infatti, mentre l'utilizzo a breve termine di questi composti non determina incrementi significativi nell'incidenza di nuove fratture, è stato stimato che l'assunzione per più di un anno conferisce un incremento del rischio relativo pari a circa 1.44, raggiungendo il valore di 4.55 per trattamenti di 7 o più anni. Pertanto, il rischio di frattura legato all'utilizzo dei PPI sembra essere dipendente dalla durata della terapia. Sulla base di tutte queste evidenze, l'utilizzo a lungo termine dei PPI dovrebbe essere attentamente valutato. Quando necessario, tali composti dovrebbero essere somministrati per il più breve tempo possibile e, in caso di utilizzo continuativo, dovrebbe essere raccomandata la supplementazione con composti a base

di calcio e vitamina D ed un monitoraggio del rischio di frattura. Vi presentiamo una piccola casistica di utilizzatori cronici di PPI che ha sviluppato osteoporosi complicata da fratture da fragilità, in alcuni casi molto severe, osservata nel secondo semestre del 2017 presso l'ambulatorio di Reumatologia UO Medicina Interna AOC S. Anna e Sebastiano Caserta. Tutti assumevano PPI da almeno dieci anni e per essi non erano noti fattori di rischio per frattura o fattori di rischio per osteoporosi. Le caratteristiche sono riassunte nella Tabella 1.

Tabella 1. Pazienti utilizzatori cronici di inibitori di pompa protonica.

Nome	AG	RG	MA	DV
Età	57	63	70	62
Sesso	F	F	F	M
Vit D3	16.33 ng/ml	<4	26	14
PTH	52.54 pg/ml	87	101	98
Calcemia	9.26 mg/dl	8.9	9.8	8.2
Fosforemia	4.23 mg/dl	3.2	3.4	2.7
Fosfatasi alcalina	117 mg/dl	98	110	196
DEXA colonna	-3,6 T-score	-3.3	-2.8	-3.2
DEXA fem	-2,8 T-score	NA	-2.7	NA
Frattura	D11-D12	Gomito	D12-L1	Bacino
Anamnesi per frattura	D8	D12-D11	NA	Polso
Anni di uso di PPI	20	20	10	20

Complex regional pain syndrome: analisi di una casistica monocentrica

Italiano G¹, d'Errico T², Gargiulo A¹, Maffettone A³

¹US di Malattie del Metabolismo Osseo e Reumatologia, UOC di Medicina Interna, AORN "S. Anna e S. Sebastiano", Caserta; ²UOC di Medicina Interna, PO "Santa Maria del Popolo degli Incurabili", ASL Napoli 1 Centro; ³UOC di Medicina Cardiovascolare e Dismetabolica, AORN "Ospedali dei Colli", Napoli, Italy

La Complex Regional Pain Syndrome o sindrome algodistrofica degli autori Europei è una sindrome caratterizzata da dolore regionale che colpisce un arto e può accompagnarsi ad edema ed alterazioni circolatorie. Spesso, ma non sempre, prima dello sviluppo della sindrome c'è stato un trauma. Attualmente si ipotizza che il processo di infiammazione locale sia in grado di innescare e mantenere un disturbo del microcircolo. Inquadrare esattamente la patologia è difficile. Intanto le sue manifestazioni possono essere eterogenee, da un corteo di manifestazioni locali così imponente da essere definite "pseudoflemmonose" (cioè che evocano un processo infettivo), fino a forme in cui il dolore costituisce l'unica manifestazione clinica. La seconda difficoltà è legata al fatto che questa malattia non si colloca entro i confini di una precisa competenza specialistica e se da una parte tale "trasversalità" assicura la più ampia visione possibile, dall'altra fa registrare diversi approcci che condizionano non solo le modalità e i fini della ricerca, ma anche l'omogeneità delle casistiche a seconda che queste provengano da ambienti dove operano ortopedici, reumatologi, neurologi, internisti, algologi o neurofisiologi. Vi presentiamo le caratteristiche di una casistica monocentrica di 26 pazienti osservata nel periodo 2010-2017 presso l'U.S. di malattie del metabolismo osseo AOC S. Anna e Sebastiano Caserta. In cui l'elemento che più si discosta dalle casistiche presenti in letteratura è la prevalenza del sesso maschile su quello femminile (24/2) e la breve durata di malattia (4,3 mesi).

Tabella 1.

Pazienti	N 26	CARATTERISTICHE CLINICHE	
Sesso M/F	24/2	SINTOMI	
Età media	54	Dolore Continuo	26
Durata di malattia	4.3 mesi	Riduzione dei ROM	20
SEDE	Iperestesia/allodinia	18	
Caviglia	12	Edema	12
Piede	8	Modifiche asimmetriche del colore della pelle	14
Ginocchio	2	Modifiche asimmetriche della sudorazione	16
Mano	3	Termotatto asimmetrico	10
Gamba	1	Annessi	6
EVENUTO SCATENANTE	Disfunzioni Motorie	6	
Trauma	14	SEGNI	
Frattura	3	Riduzione dei ROM	18
Artrite	2	Asimmetrie cutanee del colore	20
Non noto	6	Trofismo	15
Chirurgia	1	Edema	16
		Sudorazione asimmetrica	12
		Iperestesia/allodinia	12
		Tremori/distonie/mioclono	6
		SEGMENTI COINVOLTI	
		UNO	25
		DUE	1

Ma la *clinical governance* è il governo dei clinici?

Laccetti M¹, Cannavale A¹, Migliaccio A¹, Miele A², Migliaccio I³

¹UOC di Medicina Interna 1; ²UOC di Lungodegenza; ³UOC di Medicina Interna 2, AORN "A. Cardarelli", Napoli, Italy

Quando nel 1993 l'OMS ha iniziato a parlare di Clinical Governance e nel 1996 il NHS britannico ne ha previsto la applicazione nei suoi White Papers, molte Regioni italiane hanno cominciato il percorso di attuazione anche se, specie in Campania, si scontano forti ritardi. La necessità di comprendere e di applicare i criteri della Clinical Governance è diventata ancor più stringente alla luce della Legge Gelli soprattutto nella gestione del Rischio Clinico. Nella AO Cardarelli sono stati formati Facilitatori della Gestione del rischio clinico appartenenti a diversi profili professionali. La nostra esperienza basata sulla attivazione di audit su segnalazioni specifiche è iniziata dal Settembre 2017 nella UOC Medicina 1 afferente al Dipartimento di Medicina: sono state implementate procedure per una corretta identificazione del paziente, per la raccolta del consenso informato per procedure sia diagnostiche sia terapeutiche, per una corretta comunicazione medico-paziente; si è avviata compilazione della cartella elettronica sostituendola al supporto cartaceo e si è prevista una nuova metodologia nella modalità di somministrazione della terapia. Sono stati identificati indicatori di processo e di esito. Non sono stati registrati eventi-sentinella mentre sono stati registrati 4 near misses (2 slip 1 lapse 1 mistake).

Case report: sindrome di Stevens-Johnson e coagulazione intravasale disseminata, un'associazione rapidamente fatale

Langella V, Maresca G, Perrone G, Asti A, Calvanese R, d'Alessandro G

Medicina Interna ed Area Critica, PO "Santa Maria di Loreto Nuovo", ASL Napoli 1, Napoli, Italy

Riportiamo un caso di sindrome di Stevens-Johnson (SJS) e coagulazione intravasale disseminata (CID) in paziente oncologico in trattamento con ketorolac. L'associazione SJS e CID è stata raramente descritta in letteratura medica. È una patologia grave, rapidamente fatale, la cui prognosi spesso infausta è legata a diagnosi precoce e terapia tempestiva immunosoppressiva e di supporto, oltre che legata alla rimozione della causa scatenante.

Case report. Uomo di 57 aa, giunto in reparto per l'insorgenza subacuta di dolore muscolare e articolare, eritema e bruciore cutaneo, senso di costrizione alla gola, nausea e vomito. Il p. aveva terminato 4 gg prima trattamento CHT per k del colon metastatico e si era già rivolto a cure di PS il giorno precedente per dolore muscolo-articolare trattato con ketorolac e dimesso. All'ingresso il p. si presentava tachipnoico, disidratato, con intenso dolore poliarticolare e rash eritematoso. Gli esami mostravano un notevole incremento di WBC, PCR, AST, ALT ed LDH con Rx torace, elettroliti e profilo coagulativo nella norma. Iniziava terapia con liquidi (SF), IPP, chinolonico e macrolide, cortisonico, antiH2, enoxaparina e ketorolac al bisogno (già somministrato in PS, 4 somministrazioni nelle 36 h precedenti, di cui una al domicilio). Il giorno successivo, dopo nuova somministrazione di ketorolac, il p. manifestava un rapido peggioramento delle lesioni cutanee (eruzioni rosse/violacee, aree petecchiali, aree necrotico emorragiche), comparsa di congiuntivite emorragica ed erosioni mucose. Presentava inoltre febbre (38,8° C) e acidosi metabolica con aumento dei lattati (7,4). Si sospendeva ketorolac, veniva medicato, si eseguivano prelievi siero-ematici, si procedeva a cateterizzazione e monitoraggio, iniziava rapida infusione di liquidi. Nel giro di poche ore (15 ore circa) le condizioni generali peggioravano; compariva segno di Nikolsky (vescicole/bolle emorragiche) ed emoftoe e a causa del persistere di dolore/bruciore cutaneo e articolare si somministrava morfina. Gli esami eseguiti in urgenza mostravano un lieve incremento del PT e PTT, riduzione del fibrinogeno, non determinabilità dell'ATIII, con notevole aumento del D-Dimero 43580 ng/ml. Si somministrava pertanto ATIII, Fattore VII attivato e continuava liquidi ed eparina, antibiotici e cortisonico. Nell'attesa di una TC torace ed addome con mdc, dopo circa 30 dall'accesso il p. è deceduto.

La SJS è una reazione avversa, farmacologica e non, potenzialmente letale, frequente nei pazienti oncologici. La maggior parte dei casi riportati di SJS indotta da analgesici è dovuta a vari FANS, ma rare sono le segnalazioni legate all'impiego di Ketorolac. Le condizioni generali del paziente, il recente trattamento chemioterapico, le patologie di base e l'insorgenza di CID hanno ulteriormente complicato il caso ed inciso negativamente sulla prognosi, già spesso infausta.

Gli anticoagulanti orali diretti nel trattamento e nella profilassi secondaria del tromboembolismo venoso nei pazienti con trombofilia ereditaria

Madonna P, Coppola MG, Tirelli P, Bologna C, De Luca C, Silvestri N, Oliva G, Lugarà M, Granato Corigliano F, Erario L, Grasso E

UOC di Medicina Interna, PO Ospedale del Mare, ASL NA 1 Centro, Napoli, Italy

La trombofilia ereditaria è una rara condizione caratterizzata

dall'insorgenza di eventi trombotici in età giovanile. Il deficit congenito degli anticoagulanti naturali (Proteina C, Proteina S, Antitrombina III) è raro (<0.5% della popolazione generale) ma associato ad un elevato rischio di trombosi (5-10 volte) con una incidenza annuale >1%. La mutazione del Fattore V Leiden e del gene della protrombina FII 20210A sono più comuni (5% della popolazione generale) ed associate ad un rischio trombotico più basso (2-5 volte) con una incidenza annuale <0.5%. D'altro canto, un recente studio prospettico, controllato e multicentrico e multinazionale ha rivelato che la trombofilia ereditaria non incrementa la mortalità totale. In letteratura pochi case-report hanno descritto l'efficacia della terapia con gli anticoagulanti orali diretti (DOACs) nel trattamento degli eventi tromboembolici in pazienti con trombofilia ereditaria. Questo a causa della rarità dei difetti e della mancanza di una analisi statistica significativa negli studi di registrazione condotti sui DOACs. Comunque, l'inizio, l'intensità e la durata della terapia anticoagulante non variava nei pazienti con o senza trombofilia ereditaria e la valutazione sulla durata doveva essere posticipata a dopo il termine della fase acuta come si era verificato nei nostri casi. Infatti i nostri pazienti avevano scoperto di essere trombofilici dopo che erano stati sottoposti a terapia anticoagulante per almeno 3-6 mesi. Nella nostra casistica, dal Marzo 2014, abbiamo identificato 8 pazienti (2 M, 6 F) con storia di trombosi venosa in età giovanile (età 22-62 anni), età media 45.6 anni. Il tromboembolismo venoso era stato trattato con i DOACs in tutti i casi (6 con Rivaroxaban e 2 con Apixaban) e dopo 3-6 mesi di terapia anticoagulante veniva effettuato uno screening completo della trombofilia. Tra questi 8 pazienti erano stati diagnosticati 2 deficit di AT III, 2 di PC, 1 di PS, 2 FV Leiden e 1 FII 20210A. Quattro pazienti erano stati sottoposti a terapia anticoagulante per un periodo variabile da 6 a 24 mesi prima di interrompere, mentre altri 4 pazienti erano stati candidati a terapia a vita. Durante il follow-up non sono state osservate ne recidive trombotiche ne eventi emorragici. Questo report si propone di dimostrare l'efficacia e la sicurezza dell'uso dei DOACs (Rivaroxaban e Apixaban) nel trattamento e nella profilassi secondaria del tromboembolismo venoso nei pazienti con trombofilia ereditaria.

Tai Ji Quan e *counseling* alimentare: prima esperienza ospedaliera di educazione terapeutica strutturata alternativa in pazienti con diabete mellito tipo 2

Maffettone A¹, Campanile A¹, Fiorillo E¹, Piccolo G¹, Di Fraia S², Borgia M¹, Rinaldi M³, Zhan Chung Li⁴, Bellafesta S¹, Maiolica O¹

¹UOC di Medicina ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico; ²UOSD di Endocrinologia; ³ex UOSD Metabolica, AORN "Ospedali dei Colli, Monaldi", Napoli; ⁴European Social Sport Coach, IWKA ASD, Napoli, Italy

Il Tai Ji Quan (anche abbreviato in Tai Ji o Tai Chi) è una disciplina che ha le sue origini nella millenaria medicina tradizionale cinese. Essa viene normalmente utilizzata in Cina anche in ambito ospedaliero perché considerata terapia di eccellenza per alcune patologie croniche, soprattutto nella popolazione anziana; infatti il Taiji combina tecniche di profonda respirazione diaframmatica e rilassamento muscolare associate a movimenti lenti, gentili e armoniosamente distribuiti nel corpo che apportano vantaggi all'apparato scheletrico, muscolo tendineo, cardiocircolatorio;

tale disciplina ha effetti benefici sull'equilibrio, sulla flessibilità e sulla forza di estensione del ginocchio, agisce aumentando la produzione di osteoblasti, riducendo l'incidenza di osteoporosi e il rischio di cadute e si è mostrata efficace nel migliorare la velocità del cammino nel 6 minute walking test (6MWT); inoltre alcuni studi hanno evidenziato un miglioramento della glicemia nei pazienti con diabete di tipo 2 (DMT2), tanto che le Linee Guida americane sul diabete hanno inserito il Taiji, assieme allo Yoga, come terapia di supporto in tale categoria di pazienti. Scopo del nostro lavoro è stato valutare gli effetti benefici del Taiji abbinato ad una corretta alimentazione e a *counseling* alimentare in 36 pazienti affetti da DMT2 afferenti all'ambulatorio di Diabetologia e Malattie Dismetaboliche della nostra AORN con personale qualificato e certificato (nutrizionisti ed esperti di Taiji certificati a livello europeo). Al tempo 0, 3 e 6 mesi abbiamo valutato parametri antropometrici (IMC, circonferenza vita e fianchi), metabolici (glicemia, emoglobina glicata, lipidi plasmatici, insulinemia a digiuno) ed effettuato impedenziometria per l'analisi della composizione corporea, mentre a 0 e 6 mesi abbiamo valutato il 6MWT in due gruppi di pazienti paragonabili per sesso, età, parametri antropometrici e metabolici. I pazienti presentavano età compresa tra 65+7.8 anni (14 D, 2 M), al tempo 0 l'IMC era 32.1±7.4 kg/mq, HbA1c 7.7±1.4%, HOMA index 2.7±0.9. Non c'è stato alcun drop out e al 3 mese i pazienti presentavano: IMC di 30.1±5.2 kg/mq (p 0.005), valori di HbA1c di 7.2±1.0% (p 0.004), HOMA index 2.4±0.8 (p 0.005). Al 6 mese i pazienti presentavano: IMC di 29.1±3.0 kg/mq (p<0.005), valori di HbA1c di 7.0±1.0% (p 0.003), HOMA index 2.24±0.5 (p <0.004). Inoltre al 6 mese il 6MWT evidenziava un netto miglioramento della performance vs il tempo 0 (100 mt a tempo 0, 500 mt al tempo 6). L'analisi impedenziometrica ha rilevato una riduzione del grasso corporeo sia a 3 (r=0.37, p=0.03) che a 6 mesi (p=0.02), con aumento della massa magra (p=0.005). Tali risultati benefici sono da imputare in parte alla riduzione della massa grassa con conseguente miglioramento dei parametri metabolici e del 6MWT; probabilmente una maggiore intensità di attività nel Taiji sarebbe necessaria per modifiche metaboliche maggiori. Tutti i partecipanti hanno riportato notevole benessere dopo le sedute di Taiji che, associato a *counseling* alimentare con personale esperto e qualificato, sembra essere una valida terapia di supporto in tali pazienti. Si ribadisce l'importanza della ETS, associata a quella farmacologica, nella cura del DMT2.

L'internista 3.0 e le smart technologies: la nuova App FADOI sul trattamento dell'iperglicemia in ospedale

Maffettone A¹, Fontanella A²

¹UOC di Medicina Cardiovascolare e Dismetabolica, AORN "Ospedali dei Colli", Napoli; ²UOC di Medicina Interna, "Ospedale del Buon Consiglio Fatebenefratelli", Napoli, Italy

In un'era di rapidi e irrefrenabili cambiamenti nelle comunicazioni (audio, video, radio etc) è sempre più necessario per il medico stare al passo con i tempi. Ciò spesso "contrastata" con la scarsità di risorse a disposizione, sempre più limitate. Anche il tempo è tiranno! Di qui la necessità di dotarsi di strumenti utili e facilmente disponibili nell'attività assistenziale di tutti i giorni, anche quando il medico è in corsia ospedaliera e non può avere accesso ad una postazione computer. L'utilizzo di un'APP, cioè un

software utilizzabile sia su sistema IOS che Android, sul diabete può rappresentare un importante ausilio per velocizzare e migliorare il calcolo di numerosi variabili della complessa diagnostica e terapia del medico internista ospedaliero. Abbiamo ideato una app sul trattamento dell'iperglicemia in ospedale mediante l'utilizzo di calcoli, formule e indicazioni derivate dalle principali linee guida nazionali ed internazionali. Tale app nasce dall'esigenza di avere sempre a portata di mano uno strumento agevole e veloce per poter trattare al meglio e secondo criteri di appropriatezza ed efficienza i pazienti iperglicemici ricoverati in ambito ospedaliero. Dopo aver scaricato l'app denominata Iperglicemia FADOI, il medico troverà varie sezioni; esse riguardano il trattamento dell'iperglicemia con i relativi target specifici per le varie categorie di pazienti ricoverati (critici, acuti etc), i target glicemici per le differenti categorie di pazienti e il loro trattamento *in situazioni* particolari quali: nutrizione artificiale, periodo peri operatorio, terapia steroidea; in aggiunta a tali indicazioni viene riportato integralmente il Quaderno FADOI 2017 sull'appropriatezza della gestione dell'iperglicemia in ospedale dalle fasi di ricovero fino alla dimissione strutturata. Una successiva sezione presenta la attuale farmacopea delle sostanze ipoglicemizzanti presenti in commercio in Italia. E' stata concepita, inoltre, una sezione dedicata anche al calcolo di alcuni parametri metabolici e di rischio cardiovascolare (calcolo di conversione di HbA1c da% a mmol, calcolo Metabolismo basale, fattore di correzione per adeguamento dosaggio insulina con regola 1700 o regola 3000, calcolo passaggio terapia insulinica da endovena a sottocute, calcolo del GFR, calcolo del rischio cardiovascolare secondo UKPDS risk engine, etc.). Inoltre è stata prevista anche una sezione specifica per la dimissione e per i pazienti diabetici in particolari situazioni (certificati in pdf quali rinnovo patente, lettera da viaggio). Le nuove tecnologie possono rappresentare un valido aiuto per l'internista del nuovo millennio che deve sempre più perseguire criteri di appropriatezza, efficienza ed efficacia.

Si ringrazia la Novo Nordisk per il supporto non condizionante.

Valutazione delle abitudini nutrizionali e loro correlazione a stato di obesità/sovrappeso in pazienti con diabete mellito di tipo 2 partecipanti alla "Giornata mondiale del diabete"

Maffettone A¹, Fiorillo E¹, Campanile A¹, Piccolo G¹, Napolitano B¹, Ambrosino I², d'Errico T³, Italiano G⁴, Rinaldi M¹, Maiolica O¹

¹UOC di Medicina ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico AORN "Ospedali dei Colli, Monaldi", Napoli; ²DSS Maglie, ASS Lecce; ³UOC di Medicina Interna "PO SMDP degli Incurabili", ASL NA1 Centro, Napoli; ⁴UOC di Medicina Interna "AORN S. Anna e S. Sebastiano", Caserta, Italy

Il ruolo dell'alimentazione è considerato sempre più centrale nella prevenzione di patologie croniche quali il diabete, l'ipertensione, la BPCO, l'obesità, il cancro; numerosi studi, infatti, hanno evidenziato una stretta correlazione tra errate abitudini alimentari e sviluppo di uno stato di infiammazione cronica silente che predisporrebbe allo sviluppo di obesità e sovrappeso, principali fattori di rischio per l'insorgenza di patologie croniche quali il diabete. Alla luce di ciò durante la "Giornata Mondiale del diabete" del novembre 2017, tenutasi in varie città di Italia, sono stati allestiti a Napoli in Piazza Municipio vari gazebo dimostrativi e informativi con percorsi di promozione della salute;

uno di questi era dedicato a conoscere le abitudini alimentari dei visitatori e ad informarli sulla corretta alimentazione mediante colloquio con medici e nutrizionisti qualificati. Sono stati reclutati e sottoposti a screening più di 600 soggetti; il nostro studio si focalizza su 217 soggetti che hanno completato tutto il questionario somministrato e si sono sottoposti a visita nutrizionale-dismetabolica. Tali pazienti (86 F e 131 M), età media 45±8 anni, erano affetti da diabete mellito di tipo 2 (DMT2) da 10±5 anni ed erano in terapia con ipoglicemizzanti orali e/o insulina. Un team di medici e nutrizionisti si è occupato di rilevare a tutti i pazienti i seguenti parametri: altezza, peso e circonferenza addominale (che hanno permesso di calcolare il BMI relativo), glicemia con sistema Point of Care (POC). Sono stati somministrati questionari relativi all'alimentazione e agli stili di vita seguiti dai pazienti stessi. Dai risultati ottenuti si è osservato che sul totale dei pazienti intervistati solo il 19% (n 41) risultava in normopeso mentre il 27% (n 59) era obeso. La maggior parte dei pazienti intervistati era, invece, in sovrappeso (54%, n 117). I questionari hanno evidenziato che i pazienti in stato di sovrappeso/obesità hanno in comune abitudini alimentari scorrette. La più frequente tra queste è il non frazionamento dei pasti. Solo pochi pazienti consumano uno spuntino tra pranzo e cena, prediligendo un introito calorico eccessivo durante i pasti principali nonché un consumo di zuccheri semplici (biscotti, snack salati o farciti con creme e cioccolata) nel dopo cena. Ai pasti principali viene fatto un abuso di carboidrati e grassi di origine animale quali latticini, formaggi e insaccati. Oltre a ciò vengono consumate quotidianamente bibite zuccherate e/o alcoliche come birra e vino. Un dato particolarmente interessante è derivato dalla correlazione tra lo stato di nutrizione, espresso attraverso il BMI, e i valori di dell'emoglobina glicata (HbA1c) in un gruppo più ristretto di 76 diabetici tra la popolazione intervistata di cui si aveva certezza anamnesticamente dei valori di HbA1c degli ultimi 3/6 mesi. Nel gruppo dei normopeso (18 persone) la media dell'emoglobina glicata era del 6.7%±0,6; nel gruppo dei sovrappeso (26 persone) il valore dell'emoglobina glicata medio è risultata del 7.6%±0,4; nel gruppo degli obesi (32 persone), invece, il valore medio è risultato dell' 8.2%±0,8. Questo dato indica chiaramente che, nella popolazione diabetica, le cattive abitudini alimentari, alla base dello stato di sovrappeso-obesità, comportano inevitabilmente uno scarso compenso metabolico, espresso dai valori più elevati di emoglobina glicata.

Transizione pancreatite acuta/pancreatite cronica: link patogenetico in un raro e peculiare caso clinico

Mastrobuoni C, Buono R, Ronga I, Tibullo L, Valentino U, Uomo G

Dipartimento Medico Polispécialistico, UOSC Medicina Interna 3, AORN "A. Cardarelli", Napoli, Italy

Premessa. Casi ricorrenti di pancreatite (Pac) possono esitare nel tempo in una condizione di pancreatite cronica (PCr) classica: tale link patogenetico è possibile e descritto nelle forme ereditarie, in quelle associate a fibrosi cistica, nelle forme alcoliche, raramente nelle forme biliari necrotizzanti per cicatrici residue al dotto di Wirsung, ancora più raramente nelle forme autoimmuni. Riportiamo un caso molto particolare in cui il link patogenetico fra Pac e PCr si è realizzato per una evenienza rara e che ha pochissimi riscontri in Letteratura.

Caso clinico. Paziente di sesso maschile, di anni 74. Non etili-

sta, fumatore con rilievo precedente di massa nodulare polmonare trattata chirurgicamente (adenocarcinoma), cardiopatia ischemica cronica e diabete mellito tipo 2 insulino-trattato. Nel corso degli ultimi due anni, comparsa di dolore addominale alto, della durata di diversi giorni con discanalizzazione. In tre occasioni ricovero ospedaliero con diagnosi di PAc. Giunge alla osservazione per dispnea e dolore addominale. Le indagini strumentali e di laboratorio sostanziano la presenza di una pancreatite acuta necrotica con raccolte multiple addominali secondaria a pancreas divisum con formazione di pseudocisti del corpo a contenuto emorragico (circa 5 x 5 cm). Trattamento medico conservativo con buona risposta clinica e stabilizzazione e poi riduzione delle dimensioni della pseudocisti. La formazione pseudocistica aveva contemporaneamente determinato una compressione del dotto di Santorini realizzando una dilatazione significativa uniforme del tratto a valle con presenza anche di un piccolo calcolo endoluminale in sede caudale.

Conclusioni. In definitiva, si è trattato di un "episodio di PAc necrotica secondaria a pancreas divisum con pseudocisti a componente emorragica, condizionante pancreatite cronica ostruttiva per compressione esercitata sul dotto pancreatico dorsale".

Terapia combinata secukinumab e sulfasalazina in spondilite anchilosante resistente ad altri farmaci biologici

Moscato P¹, De Donato MT¹, Renis M², Perna P¹

¹UOC di Medicina Interna, AOU "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", Salerno; ²UOC di Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", Salerno, Italy

Introduzione. La Spondilite Anchilosante (SA) è una malattia infiammatoria cronica e ad eziologia sconosciuta che colpisce le articolazioni sacroiliache e la colonna vertebrale, ma che può provocare artrite, entesite ed interessamento extra-articolare e che fa parte delle spondiloartriti. Ha un'incidenza 3 volte maggiore nel sesso maschile, esordisce in genere in pazienti di età compresa tra i 20 e i 40 anni. Il sintomo d'esordio più frequente è il dolore al rachide lombare di tipo infiammatorio, con associata rigidità mattutina.

Caso clinico. Paziente di sesso maschile di anni 27. Giunge alla nostra osservazione nel marzo 2013, con quadro clinico caratterizzato da: rachialgia lombare di tipo infiammatorio, artrite a livello di anca e ginocchio dx e sacroileite bilaterale. Esami di laboratorio: VES 34, PCR 19, FR -, BASDAI 4.5, BASFI 60. Rx bacino: sacroileite bilaterale di grado 2. RMN bacino: "Edema osseo ad entrambe le sacroiliache". Viene posta diagnosi di SA e prescritta terapia con golimumab 50 mg fl s.c. ogni 28 gg associato a salazopirina 500 mg 2 cp x2/die fino al gennaio 2016, quando, in seguito a peggioramento del quadro clinico articolare, si introduce in terapia adalimumab 40 mg fl s.c. ogni 14 gg. Nel gennaio 2017, per la persistenza del dolore lombare e rigidità mattutina superiore a 1h, viene introdotto secukinumab 150 mg fl s.c. Al controllo clinico nell'aprile 2017: miglioramento della sintomatologia a livello del rachide lombo-sacrale e periferico e riduzione della rigidità mattutina. Non effetti collaterali. Esami di laboratorio: VES 24, PCR 1.50, BASDAI 2.5, BASFI 20, ASDAS Score -, PCR 1.6.

Conclusioni. Il secukinumab è un anticorpo monoclonale umano che neutralizza l'interleuchina 17A circolante, inibendone l'interazione con il recettore espresso su diversi tipi di

cellule e il rilascio di citochine proinfiammatorie, chemochine e mediatori di danno tissutale nelle malattie autoimmuni. Negli studi Measure 1 e 2, ha migliorato i segni e i sintomi di SA. La combinazione di secukinumab e salazopirina nel nostro caso clinico si è dimostrata efficace con miglioramento sia clinico che laboratoristico nella malattia non responsiva ad altri farmaci biologici.

Prevalenza di microfratture vertebrali misconosciute in pazienti ricoverati presso un ospedale di Napoli

Muscariello R^{1,2}, Giannettino R^{1,2}, Romano O^{1,2}, Sepe C^{1,2}, Carcarino F^{1,2}, Tovecci F², Marano I², Russo E², Ruggiero R², Bruschini M², Ippolito S¹, Coretti F¹, Nuzzo V^{1,2}

¹UOSD di Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione, Ospedale del Mare, Napoli; ²Rete Endocrino-Metabolica, ASL Napoli 1 Centro, Napoli, Italy

Premessa. Le fratture vertebrali sono una delle principali complicanze dell'osteoporosi¹. In Italia si verificano 100.000 fratture vertebrali all'anno, con un'incidenza che tocca il 35% nella popolazione di donne di età compresa tra i 75 ed i 79 anni². In letteratura esistono pochi studi che forniscano dati sull'impatto del problema delle fratture vertebrali su popolazioni ospedaliere. **Obiettivo.** L'obiettivo dello studio è valutare la prevalenza di fratture vertebrali misconosciute in una popolazione di pazienti ricoverati in un periodo di tempo di 9 mesi.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati i radiogrammi del torace di pazienti di età superiore a 50 anni, di ambo i sessi, ricoverati presso un presidio ospedaliero dell'ASL NA1 Centro nel periodo Gennaio-Settembre 2016. Tutti i radiogrammi sono stati eseguiti in proiezione antero-posteriore e latero-laterale. Per l'interpretazione dei risultati è stato utilizzato il metodo semiquantitativo di Genant³. La valutazione del radiogramma toracico è stata effettuata in cieco da un radiologo esperto nella valutazione dello scheletro. Ottenuti i dati di prevalenza di microfratture vertebrali, abbiamo calcolato la probabilità di frattura a 10 anni con il metodo Frax⁴.

Risultati. Il radiologo ha individuato 11 casi di frattura vertebrale spontanea e asintomatica (prevalenza 3,7%); di questi, 8 erano di sesso maschile (72%). Tutti i pazienti erano di razza caucasica, con un'età media di 69,5±9.2 anni. Un solo paziente dichiarava di essere affetto da osteoporosi. Tra le maggiori comorbidità, erano presenti il diabete mellito di tipo 2 (18%), la BPCO (18%), una patologia cardiovascolare nota (36%), una patologia neoplastica (36%), un'epatopatia (36%). Il 55% dei pazienti aveva un rischio di frattura a 10 anni superiore al 25%; quasi tutti i pazienti (10 pazienti su 11, 90%) aveva un rischio superiore al 20% di sviluppare una frattura nei successivi 10 anni. Tra i fattori di rischio presenti (45% sottopeso, 90% familiarità per osteoporosi, 81% fumatori, 36% consumo di alcolici, 72% in trattamento con cortisonici), una parte sostanziale apparteneva alla categoria dei fattori modificabili. Nessuno di questi pazienti veniva dimesso con diagnosi e/o terapia per osteoporosi.

Conclusioni. Le fratture vertebrali asintomatiche, una delle principali complicanze dell'osteoporosi nonché una causa maggiore di disabilità, sono un problema largamente sottostimato nei pazienti ricoverati. In particolare questi pazienti presentano comorbidità e fattori di rischio che aumentano il rischio di frattura; una parte di tali fattori di rischio è modificabile. Nessuno di questi

pazienti viene individuato come a rischio fratturativo o trattato in prevenzione terziaria. Sono necessari studi con numeri più ampi ed interventi educazionali sul personale sanitario per sensibilizzare i medici rispetto ad un problema con un così alto impatto sulla qualità di vita di questi pazienti.

Broncopneumopatia cronica ostruttiva nel sesso femminile: è solo un problema di fumo?

Muscariello R¹, Capasso F², Ferrara L², Schiavone M², Valentino U², Iardi A³

¹UOSD di Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione, Ospedale del Mare, Napoli; ²UOC di Medicina Interna 3, AORN "A. Cardarelli", Napoli; ³UOSD Detenuti - AORN "A. Cardarelli", Napoli, Italy

Introduzione. La prevalenza della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) nel sesso femminile sta aumentando più rapidamente che negli uomini. È stato ipotizzato che le donne siano maggiormente a rischio di compromissione della funzione polmonare fumo-correlata. Il nostro studio si propone di verificare questa ipotesi.

Materiali e metodi. Sono stati selezionati 121 pazienti afferiti tra il 2015 e il 2017 presso l'UOC di Medicina Interna 3 dell'AORN "Antonio Cardarelli" di Napoli, in regime ambulatoriale o in regime di ricovero ordinario che, indipendentemente dalla patologia indice, avessero un'anamnesi positiva per BPCO, Bronchite Cronica o abitudine tabagica [Smoker (S), non-Smoker (NS)]. Sono stati classificati come Smokers (S) anche quei pazienti che hanno riferito una sospensione inferiore ai 6 mesi. La coorte selezionata (età media=69.38±6.34) comprendeva 59 Femmine (età media=66,73) e 62 Maschi (età media=71,9). Il fumo di sigaretta era un ben documentato fattore di rischio nel 68% delle Femmine e nel 73% dei Maschi.

Risultati. L'esame spirometrico (Spirometria Semplice: Cosmed Pony fx) ha evidenziato un'ostruzione parzialmente reversibile o non reversibile nel 65% dei Maschi (35 S, 5 NS) e nel 66% delle Femmine (37 S, 2 NS). In base al quadro disfunzionale spirometrico questi pazienti sono stati classificati come GOLD 2 (60 pazienti) e GOLD 3 (19 pazienti). Nei maschi NS con spirometria positiva era comunque rilevabile una esposizione professionale, attuale o pregressa, a specifici inquinanti ambientali, esposizione viceversa documentata soltanto in una delle pazienti. In una paziente NS (BMI=18,07) l'anamnesi remota era positiva per malattia tubercolare in età infantile. Relativamente ai soggetti classificati come Smokers, l'indice tabagico (pack/year), espressione del carico di tabacco a cui il paziente è stato esposto nell'arco della sua vita di fumatore, era più basso nel sesso femminile (42,24 vs 52,63), il che potrebbe suggerire una maggiore vulnerabilità, genere-specifica, agli effetti del fumo, ovvero un' aumentata risposta infiammatoria cronica delle vie aeree e del polmone agli stimoli nocivi, tale da favorire la distruzione parenchimale e alterare i normali meccanismi di riparazione e difesa con conseguente fibrosi delle piccole vie aeree.

Conclusioni. La BPCO è attualmente la quarta causa di morte nel mondo, con una prevalenza più alta nei fumatori e nel sesso maschile. Negli ultimi anni è stato osservato un sensibile aumento di prevalenza nel sesso femminile, attribuito soprattutto a fattori socio-culturali. Non vanno però sottostimate pos-

sibili differenze di genere, ovvero una differente vulnerabilità biologica tra i due sessi all'inalazione di particelle nocive e gas. Nel nostro studio, che necessita comunque di ulteriori verifiche su campioni numericamente più rappresentativi, questa differente vulnerabilità è suggerita dal più basso indice tabagico osservato nel sesso femminile.

Prevalenza di fratture patologiche, di osteoporosi e comorbidità in pazienti afferenti a un ambulatorio per l'osteoporosi

Muscariello R, Giannettino R, Romano O, Sepe C, Carcarino F, Ippolito S, Coretti F, Nuzzo V

UOSD di Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione, Ospedale del Mare, Napoli, Italy

Premessa. L'osteoporosi è la malattia metabolica dell'osso con maggiore prevalenza; tra le sue complicanze le fratture patologiche incidono notevolmente sulla prognosi *quoad vitam* e, soprattutto, *quoad valetudinem*. Numerose patologie che si associano all'osteoporosi possono peggiorarne l'evoluzione ed aumentare il rischio di frattura.

Obiettivo. L'obiettivo dello studio è valutare la prevalenza di fratture patologiche e le comorbidità di pazienti afferenti a un ambulatorio per l'osteoporosi.

Materiali e metodi. Sono stati analizzati i risultati della densitometria ossea di pazienti afferenti all'ambulatorio di endocrinologia dell'UOSD Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione dell'Ospedale del Mare nel periodo maggio-luglio 2017 con sospetta diagnosi di osteoporosi. È stato compilato un questionario riguardo l'anamnesi patologica remota, prossima e farmacologica; un radiologo esperto nella valutazione radiologica dell'osso ha poi revisionato le radiografie del rachide alla ricerca di fratture vertebrali non diagnosticate.

Risultati. Sono stati esaminati 23 pazienti caucasici, con età media di 63.6±9.4 anni e con una prevalenza del sesso femminile del 92%, di cui il 95% (20/21) in menopausa. Si rilevava una prevalenza di fratture non diagnosticate del 13% (3/23); tutti i pazienti con frattura vertebrale erano osteoporotici e di questi 2 assumevano cortisonici e 1 inibitori della vitamina K ed IPP. Il 61% dei pazienti era in terapia con L-tiroxina. Il 26% (6/23) aveva familiarità per fratture osteoporotiche. 16 pazienti (70%) presentavano alterazioni densitometriche, in particolare 7/16 (44%) erano osteoporotici. L'87% (20/23) presentava una patologia endocrina, in particolare il diabete mellito nel 13% dei casi (3/23). La comorbidità non endocrina prevalente è stata quella cardiovascolare (39%), seguita da patologie muscoloscheletriche (21%), esofagite/gastrite (17%).

Conclusioni. I risultati di questo studio suggeriscono una elevata prevalenza di fratture patologiche non diagnosticate nella popolazione di pazienti con sospetta diagnosi di osteoporosi. La terapia farmacologica assume particolare rilevanza come fattore di rischio per fratture patologiche. La casistica presentata conferma l'associazione dell'osteoporosi con patologie endocrine, con le patologie cardiovascolari, muscoloscheletriche, gastrointestinali e respiratorie. Risulta fondamentale implementare la consapevolezza del problema osteoporosi nella classe medica, in quanto ancora poco indagato nei pazienti con comorbidità e terapie potenzialmente influenzanti la salute metabolica dell'osso.

Alterazioni del microcircolo in pazienti con distiroidismo: riscontro videocapillaroscopico delle manifestazioni angiogenetiche

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

Dipartimento Medico Polispecialistico, UOSC Medicina Interna 3, AORN "A. Cardarelli", Napoli, Italy

Premesse e scopo dello studio. Alcuni fattori di crescita vascolare sono prodotti nella tiroide e sono considerati potenzialmente responsabili delle variazioni del microcircolo e del flusso ematico tiroidei. Tra questi, vi è il fattore di crescita vascolare endoteliale (VEGF), una glicoproteina con una potente attività di stimolazione della permeabilità vascolare e dell'angiogenesi anche nel corso di diverse patologie che interessano la ghiandola. I tireociti hanno capacità, inoltre, di secrezione attiva di VEGF. Nei pazienti con morbo di Graves e tiroidite di Hashimoto si riscontra un significativo incremento dei livelli sierici di VEGF che correlano con il TSH. Nel tessuto di gozzo nodulare tiroideo è stato evidenziato un aumento significativo della trascrizione ed espressione di proteine del VEGF e del suo recettore, rispetto al tessuto tiroideo normale corrispondente, mentre i livelli sierici di VEGF si riducono significativamente dopo il trattamento, con decremento delle aree vascolari e del volume tiroidei. La videocapillaroscopia ungueale (VCP) è attualmente considerata una delle migliori tecniche diagnostiche di *imaging* non invasive, in grado di studiare il microcircolo *in vivo*. Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare, utilizzando la VCP, le alterazioni angiogenetiche in una serie di pazienti affetti da patologie tiroidee.

Materiali e metodi. Sono stati valutati 42 pazienti (4 con m. di Graves-Basedow, 10 con ipotiroidismo post-chirurgico, e 28 con ipotiroidismo post-tiroiditico; 36 F e 6 M), di età media di 42.5 anni (*range* 15-69) e 40 soggetti sani comparabili per età e sesso, utilizzando un VideoCap 3,0 (DS Medica) dotato di ottica di 200x. Le immagini sono state archiviate e processate con software dedicato. Sono state considerate espressioni di angiogenesi le alterazioni capillari caratterizzate da una varietà di "tortuosità", costituita da incroci multipli (>2) delle anse; sono state poi confrontate le medie del rapporto n°anse tortuose/n°anse normali nei due gruppi.

Risultati. È stata osservata una differenza statisticamente significativa nelle manifestazioni angiogenetiche, costituite dalla presenza di numerosi capillari tortuosi, tra il gruppo di pazienti con patologia tiroidea e quello dei soggetti sani ($p < 0,001$).

Conclusioni. I risultati del nostro studio dimostrano che fenomeni angiogenetici interessano il microcircolo dei pazienti con patologia tiroidea e confermano che la VCP rappresenta una tecnica utile ed affidabile per identificare le alterazioni del microcircolo anche in altri campi della Medicina Interna oltre alla Reumatologia.

Emergenza in medicina: interazioni farmacologiche che favoriscono il prolungamento dell'intervallo QT e il rischio della sindrome di torsione di punta

Patella V^{1,2}, Florio G^{1,2}, Rubano A¹, Magliacane D¹, Genovese A²

¹Dipartimento di Medicina Generale, Lungodegenza, Riabilitazione e

delle Specialità Mediche e Sanitarie, GOI di Allergologia, PO "Santa Maria della Speranza", Battipaglia (ASL Salerno); ²Scuola di Specializzazione in Allergologia e Immunologia Clinica, Università di Napoli "Federico II", Napoli, Italy

Introduzione. La "Torsione di punta" è una tachicardia ventricolare polimorfa caratterizzata da un ciclico spostamento dell'asse del QRS (torsione attorno alla linea isoelettrica), generalmente preceduta da un prolungamento dell'intervallo QT dell'ECG. Il caso descritto si concentra sulle interazioni farmacologiche che favoriscono il prolungamento dell'intervallo QT e il rischio della aritmia denominata "Torsione di punta".

Case report. Paziente, di sesso M, 48 anni, giunge in PS per episodi sincopali recidivanti. Riferisce assenza di abitudine tabagica e di dipendenze da droghe e alcool. Da circa 10 anni ipertensione arteriosa, trattata con ACE-inibitori (Ramipril 2,5 mg/die) con parziale controllo dei valori pressori. Da 5 anni rinite allergica in trattamento con antistaminici anti-H1. All'arrivo in PS, l'EO evidenziava milza palpabile al polo inferiore; al torace FVT ridotto su tutto l'ambito, soffio sistolico 2/6 Levine sul focolaio di ascoltazione della mitrale. I parametri vitali evidenziavano PA 165/90 mmHg, F.C. 96 bpm ritmico. All'ECG ritmo sinusale con intervallo PR corto (108 ms) e bigeminismo extrasistolico ventricolare. Gli esami ematochimici mostravano microcitemia con aspetto ipocromico, aniso-micro-poichilocitosi delle emazie, Transaminasi nella norma, Gamma GT=143U/l; K 2,5 mEq/L; Ca ed indici di miocardionecrosi nella norma. Durante il periodo di osservazione breve il paziente veniva monitorizzato e dopo alcuni minuti presentava un ulteriore episodio sincopale. Al monitor ECG si evidenziava Tachicardia Ventricolare polimorfa con torsione di punta. L'aritmia si risolveva dopo terapia con magnesio solfato (2gr in bolo) seguito da infusione continua (5mg/min). L'ecocardiogramma non evidenziava alterazioni significative. Tre giorni più tardi un ECG Holter delle 24 ore documentava: ritmo sinusale con F.C. media di 89 batt/min con intervallo PR di 154 ms e QTc di 451 ms con numerose extrasistoli ventricolari. Un ulteriore controllo dei livelli sierici di K evidenziava valori nel range della normalità. Dopo una settimana il paziente, asintomatico ed in buon compenso emodinamico, veniva dimesso con terapia a base di sartanici e betabloccanti. La settimana successiva il paziente rientrava in PS per un nuovo evento sincopale. Gli esami in urgenza erano simili a quelli effettuati nel precedente ricovero, l'ECG mostrava un allungamento del QTc superiore a 450 ms (QTc=461 ms). Interrogato su eventuali modifiche nella dieta e/o nella terapia durante la settimana precedente il ricovero il paziente dichiarava di aver assunto fexofenadina (Telfast). Il farmaco veniva immediatamente sospeso.

Discussione. La Torsione di punta, descritta per la prima volta in pazienti che assumevano astemizolo o terfenadina, può presentarsi clinicamente con sincope o lipotimia e costituisce una grave condizione di rischio per morte improvvisa. Di solito è preceduta da allungamento del tratto QT all'ECG, extrasistoli ventricolari ed intervalli short-long. Le basi molecolari per tale effetto cardiottossico sono rappresentate dalla interferenza degli antistaminici anti-H1 con i canali del potassio del cuore che sono coinvolti nella fase di ripolarizzazione ventricolare (HERG K⁺ channels). Le modificazioni geniche dei canali ionici determinano la dispersione del potenziale d'azione nella fase di ripolarizzazione che si rileva all'ECG come allungamento dell'intervallo QT. L'assunzione di fexofenadina (Telfast), metabolita attivo della terfenadina, può aver favorito, anche a dosaggi terapeutici, la torsione di punta nel

paziente da noi descritto, già affetto da preesistenti disturbi del ritmo cardiaco. E' stata comunque osservata una marcata eterogeneità degli antistaminici di seconda generazione nell'indurre aritmie cardiache, il che risulta di notevole significato terapeutico per quei pazienti che hanno necessità di terapia con antistaminici anti-H1 e che sono a rischio di sviluppare aritmie.

Anemia megaloblastica nei tumori neuroendocrini: un nuovo marcatore?

Poggiano MR, Catzola A, Coronella C, De Ritis F, Fortunato F, Laccetti M

UOC di Medicina Interna 1, AORN "A. Cardarelli", Napoli, Italy

Introduzione. Le cause più frequenti di megaloblastosi e anemia macrocitica sono rappresentate dalla carenza o da una difettosa utilizzazione della vitamina B₁₂ o dei folati. Talvolta, l'anemia megaloblastica può rappresentare il primo segno clinico di esordio di una neoplasia neuroendocrina gastrica (NET) e spesso può rappresentarne la prima evidenza di recidiva.

Caso clinico. Paziente di 69 anni, giungeva in reparto per astenia marcata con evidenza laboratoristica di anemia megaloblastica (Hb 6 g/dl MCV 111 fl LDH 769 U/L Vit b12 50 ng/L A.Folico 7 mg/L). In anamnesi pregresso carcinoma gastrico operato molti anni prima, ipertensione arteriosa e s. ansioso-depressiva. L'EGDS evidenziava presenza di area cicatriziale piana e minuto iperemico sul quale veniva effettuata biopsia. Veniva pertanto sottoposta a emotrasfusione e terapia vitaminica (Vit b12 1 g/die+ folina 5 mg/die). Dopo una settimana di supplementazione si assisteva a graduale miglioramento del quadro emocromocitometrico e riduzione dei valori di MCV E LDH. L' esame istologico risultava compatibile con diagnosi di tumore neuroendocrino ben differenziato (NET G1).

Conclusioni. L'anemia megaloblastica può essere il primo marcatore di recidiva di NET gastrico. L'esecuzione tempestiva di EGDS è indicata in tutti i pazienti con anamnesi patologica remota positiva nonché fattori di rischio per tali neoplasie.

Citomegalovirus... una inedita complicanza

Ranucci RAN¹, Dorato M¹, Luiso V²

¹UOC di Medicina Interna, Ospedale "S.Maria delle Grazie", Pozzuoli (NA); ²Medicina di Urgenza, "CTO - Ospedale dei Colli", Napoli, Italy

Introduzione. Il CMV è un herpes-virus molto diffuso. Il tasso di sieroprevalenza è del 47% negli adolescenti, 65% tra i 40-49 anni, 91% negli anziani. Dopo l'infezione primaria il CMV resta latente nell'organismo e per tutta la vita viene eliminato in piccole quantità attraverso saliva e urine. L'infezione acuta da CMV è grave negli immunodepressi e nei neonati per possibili complicanze oculari, epatiche, neurologiche e gastrointestinali. L'ospite sano immunocompetente invece, grazie ad una efficiente risposta immune cellulo-mediata, contrae in genere l'infezione in modo asintomatico o paucisintomatico con un quadro clinico simil-influenzale o simil-mono-nucleosico con febbre elevata e protratta, brividi, astenia, malessere, mialgie, cefalea e talvolta linfadenomegalia diffusa. Frequente è la splenomegalia mentre più rare sono la faringite essudativa e la linfadenomegalia laterocervicale che caratterizzano in genere la mononucleosi.

Caso clinico. Maschio di 28 anni con febbre intermittente da

15 gg e picchi fino a 39°C accompagnata da dolori muscolari e grave astenia. A domicilio prolungata terapia con paracetamolo, amoxicillina/ac.clavulanico e quindi ceftriaxone. Al ricovero esame clinico muto. Temp: 37.6°C, SaO₂: 98%. PA: 150/90 mmHg. All'emocromo linfo-monocitosi relativa. GB: 9.400, N: 31.3%, L: 54,1%, M: 11.1%, LDH: 455 I.U./ml. PCR: 2,69 mg/dl, PCT: 0,18 ng/ml. All'ECG ischemia subepicardica anteriore. Ripetute consulenze cardiologiche non evidenziano patologia cardiaca. Widal-Wright, EBV, emocolture, es. parassitologico delle feci, autoimmunità, markers dell'epatite e reumatologici negativi. Pratica intanto RM cardiaca che evidenzia un quadro infiammatorio diffuso del grasso epicardico con aumento di segnale nelle sequenze a soppressione di grasso con diffuso enhancement post-contrastografico. Intanto il TORCH mostra positività per CMV IgM e quindi viene posta diagnosi di infezione da CMV. Dopo 6 giorni la febbre regredisce e al 10° giorno viene dimesso. Al follow-up a 7 giorni apiressia, negatività per CMV-DNA, inversione del rapporto CD4/CD8 (0,4). Si conferma la diagnosi di malattia da CMV in remissione. L'ECG risulta normale.

Conclusioni. In corso di malattia da CMV, nell'ospite immunocompetente si possono avere rari interessamenti d'organo come epatite, polmonite interstiziale, miocardite, pericardite, pleurite, encefalite. Nel nostro caso è stato evidenziato alla RM cardiaca non tanto l'interessamento pericardico per l'assenza di segni infiammatori e/o di versamento pericardico ma piuttosto quello del grasso epicardico che ha determinato il quadro simil-ischemico all'ECG regredito con la remissione della malattia. Il nostro caso risulta particolarmente interessante poiché si tratta di una complicanza non ancora registrata in letteratura.

Lo stroke criptogenetico: la complessità di un "problema semplice"

Renis M¹, La Mura G², La Mura L³, De Donato MT⁴

¹UOC di Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", Salerno; ²Cardiologo PO "Scaurato", Scafati, ASL Salerno; ³Università "Federico II", Napoli; ⁴UOC di Medicina Interna, AOU "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", Salerno, Italy

Introduzione. 25% degli stroke ischemici sono criptogenetici, ossia non riconoscono una causa univoca, o presentano più di una possibile causa (Classificazione TOAST). Questa tipologia di ictus il più delle volte pone al clinico problematiche di tipo diagnostico-terapeutico di non sempre agevole interpretazione. Un esempio di questo articolato percorso è offerto dal caso clinico di seguito presentato.

Caso clinico. Uomo, 50 anni, fumatore, affetto da ipertensione arteriosa e dislipidemia, in trattamento con ramipril 10 mg, ASA 100 mg, atorvastatina 20 mg. Recente ricovero per insufficienza cerebro-vascolare acuta con emiparesi sn, regredita pressochè completamente dopo 48 ore. L'imaging aveva documentato la natura ischemica della lesione cerebrale. Era stata confermata terapia con ASA, a dosaggio aumentato (300 mg/die). In seguito ad ulteriore consulto specialistico dopo dimissione, si introduceva doppia antiaggregazione (ASA+clopidogrel). Successivamente il pz afferiva al ns ambulatorio per il follow up. Qui veniva completato l'iter diagnostico, con documentazione di episodi di FA parossistica silente, e quindi introdotta terapia con DOAC.

Discussione. La FA silente può costituire un rischio sottovalutato e spesso controverso di tromboembolismo. A tal proposito vanno infatti considerati: durata dell'aritmia, durata del monitoraggio e intervallo temporale tra evento indice e inizio della registrazione.

Conclusioni. La gestione del pz con stroke ischemico cripto-genetico rimane una zona grigia e in divenire, che richiede una attenta valutazione del clinico, sempre consapevole della possibile necessità di rivedere le proprie posizioni, e messo alla prova nella sua visione olistica.

Non-aderenza terapeutica: tutta colpa dell'età e della polifarmacia?

Renis M¹, De Donato MT², Mastrobuoni C³, Ilardi CR⁴, Schiavo A¹, D'Avino M⁵, Ilardi A⁵

¹UOC di Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", Salerno; ²UOC di Medicina Interna, AOU "S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", Salerno; ³UOSC di Medicina Interna 3, AORN "A. Cardarelli", Napoli; ⁴Facoltà di Scienze della Formazione, Università degli Studi "Suor Orsola Benincasa", Napoli; ⁵UOSD Detenuti, AORN "A. Cardarelli", Napoli, Italy

Introduzione. Il fenomeno della mancata aderenza alle indicazioni terapeutiche costituisce un aspetto centrale nel trattamento delle patologie croniche. Nella pratica clinica quotidiana, la valutazione di aderenza al trattamento viene effettuata intervistando direttamente il paziente. Questa valutazione è fortemente condizionata dalla qualità del rapporto medico-paziente e spesso non fornisce una stima accurata, specie se la risposta prevista è chiusa, con rischio di sovrastima.

Materiali e metodi. I pazienti inclusi nel nostro studio comprendevano soggetti di entrambi i sessi, ricoverati in Medicina Interna o afferenti agli ambulatori dedicati nel periodo settembre 2017-gennaio 2018. In totale sono stati selezionati 70 pazienti (30 M, 40 F; età media 67.9±10.6), normalmente distribuiti rispetto all'età. Per formulare una stima dell'aderenza al trattamento, è stato somministrato a ciascun paziente il *questionario di Morisky* che consta di 4 items, a ciascuno dei quali si attribuisce un punteggio di zero (in caso di risposta affermativa) o di 1 (in caso di risposta negativa) con una variabilità di punteggio compresa tra zero e quattro punti (non aderenti=0-2; aderenti=3-4). I punteggi conseguiti al test di Morisky erano normalmente distribuiti intorno alla media (2.9±0.9; asimmetria=.047; curtosi=.21). Per l'analisi è stata impiegata un'ANOVA fattoriale between-subject di tipo 2x2x2 (genere; età=40-69 vs. 70-90; polimorbilità=moderata: 1-2 vs. grave: >2). I pazienti sono stati assegnati a posteriori a ciascun gruppo sperimentale. Il gruppo 40-69 comprendeva 36 pz., mentre il gruppo 70-90 ne comprendeva 34. I gruppi con polimorbilità moderata e grave erano entrambi costituiti da 35 pazienti. Su un totale di otto condizioni messe a modello, sono stati strutturati quattro gruppi attorno a ciascun livello di genere: i) 40-69 anni vs. polimorbilità moderata (21 ss.); ii) 40-69 vs. polimorbilità grave (15 ss.); iii) 70-90 vs. polimorbilità moderata (14 ss.); iv) 70-90 vs. polimorbilità grave (20 ss.).

Risultati. Non è stato rilevato un effetto principale statisticamente significativo delle variabili *genere* ($F(1,68)=.12, p < .99, \eta^2=.002$), *età* ($F(1,68)=.16, p < .69, \eta^2=.003$) e *morbilità* ($F(1,68)=.21, p < .65, \eta^2=.003$). In merito agli effetti di interazione, è stato riscontrato un effetto statisticamente significativo età X morbilità ($F(1,68)=4.31, p < .04, \eta^2=.06$). È stato osservato un effetto d'interazione età X genere ($F(1,68)=2.35, p < .13, \eta^2=.04$) che presentava solo un lieve trend verso la significatività. Non è stato rilevato alcun effetto d'interazione genere X morbilità ($F(1,68)=.05, p < .83, \eta^2=.001$). Una

regressione multipla lineare di tipo simultaneo conferma quanto emerso dall'ANOVA. La statistica inoltre suggerisce che all'aumentare di un anno di età, l'aderenza diminuisce di 0.02 punti. Pur essendo una variazione minima, priva di significatività statistica, è possibile che, aumentando l'N del campione, l'aderenza tenda a diminuire.

Conclusioni. La scarsa aderenza alle prescrizioni terapeutiche è associata a un aumento della morbilità e della mortalità. Tra i fattori condizionanti la non-aderenza sono abitualmente inclusi l'età del paziente, la multimorbilità e la polifarmacia. Questa ipotesi di lavoro non trova tuttavia conferme dal nostro studio.

Efficacia, sicurezza e tollerabilità degli inibitori del co-trasportatore SGLT-2 in pazienti diabetici scompensati somministrati in regime di ricovero ospedaliero

Romano O, Giannettino R, Ippolito S, Muscariello R, Sepe C, Carcarino F, Nuzzo V

UOSD di Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione, Ospedale del Mare, Napoli, Italy

Premessa. Il diabete mellito è una patologia cronica caratterizzata da elevata morbilità e mortalità, la cui prevalenza è in costante aumento. La terapia si avvale di ipoglicemizzanti orali e di insulina, quest'ultima preferita per la migliore gestione dell'iperglicemia nel paziente ricoverato. Non sono presenti in letteratura sufficienti studi dedicati alla valutazione dei nuovi ipoglicemizzanti orali in termini di efficacia, sicurezza e tollerabilità nell'utilizzo intraospedaliero.

Obiettivo. L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità degli inibitori dell'SGLT-2 somministrati a pazienti diabetici tipo 2, ricoverati presso un reparto di endocrinologia, in fase di scompenso glico-metabolico.

Materiali e metodi. Sono stati selezionati pazienti affetti da diabete mellito tipo 2 in scompenso glico-metabolico ricoverati presso l'UOSD di Endocrinologia e Malattie del Ricambio del Presidio Ospedaliero Ospedale del Mare nel periodo compreso fra luglio e dicembre 2017, ai quali è stato aggiunto alla terapia ipoglicemizzante domiciliare un inibitore del SGLT-2 il primo giorno di ricovero. Di questi, è stata valutata la differenza tra la media delle glicemie in prima giornata e quella nell'ultimo giorno di ricovero, l'incidenza di ipoglicemia biochimica (glicemia capillare <70 mg/dl) o sintomatica e di ipotensione arteriosa ($\leq 90/60$ mmHg); è stata infine considerata l'incidenza di infezioni del tratto genito-urinario (definita come cistite sintomatica, batteriuria o leucocituria, necessità clinica di richiedere urinocoltura).

Risultati. Sono stati selezionati 18 pazienti, di razza caucasica, di ambo i sessi, affetti da diabete mellito tipo 2 da almeno 5 anni e con età compresa fra i 37 ed i 71 anni, di cui il 44% maschi. Tutti i pazienti avevano una HbA1c in ingresso $\geq 7\%$. Il 94.4% dei pazienti era già in trattamento con metformina, l'11.1% con gliclazide, il 33.3% con analoghi ultrarapidi dell'insulina, ed il 61.1% con insulina basale. Il tempo di degenza medio è stato di 5,9 giorni. La somministrazione di un inibitore del cotrasportatore SGLT-2 all'atto del ricovero ha prodotto una riduzione della glicemia media in uscita rispetto a quella d'ingresso di 21,5 g/dl (-13%), riducendo la glicemia nel 61% dei pazienti; nel 22.2% dei pazienti (4/18) si è osservata una batteriuria o una leucocituria, e di queste solo in 1 paziente sintomatica (6% della popolazione). Non si sono osservati casi

di ipoglicemia durante il ricovero. Non si sono osservati effetti sensibili sulla pressione arteriosa.

Conclusioni. Gli SGLT-2 inibitori sono farmaci efficaci sul controllo glicemico, anche a breve termine, mostrando un profilo di sicurezza e tollerabilità; nonostante ciò, il loro utilizzo ospedaliero risulta essere ancora sottovalutato. Sono necessari studi con casistiche più ampie allo scopo di valutarne il profilo di efficacia nel trattamento del diabete mellito tipo 2 scompenso durante la degenza ospedaliera.

Esempio di integrazione ospedale-territorio: percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del piede diabetico nel distretto 32 ASL Napoli 1 Centro

Romano O¹, Giannettino R¹, Ippolito S¹, Muscariello R¹, Sepe C¹, Mignano S², Agliata AM², Camorino C¹, Criscuolo A¹, Di Ruocco L¹, Di Donato R¹, Farinello A¹, Massaro ML¹, Sirica E¹, Carcarino F¹, Nuzzo V¹

¹UOSD di Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione, Ospedale del Mare, Napoli; ²Rete PDTA, Distretto Sanitario 32, ASL Napoli 1 Centro, Italy

Introduzione. In Italia il diabete è la prima causa di amputazione degli arti inferiori con un'incidenza che varia tra il 15 e il 22 casi per diecimila diabetici. La complessità della malattia richiede un approccio multidisciplinare per l'ottimizzazione delle condizioni cliniche del paziente. La Campania presenta uno dei più alti tassi di amputazione, non migliorato durante gli ultimi 10 anni.

Obiettivi. L'obiettivo è l'istituzione di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) del piede diabetico in grado di garantire che da qualunque punto avvenga l'accesso del paziente (P.S. UO non specializzate, ecc.) esso venga ricondotto all'interno dei percorsi diagnostico-terapeutici prestabiliti.

Metodi. Sono stati individuati i punti critici da realizzare per la creazione del PDTA: a) costituzione di un'equipe multidisciplinare; b) condivisione delle fasi del percorso diagnostico-terapeutico tra le diverse professionalità; c) individuazione precoce dei soggetti a rischio di complicanze vascolari e neurologiche; d) esecuzione di un programma di interventi in integrazione sia con gli operatori della rete territoriale che con quelli ospedalieri; e) valutazione dell'appropriatezza degli interventi realizzati in interazione fra territorio e ospedale. Il Medico di Medicina Generale viene individuato quale case manager di I livello, svolge attività di prevenzione e terapia educativa, attività di diagnosi precoce di lesioni pre-ulcerative localizzate ai piedi; il Centro Diabetologico rappresenta il case manager di II livello, si occupa dello screening e della diagnosi precoce della neuropatia e della vasculopatia diabetica e dell'Educazione Terapeutica Strutturata; il Centro Ospedaliero, case manager di III livello, effettua la stadiazione delle lesioni, avvalendosi delle consulenze di chirurgia vascolare, angiologia, ortopedia, infettivologia. Il lavoro svolto dai diversi centri si articola in due distinte fasi, quella preventiva e quella terapeutica. È stato quindi creato il percorso diagnostico-terapeutico, secondo i criteri prestabiliti, nel territorio del distretto sanitario 32 di Napoli, il cui centro di III livello è stato individuato nell'UOSD Endocrinologia, Malattie del Ricambio e della Nutrizione dell'Ospedale del Mare.

Risultati. Tra settembre 2017 e febbraio 2018 sono stati valutati nel presidio ospedaliero di III livello 18 pazienti con piede diabetico; tutti presentavano un'infezione delle lesioni, che è stata

trattata secondo antibiogramma. 3 pazienti hanno necessitato di rivascularizzazione; tutti i casi hanno presentato complicanze neurologiche. In 8 pazienti si è ottenuta una completa restituzione ad integrum, 10 sono attualmente in via di miglioramento.

Conclusioni. Il PDTA del piede diabetico ha consentito non solo di fornire ai pazienti un riferimento costante a seconda della propria condizione clinica, ma di selezionare i pazienti con esigenze diagnostico-terapeutiche superiori per l'assistenza ospedaliera, che si è rivelata efficace in tutti i casi.

Organizzazione del III livello del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale nel trattamento dei pazienti con diabete mellito di tipo 1 nell'ambito dell'UOS di diabetologia dell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta

Schettino M, Nuzzo MG, Gargiulo A

UOC di Medicina Interna, AORN "Sant'Anna e San Sebastiano", Caserta, Italy

La prevalenza del diabete mellito in Italia è del 5,3% e la Campania è una delle Regioni a più alta prevalenza e mortalità. Il diabete di tipo 1 (DM tipo 1) è il 2-3% dei casi di diabete per un totale di 300.000 casi in Italia, in continuo aumento. Il DM tipo 1 è una malattia cronica di grande rilevanza sociale e colpisce soprattutto in età pediatrica ed adolescenziale con un enorme impatto sulla vita dei giovani pazienti e delle famiglie, e se non adeguatamente trattato, comporta gravi complicanze con rilevanti costi per il SSN. Il Piano Nazionale Diabete, in linea con L.R.n.9/2009, prevede che il III livello assistenziale assicurato da UO istituite in tutte le AORN e/o negli ospedali delle ASL, abbia tra le funzioni il trattamento del DM tipo 1 attraverso l'utilizzazione delle nuove tecnologie: monitoraggio in continuo della glicemia (CGM), microinfusori per infusione sottocutanea continua di insulina (CSII), telemedicina e transizione dall'assistenza pediatrica a quella dell'adulto. Al fine di dare risposta ai bisogni di salute espressi dalla popolazione di pazienti affetta da DM tipo 1, si propone la realizzazione di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA), che tenga conto dell'utilizzo delle tecnologie, nell'ambito del III livello assistenziale dell'AORN di Caserta come riferimento dell'assistenza integrata sul territorio provinciale e regionale. Obiettivi: incrementare il numero di pazienti con DM tipo 1 (centro di riferimento), l'utilizzazione di nuove tecnologie, l'educazione e l'empowerment, la comunicazione (scuole, medicina generale, associazioni), migliorare outcome clinici e qualità di vita, diminuire i ricoveri ordinari, le complicanze e i costi connessi, la dispersione dei giovani pazienti durante la transizione. Il PDTA viene garantito dal Team diabetologico composto da: dirigente medico responsabile dell'UOS di Diabetologia, infermiere dedicato, dietista, psicologo in consulenza. Accesso al Servizio: visita ambulatoriale, invio per transizione dalla pediatria, consulenza durante ricovero ordinario. Prestazioni effettuate: valutazione clinica iniziale (inquadramento clinico, valutazione del compenso metabolico, ottimizzazione della terapia), follow up (DH annuale per valutazione del compenso metabolico, screening per complicanze e visita ambulatoriale a 6 mesi per nuova valutazione), percorso educativo strutturato (dieta, carb account, esercizio fisico, funzioni avanzate dei microinfusori e del CGM), percorso

tecnologie, informatizzazione del servizio e telemedicina con analisi holter glicemici, assistenza in ospedale per CSII (ricoveri, consulenze). Logistica: spazi dedicati ad ambulatorio, training CSII e CGM, educazionale di gruppo. Strumenti: bilancia, computer, proiettore slide. Monitoraggio ed indicatori: % Incremento del numero pazienti per anno, % Incremento del numero pazienti in terapie innovative per anno, % Incremento del numero pazienti in telemedicina per anno, Numero dei drop out dai tre gruppi per anno, % Miglioramento apprendimento educazionale per anno (Audit), % Miglioramento qualità di vita anno (Audit), % Miglioramento Hb glicata, diminuzione del numero ipoglicemie severe, di unità di insulina giornaliera, del numero di ricoveri ordinari. Risultati attesi: incremento del numero di pazienti afferenti, implementazione delle tecnologie e della telemedicina, miglioramento del compenso metabolico, della qualità di vita, riduzione delle ipoglicemie severe, delle unità di insulina, limitazione dei ricoveri ordinari.

Polmonite da *Legionella pneumophila*: in cerca di certezze terapeutiche

Schiavone M¹, Fichera G², Lioniello M², Porcellini P², D'Avino M¹, Ilardi A²

¹Medicina Interna 3, AORN "Antonio Cardarelli", Napoli; ²UOSD Detenuti, AORN "Antonio Cardarelli", Napoli, Italy

Introduzione. La *Legionella pneumophila* è responsabile di due quadri nosografici: la Febbre di Pontiac - quadro simil-influenzale, autolimitato, caratterizzato da febbre, cefalea, mialgie - e la Malattia dei Legionari, una forma di polmonite potenzialmente letale.

Caso clinico. Paziente di anni 74, obeso, iperteso, fumatore: in pronto soccorso per febbre, insorta nei 7 giorni precedenti il ricovero, resistente ai comuni antipiretici, e tosse scarsamente produttiva. Il paziente all'ingresso si presenta confuso, febbrile, sub-cianotico, ipossiémico (pO₂=48 mmHg) e si obiettivano edemi declivi improntabili agli arti inferiori. Alla radiografia del torace evidenza di un'opacità pseudo-nodulare in paracardiaca destra. Inizia antibiotico-terapia empirica (Piperacillina/Tazobactam 4,5 g tid e.v.); viene richiesto il dosaggio degli anticorpi anti-Citomegalovirus, anti-Mycoplasma, anti-Clamidia e la determinazione qualitativa, nelle urine, dell'antigene solubile della *L. pneumophila*. La positività di quest'ultimo ci induce alla prescrizione di claritromicina e.v. (500 mg bid). Per la comparsa, in 2^a giornata, di una reazione orticarioide al tronco e agli arti, viene introdotta in terapia la levofloxacina (500 mg e.v. bid), con graduale miglioramento delle condizioni cliniche. Il paziente viene dimesso in 16^a giornata.

Discussione. Sin dal 1977, epoca della sua prima descrizione, la *L. pneumophila* è stata riconosciuta come una possibile causa di polmonite comunitaria, gravata da un'elevata morbilità e mortalità (10-20%). Le linee guida raccomandano, nell'adozione di una terapia antibiotica empirica per polmonite severa, la prescrizione di antibiotici attivi sia nei confronti dello *Str. Pneumoniae* sia nei confronti di *Legionella* spp. Sebbene l'eritromicina abbia rappresentato per molti anni il trattamento di scelta, altri agenti sono stati sviluppati; e tra questi, accanto ai nuovi macrolidi, i chinolonici. Nei 19 modelli intracellulari, esaminati da Pedro-Botet (2009), la levofloxacina e l'azitromicina erano gli antibiotici più efficaci e nel complesso i chinoloni, rispetto ai

macrolidi, esibivano una maggiore attività. Nello studio di Blazquez Garrido (2005), relativo a 292 pazienti, la levofloxacina risultava più efficace della claritromicina: tuttavia gli stessi autori segnalavano che il prontuario ospedaliero non includeva l'azitromicina. In generale i chinoloni dovrebbero essere preferiti nei casi di Legionellosi severa, con una durata di trattamento di 10-14 giorni nel soggetto immunocompetente. Relativamente alla dose, ricordando che i chinoloni sono farmaci concentrazione-dipendenti, la somministrazione di 500 mg bid dovrebbe produrre concentrazioni di levofloxacina che superano la MIC per un periodo più lungo, ottimizzando il rapporto AUC/MIC.

Conclusioni. La *L. pneumophila* è tra i batteri intracellulari il più comune responsabile di polmonite severa. Le raccomandazioni terapeutiche proposte dalle linee guida si basano principalmente su studi *in vitro* e su modelli animali: i dati disponibili nell'uomo sono scarsi e non consentono di giungere a conclusioni definitive.

Utilità della valutazione del bilancio energetico in pazienti in età geriatrica avanzata ricoverati in medicina interna

Tibullo L¹, Parisi A¹, Pirone A², Lo Conte MT³, Tufano C², Uomo G¹, Vargas N⁴

¹Dipartimento Medico Polispecialistico, UOSC Medicina Interna 3 AORN "A. Cardarelli", Napoli; ²UO Nutrizione, Clinica e Dietologia, Ospedale "San Giuseppe Moscati", Avellino; ³UOSC Medicina Interna Ospedale "Gabriele Criscuoli", S. Angelo dei Lombardi, Avellino (AV); ⁴Dipartimento di Medicina, UO Geriatria e Terapia Intensiva Geriatrica, Ospedale "San Giuseppe Moscati", Avellino, Italy

Premesse e scopi dello studio. Durante le fasi di ospedalizzazione il paziente in età geriatrica avanzata è a maggior rischio di rilevante morbilità e mortalità. Un bilancio energetico (BE) negativo in questi pazienti, dovuto a ridotto introito alimentare e/o aumentata spesa energetica, comporta notevoli ripercussioni sulle capacità funzionali e sulle possibilità di ripresa dagli stati morbosi che hanno dettato il ricovero. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare il BE all'ingresso in Ospedale a fini prognostici in una coorte di pazienti in età geriatrica avanzata ricoverati per varie patologie in Medicina Interna.

Casistica. Sono stati reclutati retrospettivamente 328 pazienti divisi in due gruppi: *younger-older* (YOld), n=248 (72%), età media 75.2±6.9 anni, range 65-85 e *oldest-old* (OOld), n=80 (28%), età media 89 anni, range 85-100. In tutti è stata registrata la spesa energetica totale (TEE) secondo la formula di Harris-Benedict e l'*intake* calorico (IC) quotidiano attraverso il registro dei cibi assunti. Il BE è derivato dal calcolo IC sottratto TEE. Sono stati presi in considerazione oltre che i dati demografici anche la durata del ricovero, il SAPS II (*Simplified Acute Physiology Score*) come indice di gravità, il *Charlson Comorbidity Index* e la mortalità. La valutazione statistica è stata fatta per variabili continue, categoriche e secondo modelli di regressione logistica per variabili dipendenti e indipendenti.

Risultati. I pazienti del gruppo OOld hanno presentato nei confronti del gruppo YOld: a) un *Charlson Comorbidity Index* significativamente più elevato (p<=0.0001); b) un più basso IC (1026,8 vs 1291, p<=0.0001), TEE (1589,47 vs 1754,21, p<=0.0001) e BE (1218,63 vs 1325,20, p<=0.0001); c) una mortalità più elevata 27% vs 18% del gruppo YOld (ns). Nel

gruppo OOld il BE era correlato in modo significativo con IC, albumina sierica e con la mortalità.

Conclusioni. Un BE negativo all'ingresso in Ospedale in pazienti in età geriatrica avanzata sembra essere un fattore capace di influenzare la mortalità. I nostri dati retrospettivi meritano una valutazione prospettica su più ampia casistica al fine di una più attenta programmazione terapeutico-nutrizionale in questo *setting* di pazienti di sempre più frequente osservazione nei Reparti di Medicina Interna.

Pancreatite acuta a possibile eziologia multipla: un challenge clinico

Tibullo L, Di Monda G, Ferrara L, Gallucci F, Valentino U, Uomo G

Dipartimento Medico Polispécialistico, UOSC Medicina Interna 3, AORN "A. Cardarelli", Napoli, Italy

Premesse. Un corretto accertamento eziologico per le opportune decisioni terapeutiche al fine di evitare recidive di malattia è fondamentale in caso di pancreatite acuta (PA). Quando le possibili cause di PA sono più di una e per ognuna di esse gli eventuali provvedimenti correttivi sono differenti possono insorgere discrete difficoltà di gestione dei singoli casi nella pratica clinica.

Casistica. Nel corso degli ultimi due anni abbiamo avuto modo di osservare 5 pazienti ricoverati presso il nostro Reparto per pancreatite acuta in cui la corretta definizione eziologica è risultata problematica. Si è trattato di due forme edematose e tre necrotizzanti in tre donne (71,79 e 81 anni) e due uomini (22 e 74 anni). In tutti i casi le possibili eziologie erano multiple: paz. 1) pancreas divisum, diverticolo paravateriano e IPMN di 2° tipo; paz. 2) calcolosi colecistica con dilatazione coledocica e variante anatomica del sistema duttale del processo uncinato; paz. 3) oddite stenose con calcolosi coledocica in colecistectomizzata e IPMN di 2° tipo; paz. 4) pancreas divisum con PA edematosa del pancreas ventrale, pancreatite cronica ostruttiva del pancreas dorsale e colelitiasi; paz. 5) pancreas divisum e abuso etilico critico occasionale. Il trattamento è stato medico in tutti i casi con risoluzione dell'episodio acuto; terapia "eziologica": colecistectomia (paz. 2), sfinterotomia endoscopica biliare (paz. 3), sfinteromia endoscopica della papilla minor con protesi temporanea (paz. 5); osservazione negli altri due casi.

Conclusioni. Nella casistica riportata, il vero *challenge* è consistito nel riconoscimento del ruolo eziologico individuale. Il *management* è stato guidato oltre che dalle conoscenze del peso patogenetico delle singole condizioni patologiche predisponevoli anche da valutazioni di comorbidità.

Grave piastrinopenia resistente alla terapia

Valentino U¹, Capasso F¹, Farinaro V¹, Ilardi A², Muscherà R¹, Russo R¹, D'Avino M¹

¹Dipartimento Medico Polispécialistico, UOSC Medicina Interna 3;

²UOSD Detenuti, AORN "A. Cardarelli", Napoli, Italy

Paziente di sesso maschile, razza caucasica, di anni 55 ed in apparente buone condizioni di salute fino a 4-5 giorni prima del ricovero. Motivo del ricovero: melena e gengivorragia. In anamnesi: familiarità per K colon; nella personale: epatopatia

cronica HCV relata, ipertensione arteriosa in terapia con calcio-antagonista, polipectomia in corso di colonscopia due anni prima, con riferita negatività per patologia neoplastica. Da allora nessun successivo controllo clinico. All'ingresso in Reparto le condizioni generali erano discrete. All'esame obiettivo presenza di ecchimosi cutanee agli arti e al dorso, gengivorragia; organi ipocondriaci nei limiti. Agli esami ematochimici praticati in PS anemia (Hb 7.8 g/dl), piastrinopenia grave (4.000 u/l), profilo epatico alterato (AST 152 UI/l, ALT 238 UI/L, GGT 102 UI/L). All'ingresso in Reparto esami ematochimici sovrapponibili a quelli praticati in PS. Vengono praticati oltre ai comuni esami di laboratorio: profilo reumatologico, sottopopolazioni linfocitarie, crioglobulinemia, HCV-RNA qualitativo/quantitativo (risultati poi) negativi. Il Consulente ematologo pratica mieloaspirato in sede sternale (non cellule atipiche, estrema povertà dei precursori piastrinici). Viene prescritta terapia con metilprednisolone 40 mg due volte al dì ed emotrasfusione. Dopo circa 3 giorni nonostante la terapia cortisonica in atto, i valori delle piastrine si riducono (2000 u/l) e viene aggiunta terapia con Immunoglobulina Umana Normale e, al bisogno vengono praticati concentrati piastrinici e sacche di emazie concentrate, con persistenza di piastrinopenia grave. Al quinto giorno ancora nessuna risposta alla terapia. Nel corso del ricovero (durante il quale è stata sottoposta a TAC total-body (negativa), EGDS con biopsia risultata positiva per gastropatia cronica atrofica e varici esofagee F1) il quadro ematologico non si è modificato; non c'è adeguata risposta al regime terapeutico in atto e si procede, sospesa la terapia con immunoglobuline, ad aggiungere sempre alla terapia cortisonica, Revolade (*Eltrombopag*) 50 mg 1 compressa al mattino. Anche quest'ultima associazione terapeutica dopo un periodo congruo di trattamento, associato a trasfusioni di concentrati eritrocitari, non sortisce l'effetto desiderato. Intanto vengono espletate le indagini strumentali richieste che non evidenziano alterazioni particolari. In accordo con il consulente ematologo si decide di associare al metilprednisolone 40 x 2 volte al dì e Rituximab 1 flacone a settimana per tre settimane. Questa associazione ha portato ad un incremento graduale e costante delle piastrine ed il paziente è stato dimesso con terapia cortisonica.

Conclusioni. Sono ben note le cause, i sintomi e la diagnostica della trombocitopenia. In anamnesi il paziente riferiva una epatopatia cronica HCV relata, risultata in buon compenso funzionale, che non spiegava la grave piastrinopenia, così come la presenza di melena, nei giorni precedenti al ricovero. Ma quello che colpiva era la refrattarietà alle varie terapie (dalla somministrazione delle Immunoglobuline al Revolade ed infine al Rituximab). È stato dimesso con diagnosi di "Trombocitopenia grave a verosimile etiologia autoimmune (in paziente già affetto da epatite cronica attiva HCV relata) refrattaria agli attuali protocolli ematologici e risolta con associazione di corticosteroidi a basso dosaggio e rituximab". Al follow up, dopo poco più di un mese, l'emocromo evidenziava una stabilizzazione del quadro ematochimico con valori delle piastrine sostanzialmente immutate rispetto al mese precedente.

Embolia polmonare nel puerperio: quella dispnea che non passava

Vivolo S¹, Mangiacapra S¹, Cannavacciuolo F², Amitrano M¹

¹AORN "S.G. Moscati", Avellino; ²PO "Maresca", Torre Del Greco, Napoli, Italy

Il caso clinico che si presenta riguarda la paziente S.A. di anni 39. All'anamnesi non riferisce alcuna patologia degna di nota ad eccezione di due aborti spontanei nel 2015. Nel Novembre 2017 la paziente giungeva presso il PS dell'Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati di Avellino in quanto a una settimana dall'avvenuto parto e per circa 10 gg lamentava ingravescente dolore prima al polpaccio e poi a tutto l'arto inferiore di sinistra. In seguito riferiva comparsa di dispnea improvvisa, pallore, tosse stizzosa ed imprecisato dolore all'emitorace destro, senza febbre. Ricoverata la paziente veniva così sottoposta a diversi esami ematochimici e strumentali. ECD+ consulenza vascolare che refertava: "materiale ipoecogeno in asse venoso popliteo-femorale sx come da trombosi venosa in atto". Tac torace con mdc: "...si evidenzia difetto di riempimento dell'arteria polmonare a livello dei rami interlobari inferiori a destra da riferire a tromboembolia polmonare. Minima falda di versamento pleurico omolaterale di circa 9mm". A quattro giorni dal ricovero alla paziente veniva inibita la lattazione con Cabergolina ½ cp mattina e sera. Si rilevava trombofilia con presenza di doppia eterozigosi per fattore V Leiden e mutazione G20210A della protrombina. Iniziava terapia con Arixtra 7,5 mg una fiala s.c. e dopo sette giorni con Apixaban 60 mg al dì. La sintomatologia dolorosa dell'arto inferiore di sinistra cominciava a regredire mentre persisteva una tosse stizzosa con forti dolori al petto. Trattandosi di una sintomatologia ingravescente e non spiegabile col minimo versamento pleurico, ripeteva più volte Emogasanalisi e anche una angiotc, che mostrava un aumento del versamento pleurico con interessamento infiammatorio a livello scissurale con un miglioramento del quadro tc per quanto riguarda la trombosi. Ma quale l'origine di questa scissurite? Tra le ipotesi diagnostiche si faceva strada anche quella iatrogena da farmaci. In effetti la paziente qualche giorno prima aveva iniziato un

trattamento farmacologico con cabergolina. Tra le reazioni avverse alla cabergolina, in effetti, vi è l'insorgenza di reazione pleurica, con versamento pleurico, che può andare da forme clinicamente silenti a forme con pleurite acuta con versamento tendenti alla cronicizzazione. Il meccanismo attraverso il quale la cabergolina, che è un derivato dell'ergot, produce fibrosi sembra essere correlato alla sua azione serotoninergica sui recettori 5-HT_{2b} con attivazione dei fibroblasti. Normalmente il tempo tra l'inizio del trattamento e la comparsa dei sintomi respiratori oscilla tra le varie casistiche tra i 5 e i 48 mesi. La peculiarità del nostro caso consiste nel fatto che la reazione pleurica e la conseguente sintomatologia si sono manifestate dopo soli sette giorni di trattamento. A conferma di questa ipotesi veniva sospeso il farmaco, con progressiva ma lenta remissione della sintomatologia. Al successivo controllo ambulatoriale circa 1 mese dopo l'ecocolorDoppler effettuato riscontrava persistenza della trombosi dell'asse iliaco femorale di sinistra con evidenza all'ecografia di minima falda di versamento pleurico a destra. Tale lenta remissione trova conferma nelle casistiche in letteratura.

Conclusioni. Il caso clinico descritto mostra, ancora una volta, come la causa di sintomi altrimenti inspiegabili vada sempre ricercata anche nelle terapie somministrate, soprattutto quando si tratti di farmaci nuovi e iniziati da poco tempo. Spesso, infatti, nella comune pratica clinica, si tende a ricercare molteplici (e a volte fantasiose) spiegazioni ai sintomi presentati dal paziente, tralasciando di indagare le cause farmacologiche. Nel caso in esame, la presenza di TEP ha rappresentato un elemento fuorviante, in quanto la ripresa dei sintomi respiratori ha fatto subito pensare ad un aggravamento della stessa. La particolarità di questo caso è rappresentata, come già sottolineato, dalla rapidità di insorgenza del quadro dopo pochi giorni di trattamento.

ABSTRACT BOOK - Indice dei nomi

- Accadia M 5
 Adamo G 4
 Agliata AM 20
 Ambrosca C 8
 Ambrosino I 14
 Amitrano M 1, 22
 Asti A 1, 2, 12
 Auletta S 6
 Bassi V 1
 Bellafesta S 13
 Benincasa A 6
 Bologna C 5, 12
 Boni R 2, 3
 Borgheresi P 8
 Borgia M 13
 Borrelli G 1
 Bresciani A 4
 Brizio N 1
 Bruschini M 15
 Buono R 3, 9, 14, 17
 Calvanese R 2, 12
 Camorino C 20
 Campanile A 13, 14
 Cannavacciuolo F 1, 22
 Cannavale A 3, 12
 Capasso F 7, 16, 22
 Cappiello M 4
 Carcarino F 15, 16, 19, 20
 Caruso C 4
 Caruso G 7
 Caturano M 4
 Catzola A 18
 Ciaburri F 4
 Cioffo S 6
 Concilio M 6
 Coppola MG 5, 12
 Coretti F 15, 16
 Coronella C 2, 3, 18
 Covetti G 10
 Criscuolo A 20
 Cristiano N 4
 D'Alessandro A 2
 D'Alessandro G 2, 12
 D'Ambrosio D 6
 D'Avino M 7, 9, 19, 21, 22
 D'Elia L 10
 d'Errico T 8, 11, 14
 Damiano S 5, 6
 De Donato MT 8, 15, 18, 19
 De Luca C 5, 12
 De Michele M 10
 De Ritis F, 18
 De Rosa AR 4
 de Simone R 2, 3
 De Vecchi RM 8
 Del Mastro A 4
 Di Donato R 20
 Di Fraia S 13
 Di Giovanni G 1
 Di Micco P 1
 Di Monda G 7, 9, 17, 22
 Di Ruocco L 20
 Dorato M 18
 Erario L 12
 Farinaro V 7, 22
 Farinello A 20
 Ferrara L 7, 9, 16, 17, 22
 Ferravante B 4
 Fichera G 21
 Fiorillo E 13, 14
 Florio G 17
 Foglia A 1
 Fontanella A 13
 Fortunato F 18
 Gallucci F 3, 9, 17, 22
 Gallucci S 9
 Gargiulo A 11, 20
 Genovese A 17
 Gentile M 10
 Giannettino R 15, 16, 19, 20
 Gigante M 4
 Giovine S 6
 Granato Corigliano F 12
 Grasso E 5, 12
 Iannuzzi A 10
 Iannuzzi R 3
 Iannuzzo G 10
 Ievoli F 6
 Ilardi A 7, 16, 19, 21, 22
 Ilardi CR 19
 Iovinella G 10
 Iovinella V 4, 10
 Ippolito S 15, 16, 19, 20
 Italiano G 8, 11, 14
 Izzo CF 4
 La Fata E 10
 La Montagna C 4
 La Mura G 18
 La Mura L 18
 Laccetti M 3, 12, 18
 Langella V 2, 12
 Liguori M 2, 3
 Lillo D 10
 Lionello M 21
 Lo Conte MT 21
 Lugarà M 12
 Luiso V 18
 Madonna P 5, 12
 Maffettone A 8, 11, 13, 14
 Magliacane D 17
 Magro VM 4
 Maiolica O 13, 14
 Mangiacapra S 1, 22
 Marano I 15
 Maresca G 2, 12
 Marotta A 4
 Marracino M 8
 Masiello R 5
 Massaro ML 20
 Mastrobuoni C 3, 9, 14, 19
 Mattiello A 10
 Mazza MA 4
 Miele A 12
 Migliaccio A 12
 Migliaccio I 12
 Mignano S 20
 Missano M 10
 Montanino M 10
 Moscato P 15
 Muscariello R 15, 16, 19, 20
 Muscherà R 7, 9, 22
 Napolitano B 14
 Nuzzo MG 20
 Nuzzo V 15, 16, 19, 20
 Oliva G 5, 12
 Paglia N 4
 Panico C 10
 Pannone B 3
 Parisi A 3, 9, 17, 21
 Patella V 17
 Perna P 15
 Perrone G 2, 12
 Piccolo G 13, 14
 Pirone A 21
 Poggiano MR 2, 3, 18
 Porcellini P 21
 Ranucci RAN 18
 Renis M 8, 15, 18, 19
 Rinaldi M 13, 14
 Romano C 4
 Romano O 15, 16, 19, 20
 Ronga I 14, 17
 Rubano A 17
 Rubba M 10
 Ruggiero R 15
 Russo E 15
 Russo R 3, 22
 Scarfiglieri S 4
 Schettino M 20
 Schiavo A 19
 Schiavone M 16, 21
 Scognamiglio D 4
 Sepe C 15, 16, 19, 20
 Silvestri N 5, 12
 Simonetti R 1
 Siniscalchi LI 4
 Sirica E 20
 Strazzullo A 4
 Suozzo R 2, 3
 Tassinario S 8
 Tedesco MR 1
 Tibullo L 3, 14, 21, 22
 Tirelli P 2, 5, 12
 Tovecci F 15
 Tufano C 21
 Uomo G 3, 7, 9, 14, 17, 21, 22
 Valentino U 7, 14, 16, 22
 Vargas N 21
 Varriale M 8
 Vatiero V 6
 Visconti M 8
 Vivolo S 1, 22
 Zhan Chung Li 13

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.

Authors must obtain **written permission** for the reproduction and adaptation of material which has already been published. A copy of the written permission has to be provided before publication (otherwise the paper cannot be published) and appropriately cited in the figure caption. The procedure for requesting the permission is the responsibility of the Authors; PAGEPress will not refund any costs incurred in obtaining permission. Alternatively, it is advisable to use materials from other (free) sources.

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 refer-

ences 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/itjm.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 policymakers, 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);
- 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 relationship 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 4.0 License (CC BY-NC 4.0) 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.

EDITORIAL STAFF

Paola Granata, Journal Manager
paola.granata@pagepress.org

Claudia Castellano, Production Editor

Tiziano Taccini, Technical Support

PUBLISHED BY

PAGEPress Publications
via A. Cavagna Sangiuliani, 5
27100 Pavia, Italy
T. +39.0382 464340
F: +39.0382 34872



www.pagepress.org
info@pagepress.org

pISSN 1877-9344
eISSN 1877-9352

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.

SUBSCRIPTIONS

Annual subscription:

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

One number: € 25,00 + shipping costs

Send requests to subscriptions@pagepress.org specifying the name of the journal and the type of subscriptions.

ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE

Tutti gli articoli pubblicati su *Italian Journal of Medicine* sono redatti sotto la responsabilità degli Autori. La pubblicazione o la ristampa degli articoli della rivista deve essere autorizzata per iscritto dall'editore. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03, i dati di tutti i lettori saranno trattati sia manualmente, sia con strumenti informatici e saranno utilizzati per l'invio di questa e di altre pubblicazioni e di materiale informativo e promozionale. Le modalità di trattamento saranno conformi a quanto previsto dall'art. 11 del D.Lgs 196/03. I dati potranno essere comunicati a soggetti con i quali PAGEPress intrattiene rapporti contrattuali necessari per l'invio delle copie della rivista. Il titolare del trattamento dei dati è PAGEPress Srl, via A. Cavagna Sangiuliani 5 - 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 2018.

Non-commercial use only

PAGEPress - Scientific Publications
Via A. Cavagna Sangiuliani, 5 - 27100 Pavia - Italy
Phone +39 0382 464340 - Fax +39 0382 34872
www.pagepress.org