

volume 13
SUPPL. 1
2019 March

pISSN 1877-9344
eISSN 1877-9352



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)

XVIII Congresso Regionale FADOI Campania
Napoli 28-29 marzo 2019

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, *Internal Medicine, San Camillo Hospital, Treviso, 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*

Thrombophilia

Fulvio Pomeroy, *Department of Internal Medicine, Asl Cn2, Alba-Bra, 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)

Non-commercial use only

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

Direttore Responsabile: Camillo Porta

Stampa: Press Up s.r.l., via E.Q. Visconti 90, 00193 Roma, 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

XVIII Congresso Regionale FADOI Campania Napoli, 28-29 marzo 2019

Consiglio Direttivo FADOI Campania · Comitato Scientifico e Organizzativo

M.C. MAYER

Presidente

G. Uomo	<i>Past President</i>	G. Italiano	<i>Componente</i>
M. Visconti	<i>Presidente Onorario</i>	A. Maffettone	<i>Componente</i>
M. D'Avino	<i>Presidente Eletto</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.R. 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, <i>Savona, Italy</i>
Ricerca	Roberta Re, <i>Novara, Italy</i>
Formazione	Maurizia Gambacorta, <i>Todi (PG), Italy</i>

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	Francesco Dentali, <i>Varese, Italy</i>
Supervisor per la Ricerca	Giancarlo Agnelli, <i>Perugia, Italy</i>

DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Direttore Mauro Silingardi, *Bologna, 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

Antonio Luca Brucato, *Bergamo, Italy*
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, *Catania, 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 Francesco Dentali, *Varese, Italy*
Supervisor per la Ricerca Giancarlo Agnelli, *Perugia, 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, Bologna, 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, Chieri (TO), 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 Pomerio, Savigliano (CN), Italy
Roberto Riscicato, Siracusa, Italy
Antonio Sacchetta, Treviso, 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, Milano, Italy

REFERENTI SLOW MEDICINE

Roberto Frediani, Chieri (TO), Italy
Luigi Lusiani, Castelfranco Veneto (TV), Italy

RESPONSABILI AREA DOLORE

Domenico Panuccio, Bologna, Italy
Giuseppe Civardi, Piacenza, Italy

AREA CRITICA IN MEDICINA INTERNA

Carlo Nozzoli, Firenze, Italy

XVIII Congresso Regionale FADOI Campania Napoli, 28-29 marzo 2019

LA MEDICINA INTERNA TRA CLINICA E TECNOLOGIA

Il XVIII Congresso Regionale della Fadoi Campania si terrà il 28 e il 29 marzo 2019 presso l'Auditorium dell'Ospedale Fatebenefratelli di Napoli.

Nel corso del Congresso le attività di formazione e di ricerca della FADOI saranno illustrate dal Presidente nazionale della Società.

Il titolo del Congresso è: "La Medicina Interna tra clinica e tecnologia", volto a sottolineare l'importanza di entrambi questi aspetti nella nostra professione: la tecnologia migliora continuamente le nostre capacità diagnostiche e terapeutiche, mentre la clinica, ben lungi dall'essere superata, deve invece costituire la base di supporto a una tecnologia che non sia sganciata dal rapporto con il paziente reale. Da una buona integrazione di questi due aspetti, la Medicina Interna realizza il suo particolare approccio a pazienti complessi, fragili e pluripatologici.

Il Congresso si svolgerà nell'arco di due giorni completi, articolato in 4 sessioni. Sono previste 12 letture, dedicate a settori della farmacoterapia in particolare espansione, come il trattamento della BPCO con associazione di farmaci per via inalatoria, la terapia anti-iperuricemia e la terapia della cardiopatia ischemica; le novità sull'uso della terapia marziale, della terapia antidiabetica *basal-bolus* e degli anticoagulanti orali diretti.

Vi sarà poi una serie di eventi, tra cui: 3 casi clinici con interazione telematica con la platea e visualizzazione informatica delle risposte alle domande sul caso, poste come quesiti a risposte multiple; 3 confronti con gli esperti su temi di attualità (La Ventilazione Meccanica Non Invasiva in Medicina Interna - La Sclerosi Sistemica nei suoi vari aspetti - la Ricognizione e Riconciliazione Farmacologica); 2 tavole rotonde (sulla Nutrizione in Medicina Interna, e sullo 'Tsunami d'Argento', cioè su problemi di pazienti in età avanzata); la proiezione di 3 video (*How can I do it?*) su aspetti pratici, che dimostrano come si realizzano l'accesso venoso centrale, l'agoaspirato eco guidato e la compressione ultrasonografica venosa semplificata; infine due short report su problemi della medicina della migrazione e su nuove metodologie per il controllo del compenso glicemico nei diabetici. L'uditorio parteciperà comunque attivamente, e a più riprese, al confronto con gli esperti, alle tavole rotonde, alla discussione sui video e degli short report.

Tre ore saranno dedicate in sessione plenaria alle comunicazioni scientifiche, con possibilità per tutti i soci, in particolar modo per i più giovani, di produrre e discutere i risultati del proprio lavoro; uno spazio verrà allestito per l'area poster cui sarà dedicata un'ampia discussione, nell'evento finale del Congresso per garantire una numerosa e attenta partecipazione dei presenti. Gli abstract delle comunicazioni e dei poster, che in occasione dei Congressi più recenti hanno superato il numero di 50, saranno pubblicati su un numero dedicato, ma indicizzato, della rivista societaria della FADOI, "Italian Journal of Medicine".

In contemporanea con il Congresso FADOI, nella giornata del 28 marzo, si svolgerà il Congresso dell'associazione infermieristica regionale ANIMO Campania, per l'importanza che l'assistenza infermieristica ha nell'ambito di una buona assistenza medico-internistica.

Andrea Fontanella
Presidente nazionale FADOI

Maria Carolina Mayer
Presidente FADOI Campania

ABSTRACT BOOK - Indice

Valutazione dello stato nutrizionale in pazienti anziani ospedalizzati in un reparto di endocrinologia	1
<i>Accarino G, Carcarino F, Coretti F, Giannettino R, Iavarone A, Ippolito S, Lombardi A, Muscarello R, Romano O, Sepe C, Nuzzo V</i>	
Efficacia long-term di dapagliflozin in pazienti con diabete mellito tipo 2 scompensati	1
<i>Asti A, Langella V, Calvanese, R, Maresca G, Esposito G, De Giorgi F, Russo E</i>	
Efficacia long-term di empagliflozin in pazienti con diabete mellito tipo 2 scompensati	1
<i>Asti A, Langella V, Calvanese, R, Maresca G, Esposito G, De Giorgi F, Russo E</i>	
Una intricata crioglobulinemia	2
<i>Barone MS, Boni R, Coronella C, Fico F, Poggiano MR</i>	
Demenza?	2
<i>Ciaburri F, Ferravante BA, Zampa G, Capasso F, Scarfiglieri S, D'Avino M</i>	
Pseudomasse in atrio destro: ruolo degli artefatti ecografici	3
<i>Coppola MG, Damiano S, Madonna P, Tirelli P, Oliva G, Bologna C, Lugarà M, De Luca C, Aran L, Grasso E</i>	
Ascite in paziente con severa insufficienza e prolasso valvolare mitralico.	3
<i>Coppola MG, Damiano S, Madonna P, Tirelli P, Oliva G, Bologna C, Lugarà M, De Luca C, Aran L, Grasso E</i>	
Sepsi da MRSA da sito insolito	4
<i>D'Agostino MA, D'Ambrosio D, Vatiere V, Concilio MD, Vargas G, Giovine S, Ievoli F</i>	
Una malattia demielinizzante di difficile diagnosi	4
<i>D'Ambrosio D, D'Agostino MA, Vatiere V, Petrillo A, Benincasa A, Giovine S, Ievoli F</i>	
Colangite biliare primitiva: un caso di resistenza alla terapia con acido ursodesossicolico	5
<i>D'Antò M, Cuomo V, Costume A, Ranucci RAN</i>	
Fascite eosinofila ed aplasia midollare, una rara associazione: descrizione di un caso clinico trattato con ciclosporina	5
<i>d'Errico T, Ambrosca C, Varriale M, Maffettone A, Italiano G, Visconti M, Tassinario S</i>	
Terapia con Apremilast in una paziente affetta da artrite psoriasica e leucemia mieloide cronica: descrizione di un caso clinico	6
<i>d'Errico T, Ambrosca C, Varriale M, Maffettone A, Italiano G, Visconti M, Tassinario S</i>	
MGUS: sempre innocente?	6
<i>De Donato MT, Renis M</i>	
Ruolo della PET-TAC nella FUO: un caso clinico	7
<i>De Donato MT, Renis M</i>	
Presunto innocente	7
<i>De Donato MT, De Vecchi RM, Marracino M, Landolfi L, Renis M</i>	
Listeriosi e miastenia. Case report	7
<i>Dorato M, Meini G, Cuomo V, Ranucci RAN</i>	
Quadri videocapillaroscopici nel Raynaud: risultati di un'ampia esperienza ambulatoriale ospedaliera	8
<i>Gallucci F, Buono R, Carnovale A, Mastrobuoni C, Parisi A, Russo R, Uomo G</i>	
Associazione preconstituita sacubitril/valsartan nello scompenso cardiaco congestizio: efficacia e sicurezza in paziente con multi-morbilità	8
<i>Gallucci F, Ferrara L, Muscherà R, Romano C, Tibullo L, Valentino U, Uomo G</i>	
Sindrome da burnout in Medicina interna: nuovi modelli teorico-pratici	9
<i>Gallucci S, Carnovale A, Muscherà R, Valentino U, Gallucci F</i>	

ABSTRACT BOOK - Indice

Approccio multidisciplinare nella valutazione di pazienti con noduli tiroidei a citologia indeterminata	9
<i>Ippolito S, Antonelli G, Muscariello R, Esposito MG, Romano O, Sirica E, Borriello E, Nocerino E, Spiezia S, Nuzzo V</i>	
Prevalenza di iperuricemia in pazienti con scompenso cardiaco	10
<i>Italiano G, Gargiulo A</i>	
Phlegmasia cerulea dolens: case report	10
<i>Italiano G, Maffettone A, d'Errico T, Gargiulo A</i>	
Sarcoidosi polmonare: case report	10
<i>Italiano G, Maffettone A, d'Errico T, Gargiulo A</i>	
Caso clinico: diagnosi di mutazione del gene CFTR in una giovane con pancreatite acuta ed infezione da Campylobacter jejuni	11
<i>Kola N, Maggio E, Senese A, Milione S, Candido C, Farinaro V, Helzel V</i>	
Tosse cronica: possibili nuovi target terapeutici	11
<i>Langella V, Asti A, De Giorgi F, Maresca G, Esposito G, Calvanese R, Russo E, Mazzella F, Caruso G, Sassone C, Idone M</i>	
Case report: Pott disease, l'importanza di una diagnosi precoce	12
<i>Langella V, Asti A, De Giorgi F, Maresca G, Esposito G, Calvanese R, Russo E, Mazzella F, Sassone C, Gualdieri L, Illiano L, Caruso G, Tascini C</i>	
Variabilità delle caratteristiche in soggetti ipertesi in relazione all'età. Studio su 4605 casi ABPM.	12
<i>Malgieri G, Ranaldo G, Di Resta M, Di Santo D, Di Santo G</i>	
Il monitoraggio ABPM. Studio su 4605 casi per identificare un indicatore utile per l'analisi del carico pressorio	13
<i>Malgieri G, Ranaldo G, Di Resta M, Di Santo P, Di Santo G</i>	
Il monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa per la selezione dei pazienti ipertesi. Studio su 4605 casi	13
<i>Malgieri G, Ranaldo G, Di Resta M, Di Santo A, Di Santo G</i>	
Follow-up a lungo termine delle iperenzimemia cronica benigna pancreatica: dati di un registro ambulatoriale	14
<i>Mastrobuoni C, Di Monda G, Ferrara L, Gallucci F, Tibullo L, Valentino U, Uomo G</i>	
Epidemiologia della patologia nodulare tiroidea nell'ambito di un'area ad alto inquinamento ambientale: risultati del progetto "Ambiente e Salute"	14
<i>Muscariello R, Badolati E, Borriello E, Bruschini M, Di Ruocco L, Giannattasio R, Ippolito S, Nocerino E, Romano O, Ruggiero R, Spinosa T, Tripodi FS, Nuzzo V</i>	
Livelli di vitamina D in pazienti diabetici con e senza piede diabetico	14
<i>Muscariello R, Accarino G, Carcarino F, Coretti F, Di Donato R, Giannettino R, Iavarone A, Ippolito S, Lombardi A, Romano O, Sepe C, Nuzzo V</i>	
Una ipertensione polmonare combinata post e pre-capillare. Case report	15
<i>Muscherà R, Di Monda G, Ferrara L, Romano C, Valentino U, Uomo G</i>	
Dottore, corra! C'è uno strano parto!	15
<i>Naddeo M, Sica A, Cartolano G, Accardo C, De Felice G, Luongo R, Falivena R</i>	
Pomfi .. pomfi .. pomfi .. po'!	15
<i>Naddeo M, Sica A, Di Sirio S, Fittipaldi R, De Felice G, Luongo R</i>	
Valutazione videocapillaroscopica del microcircolo in pazienti affetti da fibromialgia	15
<i>Parisi A, Buono R, Grieco F, Mastrobuoni C, Nocella P, Gallucci F, Uomo G</i>	

ABSTRACT BOOK - Indice

Efficacia di Belimumab in pazienti affetti da lupus eritematoso sistemico: strategia di dose-sparing steroideo valutata a due anni	16
<i>Parisi A, Buono R, Gallucci F, Mastrobuoni C, Romano C, Russo R, Uomo G</i>	
Un caso di ipotiroidismo ingravescente trattato con Levotiroxina in softgel, in paziente sottoposto a terapia con nivolumab per K polmonare non a piccole cellule	16
<i>Peirce C, Maffettone A, Maiolica O, d'Errico T, Italiano G, Rinaldi M, Di Fraia S</i>	
Pielonefrite acuta da causa rara: descrizione di due casi clinici	17
<i>Poggiano MR, Coronella C, Cannavale A, Iannuzzi R, Laccetti M</i>	
Infezione da <i>Clostridium difficile</i> ovvero gli "incerti del mestiere"	17
<i>Rinaldi M, Maffettone A, Peirce C, Maiolica O, Grimaldi M, Tiberio C, Atripaldi L, Di Fraia S</i>	
Test di valutazione dell'apprendimento <i>in vivo</i> durante il Convegno FADOI Campania: "Nutrizione e Medicina Interna: falsi miti e realtà nel terzo millennio"	18
<i>Rinaldi M, Campanile A, Maffettone A, Bellafesta S, Fiorillo E, Piccolo G, Sabbatino F, Peirce C, Maiolica O, Di Fraia S</i>	
Esecuzione del tampone nasale in paziente diabetici con ulcere infette a carico degli arti inferiori	18
<i>Romano O, Giannettino R, Ippolito S, Muscarello R, Iula VD, Carcarino F, Nuzzo V</i>	
Una nuova formulazione nutraceutica a base di polifenoli di mela Annurca è efficace sulla claudicatio intermittens in pazienti con malattia delle arterie periferiche	18
<i>Tenore GC, D'Avino M, Caruso G, Acampora C, Buonomo G, Simone C, Novellino E</i>	
Un nuovo alimento funzionale lattefermentato di mela Annurca è efficace sui livelli plasmatici di colesterolo e trimetilammina-N-ossido	19
<i>Tenore GC, D'Avino M, Caruso G, Buonomo G, Bocchino B, Novellino E</i>	
Su di un raro caso di loxoscelismo	19
<i>Tibullo L, Di Monda G, Ferrara L, Muscherà R, Ronga I, Uomo G</i>	
Pericardite refrattaria ricorrente in corso di malattia di Erdheim-Chester: risposta all'antagonista recettoriale di IL-1 Anakinra	20
<i>Tibullo L, Di Monda G, Muscherà R, Romano C, Gallucci F, Uomo G</i>	
Profili di responsabilità medica e di valutazione clinico-epidemiologica in un caso di trasmissione tubercolare in ambito scolastico	20
<i>Zangani P, Ranaldo G, Pellegrino C, Di Resta M, Cioffi V, Di Santo G</i>	
Valutazione dell'attività medica in un caso di tubercolosi in soggetto detenuto	21
<i>Zangani P, Ranaldo G, Pellegrino C, Di Resta M, Di Santo F, Di Santo G</i>	
Profili di responsabilità medica in un caso di apparente morte improvvisa di un detenuto per complicanze emorragiche	21
<i>Zangani P, Ranaldo G, Pellegrino C, Di Resta M, Ciaramella B, Di Santo G</i>	

ABSTRACTS

Valutazione dello stato nutrizionale in pazienti anziani ospedalizzati in un reparto di endocrinologia

Accarino G, Carcarino F, Coretti F, Giannettino R, Iavarone A, Ippolito S, Lombardi A, Muscarello R, Romano O, Sepe C, Nuzzo V

UOSD Endocrinologia, Malattie del Ricambio e della Nutrizione, Ospedale del Mare, ASL NA1, Napoli, Italy

Premessa. La malnutrizione è una componente frequente di malattie acute e croniche e viene riscontrata nel 50% circa dei pazienti ospedalizzati. Tale condizione, se non corretta, determina un incremento della mortalità e un peggioramento della qualità di vita. La valutazione dello stato nutrizionale deve essere considerata parte integrante della valutazione clinica.

Obiettivo dello studio. Il presente studio si propone di valutare la prevalenza della malnutrizione tra i pazienti anziani ricoverati nell'UOSD Malattie Endocrine del Metabolismo e della Nutrizione.

Materiali e Metodi. Sono stati selezionati pazienti anziani ricoverati nell'arco di sei mesi nell'UOSD Malattie Endocrine del Metabolismo e della Nutrizione dell'Ospedale del Mare di Napoli. Sono stati arruolati complessivamente 70 pazienti. I pazienti in nutrizione artificiale e con difficoltà motorie tali da impedire le misurazioni antropometriche sono stati esclusi dallo studio. Per la valutazione dello stato nutrizionale è stato somministrato ai pazienti il questionario Mini Nutritional Assessment (MNA) che include 18 parametri suddivisi in 4 gruppi: una valutazione antropometrica, una valutazione dello stile di vita generale, una valutazione dietetica ed una valutazione soggettiva del paziente. Valori maggiori di 24 identificano i pazienti come ben nutriti, da 17 a 23.5 identificano i pazienti a rischio di malnutrizione e minori di 17 i pazienti malnutriti.

Risultati. Oltre la metà dei pazienti valutati sono a rischio di malnutrizione; un terzo dei casi risulta invece malnutrito. Il genere femminile appare maggiormente e più severamente interessato da malnutrizione. I parametri positivamente correlati alla malnutrizione sono il sesso femminile, l'aver sofferto di stress psicologici, l'assunzione di più di 3 farmaci al giorno e la percezione del proprio stato di salute peggiore dei coetanei.

Conclusioni. La malnutrizione ha un'elevata prevalenza nei pazienti ricoverati nell'UOSD Malattie Endocrine del Metabolismo e della Nutrizione; in particolar modo, essa correla con la polifarmacologia, caratteristica tipica del paziente anziano. Un'adeguata valutazione e monitoraggio dello stato nutrizionale è quindi fondamentale nei pazienti anziani ospedalizzati in questi reparti, al fine di prevenire complicanze e ridurre la mortalità.

Efficacia long-term di dapagliflozin in pazienti con diabete mellito tipo 2 scompensati

Asti A, Langella V, Calvanese R, Maresca G, Esposito G, De Giorgi F, Russo E

UOC di Medicina Interna e d'Urgenza, PO S. Maria di Loreto Nuovo, ASL NA1, Napoli, Italy

Dapagliflozin è un antidiabetico orale (inibitore di SGLT2) che

agisce sul tubulo renale inibendo il riassorbimento di glucosio, che viene così perso nelle urine. Nella nostra esperienza clinica abbiamo arruolato 39 pazienti (21 F, 18 M) che, in terapia con metformina ai massimi dosaggi, presentavano Hb glicata >7%: abbiamo allora aggiunto in terapia dapagliflozin 10 mg/die. Al T0' e poi ai successivi follow-up condotti ogni 6 mesi abbiamo rilevato glicemia a digiuno, peso, BMI, Hb glicata, lipidi ematici, transaminasi, PAS, PAD, eGFR, microalbuminuria. Riportiamo in questo contesto scientifico i dati a 24 mesi dall'inizio della terapia. I pazienti avevano un'età media di 67,2 anni (DS±9), con durata media del diabete di 9,7 anni (DS±11,5). I risultati evidenziavano, dopo 24 mesi, riduzione della glicemia da 188,3 mg/dl (DS±44,7) a 118,6 mg/dl (DS±31,1 p<0,0001), di Hb glicata da 8,8% (DS±1,5) a 6,1% (DS±0,7 p<0,0001), del peso corporeo da 86,4 Kg (DS±11,5) a 78 Kg (DS±9,9 p<0,01), del BMI da 31,2 (DS±3,9) a 29,7 (DS±2,6 p<0,01). Per quanto riguarda il profilo lipidico non abbiamo dati che raggiungono la significatività statistica; inoltre abbiamo osservato la riduzione della microalbuminuria da 44,8 mg/die (DS±6,9) a 12,6 mg/die (DS±4,1 p<0,0001), la riduzione della PAS da 136,2 mmHg (DS±21,3) a 122,5 mmHg (DS±14,1 p<0,01) mentre la riduzione della PAD non raggiungeva la significatività statistica. L'eGFR media al T0' era di 73,2 ml/min e dopo 24 mesi non si è osservata variazione statisticamente significativa (70,2 ml/min). Non si sono registrati casi di infezione delle vie genitourinarie, né casi di sospensione del farmaco, ma in 2 casi abbiamo registrato una riduzione della terapia diuretica, in altri 2 casi la riduzione della terapia antiipertensiva. Per l'elevata tollerabilità abbinata ad una discreta efficacia ipoglicemizzante, ma anche per il profilo cardio- e nefroprotettivo gli inibitori SGLT2 devono essere considerati farmaci di prima scelta in caso di fallimento terapeutico della metformina.

Efficacia long-term di empagliflozin in pazienti con diabete mellito tipo 2 scompensati

Asti A, Langella V, Calvanese R, Maresca G, Esposito G, De Giorgi F, Russo E

UOC di Medicina Interna e d'Urgenza, PO S. Maria di Loreto Nuovo, ASL NA1, Napoli, Italy

Empagliflozin è un antidiabetico orale che inibisce il cotrasportatore sodio-glucosio (SGLT2) a livello del tubulo prossimale renale, determinando così una intensa glicosuria. Nella nostra esperienza clinica abbiamo arruolato 47 pazienti (25 F, 22 M) che, in terapia con metformina ai massimi dosaggi, presentavano Hb glicata >7%: abbiamo allora aggiunto in terapia empagliflozin 10 mg/die. Al T0' e poi ai successivi follow-up condotti ogni 6 mesi abbiamo rilevato glicemia a digiuno, peso, BMI, Hb glicata, lipidi ematici, transaminasi, PAS, PAD, eGFR, microalbuminuria. Riportiamo in questo contesto scientifico i dati a 24 mesi dall'inizio della terapia. I pazienti avevano un'età media di 64,7 anni (DS±11,3), con durata media del diabete di 7,7 anni (DS±10,1). I risultati evidenziavano, dopo 24 mesi, riduzione della glicemia da 198,2 mg/dl (DS±52,5) a 129,6 mg/dl (DS±37,9 p<0,0001), di Hb glicata da 9,0% (DS±1,2) a 6,5% (DS±0,9 p<0,0001), del peso corporeo da 81,7 Kg (DS±13,4) a 75,7 Kg (DS±10,1 p<0,01), del BMI da 30,1 (DS±4) a 28,9 (DS±2,7 p<0,01). Per quanto riguarda il profilo lipidico l'unico dato significativo

è stata la riduzione del LDL colesterolo da 117 mg/dl (DS±23,5) a 85,6 mg/dl (DS±11 p<0,01); inoltre abbiamo osservato la riduzione della microalbuminuria da 38,8 mg/die (DS±7) a 10,3 mg/die (DS±4,5 p<0,0001), la riduzione della PAS da 139,4 mmHg (DS±22,6) a 125,8 mmHg (DS±16,7 p<0,01) mentre la riduzione della PAD non raggiungeva la significatività statistica. L'eGFR media al TO' era di 77,9 ml/min e dopo 24 mesi non si è osservata variazione statisticamente significativa (71,5 ml/min). Non abbiamo osservato, nei follow-up successivi ai 6 mesi, gli eventi avversi che avevamo registrato nei primi mesi di terapia (balaniti, balanopostiti, vulviti, cistiti), in 4 casi abbiamo registrato una riduzione della terapia diuretica, in 3 casi la riduzione della terapia antiipertensiva. Come già espresso dalle linee guida SID-AMD 2018, gli inibitori SGLT2 rappresentano, insieme agli analoghi del GLP-1, i farmaci di prima scelta in caso di fallimento terapeutico della metformina, per la loro tollerabilità ed efficacia, ma anche per il profilo di cardioprotezione.

Una intricata crioglobulinemia

Barone MS, Boni R, Coronella C, Fico F, Poggiano MR

Dipartimento Medico-polispecialistico, Medicina Interna, AORN A. Cardarelli, Napoli, Italy

Premessa. La macroglobulinemia di Waldenstrom (MW), un linfoma non Hodgkin B indolente, è caratterizzata da una componente monoclonale (CM) IgM (con netta prevalenza di catene leggere k) nel siero e da un infiltrato linfoplasmocitario clonale nel midollo. Si può associare a una crioglobulinemia (CG) di tipo I, cioè di natura interamente monoclonale, per lo più asintomatica. La CG mista di tipo II (un tempo definita essenziale) è invece composta da IgM monoclonali (anche in questo caso con netta prevalenza di catene leggere k) con attività di fattore reumatoide e da IgG policlonali ed è responsabile di una vasculite sistemica da immunocomplessi dei piccoli vasi. Tale CG mista è secondaria nel 90% dei casi a una infezione da HCV, mentre solo il 10-15% dei pazienti con HCV sviluppa la classica sindrome crioglobulinemica. La sindrome POEMS, infine, presenta abitualmente una CM IgG o IgA con marcata prevalenza di catene leggere lambda.

Caso clinico. Maschio di 73 anni, affetto da MW in follow up da 3 anni, diabete mellito tipo 2 e ipertensione arteriosa. Si ricovera per alterazioni ricorrenti dello stato di coscienza (attribuite in precedenti degenze a patologia ischemica cerebrale), artralgie migranti, iperpigmentazione cutanea, astenia e parestesie alle gambe. Laboratorio: emocromo pressoché normale, VES I ora 120, creatininemia 1.85 mg/dl, al protidogramma elettroforetico CM in zona gamma del 21%, IgM sieriche 14.9 g/l, alla immunofissazione sierica CM IgM/k, fattore reumatoide 4.410 UI/ml, C₄ 0.04 g/l, presenti le crioglobuline sieriche. Si eseguiva tipizzazione di tali crioglobuline che evidenziava IgM/k monoclonali+IgG policlonali (CG mista tipo II). Si evidenziava quindi siero-positività per HCV con riscontro di elevata carica virale e genotipo 2. Una TAC confermava l'epato-splenomegalia ed evidenziava linfadenopatie addominali e circoli collaterali perigastrici e perisplenici. Stiffness al Fibroscan 17.3 kPa. Veniva pertanto prescritta terapia antivirale con sofosbuvir+velpatasvir per 12 settimane e raccomandato uno stretto follow up presso l'ambulatorio di Ema-

tologia. A un mese dalla dimissione il paziente è purtroppo deceduto per emorragia cerebrale massiva.

Discussione e Conclusioni. L'approccio a una paraproteinemica IgM è sempre una sfida diagnostica per l'internista. Il nostro caso di MW ci sensibilizza alla ricerca delle crioglobuline sieriche e soprattutto alla loro tipizzazione, infatti proprio il reperto di CG di tipo II, unitamente al quadro clinico-strumentale, ci ha indotto a ricercare e a trovare una alternativa eziopatogenetica nella infezione da HCV. Suggestiva sul piano clinico, ma poco verosimile ci è sembrata l'ipotesi diagnostica di sindrome POEMS, pur essendone stati descritti rarissimi casi con CM IgM/k. La comorbilità MW/CG HCV-correlata è estremamente rara in letteratura, per cui non esistono protocolli terapeutici; ci è sembrato giusto assegnare la priorità al trattamento antivirale e valutare solo successivamente quello ematologico. La causa della MW è ignota: sono state individuate delle alterazioni genetiche e si è spesso enfatizzato il linfotropismo dell'HCV, ma senza il riscontro di una chiara correlazione. La contemporanea presenza nel nostro paziente della duplice patologia all'origine della CM IgM/k potrebbe rappresentare un elemento a favore di una eziologia virale della MW, analogamente a quanto dimostrato per altri linfomi.

Demenza?

Ciaburri F, Ferravante BA, Zampa G, Capasso F, Scarfiglieri S, D'Avino M

UOC Lungodegenza, AORN A. Cardarelli, Napoli, Italy

Caso clinico. Soggetto di sesso maschile di anni 73, ricoverato in Lungodegenza per prosieguo terapeutico. Diagnosi di ingresso in LD: "Sindrome da allettamento in recente TEP. Encefalopatia multifartuale (diagnosi corredata da TAC Cranio di PS e Visita Neurologica effettuata presso altro reparto). Anamnesi personale: cardiopatia ipertensiva, dislipidemia, stato depressivo da lungo tempo. I familiari riferivano e sottolineavano un peggioramento progressivo delle funzioni cognitive negli ultimi due mesi. Inoltre esibivano recente dimissione da altra struttura con diagnosi di "Encefalopatia Multifartuale in paziente con ipertensione arteriosa e dislipidemia". Esame obiettivo: paziente sveglio, a tratti lucido e collaborante, eseguiva ordini semplici ma con atteggiamento mutacico e rigidità diffusa, portatore di pannolone e catetere vescicale. Per il resto esame obiettivo e parametri emodinamici sostanzialmente nella norma. In reparto il paziente presentava un ulteriore e progressivo decadimento delle funzioni neurologiche. Per tale motivo veniva sottoposto ad una RMN ed EEG. La RMN evidenziava:alterazione del segnale bilaterale e simmetrica dei gangli della base che apparivano tenuamente iperintensi in T2 e FLAIR e DWI su verosimile base metabolica. Alterazione della sostanza bianca profonda e sottocorticale si emisferica con piccoli esiti vascolari gliotici, lacunari, iperintensi in T2 e FLAIR situati nei territori di confine carotidei e delle piccole arterie perforanti bilaterali". All'EEG presenza di anomalie epilettiche gravi di tipo subcontinuo. Alla luce della storia clinica, dei sintomi e degli esami strumentali eseguiti, nel sospetto di una malattia prionica si consultava il neurologo che poneva l'indicazione a rachicentesi per ricerca della proteina 14-3-3. Si inviava il liquor prelevato al centro di riferimento per le Malattie da Prioni che confermava la diagnosi.

Discussione e Conclusioni. Le Encefalopatie Trasmissibili Spongiformi (TSE), note come Creutzfeldt-Jakob disease (CJD), sono malattie neurodegenerative, fatali, determinate dall'accumulo cerebrale dell'isoforma anomala del prione PrP^c, la proteina Prionica Scrapie (PrP^{Sc}), un agente infettivo anomalo privo sia di RNA che di DNA. La diagnosi si basa su dati Clinici (demenza progressiva, disturbi visivi, del sonno ed extrapiramidali) EEG, Imaging, Esame del liquor, Immunochimica su biopsia. Il nostro paziente presentava, in parte, la sintomatologia suddescritta che può essere facilmente, così come era già successo in un precedente ricovero, definita come Demenza su base aterosclerotica multifattoriale. Il rapido e progressivo declino cognitivo, in età ancora relativamente non avanzata, ci ha indotto a effettuare ulteriori indagini neuroradiologiche ed a richiedere anche un consulto neurologico. Un'attenta osservazione clinica della evoluzione dei sintomi e dei segni clinici, associata ad una anamnesi personale fortemente stigmatizzata dai familiari ha consentito la diagnosi di una malattia rara, inguaribile e letale quale la CJD, così come accaduto al nostro paziente.

Pseudomasse in atrio destro: ruolo degli artefatti ecografici

Coppola MG¹, Damiano S², Madonna P¹, Tirelli P¹, Oliva G¹, Bologna C¹, Lugarà M¹, De Luca C¹, Aran L³, Grasso E¹

¹UOC Medicina Generale, PO Ospedale del Mare, ASL NA1 Centro, Napoli; ²Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi Federico II, Napoli; ³Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi Federico II, Napoli, Italy

Caso clinico. Paziente di 74 anni ricoverato nel nostro ospedale per dispnea ed edema degli arti inferiori. Anamnesi positiva per fibrillazione atriale permanente, ipertensione arteriosa, insufficienza cardiaca, anemia sideropenica, IRC. Recentemente era stato sottoposto a polipectomia del colon sigma con sospensione transitoria della terapia con warfarin ed inizio di terapia con fondaparinux 2,5 mg 1fl s.c./die. Terapia domiciliare: beta-bloccante, statina, ACE-inibitore. Esame obiettivo: versamento pleurico bilaterale medio-basale bilaterale (>a dx), edema degli arti inferiori, ascite. Esami di laboratorio: lieve leucocitosi, creatinina 2,45 mg/dl, Hb 9,0 gr/dl, MCV 64,9 m³, ferritina 17,3 ng/ml. L'Rx torace confermava la presenza del versamento pleurico. Il paziente è stato sottoposto ad un ecocardiogramma transtoracico evidenziante dilatazione e riduzione della funzione sistolica del ventricolo destro (TAPSE 1.0 cm), presenza di una struttura rotondeggiante a margini netti, bordi regolari, iperecogeni e di una formazione ipoecogena polilobata visualizzabili in atrio destro sia in sezione parasternale asse corto sia in sezione apicale. Trombi, vegetazioni, tumori, altro? La sezione sottocostale consentiva l'identificazione di una valvola di Eustachio ridondante prominente della vena cava inferiore e dell'atrio destro, e confermava la presenza dell'altra struttura di origine sconosciuta nell'atrio destro. All'ecotorace: presenza di aree atelettasiche e di versamento pleurico in sede medio-basale bilaterale. Il paziente è stato sottoposto a trattamento combinato con furosemide ad alte dosi e metolazone. Abbiamo eseguito una toracentesi evacuativa destra per il peggioramento della dispnea. All'ecocardiogramma effettuato dopo toracentesi eva-

cuativa: scomparsa della formazione polilobata. La nostra diagnosi è stata la persistenza della valvola di Eustachio in atrio destro e la presenza di un'immagine a specchio, artefatto intracardiaco da atelettasia polmonare e versamento pleurico.

Discussione. Gli artefatti ecocardiografici accidentali possono essere dovuti a una distorsione di una struttura reale causata dalla deviazione dell'onda ultrasonora. Gli artefatti ecocardiografici possono indurre il medico a porre erroneamente diagnosi di trombosi, patologie coinvolgenti la valvola quali l'endocardite o tumori cardiaci. L'ecografia bed-side è sempre più utilizzata nella gestione dei pazienti critici per ottimizzare le procedure diagnostiche e terapeutiche. Il caso presentato evidenzia come gli artefatti ecocardiografici possono presentarsi come "pseudomasse" attribuibili ad artefatti generati da anomalie del parenchima polmonare. La forte riflessione di strutture come il parenchima polmonare patologico possono aver partecipato alla formazione dell'artefatto cardiaco. In uno studio condotto su un totale di 205 pazienti ventilati meccanicamente che presentavano atelettasia polmonare e/o versamento pleurico, un artefatto intracardiaco è stato documentato in 17 pazienti su 205 (8,29%) utilizzando l'ecocardiografia transtoracica.

Conclusioni. Gli artefatti mobili intracardiaci sono rari ma possono allertare il medico alla ricerca di possibili segni corrispondenti di patologia polmonare. Possono essere interpretati erroneamente come trombi, vegetazioni o tumori. L'ecografia bed-side consente una valutazione non invasiva, rapida e riproducibile della performance cardiaca e respiratoria dei pazienti critici al letto del paziente.

Ascite in paziente con severa insufficienza e prolasso valvolare mitralico

Coppola MG¹, Damiano S², Madonna P¹, Tirelli P¹, Oliva G¹, Bologna C¹, Lugarà M¹, De Luca C¹, Aran L³, Grasso E¹

¹UOC Medicina Generale, PO Ospedale del Mare, ASL NA1 Centro, Napoli; ²Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi Federico II, Napoli; ³Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi Federico II, Napoli, Italy

Introduzione. Il prolasso mitralico è caratterizzato dall'alterazione e ridondanza dei lembi che protrudono verso l'atrio sinistro, può interessare entrambi i lembi, ma più spesso coinvolge il posteriore. La diagnosi ecocardiografica è certa se i lembi hanno uno spessore >5 mm o sono mixomatosi. Si distinguono forme primarie, familiari e non, dovute a sindrome di Marfan o altre patologie connettivali e forme secondarie a cardiopatia ischemica, lesioni reumatiche, DIA, ipertensione polmonare. Colpisce il 6% della popolazione, per lo più asintomatica e senza insufficienza mitralica (IM). Nel 10% dei casi evolve in IM progressiva e raramente determina scompenso cardiaco (SC) destro.

Caso clinico. Uomo di 73 anni, con insufficienza renale cronica III stadio, DM tipo II, pregresso BPAC, colelitiasi, obesità. Si ricovera per SC destro acuto con ascite di grado severo in classe NYHA IV. L'ecocardiogramma transtoracico documentava: ventricolo sinistro di normali dimensioni con FE 45%, sbandamento del setto interatriale come da sovraccarico destro, ventricolo destro dilatato e ipocontrattile (TAPSE 0.7 cm), moderata insufficienza tricuspide, ipertensione polmonare

(PAPs 90 mmHg), severa IM con prolasso bilembo e jet eccentrico diretto posteriormente. Praticata coronarografia che mostrava: “severa malattia aterosclerotica già trattata con BPAC e occlusione dell’AMIS e dei GRAFT venosi”. Il paziente veniva trattato con terapia diuretica e paracentesi con beneficio clinico. L’analisi del liquido ascitico mostrava numerosi linfociti di piccola taglia, macrofagi e cellule mesoteliali reattive. La consulenza cardiocirurgica escludeva l’intervento di sostituzione valvolare mitralica e anuloplastica tricuspide a causa dell’elevato rischio operatorio con indicazione a MitralClip. Si trasferiva il paziente in altro ospedale con indicazione a MitralClip e terapia medica per lo SC.

Discussione. La refrattarietà alla terapia diuretica, la frequente recidiva di malattia e le comorbidità del paziente non consentono la risoluzione rapida e duratura dello SC. Tuttavia, il trattamento chirurgico della grave IM, come da linee guida, potrebbe rappresentare un’ulteriore strumento terapeutico. In caso di elevato rischio operatorio è possibile ricorrere a tecniche meno invasive come il trattamento percutaneo. Recenti studi mostrano che l’impianto di MitralClip nello SC riduce il tasso di ospedalizzazione, la mortalità e il ricorso a trapianto di cuore e dispositivi di assistenza al circolo rispetto alla sola terapia medica (4.4% vs 9.5%). Inoltre è stato dimostrato di recente come il ricorso a MitralClip nello SC destro abbia portato con successo ad un netto miglioramento dei sintomi clinici.

Conclusioni. Questo caso clinico evidenzia la complessità di gestione del paziente con SC destro e l’utilità dell’ecocardiografia che può rilevare la presenza di anomalie, in precedenza misconosciute che, se prontamente riconosciute e trattate, possono migliorare la prognosi del paziente. In tali pazienti, in cui l’intervento chirurgico è proibitivo, il posizionamento di Mitralclip può rappresentare una valida alternativa. Data la difficile gestione dello SC refrattario è fondamentale disporre in pazienti selezionati di ulteriori scelte terapeutiche che hanno dimostrato ridurre il tasso di ospedalizzazione, la spesa sanitaria e la mortalità.

Sepsi da MRSA da sito insolito

D’Agostino MA¹, D’Ambrosio D¹, Vatiere V¹, Concilio MD¹, Vargas G¹, Giovine S², Ievoli F¹

¹UOC Medicina Generale; ²UOC Radiologia, PO G. Moscati, ASL CE, Aversa (CE), Italy

Caso clinico. Una donna di 58 anni giungeva presso il nostro nosocomio per febbre, stato confusionale ed algia in fianco e fossa iliaca sinistra. In anamnesi ipotiroidismo, obesità, ernie discali lombosacrali, nonché recente caduta a domicilio e successiva insorgenza di zoppia e dolore all’arto inferiore sinistro, trattata con FANS per via intramuscolare. L’obiettività clinica mostrava edemi periferici, dolorabilità ed impotenza funzionale dell’arto inferiore sinistro. Gli esami ematochimici mostravano leucocitosi neutrofila, aumento degli indici infiammatori (VES: 94mm, PCR: 29,12 mg/dl, Procalcitonina: 25 ng/ml). Le emocolture risultavano positive per Stafilococco Aureo meticillino-resistente, e pertanto veniva instaurata terapia con teicoplanina ev (bolo di 12 mg/kg/die per 72 h seguito da dose di 6 mg/kg/die). L’ecocardiogramma trans esofageo escludeva la presenza di vegetazioni endocarditiche. La TC total body mostrava assenza di alterazioni della densità pa-

renchimale cerebrale e degli organi parenchimatosi, non liquido in addome ed assenza di immagini da riferire a lesioni da trauma. LA RM del rachide lombosacrale e del bacino evidenziavano anterolistesi di L5 su S1 e marcato infarcimento edematoso nella sede dell’articolazione coxofemorale di sinistra con associato infarcimento infiammatorio-colliquativo del muscolo ileopsoas. Dopo due settimane dall’instaurarsi della terapia antibiotica mirata si assisteva a normalizzazione degli indici di flogosi, riduzione della sintomatologia dolorosa di gamba sinistra e ripresa funzionale parziale dell’arto inferiore sinistro. La paziente veniva dimessa al domicilio con indicazione a FKT ambulatoriale ed è tuttora in stretto follow up con RM programmata a tre mesi.

Discussione. Lo Stafilococco Aureo è sia un organismo commensale che un patogeno umano che causa una varietà di patologie acquisite in comunità e nosocomiali come sepsi batterica, polmonite, osteomielite, artrite e patologie cutanee. Meno comune è la localizzazione articolare e muscolare in sede pelvica da germi piogeni, che spesso richiede un trattamento con debridement chirurgico o artroscopico. L’esecuzione in tempi rapidi della RM pelvica ha documentato il coinvolgimento dell’articolazione coxofemorale e del muscolo ileopsoas in fase precoce ed ha fatto evitare ulteriori trattamenti invasivi. Il case report in oggetto rappresenta uno dei rari casi di artrite e miosite settica in sede pelvica sviluppata verosimilmente in seguito all’uso di terapia intramuscolare.

Conclusioni. L’uso di imaging avanzato in corso di sepsi da MRSA ha consentito l’individuazione di un insolito focolaio di infezione da germi piogeni e potrebbe anche aver evitato l’evoluzione verso una complicanza infettiva ed ascessuale dell’articolazione interessata e del muscolo contiguo per la precocità della diagnosi.

Una malattia demielinizzante di difficile diagnosi

D’Ambrosio D¹, D’Agostino MA¹, Vatiere V¹, Petrillo A¹, Benincasa A¹, Giovine S², Ievoli F¹

¹UOC Medicina Generale; ²UOC Radiologia, PO G. Moscati, ASL CE, Aversa (CE), Italy

Caso clinico. Un maschio di 35 anni giungeva alla nostra osservazione per ipostenia brachio-crutale sinistra insorta da qualche ora. Egli negava febbre e/o recenti vaccinazioni. Gli esami di laboratorio di ingresso risultavano nella norma. La TC encefalo mostrava multiple lesioni nodulari ipodense in sede corticale. Egli veniva, pertanto, sottoposto a TC total body, che escludeva neoplasie, a prelievo del liquor cefalo-rachidiano, con presenza di bande oligoclonali ed assenza di pleiocitosi, e a successiva RMN encefalo con gadolinio, che evidenziava multipli focolai (più di dieci, il maggiore dei quali misurava 28x31 mm) iperintensi, in taluni casi disomogenei, a carico della sostanza bianca sopratentoriale, localizzati in sede frontale bilaterale, frontoparietale destra, paratrigonale bilaterale, occipitale sinistra e periventricolare bilaterale. L’esame orientava in prima ipotesi per una malattia della sostanza bianca di tipo demielinizzante, quale sclerosi multipla (MS) tumefattiva o Encefalomielite acuta demielinizzante (ADEM). Il paziente è stato trattato con bolo di 1 gr. di Metilprednisolone per 5 giorni seguito da una riduzione scalare della terapia steroidea per via orale, con progressivo miglioramento clinico e

totale recupero neurologico nel primo mese. Attualmente è monitorato mediante uno stretto follow-up con indicazione a controllo di RMN encefalo a tre mesi.

Discussione. Le malattie demielinizzanti ad esordio con lesioni “tumor-like” sono riportate in associazione sia con ADEM che con MS. La presenza di bande oligoclonali nel liquor può predire la diagnosi di MS, ma la vera utilità non è nota in quanto molti casi con ADEM (58% negli adulti e 29% nei bambini) hanno tale positività. Le caratteristiche neuroradiologiche presentate nel nostro case report possono orientare verso l’una (lesioni di grandi dimensioni, talora disomogenee, e bilaterali → ADEM) o l’altra (lesioni periventricolari, ovoidali e non coinvolgenti la sostanza grigia e corticale → MS) patologia. Il ruolo di biomarcatori, quali gli Anticorpi anti-glicoproteina associata alla mielina, nella patogenesi e diagnosi di ADEM è tuttora dibattuto. La diagnosi differenziale tra ADEM e MS ha una rilevanza prognostica e terapeutica. La maggior parte dei pazienti con ADEM sono bambini e presentano un miglioramento neurologico entro i primi giorni dall’inizio del trattamento, con un completo recupero entro settimane. Tuttavia, sono stati segnalati tassi di mortalità dell’1% -3%, deficit cognitivi a lungo termine a carico dell’attenzione, funzione esecutiva, elaborazione verbale e comportamento, nonché recidive di ADEM. È attualmente in discussione se i pazienti con recrudescenza di ADEM rappresentino un gruppo distinto di altre malattie neurologiche immuno-mediate. ADEM potrebbe, inoltre, essere la prima manifestazione della MS, ipotesi non così rara in quanto si verifica nel 10% dei pazienti.

Conclusioni. Sono necessari ulteriori studi multicentrici per fornire maggiori informazioni riguardo alla patogenesi, i biomarcatori, la diagnosi differenziale e le opzioni terapeutiche per i pazienti con malattie demielinizzanti, con l’obiettivo finale di promuovere un efficace e specifico approccio terapeutico a lungo termine.

Colangite biliare primitiva: un caso di resistenza alla terapia con acido ursodesossicolico

D’Antò M, Cuomo V, Costume A, Ranucci RAN

UOC Medicina Interna, Ospedale Santa Maria delle Grazie, Pozzuoli (NA), Italy

Introduzione. La colangite biliare primitiva (CBP) è una malattia rara, autoimmune con incidenza di 3-13 casi/milione/anno, più frequente nelle donne. L’infiammazione cronica dei dotti biliari di medio e piccolo calibro provoca la loro fibrosi ed obliterazione con conseguente severa colestitasi. Esiste predisposizione genetica ed è stata descritta una significativa associazione con HLA-DRW8. La sua patogenesi sarebbe correlata ad una perdita di tolleranza immunologica da parte di antigeni mitocondriali presenti nelle cellule epiteliali biliari. Nel siero si ritrovano anticorpi anti-mitocondrio (AMA). Spesso si associano altre malattie autoimmuni come la sindrome di Sjogren, l’artrite reumatoide, la sclerodermia, la tiroidite autoimmune e la CREST (calcinosi cutanea, Raynaud, disturbi motori esofagei, sclerodattilia, teleangectasie).

Caso clinico. Donna di 72 anni giunta nel nostro ambulatorio di epatologia circa 5 anni fa. Era stata all’epoca inviata dal MMG per incremento degli indici di colestitasi e riferita astenia. L’anamnesi farmacologica era negativa. Markers epatitici as-

senti. All’ecografia epatobiliare segni di epatopatia sclerosata e lieve splenomegalia. Le furono prescritti esami di autoimmunità, Ig sieriche, EGDS. Dopo un mese, al controllo, positività degli AMA, IgM ad alta concentrazione nel siero, bilirubina >2 mg/dl, incremento degli indici di colestitasi. Riferiva intenso prurito e intanto rifiutava EGDS e biopsia epatica. Su base clinica, ecografica e laboratoristica secondo le LG AISF fu posta diagnosi di colangite biliare primitiva (CBP). Fu prescritto acido ursodesossicolico a dose di 15 mg/Kg/die. La paziente ha poi dichiarato di aver continuato la terapia quando si è ripresentata dopo qualche anno in ambulatorio con un quadro di marcata pancitopenia, elevati indici di colestitasi, progressione ecografica della malattia epatica, incremento della splenomegalia, marcata irregolarità dei margini epatici in assenza di ascite, sindrome di Raynaud, varici esofagee all’EGDS, osteoporosi diffusa. Abbiamo spiegato alla paziente l’evoluzione della sua patologia epatica e la possibilità di un trattamento in associazione all’UDCA con acido obeticolico alla dose iniziale di 5 mg/die, eventualmente da aumentare se ben tollerato dopo 6 mesi a 10 mg/die.

Conclusioni. Per quasi 20 anni UDCA è stato l’unico trattamento approvato per la CBP. Tuttavia, parte dei pazienti non risponde adeguatamente o è intollerante all’UDCA. L’ac. obeticolico è un selettivo e potente agonista per il recettore nucleare X farnesoide (FXR), espresso ad alti livelli nel fegato e nell’intestino. Il FXR è un regolatore chiave della via dell’ac. biliare e del processo infiammatorio, fibrotico e metabolico. Riduce nell’epatocita la sintesi di ac. biliari dal colesterolo aumentando inoltre la colesesi. La paziente dopo 3 mesi di trattamento ha riferito netto miglioramento del prurito con riduzione degli indici di colestitasi. Si è in attesa del prossimo follow-up.

Fascite eosinofila ed aplasia midollare, una rara associazione: descrizione di un caso clinico trattato con ciclosporina

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

¹UOC di Medicina Interna, DH di Reumatologia, PO SMDP degli Incurabili, ASL NA1 Centro, Napoli; ²UOC di Medicina Interna, Ospedale V. Monaldi, Azienda dei Colli, Napoli; ³UOC di Medicina Interna, Azienda Ospedaliera S. Anna e San Sebastiano, Caserta; ⁴Primario Emerito di Medicina Interna, ASL NA1 Centro, Italy

Introduzione. La fascite eosinofila (FE), malattia di origine sconosciuta con eosinofilia periferica, è stata descritta per la prima volta nel 1975 da L.E. Shulman. La condizione realizza una severa reazione infiammatoria a livello delle fasce muscolari con successiva estensione a cute, sottocute e muscoli che si manifesta prevalentemente nei maschi tra la 4° e la 5° decade, eccezionale nell’età infantile. Si realizza clinicamente un severo ispessimento della cute con aspetto “a buccia d’arancia” soprattutto al livello degli arti; fra i sintomi e i segni clinici ritroviamo: tumefazione agli arti (caratteristico agli avambracci), artromialgie e/o artrite, con risparmio di mani e piedi; sembra che l’esercizio fisico ripetuto abbia un ruolo patogenetico ed un effetto negativo sulla sintomatologia. L’Aplasia Midollare è una patologia caratterizzata dall’insufficiente numero di cellule staminali emopoietiche, che si riflette in una

diffusa carenza di tutte le cellule circolanti a livello sistemico; la malattia si distingue in due forme: congenita e acquisita, quest'ultima più frequente (80%) può essere secondaria (20%) o idiopatica (80%).

Caso clinico. Nel settembre 2017 è giunto alla nostra osservazione un uomo di 68 anni, che presentava da circa tre mesi un indurimento cutaneo "a buccia d'arancia" agli avambracci, associato ad artralgie ai polsi, astenia e perdita di peso; il laboratorio ha mostrato una elevata eosinofilia periferica ed una ipergammaglobulinemia, negatività di ANA, ENA, RA test e degli Anti Citrullina; una RMN degli avambracci ha mostrato ispessimento della fascia, con aumentata intensità del segnale nelle fibre muscolari superficiali; nel corso del ricovero si è realizzata una ingravescente piastrinopenia con anemia. Trasferito in ambiente ematologico e sottoposto a biopsia osteomidollare è stata posta diagnosi di aplasia midollare in portatore di FE e istituito trattamento con ciclosporina 4 mg/Kg e prednisone 50 mg/die che hanno realizzato un importante controllo dell'anemia e della piastrinopenia e rilevante miglioramento dell'indurimento cutaneo.

Conclusioni. Il caso da noi descritto evidenzia la necessità di una diagnosi precoce delle manifestazioni da FE e se pur rara, mai escludere l'associazione con malattie ematologiche severe, che se non rapidamente diagnosticate e trattate possono compromettere la prognosi del paziente.

Terapia con Apremilast in una paziente affetta da artrite psoriasica e leucemia mieloide cronica: descrizione di un caso clinico

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

¹UOC di Medicina Interna, DH di Reumatologia, PO SMDP degli Incurabili, ASL NA1 Centro, Napoli; ²UOC di Medicina Interna, Ospedale V. Monaldi, Azienda dei Colli, Napoli; ³UOC di Medicina Interna, Azienda Ospedaliera S. Anna e San Sebastiano, Caserta; ⁴Primario Emerito di Medicina Interna, ASL NA1 Centro, Italy

Introduzione. L'Apremilast, è un inibitore dell'enzima fosfodiesterasi 4, approvato per la terapia dell'artrite psoriasica (PsA) in pazienti con controindicazioni e/o intolleranti ai farmaci biotecnologici. Le malattie neoplastiche (comprese le leucemie e i linfomi) in atto o recenti (meno di 5 anni dalla remissione) controindicano l'uso dei DMARD biologici in pazienti con malattie croniche articolari, determinando un peggioramento della prognosi in questo subset di pazienti.

Caso clinico. Femmina di 56 anni affetta da psoriasi ai gomiti e alle ginocchia insorti all'età di 24 anni; la paziente nel maggio 2015 aveva presentato tenosinovite al polso destro e dattilite al terzo raggio della mano destra; uno specialista reumatologo posta diagnosi di PsA aveva prescritto terapia con Methotressato (MTX) 15 mg/sett. e prednisone 5 mg/die con buona risposta clinica fino al gennaio 2016, successivamente incremento delle transaminasi fino a 6X e sospensione di MTX; ad aprile 2016 diagnosi di leucemia mieloide cronica (LMC) e trattamento con Nilotinib. A settembre 2016 la paziente è giunta alla nostra osservazione con psoriasi severa (coinvolgimento di circa l'80% del corpo), e riacutizzazione tenosinovitica nelle sedi già in precedenza impegnate, LMC in stabile remissione. Valutato il quadro clinico ed in accordo con

lo specialista ematologo abbiamo instaurato terapia con Apremilast con titolazione della dose fino a 30 mg bid. In novembre la rivalutazione del quadro clinico ha mostrato un rilevante miglioramento della componente cutanea (estensione ridotta di circa il 50% e riduzione della componente desquamativa) e remissione quasi completa della componente articolare ed entesitica, quadro ematologico in stabile remissione.

Conclusioni. Nei soggetti affetti da patologie neoplastiche in atto o in remissione e concomitanti malattie croniche articolari la scelta del trattamento risulta di difficile gestione, soprattutto per il possibile effetto dei farmaci antireumatici sulla condizione neoplastica. Il caso da noi descritto mostra l'efficacia e la sicurezza di Apremilast per il trattamento di questi pazienti, confermandosi una importante opzione terapeutica.

MGUS: sempre innocente?

De Donato MT¹, Renis M²

¹UOC Medicina Interna, PO Ruggi, AOU Salerno; ²UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU Salerno, Italy

Introduzione. L'eziopatogenesi dello scompenso cardiaco non è sempre scontata. A parte le cause di quotidiano riscontro (cardiopatologia ipertensiva, cardiopatia ischemica, valvulopatie), ce ne sono altre, molto meno frequenti e di non immediata diagnosi.

Caso clinico. Uomo 70 anni. Non fumatore. In anamnesi patologica remota pochi elementi di significatività: fibromialgia, non in trattamento; MGUS in follow up. Da qualche mese: dispnea per attività fisica abituale ed ipotensione arteriosa. Per tale sintomatologia praticava: Esami ematochimici: BNP aumentato; Ecocardiogramma: ipertrofia del setto con funzione sistolica normale, disfunzione diastolica; RX torace e successiva TC torace: fibrosi peribronchiale basale bilaterale e bronchiectasie basali; Spirometria, EGA e walking test: nei limiti. La sintomatologia migliorava gradualmente con la terapia dello scompenso, residuando esclusiva dispnea per attività fisica non abituale. Dopo qualche mese: ripresa di significativa dispnea, anche a riposo e notturna, con insorgenza di fibrillazione atriale, per la quale veniva intrapresa terapia con DOAC. Persistendo la sintomatologia, il paziente veniva ricoverato. Durante la degenza in U.O. di Cardiologia, dopo cardioversione elettrica, riscontro di severe bradiaritmie e successivo impianto di pace-maker (orientamento diagnostico: malattia aritmica dell'atrio). La coronarografia escludeva patologia ischemica. Dopo la dimissione, non recuperava condizioni di benessere, lasciando incerta l'origine dello scompenso. Veniva quindi inviato presso altro Centro dove completava l'iter diagnostico (comprese biopsia miocardica ed osteomidollare) con diagnosi finale di amiloidosi cardiaca in mieloma multiplo (amiloidosi AL).

Discussione e Conclusioni. Due sono i principali spunti di riflessione del caso descritto:

- Le così dette MGUS non sono sempre "benigne", ma deve essere sempre eseguito un follow-up ragionato, onde escludere forme di mieloma micromolecolare (infiltrazione diffusa del midollo, con presenza in circolo di sole catene leggere).
- In presenza di mieloma multiplo micromolecolare, dobbiamo pensare anche alla possibilità di amiloidosi a catene leggere, ed in particolare, in un soggetto con scompenso

cardiaco di non chiara eziopatogenesi in MGUS, sospettare amiloidosi cardiaca.

Ruolo della PET-TAC nella FUO: un caso clinico

De Donato MT¹, Renis M²

¹UOC Medicina Interna, PO Ruggi, AOU Salerno; ²UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU Salerno, Italy

Introduzione. La sindrome "Febbre di origine sconosciuta" (FUO) è comunemente definita come segue: una temperatura superiore a 38,3°C (101°F) in diverse occasioni, durante almeno 3 settimane, e mancato raggiungimento di una diagnosi nonostante un certo numero di indagini obbligatorie. Il percorso diagnostico non è sempre agevole, rappresentando uno dei capitoli più complessi della Medicina Interna.

Caso clinico. Uomo, 65 anni. Nulla di significativo in anamnesi remota. Da un mese: febbre prevalentemente serotina, con astenia e vaghe mialgie. Esami ematochimici: positivi gli indici aspecifici di flogosi; anemia normocitica; nella norma tutti gli altri parametri, compresi i colturali, i virologici, il quantiferon e l'autoimmunità. Non dirimenti ai fini diagnostici gli esami strumentali, in particolare l'ecocardiogramma e la TAC TB con mdc. Una PET-TAC, prescritta in dimissione, documentava "aortite", con definizione della diagnosi: vasculite dei grossi vasi. Veniva quindi intrapresa terapia steroidea a dosaggi e tempi opportuni, con risoluzione del quadro clinico e laboratoristico, in attesa di eseguire PET-TAC di controllo.

Discussione e Conclusioni. La diagnosi differenziale della FUO deve tener conto di quattro possibilità: infezioni, tumori maligni, malattie infiammatorie non infettive e cause varie. Nella maggior parte dei casi di FUO, c'è una presentazione non comune di una malattia comune. La PET-TAC con fluorodesossiglucosio (FDG) è una tecnica diagnostica sensibile per la valutazione della FUO, consentendo la localizzazione anatomica dell'assorbimento del FDG focalmente aumentato guidando così ulteriori test diagnostici per ottenere una diagnosi definitiva. La FDG-PET-TAC dovrebbe diventare una procedura di routine nel workup della FUO, quando gli indizi diagnostici sono assenti. Potrebbe essere un'indagine di routine efficiente nella FUO, per evitare inutili indagini, con riduzione della durata del ricovero.

Presunto innocente

De Donato MT¹, De Vecchi RM¹, Marracino M¹, Landolfi L¹, Renis M²

¹UOC Medicina Interna, PO Ruggi, AOU Salerno; ²UOC Medicina Interna, PO Cava de' Tirreni, AOU Salerno, Italy

Introduzione. Il *Corynebacterium* è un bacillo Gram-positivo, saprofito della cute e delle mucose, comunemente isolato nei campioni clinici. Il *Corynebacterium* non difterico è considerato contaminante quando viene trovato in emocoltura. Tuttavia, il *Corynebacterium striatum* è, allo stato, considerato uno degli agenti nosocomiali emergenti potenzialmente implicati nell'endocardite e nelle infezioni gravi. Riportiamo un caso di endocardite infettiva su valvola nativa, causata da *C. striatum*, erroneamente sottovalutato dal sistema di identificazione automatizzato.

Caso clinico. Uomo, 64 anni in emodialisi trisettimanale. Due precedenti ricoveri nell'ultimo mese per febricola intermittente. Mancata diagnosi, anche per dimissione volontaria. Ulteriore ricovero, nuovamente per febbre, con riscontro di endocardite valvolare mitralica e tricuspidalica all'ecocardiogramma all'ingresso, confermato da successivo TEE. Nel secondo dei ricoveri precedenti, l'emocoltura era risultata positiva ma il laboratorio non aveva provveduto ad effettuare l'antibiogramma, né a trasmettere il risultato della positività, poiché il germe isolato, *Corynebacterium Striatum*, era stato considerato come contaminante occasionale, essendo notoriamente il germe un saprofito cutaneo. Veniva istaurata una antibiotico terapia empirica, in attesa di ulteriore emocoltura, che confermava la presenza dello stesso germe, a questo punto ritenuto giustamente responsabile dell'endocardite. La terapia antibiotica mirata sortiva l'effetto desiderato, con miglioramento del pz, attualmente in follow up.

Discussione e Conclusioni. Il *C. striatum* è una causa rara di endocardite infettiva. La letteratura documenta che la maggior parte dei casi di endocardite su valvola nativa provocata da questo germe, è associata a dispositivi medici, ad esempio a pacemaker ed ad accesso vascolare per emodialisi, oppure a fratture traumatiche esposte. Poiché le specie di *Corynebacterium* sono generalmente considerate contaminanti e quindi non sono regolarmente identificate dal sistema automatizzato, i tassi di infezione da *C. striatum* sono probabilmente sottostimati. In scenari clinici insoliti, emocolture positive per tale germe non dovrebbero essere trascurate in quanto potenziali causa di endocardite infettiva, o di altri quadri clinici (sepsi, polmoniti, artriti, riacutizzazioni BPCO). Fondamentali sono quindi il dialogo e la cooperazione tra il laboratorista e il clinico, per l'istituzione di una diagnosi corretta, in modo da ottimizzare il trattamento antimicrobico ed il conseguente outcome del paziente.

Listeriosi e miastenia. Case report

Dorato M, Meini G, Cuomo V, Ranucci RAN

UOC Medicina Interna, Ospedale S. Maria delle Grazie, Pozzuoli (NA), Italy

Introduzione. Le listerie sono bacilli Gram-positivi, non-acidoresistenti, privi di capsula, asporigeni, β-emolitici, aerobi e anaerobi facoltativi con caratteristica motilità rotatoria. La *Listeria monocytogenes* è l'unico patogeno per l'uomo. La listeriosi appartiene al gruppo delle infezioni alimentari. Ha un'incidenza modesta ma può causare complicanze potenzialmente letali con tasso di mortalità del 20-30% in particolare negli immunodepressi. La forma tossico-infettiva che insorge a poche ore dalla contaminazione ha sintomatologia simil-influenzale con febbre, brividi, cefalea, dolori muscolari, nausea e diarrea. La forma invasiva, invece, a seconda dell'organo colpito, ha sintomi variabili come reazioni cutanee, encefalite, meningite, endocardite, peritonite. In questa seconda forma l'incubazione può essere lunga fino a tre mesi. La *Listeria monocytogenes* è un batterio ubiquitario e viene generalmente trasmessa attraverso cibi contaminati crudi o poco cotti come pesce, carne, verdure, latticini, burro, cibi pronti, hot dog, carni fredde, insalate preconfezionate. I soggetti più a rischio sono i neonati, gli anziani, gli immunodepressi, gli adulti in terapia cortisonica prolungata, le donne in gravidanza.

Caso clinico. Donna di aa 51 ricoverata per febbre con picchi fino a 41°C, nausea, vomito, mialgie. In anamnesi nell'anno precedente diagnosi di timoma infiltrante, stadio III/Masaoka, con miastenia gravis ed ipogammaglobulinemia. Terapia in corso con glucocorticoidi ed anticolinesterasici. Durante il ricovero febbre remittente con cefalea e torpore. L'emocromo mostrava 12.000 GB con il 92% di neutrofilii e PCR: 11,26 mg/l. Veniva effettuata l'emocoltura e quindi iniziata terapia antibiotica empirica compatibile con la miastenia a base di Ceftarolina Fosamil 600 mg x 2 e Fluconazolo 200 mg/die dopo prima dose doppia. Intanto l'emocoltura risultava positiva per *Listeria monocytogenes*. Si decideva quindi di impiegare Piperacillina/Tazobactam 2+0,25g x3 con rapido miglioramento clinico e scomparsa della febbre. Dopo 4 giorni di terapia la PCR era diminuita a 0.49 mg/l con GB: 5.390 e N: 76.1%. La paziente veniva quindi dimessa con Ampicillina 2g/die per altri 10 giorni e indicazioni di specifica igiene alimentare.

Conclusioni. La terapia della Listeriosi prevede l'impiego di ampicillina più aminoglicosidi o in alternativa trimetoprim-sulfametossazolo. Il trattamento dovrebbe durare 2 settimane e in caso di meningite almeno 3 settimane. Il nostro caso è interessante per la sua infrequenza e poiché gli antibiotici di scelta per la listeriosi non possono essere utilizzati nella miastenia. Per questo motivo nella nostra paziente è stato deciso di impiegare come scelta prudenziale dosi ridotte di penicillina monitorando l'andamento clinico e laboratoristico. I problemi di impiego degli antibiotici specifici per la listeriosi in pazienti con miastenia rendono di importanza strategica la prevenzione alimentare.

Quadri videocapillaroscopici nel Raynaud: risultati di un'ampia esperienza ambulatoriale ospedaliera

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

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

Premesse. La videocapillaroscopia periungueale (VCP) è ufficialmente inserita dalle principali Società di Reumatologia tra i criteri diagnostici della Sclerosi Sistemica (SS) e per la valutazione del fenomeno di Raynaud.

Materiali e Metodi. Nel 2018, abbiamo sottoposto a VCP 569 pazienti (pz) con manifestazioni cutanee tipo Raynaud; età media 43.5 anni (range 4-87), di cui 113 M (età media 38.8; range 4-73) e 456 F (età media 44.6; range 9-87), per valutare la presenza di uno dei seguenti patterns: "normale", "anomalie aspecifiche minori", "anomalie aspecifiche maggiori", "scleroderma pattern" (SP) (early, active o late). Strumento utilizzato: Videocap 3, con sonda ottica 200x e software specifico (DS Medica, Milano).

Risultati. Centonovantaquattro pz (34.1%) mostravano un pattern VCP normale. Il 9.8% (56 pz) presentava anomalie aspecifiche minori; 195 (34.3%) pz anomalie aspecifiche maggiori. In 124 pz (27.2%), abbiamo osservato uno SP; in particolare, 65 pz presentavano uno SP early; 55 pz uno SP active; 4 pz uno SP late. Non sono risultate non abbiamo differenze significative per quanto riguarda i singoli patterns tra i due sessi. L'età media, invece, era maggiore nel gruppo di pz con quadro VCP sclerodermico.

Conclusioni. Nella nostra esperienza, la VCP si è dimostrata

essere strumento di grande utilità ed affidabilità nell'inquadramento diagnostico delle alterazioni del microcircolo nel fenomeno/malattia di Raynaud.

Associazione preconstituita sacubitril/valsartan nello scompenso cardiaco congestizio: efficacia e sicurezza in paziente con multi-morbilità

Gallucci F, Ferrara L, Muscherà R, Romano C, Tibullo L, Valentino U, Uomo G

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

Premessa. Sacubitril/valsartan (S/V) è una associazione di recente introduzione nella terapia dei pazienti con scompenso cardiaco (SC) a frazione d'eiezione depressa (FE ≤35%). Il trial PARADIGM-HF aveva già dimostrato che S/V era superiore agli ACE-inibitori nel migliorare la prognosi dei pazienti con questa tipologia di SC, determinandone l'inclusione nelle linee guida Europee ed Americane. Altri studi e "sottostudi" più recenti hanno confermato la grande efficacia di questo farmaco, anche con un timing di introduzione precoce in terapia, e la maggiore sicurezza rispetto all'Enalapril sia sul profilo glicometabolico che sull'equilibrio elettrolitico. Ormai da circa due anni, S/V è rimborsabile anche in Italia ed è in progressivo incremento l'esperienza del suo uso in "real life". Di seguito riportiamo i nostri risultati sull'efficacia e sulla sicurezza di S/V in una serie di pazienti con SC plurimorbidi, in Medicina Interna.

Materiali e Metodi. Sono stati trattati con S/V 21 pazienti (9 M e 12 F, età media: 70 anni; range 50-81; età media dei M: 64.5 anni; range 50-79; età media F: 74.1 anni, range 57-81), affetti da SC a ridotta FE (media 31.8%), in classe NYHA II-III, nonostante ottimizzazione della terapia secondo LG (6 con la posologia di 100 mg/die; 12 con 200 mg/die e 3 con 400 mg/die). Come parametri indicatori di efficacia del trattamento, abbiamo considerato 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 12 mesi. È stata prevista la registrazione di eventuali eventi avversi ed in particolare è stato monitorato il comportamento della PA, della funzione renale e della potassiemia. Le principali comorbilità associate allo SC sono state, in ordine di frequenza, l'ipertensione arteriosa, la BPCO, il diabete mellito tipo 2 e l'insufficienza renale cronica lieve-moderata.

Risultati. In tutti i pazienti (100%) vi è stato un miglioramento della sintomatologia soggettiva e della qualità di vita (KCCQ+1.43); in 13 pz (61.9%) si è osservato un passaggio dalla III alla II classe NYHA; in 16 pz (76.2%) vi è stato un incremento della FE (+18.7%); in 15 pz (71.4%) si è osservata una riduzione dei valori di proBNP; in 9 (42.9%) si è potuta ridurre e/o sospendere la somministrazione di diuretico. Nessun paziente ha manifestato eventi avversi di rilievo. In 9 casi (42.9%) non è stato possibile incrementare la posologia di S/V per i valori pressori ai limiti bassi. In 3 casi (14.3%) si è dovuta ridurre la posologia e poi sospendere la contemporanea somministrazione dell'antagonista recettoriale dei mineralcorticoidi per progressivo incremento della potassiemia. Nessun paziente è ricorso all'ospedalizzazione per "worsening heart failure" (un solo paziente è stato ricoverato, ma per broncopolmonite infettiva).

Conclusioni. Questi nostri dati iniziali confermano le grandi potenzialità di S/V in termini di efficacia e sicurezza anche in pazienti con pluri-morbilità. Inoltre, l'esperienza derivante dall'istituzione di un ambulatorio dedicato per il monitoraggio di questi pazienti avvalorava ulteriormente la convinzione di quanto sia importante un controllo attento ed assiduo dei pazienti con SC per impattare favorevolmente sulla prognosi ed evitare ospedalizzazioni ripetute.

Sindrome da burnout in Medicina interna: nuovi modelli teorico-pratici

Gallucci S¹, Carnovale A², Muscherà R², Valentino U², Gallucci F²

¹Scuola di Psicologia, Università degli Studi di Padova; ²Dipartimento Medico Polispecialistico, UOC Medicina Interna 3, AORNA. Cardarelli, Napoli, Italy

Negli ultimi tre decenni, la definizione e l'elaborazione dei modelli teorico-pratici della "sindrome da burnout" (SB) si sono notevolmente evoluti, contribuendo allo sviluppo ed alla diffusione della consapevolezza della problematica anche in ambito medico internistico. Sebbene siano stati necessari più di trent'anni di analisi ed "operazionalizzazioni" per giungere alla concettualizzazione moderna della SB, un recente studio ha iniziato ad esplorare un nuovo universo descrittivo in grado di ampliare la visione generale del costrutto non solo rivalutando la complessità ed i meccanismi di funzionamento, ma sovvertendone l'intera struttura. Seguendo questa interpretazione, l'esito patologico di fenomeni "stressogeni" potrebbe non essere più valutato semplicemente come classificazione dicotomica "burnout sì/burnout no", bensì come un costrutto le cui tre dimensioni non sempre andrebbero a costituire un fenomeno unidimensionale, muovendosi "in blocco". Il nuovo punto di vista, secondo cui le dimensioni della SB sarebbero da considerare separate anche se interconnesse, paleserebbe, agli occhi degli esperti, un vantaggio non poco significativo: sarebbe possibile, infatti, rappresentare le persone nei diversi momenti della propria attività lavorativa sulla base delle tre caratteristiche costituenti la SB (esaurimento emotivo, disaffezione lavorativa, inefficacia professionale), elaborando, così, determinati modelli/profilo in grado di identificare i particolari vissuti lungo il continuum Job Engagement – Job Burnout. Al momento, Leiter & Maslach (2016) hanno validato l'esistenza solo di cinque "profili critici" ma non hanno comunque posto limiti ad un loro possibile ampliamento: Engaged (tutte le dimensioni "basse"); Ineffective (solo inefficacia alta); Overextended (solo esaurimento alto); Disengaged (solo disaffezione alta); Burned (tutte le dimensioni "alte"). Questa strutturazione riuscirebbe nello scopo di favorire le comparazioni tra professioni differenti per contesto, compiti e relazioni, ristrutturando la concezione semplicistica di "assenza/presenza" di burnout e approfondendo le dinamiche intermedie causate dai livelli critici anche solo delle singole dimensioni. Nel processo di definizione di nuovi profili, inoltre, non sarebbero da sottovalutare i fattori situazionali e le qualità personali/interazionali, eventuale motivo di ulteriore specializzazione all'interno del continuum. Questa nuova evoluzione concettuale, dunque, sebbene sia ancora in fase di sviluppo e validazione, potrebbe avere ripercussioni significative soprattutto in materia di prevenzione, aiutando con maggiore efficacia i professionisti del settore nei

propri compiti preventivi e/o di "riabilitazione" in seguito ad eventuale insorgenza della problematica, riuscendo, efficacemente, ad alleviare il peso delle conseguenze di un fenomeno troppo spesso sottovalutato quando non del tutto ignorato.

Approccio multidisciplinare nella valutazione di pazienti con noduli tiroidei a citologia indeterminata

Ippolito S¹, Antonelli G², Muscariello R¹, Esposito MG², Romano O¹, Sirica E¹, Borriello E¹, Nocerino E¹, Spiezia S², Nuzzo V¹

¹UOSD Endocrinologia, Malattie del Ricambio e della Nutrizione;

²Chirurgia Endocrina ed eco guidata, PO Ospedale del Mare, ASL NA 1 Centro, Napoli, Italy

Premesse. Le recenti linee guida sottolineano come l'esame citologico per agoaspirato (FNAC) sia una tappa fondamentale nel percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti con patologia nodulare tiroidea. Il management dei noduli tiroidei a citologia indeterminata è tuttavia ancora oggi controverso. La suddivisione citologica dei noduli "indeterminati" TIR3 in due categorie, TIR3A (lesione a basso rischio) e TIR3B (lesione ad alto rischio), corredata dall'utilizzo delle metodiche di genetica molecolare permettono di stratificare il rischio di malignità preoperatorio con lo scopo di ridurre il numero di noduli benigni inviati ad intervento chirurgico.

Materiali e Metodi. I pazienti con patologia nodulare tiroidea afferenti agli ambulatori ed al reparto di Endocrinologia del nostro Presidio Ospedaliero sono stati sottoposti a valutazione ecografica tiroidea e, dove necessario, a FNAC sulla scorta dei criteri ecografici di malignità. I pazienti che hanno mostrato una citologia indeterminata TIR3B e TIR3A con più segni ecografici di malignità, sono stati indirizzati ad intervento di tiroidectomia, in accordo con le consensus nazionali ed internazionali; per i pazienti con riscontro citologico di TIR3A, in assenza di fattori di rischio personali ed ecografici di malignità, è stato preferito un trattamento conservativo con ripetizione a distanza del FNAC e valutazione di genetica molecolare con esecuzione di un pannello a sette geni. Sulla base della combinazione dei risultati della citologia, genetica molecolare e pattern ecografico è stato poi deciso il successivo iter terapeutico (follow-up vs tiroidectomia).

Risultati. L'84% dei pazienti che alla rivalutazione citologica presentavano una citologia TIR3A, non mostravano mutazioni genetiche e pertanto sono stati indirizzati ad un trattamento conservativo. I pazienti che invece presentavano un profilo molecolare mutato (16%) sono stati sottoposti a tiroidectomia che ha evidenziato la presenza istologica di "Non invasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features (NIFTP)" in coloro che presentavano mutazione NRAS e HRAS (10% dei pazienti) e carcinoma papillifero per pazienti con mutazione BRAFV600E (6% dei pazienti). I restanti TIR3A risultati benigni alla ripetizione citologica (TIR2) mantengono un periodico follow-up clinico ed ecografico mentre coloro che alla rivalutazione ecografica hanno mostrato una citologia di reale o presunta malignità (TIR3b, TIR4 e TIR5) sono stati indirizzati alla tiroidectomia.

Conclusioni. Un approccio multidisciplinare caratterizzato da un'attenta valutazione ecografica, citologica e da analisi di genetica molecolare si è dimostrato utile nella selezione dei pa-

zienti con lesione tiroidea a citologia indeterminata da inviare ad intervento chirurgico permettendo di stratificare il rischio preoperatorio.

Prevalenza di iperuricemia in pazienti con scompenso cardiaco

Italiano G¹, Gargiulo A²

¹IPAS Immunopatologia in Medicina Interna; ²UO Medicina Interna, AOC S. Anna e S. Sebastiano, Caserta, Italy

Con il termine di iperuricemia si deve intendere la condizione asintomatica nella quale i valori plasmatici di acido urico sono tali da indurre rischio di precipitazione di urati o nei liquidi organici o nei tessuti. In diversi studi su pazienti affetti da scompenso cardiaco è stata rilevata la presenza di iperuricemia, tanto che lo scompenso viene considerato uno stato iperuricemico sia per ridotta escrezione renale di acido urico che per un'aumentata produzione da parte della xantina-ossidasi. Lo scompenso cardiaco viene anche considerato uno stato iperuricemico ed all'iperuricemia viene assegnato un ruolo fondamentale nella disfunzione ventricolare. Resta tuttavia ancora non del tutto chiarito il meccanismo con cui vari farmaci, cardioaspirina e diuretici dell'ansa fra tutti, possano influenzare i livelli di uricemia. Sono stati valutati 473 pazienti ricoverati consecutivamente dal 1/1/2018 al 31/12/2018 nella U.O di Medicina Interna. Da questa popolazione sono stati estrapolati 45 (9%) pazienti dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco. Il rapporto tra i sessi era costituito dal 58% di femmine (26) e dal 42%(19) da maschi. L'età media era di 70,9 anni. Le patologie concomitanti erano ipertensione arteriosa: 60%; fibrillazione atriale: 52%; diabete mellito tipo 2: 48%;cardiopatía ischemica: 43%; insufficienza renale lieve-moderata: 38%; BPCO:44%. Il 70% dei pazienti aveva più di tre patologie contemporaneamente. Il 73% era iperuricemico, con valori medi di 7,2 mg/dl+3.32 dev.st; min: 2,3 mg/dl; max:16 mg/dl; la prevalenza di iperuricemia in rapporto al sesso era del 52% di maschi e 48% di femmine; interessante l'anamnesi farmacologica in quanto il 48% assumeva ASA 100 mgdie, il 3% dicumarolici; il 48%NAO; il 78% diuretici dell'ansa; il 62% diuretici tiazidici; il 70% allopurinolo 100 mg die.

Conclusioni. Dai dati da noi raccolti è stata stimata una prevalenza di iperuricemia nel 74% dei pazienti dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco, con nessuna sostanziale differenza tra i due sessi. I meccanismi chiamati in causa nell'iperuricemia nei soggetti affetti da scompenso cardiaco sono molteplici. Sicuramente alcuni farmaci come i diuretici e la cardioaspirina; alcune patologie come l'ipertensione e l'insufficienza renale cronica rivestono un ruolo determinante nell'aumentare i livelli ematici di acido urico. Il dato che vogliamo sottolineare è nonostante il 70% dei pazienti usi un farmaco inibitore della xantina ossidasi, i livelli di acido urico restano al di sopra dei valori medi. E' evidente che tale linea di condotta deve essere rivista.

Phlegmasia cerulea dolens: case report

Italiano G¹, Maffettone A², d'Errico T³, Gargiulo A¹

¹AOC S. Anna e S. Sebastiano, Caserta; ²AO dei Colli, Napoli;

³UOC Medicina Interna, Ambulatorio e DH di Reumatologia, ASL NA1, Napoli, Italy

La Phlegmasia Cerulea Dolens (PCD) è una complicanza della trombosi venosa prossimale. Interessa entrambi i circoli venosi (profondo e superficiale) con aumento della pressione interstiziale compressione dei piccoli vasi arteriosi e conseguente ischemia.

Descrizione. Maschio a. 51, anamnesi di artrite reumatoide, in PS per febbre con dolore e tumefazione della caviglia sinistra; ecodoppler arti inferiori nella norma; esami di laboratorio lieve aumento degli indici di flogosi e dell'aPTT: 52 sec (v.n 28-40 sec). Rapido instaurarsi di un progressivo edema dell'arto con cianosi, dolore. Un nuovo esame doppler evidenzia una estesa trombosi venosa profonda della vena femorale e della safena con trombosi delle comunicanti. Polsi pedidei flebili. Grave ipotensione. Acidosi metabolica. Eparina calcica EV, ciononostante si impone la necessita di amputazione dell'arto inferiore sinistro per occorrenza di gangrena venosa.

Conclusioni. PCD è una rara condizione che occorre in <1% delle trombosi venose profonde; più del 90% dei pazienti ha una sottostante neoplasia(50% occulta). Il 50% dei pz si complica con un quadro di gangrena venosa che richiede una amputazione dell'arto nel 30-50% dei casi con una mortalità del 20-40%. Le trombosi determinano l'occlusione completa del drenaggio venoso (sistema profondo e superficiale) con aumento della pressione capillare conseguente essudazione del fluido nello spazio interstiziale e formazione di vesciche ematiche cutanee. L'arto assume una colorazione bluastra ("cianosi blu"); aspetto patognomonico oltre al dolore e la tumefazione. QUESTA È UNA 'EMERGENZA!! i pazienti devo essere trattati con eparina ev ed avviati rapidamente a trombectomia chirurgica. Diversamente se il dolore è lancinante, l'edema è esteso, c'è stravasato di liquidi dalla cute e soprattutto se si instaura un deficit sensitivo-motorio dell'arto ci troviamo di fronte ad una condizione irreversibile il cui trattamento è l'amputazione per gangrena venosa.

Sarcoidosi polmonare: case report

Italiano G¹, Maffettone A², d'Errico T³, Gargiulo A¹

¹AOC S. Anna e S. Sebastiano, Caserta; ²AO dei Colli, Napoli;

³UOC Medicina Interna, Ambulatorio e DH di Reumatologia, ASL NA1, Napoli, Italy

La sarcoidosi è una patologia radiologicamente poliedrica tanto da essere definite "the great masquerader". Quadri clinici meno consueti vanno differenziati con altre patologie, soprattutto neoplastiche.

Discussione. Donna di a 83 in PS per dispnea, astenia e letargia; ricoverata con diagnosi di lesioni polmonari multiple di ndd. Ipercalcemia (12 mg/dl v.n. 8,1-10,1 mg/dl). TAC Torace: numerose lesioni nodulari solide (diam variabile da 0,5 a 6 cm) diffuse in entrambi i campi polmonari come da lesioni ripetitive. A livello cerebrale, rilievo di multiple lesioni dense in basale, la maggiore di 30 mm a sede parietale alta a destra, sottocorticale. Biopsia: Cellule giganti polinucleate con inclusioni citoplasmatiche con scarsa attività di fagocitosi ed elevata attività enzimatica con precipitazioni di sali di CA++. Reazione immunistochemica con anticorpi monoclonali anti

CD3 fortemente positiva in regione periferica. Esami ulteriori mostrano elevati livelli di 1-25 OH vit D3 75 pg/ml (v.n. 15-50 pg/ml).

Conclusioni. La sarcoidosi è una malattia granulomatosa sistemica a eziologia non nota, caratterizzata da un accumulo di linfociti T e di fagociti mononucleati con formazione di granulomi epitelioidi non caseosi ed alterazione della normale architettura tissutale degli organi interessati. Il polmone è più frequentemente interessato con distribuzione delle lesioni sia negli alveoli che nell'interstizio perilobulare e peribronchiale. Il pattern nodulare caratterizzato da grandi opacità (1-4 cm) è poco frequente, quando presente, deve essere differenziato da altre patologie quali il carcinoma bronchiolo alveolare. L'ipercalcemia è una nota complicanza di questa malattia, dovuta agli elevati livelli circolanti di 1,25-diidrossivitamin-D3 prodotta attraverso la idrossilazione extrarenale della vitamina D a livello dei granulomi sarcoidei e da parte dei macrofagi polmonari.

Caso clinico: diagnosi di mutazione del gene *CFTR* in una giovane con pancreatite acuta ed infezione da *Campylobacter jejuni*

Kola N¹, Maggio E¹, Senese A¹, Milione S³, Candido C², Farinaro V⁴, Helzel V⁵

¹Scuola di specializzazione in Medicina d'Urgenza, Università Federico II, Napoli; ²Scuola di specializzazione in Geriatria, Università Federico II, Napoli; ³Scuola di specializzazione in Medicina d'Urgenza, Università L. Vanvitelli, Napoli; ⁴Scuola di specializzazione in Medicina Interna, Università L. Vanvitelli, Napoli; ⁵UOC MECAU, Ospedale del Mare, ASL NA1 Centro, Napoli, Italy

Premesse. La pancreatite acuta da *Campylobacter Jejuni* è molto rara nei soggetti giovani ed immunocompetenti, mentre è molto più frequente in soggetti con mutazione del gene che codifica per il CFTR, responsabile della fibrosi cistica.

Metodi. Paziente di anni 19, sesso femminile, anamnesi familiare e personale muta ad eccezione di una ipovitaminosi D non meglio indagata e due pregressi episodi di pancreatite acuta lieve apparentemente "Sine causa", si ricovera per dolore addominale e incremento degli enzimi pancreatici con diagnosi di pancreatite acuta secondo i criteri di Atlanta del 2012. L'esame delle feci risultava positivo per infezione da *Campylobacter Jejuni*. Eco addome, TC Addome e RM Colangio erano negative per danno d'organo. Si considerava, data anche l'ipovitaminosi D ed i pregressi episodi di pancreatite, la mutazione del gene CFTR, responsabile della Fibrosi Cistica, come causa della pancreatite acuta. Si iniziava terapia con terapia antibiotica e Flumucil con netto miglioramento clinico e dimissione domiciliare. Veniva data indicazione ad eseguire indagini molecolare per evidenziare mutazione del gene CFTR.

Risultati. L'analisi molecolare su DNA estratto da sangue periferico ha riportato la mutazione di 5T/12TG in cis riportata nel database CFTR2 come mutazione con conseguenze cliniche variabili, da CFTR Related Disorder a forme lievi di malattia.

Conclusioni. In pazienti con diagnosi di pancreatite acuta da *Campylobacter Jejuni* e pregressi episodi di pancreatite acuta considerare la presenza di mutazioni del gene CFTR responsabile di forme ricorrenti e lievi di pancreatite acuta.

Tosse cronica: possibili nuovi target terapeutici

Langella V¹, Asti A¹, De Giorgi F¹, Maresca G¹, Esposito G¹, Calvanese R¹, Russo E¹, Mazzella F¹, Caruso G⁴, Sassone C², Idone M³

¹Medicina Interna e Area Critica, PO S. Maria Loreto Nuovo, ASLNA1, Napoli; ²Università Vanvitelli, Napoli; ³Neurologia, PPOO S. Maria Loreto Nuovo/S. Giovanni Bosco, ASLNA1, Napoli; ⁴Medicina d'Accettazione e d'Urgenza, AORN A. Cardarelli, Napoli, Italy

La tosse è un sintomo di frequente riscontro nella popolazione adulta (9-33% a seconda delle varie casistiche). Mentre nella sua forma acuta (<3 sett) è più spesso un fenomeno facilmente controllato ed adeguatamente diagnosticato e trattato (>95%), la tosse cronica (>8 sett) è un problema di difficile gestione. Il trattamento di Asma, BPCO, MRGE, Rinite, Post Nasal Drip e la resistenza a qualsiasi terapia, porta alla formulazione di diagnosi di tosse "idiopatica" o "refrattaria", ovvero una tosse che non è apparentemente associata a cause note evidenziate o attraverso indagini mirate o attraverso trial terapeutici specifici (ex adjuvantibus). In queste forme, una delle ipotesi eziopatologiche sostenute è che stimoli di natura infiammatoria e neuroormonale, associati a stimoli meccanici propri della tosse, provochino il rilascio di mediatori chimici (neuropeptidi, IL, sostanza P, IFN), che determinano un feed back positivo e continuo per la persistenza della tosse stessa (input neuronali proiettanti al midollo ed a nuclei subcorticali). Questi potenziali meccanismi, già peraltro noti, sono stati recentemente riesaminati da un punto di vista neurofisiologico: con il supporto di tecniche di imaging cerebrale funzionale infatti, sono stati evidenziati diversi percorsi di attivazione neuronale durante la tosse, sia volontaria che involontaria. Sulla base di tali evidenze, esaminando letteratura scientifica e trials specifici, abbiamo condotto uno studio clinico osservazionale di 13 mesi su 19 pazienti (età media 63 aa, F 12, M 7) con diagnosi di tosse cronica refrattaria (criteri sopra menzionati) e ai quali, in collaborazione il neurologo, dopo opportuna valutazione plurispecialistica ed analisi del singolo caso, è stata prescritta terapia o con Amisulpride o con Amitriptilina o Gabapentin. In caso di assenza di beneficio per 4 settimane veniva attuato switch farmacologico. Nel corso dello studio ai pazienti è stato chiesto periodicamente di riportare la percentuale di riduzione dei sintomi, considerando frequenza, durata e gravità degli episodi, con end point a 6 mesi. Sono stati considerati responder i pazienti con una riduzione percentuale dei sintomi maggiore del 50%. I dati hanno evidenziato un significativo tasso di risposta per Amisulpride 25mg in monosomministrazione (8) ed Amitriptilina 20 mg in monosomministrazione (5). In 6 pazienti l'uso dei farmaci non ha sortito miglioramento; in 2 pazienti di quest'ultimo gruppo, l'uso di Gabapentin si è dimostrato efficace nel ridurre la tosse (riduzione del sintomo >50%). La sospensione dei farmaci in 11 dei nostri 15 pazienti responder, ha determinato una significativa ripresa delle tosse. La prosecuzione della terapia è stata valutata caso per caso. Nonostante la piccola casistica, visti anche altri studi già pubblicati, la stretta interazione tra tosse e sistema nervoso sembra definire una nuova distinta categoria sindromica e diagnostica caratterizzante la tosse cronica. In conclusione, sicuramente l'approccio alla gestione della tosse cronica

sarà ancora focalizzato sulla diagnosi delle condizioni associate, ma la conoscenza di altri meccanismi e possibili nuovi target terapeutici ci aiuterà a comprendere ancora meglio i meccanismi alla base di tale fastidioso sintomo fornendo, nel tempo, migliori e più efficaci possibilità farmacologiche.

Case report: Pott disease, l'importanza di una diagnosi precoce

Langella V¹, Asti A¹, De Giorgi F¹, Maresca G¹, Esposito G¹, Calvanese R¹, Russo E¹, Mazzella F¹, Sassone C², Gualdieri L³, Illiano L⁴, Caruso G⁵, Tascini C⁶

¹Medicina Interna ed Area Critica, S. Maria Loreto Nuovo, ASLNA1, Napoli; ²Anestesia e Rianimazione, Università Vanvitelli, Napoli;

³UO Attività SocioSanitarie Cittadini Immigrati e SFD, ASLNA1, Napoli;

⁴Medicina d'Accettazione e d'Urgenza, AORN Cardarelli, Napoli;

⁵Radiologia/Diagnostica per Immagini, S. Maria Loreto Nuovo, ASLNA1, Napoli; ⁶UOC Malattie Infettive, Ospedale Cotugno, Napoli, Italy

La malattia di Pott (PD) o tubercolosi spinale rappresenta meno dell'1% dei casi di tubercolosi sistemica, secondaria di solito a diffusione ematogena da altra localizzazione. L'interessamento discale o vertebrale, singolo o multiplo, può essere causato anche da diffusione diretta da altra lesione vertebrale (contiguità) andando a determinare, in alcuni casi, compressione del midollo e complicazioni neurologiche. Le vertebre toraco-lombari rappresentano il sito più comune di infezione, anche se altri siti possono essere colpiti. Il mal di schiena è il sintomo di presentazione più frequente, mentre febbre e perdita di peso possono essere anch'essi presenti, più spesso nei pazienti con malattia disseminata o concomitante interessamento extra-spinale. La diagnosi si basa innanzitutto sul sospetto clinico e su imaging ed è confermato poi da test specifici e microbiologici su campioni biotici (tessuto osseo/ascesso/linfonodo) coltivati e colorati per bacilli acido-resistenti. Sebbene l'incidenza sia recentemente aumentata in Italia ed Europa principalmente a causa dell'immigrazione e per l'AIDS, PD è ancora da considerarsi malattia rara, il che può portare a ritardo diagnostico e conseguenti significative complicanze neurologiche. Riportiamo qui il caso di un paziente di 29 anni, immigrato dal Gambia, da tre anni in Italia. Il paziente, circa 6 mesi dopo l'arrivo in Italia, era stato accompagnato in PS per dolore addominale: dagli esami emergeva una sfumata anemia microcitica e nessun'altra significativa alterazione sierologica. La Tc torace ed addome eseguita evidenziava qualche linfonodo mesenterico reattivo (<cm) e null'altro. Nel dubbio anamnestico di un'infezione tubercolare, veniva inviato a valutazione specialistica infettivologica ed indicazione a controllo radiologico a 4 mesi. Il p. per problematiche di natura assistenziale non intraprendeva il percorso stabilito e tornava alla nostra osservazione per parestesie e deficit della deambulazione, perdita di peso, marcata anemia e tosse. La TC eseguita (dopo 17 mesi) evidenziava "impianti nodulari alla pleura parietale toracica bilateralmente con estensione dagli apici alle basi polmonari..multiple grossolane formazioni nodulari confluenti con cernie di impregnazione contrastografica ed area necrotico-colliquativa centrale nel contesto dei muscoli paravertebrali bilateralmente..multiple erosioni osteolitiche di D2-D3-D7-D8-D9..lisi della corticale del corpo sternale con

interessamento dei tessuti molli circostanti..interessamento massivo dello psoas". Il paziente è stato successivamente trasferito al reparto di malattie infettive per ulteriori valutazioni e follow up ove veniva confermato il sospetto di PD ed avviato a terapia medica specifica.

Discussione. La PD è una malattia rara che deve essere immediatamente diagnosticata per prevenire ulteriori complicazioni neurologiche, visti anche gli incoraggianti dati di efficacia dei trattamenti precoci medici ed, ove necessario, chirurgici. Più dell'80% dei pazienti risponde al solo trattamento medico e il tasso di mortalità è generalmente inferiore al 10%. L'intervento chirurgico in presenza di deformità della colonna vertebrale o deficit neurologico è richiesto in circa il 50% dei pazienti. La chirurgia radicale combinata con farmaci anti-TB in soggetti giovani è stata segnalata come fattore prognostico favorevole. In caso di forte sospetto clinico di infezione tubercolare i pazienti dovrebbero essere sempre attentamente studiati, anche in assenza di reperti tipici, polmonari e non.

Variabilità delle caratteristiche in soggetti ipertesi in relazione all'età. Studio su 4605 casi ABPM

Malgieri G¹, Rinaldo G², Di Resta M³, Di Santo D⁴, Di Santo G²

¹Centro Ipertensione, AO San Pio, PO Sant'Agata de' Goti (BN); ²UOC Medicina Interna, AO San Pio, PO Sant'Agata de' Goti (BN); ³Casa di Cura Alma Mater - Villa Camaldoli, Napoli; ⁴Università degli Studi, Tor Vergata, Roma, Italy

Scopi. Scopo di questo studio è verificare se c'è una differenza statisticamente significativa tra ipertesi più giovani a confronto con quelli più anziani.

Materiali e Metodi. Sono stati esaminati 4605 report ABPM comprendenti 1215 pazienti normotesi e 3390 ipertesi, questi ultimi sono stati suddivisi in 2 gruppi: n. 1551 di età <55 anni; n. 1839 di età >55 anni. Dei 2 gruppi è stata valutata la pressione arteriosa sistolica e diastolica (PAS e PAD) medie delle 24 ore, la pressione arteriosa media (PAM) delle 24 ore, la frequenza cardiaca media (FCM) delle 24 ore, il rapporto tra PAM e FCM (QN), la variabilità della PAM e della FCM (DS_{pam} e DS_{fc}), il rapporto fra DS_{pam} e DS_{fc} (CV), la somma del QN con la differenza indicizzata delle variabilità: QN+(DS_{pam} - DS_{fc})/12. Si sono calcolate le differenze statistiche con il t di Student considerando una probabilità inferiore a 0.0001.

Differenze statistiche (t di Student)	Età <55 a. (±I.C.)	Età >55 a. (±I.C.)	P <.0001
PAM	104.16 (.41)	102.21 (.36)	si
FCM	77.337 (.42)	71.6514 (.40)	si
QN	1.36 (.009)	1.44 (.009)	si
DS _{pam}	13.642 (.18)	13.743 (.17)	0.219
DS _{fc}	13.460 (.21)	11.742 (.21)	si
CV	1.08 (.001)	1.28 (.02)	si
PAS	135.49 (.50)	138.62 (.50)	si
PAD	89.020 (.38)	84.269 (.35)	si
PAS/PAD	1.522 (.005)	1.657 (.015)	si
Carico pressorio	1.26 (.01)	1.37 (.01)	si
Gruppi B - C - D	Correlazione	P <.0001	
DS _{fc} e PAD	r=0.298	si	
PAMx(DS _{pam} /12) e FCMx(DS _{fc} /12)	r=0.259	si	
FCM x (DS _{fc} /12) ed età	r=-0.28	si	

Risultati. Vi è una differenza statisticamente significativa tra le diverse variabili considerate tranne che per la variabilità della PAM. Considerando tutti i pazienti ipertesi vi è una correlazione diretta tra variabilità della FCM e PAD e tra PAM e la sua variabilità con la FCM e la sua variabilità. Vi è una correlazione inversa tra FCM ed età.

Conclusioni. I pazienti più giovani a confronto con i più anziani hanno una PAM, una FCM, una variabilità della FCM ed una PAD significativamente superiori, mentre hanno un QN, un CV, la PAS, la PAS/PAD ed il carico pressorio significativamente inferiori. Vi è una correlazione lineare positiva tra variabilità della FCM e PAD e negativa con l'età. In definitiva essendo la variabilità della FCM un marker riconosciuto dell'attività adrenergica, abbiamo che i più giovani hanno la PA più elevata perché un tono simpatico più pronunciato ed una PAD più alta perché hanno conservate le proprietà elastiche dei vasi.

Il monitoraggio ABPM. Studio su 4605 casi per identificare un indicatore utile per l'analisi del carico pressorio

Malgieri G¹, Rinaldo G², Di Resta M³, Di Santo P⁴, Di Santo G²

¹Centro Ipertensione, AO San Pio, PO Sant'Agata de' Goti (BN); ²UOC Medicina Interna, AO San Pio, PO Sant'Agata de' Goti (BN); ³Casa di Cura Alma Mater - Villa Camaldoli, Napoli; ⁴Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma, Italy

Scopi. Si può definire Carico pressorio (CP) la quantità di pressione che insiste sull'apparato cardiovascolare nell'unità di tempo. Un aumento del carico pressorio può comportare una modificazione strutturale delle pareti vascolari e successivamente complicanze cardio-vascolari. Non esiste allo stato una formula per definirlo, ma ci si riferisce ad aumenti percentuali di pressione arteriosa rispetto ai valori limite, trascurando la variabilità pressoria, la pressione differenziale che pure possono essere calcolate con ABPM. Scopo di questo studio è individuare un riferimento numerico che ci dia informazioni più complete del carico pressorio con ABPM.

Materiali e Metodi. In questo studio prospettico abbiamo analizzato i report ABPM di 4605 pazienti, dividendoli in 4 gruppi: gruppo A con PA <130/80 mmHg; gruppo B con PA >130/80 mmHg; gruppo C con PA sistolica (PAS) >140 mmHg; gruppo D con PA sistolica >150 mmHg. Sono stati calcolati: PAS e PAD, Pressione arteriosa media (PAM), che fornisce informazioni sulla pressione differenziale; DS della PAM; la frequenza cardiaca media (FCM) e la sua DS. Abbiamo calcolato il rapporto PAM su FCM, avendo la PAM per ogni battito cardiaco e superando così il problema della sindrome da camice bianco, e lo abbiamo chiamato Quoziente di Normalizzazione (QN). Il CP è stato così calcolato: $QN + [0.2 \times (DSPAM - DSFCM) / 12]$.

Gruppi	Carico pressorio	±I.C.
Gruppo A PA <130/80 mmHg	1.278	0.0263
Gruppo B PA >13/80 mmHg	1.361	0.084
Gruppo C PAS >140 mmHg	1.5107	0.0107
Gruppo D PAS >150 mmHg	1.6381	0.0267

Risultati. I valori del carico pressorio sono statisticamente dif-

ferenti tra loro per t di Student con una $p < .0001$. Avendo un riferimento numerico preciso del CP possiamo caratterizzare la gravità della patologia con i dati forniti da un esame ABPM.

Conclusioni. Il Quoziente di Normalizzazione consente di definire con maggiore precisione il carico pressorio superando la cosiddetta "sindrome da camice bianco". Tale fattore consente di caratterizzare con maggiore precisione la gravità della patologia cardiaca.

Il monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa per la selezione dei pazienti ipertesi. Studio su 4605 casi

Malgieri G¹, Rinaldo G², Di Resta M³, Di Santo A⁴, Di Santo G²

¹Centro Ipertensione, AO San Pio, PO Sant'Agata de' Goti (BN); ²UOC Medicina Interna, AO San Pio, PO Sant'Agata de' Goti (BN); ³Casa di Cura Alma Mater - Villa Camaldoli, Napoli; ⁴Università degli Studi del Molise, Campobasso, Italy

Scopi. Scopo di questo studio è di caratterizzare pazienti con pressione arteriosa elevata, ma non ipertesi, utilizzando il calcolo del rapporto della pressione arteriosa media per la frequenza cardiaca media.

Materiali e Metodi. In questo studio prospettico abbiamo analizzato i report ABPM di 4605 pazienti, dividendoli in 4 gruppi: gruppo A con PA <130/80 mmHg; gruppo B con PA >130/80 mmHg; gruppo C con PA sistolica (PAS) >140 mmHg; gruppo D con PA sistolica >150 mmHg. Sono stati calcolati: PAS e PAD, Pressione arteriosa media (PAM); DS della PAM; la frequenza cardiaca media (FCM) e la sua DS. Abbiamo calcolato il rapporto PAM su FCM (QN, avendo la PAM per ogni battito cardiaco e superando così il problema della sindrome da camice bianco.

Risultati. Per tutti i gruppi è stata verificata la differenza statistica per $p < .0001$ tra le medie di PAS, PAD, PAM, QN, CV, età. Avendo ricavato dal gruppo dei soggetti non ipertesi (gruppo A) il valore medio del QN. Abbiamo sottratto dagli altri 3 gruppi patologici (A,B,C) tutti i soggetti con un QN uguale o inferiore a quello del gruppo A, ricavando un altro gruppo (gruppo E), con valori pressori significativamente più alti che nel gruppo A, ma con QN significativamente più basso che negli altri gruppi, così come anche l'età, mentre una FCM ed una DS_{FCM} significativamente più alte.

Group BP	n.	Age (±CI)	mMAP (±CI)	mHR (±CI)	NQ (±CI)	SD _{PAM} (±CI)	SD _{FCM} (±CI)	PAS (±CI)	PAD (±CI)
A <130/80	1215	61.38 (±.86)	88.70 (±.25)	70.78 (±.46)	1.26 (±.008)	12.12 (±.19)	12.16 (±.23)	120.05 (±.35)	73.49 (±.27)
B, >130/80 QN>1.26	528	57.86 (±.68)	100.10 (±.26)	70.36 (±.33)	1.43 (±.006)	13.41 (±.19)	12.21 (±.20)	132.25 (±.24)	94.33 (±.31)
C, >140 QN>1.26	707	60.01 (±1.03)	106.91 (±.49)	71.62 (±.58)	1.50 (±.01)	13.78 (±.27)	11.88 (±.39)	144.27 (±.21)	88.94 (±.59)
D, >150 QN>1.26	351	60.71 (±1.42)	116.67 (±.94)	73.62 (±.99)	1.60 (±.02)	14.63 (±.41)	11.6 (±.42)	158.89 (±.88)	95.55 (±1.13)
EQN<1.26	804	52.88 (±.99)	99.51 (±.39)	84.21 (±.42)	1.18 (±.004)	13.73 (±.25)	14.09 (±.31)	130.87 (±.51)	84.25 (±.43)

Conclusioni. Vi sono pazienti catalogati come ipertesi e che ipertesi non lo sono, ma hanno solo un aumento del tono adrenergico che incrementa sia la frequenza cardiaca che la pressione arteriosa. Il quoziente di normalizzazione è uno strumento per individuarli.

Follow-up a lungo termine delle iperenzimemia cronica benigna pancreatica: dati di un registro ambulatoriale

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

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

Introduzione. La iperenzimemia cronica benigna pancreatica (ICBP) si riscontra in circa l'1-3% delle popolazioni occidentali; consiste in un incremento intermittente, caratteristicamente fluttuante, degli enzimi pancreatici sierici (amilasi, più raramente lipasi) senza alcuna espressione patologica morfofunzionale a carico del pancreas in pazienti asintomatici. Nella pratica clinica, il riscontro di iperamilasemia porta alla effettuazione di esami diagnostici ripetuti e di fatti viene a costituire un motivo di ansietà immotivata sia per i pazienti che per i curanti.

Materiali e Metodi. Nel corso di 18 anni (2000-2018) in un ambulatorio dedicato abbiamo osservato 128 pazienti con ICBP: 72 donne e 56 uomini (età mediana 53 anni, range 18-76). Il follow-up mediano è stato di 8.4 anni (range 7 mesi-16.7 anni); la iperenzimemia era già presente prima della nostra osservazione in una mediana di 25 mesi (range 6-32). Esami diagnostici strumentali (ecografia, TC, RMN, ERCP, ecoendoscopia) sono stati in media 5 nell'intera casistica ladove per le determinazioni di laboratorio erano state effettuate almeno 5/6 volte all'anno prima della nostra osservazione. Fluttuazioni dei livelli sierici enzimatici (con rientro frequente nei range di normalità) sono state osservate in tutti i pazienti. Amilasi è risultata elevata in tutti i soggetti, con prevalenza della frazione isoenzimatica P, ed associata con iperlipasemia in 50 pazienti (39%).

Conclusioni. Gli Internisti dovrebbero familiarizzare con la ICBP, che non è espressione di patologia pancreatica pregressa, in atto o evolutiva, allo scopo di evitare inutili, costose e spesso invasive procedure diagnostiche.

Epidemiologia della patologia nodulare tiroidea nell'ambito di un'area ad alto inquinamento ambientale: risultati del progetto "Ambiente e Salute"

Muscariello R¹, Badolati E², Borriello E¹, Bruschini M³, Di Ruocco L¹, Giannattasio R⁴, Ippolito S¹, Nocerino E¹, Romano O¹, Ruggiero R⁵, Spinosa T⁶, Tripodi FS⁷, Nuzzo V¹

¹UOSD Endocrinologia, Malattie del Ricambio e della Nutrizione, Ospedale del Mare, Napoli; ²Specialista Ambulatoriale Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, ASL NA1 Centro, Distretti 29-30-33, Napoli; ³Dipartimento Attività Ospedaliere, ASL NA1 Centro, Napoli; ⁴Endocrinologia, Presidio San Gennaro, ASL NA1 Centro, Napoli; ⁵Direzione Sanitaria Aziendale, ASL NA1 Centro, Napoli; ⁶Direttore Distretto 5, ASL NA1 Centro, Napoli; ⁷Specialista Ambulatoriale Geriatria, ASL NA1 Centro, Distretto 28, Napoli, Italy

Premessa. La patologia nodulare tiroidea è associata a differenti inquinanti ambientali. L'area del napoletano presenta zone ad alto tasso di inquinamento ambientale come conseguenza dello smaltimento illegale dei rifiuti industriali. Obiettivo dello studio è valutare l'epidemiologia del nodulo tiroideo nelle aree ad alto inquinamento del napoletano.

Materiali e Metodi. Nell'ambito del progetto "Ambiente e Salute" sono stati istituiti ambulatori di screening ecografico del nodulo tiroideo nei distretti 26-28-30-31-32 della ASL Napoli 1 centro, tutti attivi dal marzo 2018 (progetto della durata totale di 24 mesi). Per ogni paziente è stato compilato un modulo di consenso informato, un modulo anamnestico familiare, patologico, ambientale, alimentare ed è stata effettuata una ecografia tiroidea. A tutti i pazienti è stato rilasciato un referto; in particolare, ai pazienti che necessitano di agoaspirato diagnostico, viene proposto un percorso di accesso agevolato nell'ambito della stessa ASL, presso l'UOSD di Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione dell'Ospedale del Mare, Napoli.

Risultati. Nel periodo marzo-dicembre 2018 sono stati arruolati 477 pazienti (94 M e 383 F), con un'età media di 43,6 anni; sono stati rilevati 241 noduli (50%). La patologia nodulare non è risultata associata alla vicinanza a discariche né al consumo di verdura; c'è correlazione positiva con la familiarità positiva per gozzo nodulare.

Conclusioni. La patologia nodulare nell'area del napoletano esaminata mostra dati epidemiologici in linea con la media nazionale, anche riguardo alle neoplasie tiroidee; si conferma la prevalenza nel sesso femminile e l'associazione con la storia familiare positiva per gozzo nodulare.

Livelli di vitamina D in pazienti diabetici con e senza piede diabetico

Muscariello R, Accarino G, Carcarino F, Coretti F, Di Donato R, Giannettino R, Iavarone A, Ippolito S, Lombardi A, Romano O, Sepe C, Nuzzo V

UOSD Endocrinologia, Malattie del Ricambio e della Nutrizione, Ospedale del Mare, ASL NA1 Centro, Napoli, Italy

Premessa. Il diabete mellito è una patologia ad elevata morbilità e può condurre a gravi disabilità; tra queste, le lesioni ulcerose del piede diabetico sono quelle di più complessa gestione, richiedendo per la loro gestione un approccio multidisciplinare. Tra i tessuti colpiti dalle lesioni del piede diabetico c'è il tessuto osseo, il cui metabolismo è legato ad all'ormone vitamina D. Non ci sono in letteratura studi che valutino i livelli sierici di vitamina D in una popolazione di diabetici con e senza piede diabetico.

Materiali e Metodi. Sono stati selezionati i pazienti diabetici ricoverati presso il reparto di Endocrinologia, Malattie del Ricambio e della Nutrizione dell'Ospedale del Mare di Napoli nel periodo maggio 2017-ottobre 2018. I criteri di inclusione nello studio comprendevano la presenza di almeno un dosaggio sierico della 25-OH-vitamina D₃ e la non contemporanea assunzione di prodotti a base di colecalciferolo e analoghi. È stata analizzata inoltre una popolazione di controllo costituita da pazienti non diabetici ricoverati all'Ospedale del Mare nel medesimo periodo. Per valutare la differenza di frequenza di ipovitaminosi D nelle tre popolazioni è stato utilizzato il test del chi-quadro; per confrontare la media dei livelli sierici tra le due popolazioni è stato utilizzato il test t di Student; è stato considerato un errore alfa del 5%.

Risultati. Sono stati arruolati 111 pazienti, di cui 72 diabetici e 39 controlli; tra i diabetici, 27 erano affetti da piede diabetico. 30 controlli (69%) e 60 diabetici (83%) presentavano insufficienza di vitamina D (25-OH-D₃ <20 ng/ml, p=0.026), differenza che si acuisce considerando i pazienti in carenza (25-OH-D₃ <10

ng/ml 44% vs 93%, rispettivamente diabetici e non diabetici, $p < 0.0000001$). I pazienti diabetici presentavano livelli sierici medi di vitamina D significativamente inferiori ai controlli (15,4118 vs 19,5714 ng/ml; $p = 0.0021$); analizzando nello specifico i pazienti diabetici, si evidenziava che i pazienti affetti da piede diabetico presentavano livelli medi di vitamina D inferiori ai diabetici senza piede diabetico, in modo statisticamente significativo (13,1786 vs 16,975 ng/ml, $p = 0.0302$).

Conclusioni. Nella popolazione di pazienti diabetici esiste una carenza di vitamina D; tra i diabetici, livelli inferiori di vitamina D sono associati alla presenza del piede diabetico. È possibile che esista un nesso di causalità tra il deficit di vitamina D e la comparsa del piede diabetico per determinare il quale saranno necessari ulteriori studi, anche prospettici.

Una ipertensione polmonare combinata post e pre-capillare. Case report

Muscherà R, Di Monda G, Ferrara L, Romano C, Valentino U, Uomo G

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

Premessa. In Italia sono presenti circa 150000 adulti con cardiopatia congenite di varie complessità. In maggioranza sono pazienti diagnosticati in età pediatrica che sono diventati adulti; ma non mancano anche di casi di pazienti diagnosticati direttamente in età adulta.

Caso clinico. Paziente di 62 anni. In anamnesi: cardiopatia ipertensiva con fibrillazione atriale permanente, arteriopatia ostruttiva arti inferiori, obesità, insufficienza renale cronica e trait talassemico. Giunge alla nostra osservazione per amaurosi destra da trombosi dell'arteria centrale della retina. Eresipela alla gamba destra con edemi bilaterali. All'ingresso anemia microcitica iporigenerativa, normo-sideremica. All'ECG presenza di fibrillazione atriale a media risposta ventricolare. L'ecocolordoppler delle carotidi mostra un lieve aumento dello spessore medio-intimale. La RM encefalo mostra una diffusa leucoencefalopatia della sostanza bianca sopratentoriale ai centri semiovali, alla sostanza bianca sottocorticale delle regioni frontali ed in sede periventricolare su base ipoperfusiva. L'ecocardiogramma mostra dilatazione delle sezioni destre e del tronco della polmonare con vena cava dilatata che non collassa con gli atti del respiro. Al color-doppler jet da pervietà della parte membranosa del setto interventricolare come da difetto interventricolare di 0,8 cm e moderata stenosi dell'arteria polmonare. Insufficienza tricuspudalica con desunta pressione arteriosa polmonare sistolica di 90mmHg. Il cateterismo cardiaco destro mostra all'angiografia del ventricolo destro la presenza di una valvola polmonare displasica con doming sistolico realizzante una stenosi non significativa. Tronco della polmonare dilatato. Ipertensione polmonare combinata post e pre-capillare di grado severo con ridotto indice cardiaco ed alte resistenze vascolari polmonari pre-capillari (RVP). La paziente ha iniziato con Ambrisentan, inibitore del recettore dell'endotelina.

Conclusioni. L'ipertensione polmonare pre-capillare da cardiopatia congenite dell'adulto fa parte del gruppo 1.4.4 e quelle determinate da piccoli difetti cardiaci diagnosticati nell'età

adulta sono associate ad alte RVP controindicate al trattamento di chiusura. In questi paziente la terapia medica quanto prima iniziata rappresenta l'unica possibilità terapeutica.

Dottore, corra! C'è uno strano parto!

Naddeo M¹, Sica A², Cartolano G³, Accardo C³, De Felice G¹, Luongo R¹, Falivena R⁴

¹UOC Medicina Interna, Oliveto Citra (SA); ²Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Oliveto Citra (SA); ³Radiologia, Oliveto Citra (SA); ⁴Ginecologia, Battipaglia (SA), Italy

Una donna di 72 anni, con facies anemica, è venuta nel nostro reparto di emergenza riferendo la perdita di una grande quantità di sangue a livello vaginale. La paziente è stata visitata sia dall'internista che dal chirurgo perché oltre all'espulsione di materiale ematico, si assisteva alla fuoriuscita anche di tessuto parenchimatico di notevole volume dalla vagina. L'addome era trattabile, non doloroso e nella regione sovrapubica, alla palpazione superficiale, si percepiva un rigonfiamento di consistenza duro-elastica. Da un'accurata anamnesi la paziente riferiva metrorraggia da circa un anno. Certamente non si poteva trattare di un parto! Si è richiesto una Tc addome che ha mostrato una dubbia massa endometriale.

Pomfi .. pomfi .. pomfi .. po'!

Naddeo M¹, Sica A², Di Sirio S¹, Fittipaldi R¹, De Felice G¹, Luongo R¹

¹UOC Medicina Interna; ²Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Oliveto Citra (SA), Italy

Un paziente, di 33 anni, è stato nel nostro dipartimento di emergenza per la comparsa di orticaria-angioedema da alcune settimane. Era già stato trattato con terapia corticosteroidica e antistaminici. Aveva orticaria-angioedema dell'occhio sinistro che gli impediva di aprire l'occhio e orticaria a livello frontale di tipo non pruriginoso che dura più di 24h. Esaminando attentamente il paziente, notiamo una leggera discrepanza tra la guancia sinistra e quella destra. Gli esami del sangue erano nel range della norma: solo una lieve leucopenia e trombocitopenia. Decidiamo di ricoverare in ospedale il paziente per sottoporlo ad ulteriori indagini di secondo livello. In particolare: ANA ed ENA (risultati molto alti); l'ecografia delle ghiandole salivari ha mostrato un quadro non omogeneo compatibile con un processo infiammatorio autoimmune cronico. Si trattava di una Sindrome di Sjogren senza disturbi tipici come xerosi oculare e xerostomia, anche in un uomo. Il tutto era confermato poi dalla biopsia delle ghiandole salivari minori.

Valutazione videocapillaroscopica del microcircolo in pazienti affetti da fibromialgia

Parisi A, Buono R, Grieco F, Mastrobuoni C, Nocella P, Gallucci F, Uomo G

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

Premesse. La presenza contemporanea di storia di aumentata sensibilità al freddo con evidenza di almeno duplice variazione di colore delle dita è considerata condizione sufficiente per porre diagnosi di Fenomeno di Raynaud (FR). Studi recenti hanno riportato un'elevata frequenza del FR in pazienti con sindrome fibromialgica (FM) ma i dati disponibili sui riscontri videocapillaroscopici in questa patologia sono ancora esigui. Scopo del nostro studio è stato studiare, con la videocapillaroscopia, il microcircolo di pazienti affetti da FM alla ricerca di eventuali pattern patologici.

Materiali e Metodi. Sono stati arruolati 23 pazienti (21 F e 2 M), con età media di 46 anni (range 19-61), affetti da FM che presentavano anche manifestazioni di FR. La diagnosi di FM era basata sulla presenza di sindrome dolorosa diffusa con positività di almeno 11/18 dei "tender points" individuati dai criteri ACR del 1990 (e successive modifiche del 2010 e 2013) ed esclusione di altre patologie in diagnosi differenziale. Il gruppo di controllo era costituito da 20 soggetti (16 F e 4 M) con età media di 42 anni (range 21-44 anni), con evidenza di FR primario. Per la valutazione del microcircolo è stata adoperata una strumentazione Videocap 3, dotata di sonda ottica a contatto con ingrandimento 200x e di un software per l'analisi delle immagini della DS Medica di Milano.

Risultati. In nessuno dei pazienti con FM la VCP ha mostrato un quadro videocapillaroscopico compatibile con gli "Scleroderma Spectrum Disorders". In 8 pz (34.8%) è stato riscontrato un quadro normale; negli altri 15 pz (65.2%) erano presenti "alterazioni aspecifiche" del microcircolo, rappresentate principalmente da ectasie delle anse capillari. Non si sono osservate differenze significative tra i due gruppi studiati (FM versus Controlli).

Conclusioni. I risultati del nostro studio dimostrano, in accordo con i pochi dati presenti in letteratura, che nei pazienti affetti da FM non sono presenti alla VCP significative alterazioni del microcircolo. Queste evidenze rappresenterebbero un'ulteriore conferma degli aspetti prevalentemente funzionali della FM.

Efficacia di Belimumab in pazienti affetti da lupus eritematoso sistemico: strategia di dose-sparing steroideo valutata a due anni

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

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

Premesse. Nel Lupus eritematoso sistemico (LES) le linee guida più recenti raccomandano il trattamento con antimalarici, FANS e steroidi a cui bisogna aggiungere nelle forme gravi e con coinvolgimento multiorgano una terapia immunosoppressiva. Il Belimumab, un anticorpo monoclonale che inibisce la sopravvivenza delle cellule B e ne riduce la differenziazione in plasmacellule producenti anticorpi, è l'unico farmaco biologico approvato per il trattamento di pazienti affetti da LES senza una nefrite lupica attiva e/o un coinvolgimento del sistema nervoso centrale. Esso viene aggiunto in caso di inefficacia della terapia in atto e/o come potenziale arma di dose-sparing steroideo.

Materiali e Metodi. All'unità semplice di Reumatologia della III Medicina dell'AORN Cardarelli sono in attuale terapia con Belimumab 14 pazienti affetti da LES. Al baseline il 100% dei pazienti era in terapia steroidea e di questi il 78.5% (11 pz) assumeva una dose >7.5 mg/die di prednisone equivalente. Abbiamo voluto valutare la percentuale dei pazienti in trattamento steroideo dopo 6 mesi, 12 mesi, 18 mesi e 24 mesi dall'inizio della terapia con Belimumab e valutare la percentuale dei pazienti che assumevamo una dose di steroide >7.5 mg/dl.

Risultati. A 6 mesi 12 pazienti (85.7%) continuavano ad assumere steroide (5 di essi -41,6%- ancora ad un dosaggio >7.5 mg/die. A 12 mesi i pazienti ancora in terapia steroidea erano 8 (57.4%); di questi, 4 pazienti con dosi >7.5 mg/die. A 18 mesi 7 pazienti (50%) erano ancora in trattamento steroideo e di questi 4 (57.4%) a un dosaggio >7.5 mg/die. A 24 mesi persistevano 7 pazienti (50%) in trattamento steroideo ma di questi solo 3 (42.85%) a un dosaggio >7.5 mg/die.

Conclusioni. A causa dei flares, dell'impegno multiorgano e della resistenza alla terapia immunosoppressiva i pazienti affetti da LES assumono steroidi a dosi medio-alte e per periodi anche lunghi con conseguenti notevoli effetti secondari. L'uso di Belimumab nella nostra esperienza ha permesso di ridurre progressivamente la dose dello steroide (in una buona percentuale di casi anche a sospenderlo) con riduzione degli effetti collaterali a breve e lungo termine legati allo steroide e conseguente miglioramento della qualità di vita. Il dato riportato conferma, seppure indirettamente, l'efficacia di Belimumab nella terapia dei pazienti affetti da LES.

Conclusioni. A causa dei flares, dell'impegno multiorgano e della resistenza alla terapia immunosoppressiva i pazienti affetti da LES assumono steroidi a dosi medio-alte e per periodi anche lunghi con conseguenti notevoli effetti secondari. L'uso di Belimumab nella nostra esperienza ha permesso di ridurre progressivamente la dose dello steroide (in una buona percentuale di casi anche a sospenderlo) con riduzione degli effetti collaterali a breve e lungo termine legati allo steroide e conseguente miglioramento della qualità di vita. Il dato riportato conferma, seppure indirettamente, l'efficacia di Belimumab nella terapia dei pazienti affetti da LES.

Un caso di ipotiroidismo ingravescente trattato con Levotiroxina in softgel, in paziente sottoposto a terapia con nivolumab per K polmonare non a piccole cellule

Peirce C¹, Maffettone A¹, Maiolica O¹, d'Errico T², Italiano G³, Rinaldi M⁴, Di Fraia S¹

¹UOC Medicina Cardiovascolare e Dismetabolica, AO Specialistica dei Colli, Napoli; ²UOC Medicina, Ospedale SMDP degli Incurabili, ASL NA 1 Centro, Napoli; ³UOC Medicina, AORN S. Anna e S. Sebastiano, Caserta; ⁴Ex UOD Metabolica, AO Specialistica dei Colli, Napoli, Italy

Premesse. Il nivolumab è un anticorpo monoclonale che si lega a recettori presenti sulle cellule tumorali (anti PD-L1) o della cellula immunitaria (anti PD-1). E' utilizzato come terapia di seconda linea nel carcinoma polmonare non a piccole cellule localmente avanzato o metastatico, dopo una precedente chemioterapia negli adulti. Gli anticorpi monoclonali sono sostanze sintetiche che distruggono alcuni tipi di cellule tumorali, limitando il danno per le cellule sane. La loro funzione è quella di riconoscere determinate proteine (recettori) presenti sulla superficie di alcune cellule tumorali. Quando l'anticorpo monoclonale riconosce la presenza del recettore sulla superficie della cellula tumorale, si aggancia, stimolando il sistema immunitario ad aggredire le cellule neoplastiche e può anche indurre queste ultime ad autodistruggersi, oppure blocca il recettore impedendogli di legarsi ad una proteina diversa che stimola la crescita delle cellule neoplastiche. Di conseguenza, le cellule tumorali non sono più in grado di crescere e di replicarsi e non si possono formare nuovi vasi sanguigni che alimentano il tumore. In tal modo, il tumore regredisce o arresta la sua crescita. Tra gli effetti collaterali a

carico del sistema endocrino si riscontrano le tireopatie, che sono risultate le più frequenti, sia come ipofunzione che iperfunzione, l'insufficienza surrenalica, le ipofisiti, il diabete mellito e la chetoacidosi diabetica.

Descrizione del caso clinico. Ad un paziente di sesso M, di anni 70, veniva posta diagnosi istologica di carcinoma squamoso polmonare (pT3N1M1). Dopo il fallimento della chemioterapia, iniziava terapia con nivolumab. All'inizio, presentava normo funzione tiroidea con negatività anticorpale. Dopo tre mesi, si rilevava ipotiroidismo subclinico "mild" con valori del TSH di 9 mUI/mL in presenza di positività anticorpale (AbTPO e AbTg). Si iniziava, dunque, terapia con Levo tiroxina (LT4) in compresse al dosaggio di 1.6 mcg/Kg/die. Dopo 6 settimane dall'inizio della terapia, l'ipotiroidismo passava dalla forma subclinica a quella conclamata, con valori di TSH di 20 mUI/mL e bassi valori delle forme libere degli ormoni tiroidei. Si proponeva lo switch terapeutico alla formulazione liquida, ma a causa della scarsa palatabilità, il paziente la rifiutava. Si effettuava, quindi, uno switch alla formulazione in softgel e, dopo circa 2 mesi, si rilevava un buon compenso di funzione tiroidea anche se ad un dosaggio sovralfisiologico (1.9 mcg/Kg/die).

Conclusioni. Prima e durante immunoterapia con nivolumab, è importante monitorare la funzione tiroidea. In caso di ipotiroidismo, la terapia sostitutiva con LT4 va effettuata in accordo con le linee guida. In caso di scarsa risposta alla terapia convenzionale con le compresse, bisogna considerare la possibilità delle altre formulazioni di LT4 (formulazione liquida e formulazione in softgel).

Pielonefrite acuta da causa rara: descrizione di due casi clinici

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

Medicina Interna 1, AORN Antonio Cardarelli, Napoli

Introduzione. La pielonefrite è una patologia frequente, e rappresenta spesso motivo di ricovero nei reparti di Medicina Interna; l'eziologia è prevalentemente batterica, sviluppandosi come complicanza di infezione del tratto urinario ascendente.

Caso clinico 1. Giovane di 17 anni, già affetta da M. di Behcet, algodistrofia bilaterale delle ginocchia. In trattamento cronico con prednisone 5 mg/die, Azatioprina 50 mg/die. Giungeva in PS per febbre elevata da circa 5 gg accompagnata da ematuria e dolore al fianco sx. Agli esami di laboratorio evidenza di linfomonocitosi spiccata (LYN 70%-MON 6.98%) ipertransaminasemia ed aumento degli indici di flogosi. Procalcitonina negativa. In PS veniva sottoposta ad eco addome con riscontro di multiple aree ipodense più marcate al rene sx che deponavano per pielonefrite bilaterale. La paziente veniva quindi trasferita in reparto di Medicina dove veniva sottoposta ad urinocoltura, emocoltura e screening autoimmune. In considerazione del riscontro di linfadenopatie cervicali veniva successivamente sottoposta ad esami virologici (Toxoplasma, CMV, EBV) che documentavano positività IgM anti EBV VCA come da mononucleosi infettiva in fase acuta.

Caso clinico 2. Nello stesso periodo veniva ricoverata una giovane di 20 aa per febbre elevata, oliguria e dolore addominale. Anamnesi patologica negativa. Eseguiva in urgenza TC addome con evidenza di aspetto "striato" del nefrogramma compatibile

con pielonefrite bilaterale. Agli esami di laboratorio WBC 11.46 x 3/1 (NEU 79% LINF 13%). Severa insufficienza renale (Crea 6.19 mg/dl). Veniva richiesto lo screening autoimmune e sulla scorta dell'esperienza precedente venivano richiesti esami virologici. Nel frattempo veniva programmata l'esecuzione di una biopsia renale. I parametri di funzionalità renale nei giorni successivi erano in spontaneo miglioramento. A distanza di 3 giorni dal ricovero si evidenziavano elevati titoli anticorpali IgM e IgG anti VCA EBV indicativi di infezione in fase acuta. Si soprassedeva all'esecuzione della biopsia.

Conclusioni. L'interessamento renale in corso di Mononucleosi infettiva è un evento poco frequente ma descritto in letteratura. Probabilmente esistono substrati genetici favorevoli ad indurre questa rara complicanza.

Infezione da *Clostridium difficile* ovvero gli "incerti del mestiere"

Rinaldi M¹, Maffettone A², Peirce C², Maiolica O², Grimaldi M³, Tiberio C³, Atripaldi L³, Di Fraia S²

¹Ex UOD Metabolica, AO Specialistica dei Colli, Napoli; ²UOC Medicina ad Indirizzo Cardiovascolare e Dismetabolico, AO Specialistica dei Colli, Napoli; ³UOC Laboratorio di Biochimica Clinica, AO Specialistica dei Colli, Napoli, Italy

Premessa. L'allungamento dell'età media della popolazione comporta un aumento di degenze geriatriche nelle strutture di ricovero, soprattutto quelle di lungodegenza. Il caso clinico in oggetto si è verificato in una struttura di ricovero riabilitativa, nel reparto di ortopedia, in cui l'età dei ricoverati è superiore agli 80 anni e la degenza media è superiore ai 30 giorni.

Descrizione del caso clinico. Un internista ospedaliero in pensione accetta un'offerta di consulenza come "hospitalist" presso una struttura riabilitativa (RSA) della provincia in cui vive, specificamente nel reparto di Ortopedia. In anamnesi gli è stata posta diagnosi di diverticolosi del colon. Dopo circa 3 mesi di lavoro nella RSA, un pomeriggio, mentre si trova a casa, accusa un dolore sordo, di tipo spastico in ipogastrio e fossa iliaca dx con alvo chiuso a feci e gas per alcune ore; pensando alla diverticolite, inizia prontamente terapia ev con ceftriaxone e metronidazolo per 2 giorni, seguita, dopo la crisi dolorosa addominale e diarroica, dall'assunzione per 4 giorni di ciprofloxacina per os. Dopo circa sei giorni riprende una sintomatologia caratterizzata da diarrea acquosa irrefrenabile accompagnata da vomito e febbre. Viene ripristinata terapia venosa con ceftriaxone e metronidazolo seppur con modesti risultati clinici; il secondo giorno di terapia apprende che un paziente 92enne, ricoverato nella clinica dove lavora -dopo il trasferimento in PS di un ospedale vicino- è risultato affetto da Infezione da *Clostridium difficile*. Il "medico/paziente" effettua un test al DNA per ricerca tossine da *Clostridium difficile* su feci; il risultato è positivo. Egli intraprende, quindi, terapia con vancomicina per os (con rapido miglioramento della sintomatologia) per 2 settimane; il test su feci per *C.d.* si negativizza. Dopo circa un mese egli riprende il lavoro ma, dopo alcuni giorni, si ripresenta la sintomatologia diarroica; il test su feci per ricerca di *C.d.* risulta nuovamente positivo. Riprende, quindi, la terapia con vancomicina con dosaggi a scalare per 5 settimane. Il test si negativizza per due volte a distanza di 2 e 4 settimane dopo la fine della terapia.

Conclusioni. L'infezione da *CD* è tipicamente di origine nosocomiale e si manifesta con discreta frequenza anche con carattere epidemico. Attualmente riguarda tutte le strutture in cui si pratica assistenza sanitaria (es. reparti riabilitativi, lungodegenti, strutture per anziani). La trasmissione avviene esclusivamente per via oro-fecale, attraverso la contaminazione in ambiente ospedaliero di suppellettili, materassi e -per il personale- attraverso gli abiti o le mani, non seguendo rigorosamente le specifiche misure di prevenzione. Il rilievo di una diarrea prolungata in una struttura di lungo degenza per anziani, deve sempre essere indagato per presenza di *Clostridium difficile*. Le ricadute alla sospensione della terapia sono frequenti. Il test diagnostico deve essere accurato e ad alta sensibilità. Fondamentali sono le misure di prevenzione.

Test di valutazione dell'apprendimento *in vivo* durante il Convegno FADOI Campania: "Nutrizione e Medicina Interna: falsi miti e realtà nel terzo millennio"

Rinaldi M, Campanile A, Maffettone A, Bellafesta S, Fiorillo E, Piccolo G, Sabbatino F, Peirce C, Maiolica O, Di Fraia S

UOC Medicina Cardiovascolare e Dismetabolica, UOD Metabolica, AO Specialistica dei Colli, Napoli, Italy

Premessa e Scopo dello studio. Durante il Convegno FADOI "Nutrizione e Medicina Interna: Falsi Miti e Realtà nel terzo Millennio" tenutosi a Napoli il 18 dicembre 2018 si è scelto, in accordo con la società di catering, di offrire un menù in linea con la dieta Mediterranea a contenuto calorico limitato, in porzioni prestabilite, fornendo ai commensali la composizione delle pietanze nonché i quantitativi dei principi alimentari per porzione. In base ad un questionario distribuito, abbiamo effettuato una valutazione delle competenze nutrizionali dei partecipanti al Convegno.

Materiali e Metodi. Al convegno erano presenti medici, infermieri, farmacisti, dietisti e nutrizionisti: "addetti ai lavori". Di tutto il buffet abbiamo scelto 5 portate da valutare: 1) Minirustici 2) Cous Cous di verdure 3) Farro al pesto 4) Ricottina di pecora 5) Zuppa di ceci con crostini 6) Fettina di pastiera. La composizione delle pietanze con la relativa ricetta era esposta sulle varie portate e sulle pareti della sala. Il questionario era di cinque quesiti ed è stato distribuito all'inizio e raccolto alla fine del pasto ed elaborato in tempo reale (52 questionari validi) ed i risultati sono stati presentati e discussi in plenaria.

Risultati. Nei risultati del questionario il maggior gradimento (52,3%) è andato al farro con pesto, che rappresentava la portata più calorica. Degli altri 4 quesiti, di carattere più tecnico, la maggioranza dei partecipanti ha indicato 2 risposte esatte (maggior contenuto in grassi e più facile preparazione) e 2 sbagliate (cibo più calorico, cibo più adatto ai diabetici).

Conclusioni. Il test di valutazione inusuale, al di fuori dei classici schemi, ma di contenuto pratico e inerente gli argomenti trattati, è da ritenere valido nella metodica (la pietanza più gradita era anche quella più calorica) ed estremamente utile per suscitare vivo interesse nella discussione plenaria. Il buffet di tipo mediterraneo oltre che gradito, ha mostrato come nella vita reale sia possibile mangiare con gusto coniugando facilità di preparazione, contenuto calorico, e percentuale di macronutrienti (contenuto in carboidrati e grassi limitati) corretta.

Esecuzione del tampone nasale in paziente diabetici con ulcere infette a carico degli arti inferiori

Romano O¹, Giannettino R¹, Ippolito S¹, Muscariello R¹, Iula VD², Carcarino F¹, Nuzzo V¹

¹UOSD Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione, Ospedale del Mare, ASL NA1 Centro, Napoli; ²UOC di Patologia Clinica, Ospedale del Mare, ASL NA1 Centro, Napoli, Italy

Introduzione. La complicità più gravosa e complessa che può colpire il paziente diabetico nel corso della sua storia di malattia è la comparsa di un'ulcera a carico degli arti inferiori: essa peggiora la qualità di vita e può incrementare notevolmente il numero dei ricoveri ospedalieri ed in generale quello dei costi sanitari. Le infezioni a carico di queste lesioni possono aggravare ancor di più il quadro clinico, potendo variare nella loro complessità da infezioni superficiali (riguardanti cute e sottocute) sino a forme più severe interessanti i tessuti molli profondi e l'osso. L'agente etiologico più spesso coinvolto è lo *S. aureo*. Nel 15-30% dei casi l'agente responsabile è un MRSA, con una prognosi peggiore ed un allarmante incremento dei tassi di incidenza in molti paesi.

Obiettivi. Lo scopo dello studio è stato quello di valutare l'associazione tra infezione da *S.aureo* e la colonizzazione nasale quale eventuale fattore di rischio.

Metodi. Sono stati arruolati 33 pazienti nel bimestre luglio-agosto 2018, seguiti presso l'ambulatorio del "Piede Diabetico" afferente all'UOSD di Endocrinologia e malattie del Ricambio dell'Ospedale del Mare. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a prelievo mediante tampone nasale, e tra questi 13 pazienti su 33 anche a tampone profondo della lesione ulcerativa. I tamponi sono poi stati inviati alla microbiologia dello stesso Ospedale e sono stati analizzati per identificare e determinare sensibilità o resistenza agli antibiotici.

Risultati. Lo *S. aureo* è stato isolato da 7/13 ulcere (53.84%) e 6/13 (46.15%) tamponi nasali. Dei pazienti con ulcera positiva 4/7 (57.14%) avevano anche il tampone nasale positivo, rispetto a 2/6 (33%) con ulcera negativa. L'MRSA è stato isolato da 2 ulcere e 1 tampone nasale. Dei due pazienti con ulcera positiva da MRSA, un paziente aveva anche il tampone nasale positivo per MRSA.

Conclusioni. Al momento i dati raccolti sono esigui, considerando che lo studio è iniziato da poco tempo: nonostante questa premessa, sembra che la colonizzazione nasale da *S. aureo* MSSA in paziente diabetici possa essere un importante fattore di rischio per la comparsa di infezione di ulcera su piede diabetico. Per la colonizzazione da MRSA, i dati raccolti non sono ancora sufficienti per delineare una correlazione. Resta fermo, però, il concetto secondo il quale il paziente diabetico, soprattutto se affetto da neuropatia periferica a carico degli arti inferiori e/o ACO periferica andrebbe seguito periodicamente presso Centri Specializzati, al fine di eseguire una più precoce diagnosi ed un più adeguato trattamento in caso di lesione.

Una nuova formulazione nutraceutica a base di polifenoli di mela Annurca è efficace sulla *claudicatio intermittens* in pazienti con malattia delle arterie periferiche

Tenore GC¹, D'Avino M², Caruso G³, Acampora C⁴, Buonomo G⁵, Simone C⁵, Novellino E¹

¹Dipartimento di Farmacia, Università di Napoli, Federico II, Napoli;

²Dipartimento di Medicina Interna, AORN A. Cardarelli, Napoli;

³Dipartimento di Emergenza, AORN A. Cardarelli, Napoli; ⁴Dipartimento di Radiologia, AORN A. Cardarelli, Napoli; ⁵Coop. Samnium Medica, Benevento, Italy

Obiettivo. L'arteriopatia cronico-ostruttiva degli arti inferiori (AOP) è un processo aterosclerotico che coinvolge sia fattori di rischio modificabili che non modificabili. Studi di coorte prospettici mostrano che i pazienti con AOP hanno un rischio di morte sei volte più elevato di malattia cardiovascolare rispetto a quelli senza AOP. Clinicamente, la AOP può essere classificata in quattro stadi (secondo Leriche-Fontaine): stadio I, principalmente parestesia e estremità fredde; stadio II, manifesta claudicatio intermittente (IC) e significativa diminuzione dell'autonomia a camminare (WA); stadio III, dolore a riposo; stadio IV, ulcerazioni agli arti inferiori. Attualmente non esiste un trattamento efficace per AOP.

Metodi. Abbiamo arruolato in doppio cieco, controllato con placebo, 180 pazienti, di età compresa tra 35 e 75 anni, affetti da AOP stadio II e stadio III. I soggetti sono stati divisi casualmente in due gruppi. Un gruppo è stato sottoposto a 24 settimane di trattamento nutraceutico consistente nella somministrazione di quattro capsule di estratto polifenolico di mela Annurca (AMS)/die (un totale di 2000 mg di AMS). Al gruppo placebo sono state somministrate capsule apparentemente identiche contenenti solo maltodestrina. Le misure di outcome primario erano: WA (walking autonomy), Ankle Brachial Pressure Index (ABPI), Acceleration Time (AT). Le misure secondarie di outcome erano anomalie vascolari degli arti inferiori, come parestesia, arti freddi e lesioni trofiche.

Risultati. Nel gruppo AMS, alla fine del periodo di trattamento, la WA è aumentata in media del 69% ($P < 0,05$), mentre sono stati registrati effetti più deboli per quanto riguarda ABPI (+25%; $P < 0,05$) e AT (-3,6%; $P < 0,05$), rispetto al basale. Inoltre, su 36 soggetti che lamentavano parestesia con basso grado di gravità, 26 soggetti hanno dichiarato la completa scomparsa dei sintomi. Il gruppo placebo non ha rivelato differenze significative per quanto riguarda le variazioni di tutte le misure di outcome ($P < 0,05$).

Conclusioni. I nostri risultati preliminari possono indicare il prodotto di AMS come uno strumento promettente naturale e sicuro per un nuovo approccio al trattamento dei sintomi correlati alle malattie arteriose periferiche.

Un nuovo alimento funzionale lattofermentato di mela Annurca è efficace sui livelli plasmatici di colesterolo e trimetilammina-N-ossido

Tenore GC¹, D'Avino M², Caruso G³, Buonomo G⁴, Bocchino B⁴, Novellino E¹

¹Dipartimento di Farmacia, Università di Napoli, Federico II, Napoli;

²Dipartimento di Medicina Interna, AORN A. Cardarelli, Napoli;

³Dipartimento di Emergenza, AORN A. Cardarelli, Napoli;

⁴Coop. Samnium Medica, Benevento, Italy

Scopo. Studi epidemiologici dimostrano che il consumo alimentare di alimenti contenenti polifenoli può comportare una riduzione del rischio di sviluppo di alcune malattie croniche legate allo stile di vita, come le malattie cardiovascolari e il cancro del colon-retto. Ciononostante, le interazioni tra polifenoli e fibre pos-

sono influenzare la bioaccessibilità intestinale di questi composti, influenzando così la loro capacità di raggiungere la circolazione sistemica ed esercitare effetti protettivi a livello cardiovascolare. A questo proposito, i cibi fermentati sono oggetto di un rinnovato interesse nei paesi occidentali. Nello specifico, è stato riportato che la fermentazione lattica può migliorare la bioaccessibilità intestinale dei polifenoli in frutta e verdura attraverso l'idrolisi di esteri con componenti polimerici in fibra.

Metodi. Lo studio era randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, della durata di 16 settimane per valutare un nuovo alimento funzionale lattofermentato (IfAAP), con alti livelli di polifenoli bioaccessibili, per i suoi potenziali effetti sul profilo lipidico plasmatico e trimetilammina-N-ossido (TMAO) livelli, in soggetti sani. Sono stati somministrati a 26 individui giornalmente, per 8 settimane, 125 g di IfAAP, consistente in purea di mela Annurca lattofermentata. Gli endpoint primari misurati erano variazioni del livello plasmatico di TC, HDL-C, LDL-C, glucosio, TG e TMAO. Gli endpoint secondari erano la composizione microbica di tamponi fecali e parametri raccolti durante le visite cliniche, come la pressione sanguigna, la frequenza cardiaca, e valutazione del BM.

Risultati. I dati hanno mostrato le seguenti variazioni sieriche medie più significative: colesterolo lipoproteico ad alta densità (HDL-C), +61,8% ($p=0,0095$); Livelli di TMAO, -63,1% ($P=0,0042$). Per quanto riguarda le misure di outcome secondario, IfAAP ha rivelato un aumento significativo dei ceppi intestinali di Bifidobacterium e Lactobacillus (rispettivamente 3,5 e 2 volte) rispetto al placebo.

Conclusioni. Il presente studio suggerirebbe IfAAP come un alimento funzionale efficace per un controllo sano dei livelli plasmatici di HDL-C e TMAO, con rilevanza clinica nella prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari.

Su di un raro caso di loxoscelismo

Tibullo L, Di Monda G, Ferrara L, Muscherà R, Ronga I, Uomo G

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

Premessa. *Loxosceles rufescens* è un ragno appartenente alla famiglia dei sicaridi, conosciuto anche come "ragno violino" per la presenza di una macchia sul prosoma che ricorda la sagoma di un violino. L'aracnide è abbastanza diffuso anche in Italia e può mordere l'uomo iniettando nella cute una citotossina capace di dare edema, ulcere necrotiche anche estese la cui guarigione può richiedere anche mesi, sintomi sistemici quali cefalea, febbre, malessere generale.

Caso clinico. Paziente di sesso femminile, di 30 anni, giunta in PS per comparsa di una lesione ulcerativa con secrezioni purulente a livello della caviglia destra. Due giorni prima era stata morsa nella stessa sede, mentre era intenta nelle faccende domestiche, da un ragno da lei poi ucciso e fotografato (identificato come ragno violino). La paziente si presentava febbricitante con intenso dolore locale e rapida evoluzione necrotizzante con progressione della lesione fino al ginocchio omolaterale ed in contemporanea era presente un dolore retrosternale atipico. I dati di laboratorio mostravano leucocitosi neutrofila, aumento alfa2-glob, VES e PCR. Altri dati di laboratorio (anche un esteso work-up in senso infettivologico) e dati strumentali sostanzialmente negativi. La paziente veniva trattata

con amoxicillina e metronidazolo a dosaggio pieno (10 gg più decalage fino al 20° giorno) più cortisonici ed antiistaminici. La sintomatologia dolorosa locale e i sintomi sistemici miglioravano progressivamente fino a scomparire del tutto; la completa cicatrizzazione della lesione si è ottenuta a 7 settimane.

Conclusioni. Vi sono pochi casi simili al presente (loxoscellismo) descritti in Letteratura; tale patologia va conosciuta e prontamente trattata per le potenziali, serie, complicità sistemiche, in primis renali e coagulative, che sono associate a prognosi assai impegnativa.

Pericardite refrattaria ricorrente in corso di malattia di Erdheim-Chester: risposta all'antagonista recettoriale di IL-1 Anakinra

Tibullo L, Di Monda G, Muscherà R, Romano C, Gallucci F, Uomo G

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

Premessa. L'istiocitosi tipo Erdheim-Chester (ECD) o istiocitosi a cellule non-Langerhans è una malattia rara, ad etiologia sconosciuta, caratterizzata da impegno multiorgano con interessamento dello scheletro associato a dolore osseo, del sistema nervoso centrale (SNC) e/o dell'apparato cardiovascolare, esoftalmo, diabete insipido, e insufficienza renale di tipo ostruttivo. L'esordio avviene tra i 40 ed i 60 anni, colpisce maggiormente il sesso maschile (3:1).

Caso clinico. Paziente di 49 anni con precedente diagnosi di ECD, seguita già presso un Centro di riferimento, complicata da esoftalmo bilaterale, insufficienza renale cronica per associata idroureteronefrosi prevalente a destra (con stent ureterali bilaterali *in situ*), osteosclerosi, atassia cerebellare e versamento pericardico. Altre patologie in anamnesi ipertensione arteriosa ed ipotiroidismo. Nel 2017 riscontro strumentale di versamento pericardico circonfrenziale, che è stato trattato, oltre alla terapia di base con interferone, con cortisone, antinfiammatori non steroidei, colchicina e pericardiocentesi. Giunta alla nostra osservazione per dispnea da sforzi lievi e malessere generale. Durante il ricovero sono stati effettuati esami di laboratorio, ecocardiogramma ripetuti, ecografia addominale, RMN cardiaca, PET-TC scan. In considerazione della mancata risposta alla terapia tradizionale per la pericardite e per l'ingravescenza del versamento pericardico, abbiamo trattato la paziente con Anakinra (antagonista recettoriale di Interleuchina-1) 100 mg/die per via sottocutanea. Dopo due settimane si è ottenuta la riduzione del versamento (circa il 50%) con la normalizzazione dei parametri di flogosi (VES, PCR) e netto miglioramento della sintomatologia.

Conclusioni. Il nostro caso, in accordo con pochi altri casi segnalati in letteratura, nel trattamento delle pericarditi refrattarie alle terapie tradizionali in corso di ECD. Il farmaco possiede una rapida azione ed un buon profilo di sicurezza.

Profili di responsabilità medica e di valutazione clinico-epidemiologica in un caso di trasmissione tubercolare in ambito scolastico

Zangani P¹, Rinaldo G², Pellegrino C³, Di Resta M⁴, Cioffi V², Di Santo G²

¹Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Medicina Legale, Napoli; ²UOC. Medicina Interna, AO San Pio, PO, Sant'Agata de' Goti (BN); ³Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli; ⁴Casa di Cura Alma Mater - Villa Camaldoli, Napoli, Italy

Introduzione. Una minore frequentante la scuola dell'infanzia, in seguito al contatto con il bacillo tubercolare, ha manifestato una meningite tubercolare con gravi sequele permanenti. La fonte del contagio fu successivamente individuata in una operatrice scolastica del plesso frequentato dalla bambina. Il padre della minore ha sporto denuncia circa il mancato avviso in merito alla contagiosità della suddetta operatrice.

Descrizione del caso clinico. L'operatrice scolastica, nell'estate prima del contagio (luglio), presentava un complesso di dati clinico-anamnestici che potevano suggerire, a coloro che la ebbero in cura, due ipotesi diagnostiche: broncopolmonite complicata a decorso protratto oppure possibile tubercolosi nodulare del polmone. All'epoca i sanitari, in un primo momento, prescissero una Rx del torace, che si mostrò indicativa di broncopolmonite in fase di risoluzione. Il sospetto di TBC, pertanto, non trovava, all'esito di tale indagine, alcuno spazio. Pertanto i sanitari, forti delle indicazioni radiografiche, prescissero una terapia a base di antibiotici e steroidi che, per stessa ammissione dell'operatrice scolastica, apportarono un notevole miglioramento, senza remissione completa dei sintomi. In conseguenza di ciò venne effettuata una TC torace, anch'essa indicativa più di un processo broncopneumonico che di una TBC in atto. A gennaio dell'anno successivo, in seguito agli accertamenti mirati sulla TBC svolti sui bambini dell'asilo, la giovane donna viene sottoposta nuovamente ad un esame Rx di controllo e questa volta, guidati da un forte indice di sospetto, proprio a seguito della patologia tubercolare insorta nei piccoli, i medici pervennero alla diagnosi di TBC, non prima di averla sottoposta anche al test di Mantoux, risultato per l'appunto positivo. Immediatamente provvidero al trasferimento presso l'ospedale cittadino in regime di quarantena. I sanitari del nosocomio la sottoposero a diversi ed approfonditi accertamenti, con esiti spesso in contrasto. Tuttavia i sanitari concludevano per una diagnosi di TBC in atto con inizio di chemioterapia anti TB. In conclusione l'operatrice scolastica era affetta da TBC sin dal primo controllo in estate, ma il quadro clinico-radiografico di quel periodo era molto aspecifico. Si è giunti alla corretta diagnosi soltanto alcuni mesi dopo, attraverso una serie di ulteriori elementi, non solo clinici, che in quel preciso momento non erano presenti (ed in particolare il contagio dei bambini della scuola) che hanno indirizzato correttamente l'operato dei sanitari, creando l'adeguato sospetto, in modo da giungere alla diagnosi esatta.

Conclusioni. È importante notare che, ferma restando la necessità di valutare la correttezza della condotta professionale con criteriologia ex-ante, cioè tenendo conto del momento storico in cui il medico e/o gli altri operatori hanno prestato la loro assistenza o hanno compiuto le loro scelte, nel caso specifico lo studio epidemiologico effettuato costituì la base per il corretto inquadramento diagnostico del caso e che tale indagine, molto spesso trascurata, può supplire alla difficoltà che il singolo caso clinico può porre in ragione di una sintomatologia spesso blanda o non univoca per la patologia tubercolare.

Valutazione dell'attività medica in un caso di tubercolosi in soggetto detenuto

Zangani P¹, Rinaldo G², Pellegrino C³, Di Resta M⁴, Di Santo F², Di Santo G²

¹Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Medicina Legale, Napoli; ²UOC Medicina Interna, AO San Pio, PO Sant'Agata de' Goti (BN); ³Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli; ⁴Casa di Cura Alma Mater, Villa Camaldoli, Napoli, Italy

Introduzione. Si analizza la valutazione delle terapie prestate e la tempestività del trasferimento presso strutture maggiormente idonee alle cure del detenuto, e ciò al fine di valutare se eventuali condotte imperite ne abbiano determinato un aggravamento delle condizioni di salute ed un rischio per altri detenuti e per gli operatori carcerari.

Descrizione del caso clinico. Un giovane detenuto extracomunitario venne sottoposto ad una serie continua di consulenze specialistiche psichiatriche con indicazione a terapie con farmaci neurolettici, antipsicotici, sedativi e con la preoccupazione di prevenire atteggiamenti autolesionistici. Tuttavia, lo stesso non fu sottoposto, come da prassi consolidata, ad alcun rilievo clinico internistico atto a valutare il suo stato di salute organico. Il primo approccio internistico è rilevabile solo dopo 18 giorni dall'ingresso presso la Casa Circondariale per l'insorgenza ed il perdurare di sintomatologia algica agli arti inferiori, con difficoltà alla deambulazione, per cui venivano prescritti ed effettuati esami di laboratorio ed esami radiologici e si somministrava terapia antinfiammatoria. Tuttavia, solo dopo altri 22 giorni, i sanitari del penitenziario hanno provveduto al trasferimento presso il Reparto Detentivo dell'Ospedale pubblico locale, dal quale il giorno successivo, per un evidente stato settico legato ad una raccolta asessuale della coscia sinistra, veniva trasferito per competenza al Reparto Detentivo del Nosocomio specialistico in Malattie Infettive. Il detenuto-paziente, sottoposto alle indagini del caso, venne riconosciuto affetto da Tubercolosi pluridistrettuale, con formazione di ascesso saccato della coscia sinistra da Stafilococco, poliadenopatia diffusa, anomalie del comportamento. Il trattamento con terapia antibiotica specifica e l'adeguato counseling psicologico con l'aiuto di mediatori culturali e linguistici, ha consentito lentamente al paziente di ristabilirsi, tanto che, dopo 60 giorni veniva dimesso e nuovamente associato presso la Casa Circondariale, ove riprendeva la sua routine sanitaria, costituita soprattutto da consulenza psichiatriche. I controlli nei mesi successivi alla dimissione, presso il medesimo ospedale, mostrava ulteriori segni di miglioramento e di regressione della malattia. I ripetuti esami dell'espettorato, tutti negativi per la ricerca del bacillo della Tubercolosi, hanno dimostrato che il detenuto era affetto da una forma di TBC non cavitaria e pertanto non contagiosa per la popolazione carceraria e per gli altri "addetti ai lavori" operanti nella medesima struttura.

Conclusioni. I medici della Casa Circondariale, nel caso di specie, si sono limitati a valutare solo la componente psichiatrica senza effettuare, come da prassi, alcun rilievo internistico. La condotta omissiva dei medici della Casa Circondariale ha causato un ritardo diagnostico che non ha comportato differenze nella procedura diagnostico/terapeu-

tica rispetto ad una eventuale diagnosi più precoce e che, come si desume dall'esame della documentazione medica, non vi è stato un effettivo e concreto pericolo di vita per il paziente, durante il decorso della malattia tubercolare determinandosi, comunque, un prolungamento della durata della malattia. Il presente contributo ribadisce la necessità di un approccio multidisciplinare, clinico e laboratoristico, anche nei casi in cui difficoltà linguistiche e legate all'ambiente di detenzione possono ostacolare la corretta impostazione del caso.

Profili di responsabilità medica in un caso di apparente morte improvvisa di un detenuto per complicanze emorragiche

Zangani P¹, Rinaldo G², Pellegrino C³, Di Resta M⁴, Ciaramella B², Di Santo G²

¹Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Medicina Legale, Napoli; ²UOC Medicina Interna, AO San Pio, PO Sant'Agata de' Goti (BN); ³Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli; ⁴Casa di Cura Alma Mater, Villa Camaldoli, Napoli, Italy

Introduzione. Un uomo veniva ricoverato presso un Ospedale cittadino a causa di una ferita da arma da fuoco al torace, riportata a seguito di uno scontro a fuoco con le Forze dell'Ordine. Veniva dimesso dopo 4 giorni con la diagnosi di "Ferita da arma da fuoco con foro di entrata in regione sopraclaveare destra e foro di uscita in regione toracica posteriore. Emopneumotorace a destra (drenaggio pleurico)" e trasferito in isolamento presso la locale Casa Circondariale. Dopo circa 12 giorni in isolamento, il detenuto accusava un grave malore, per cui veniva trasportato d'urgenza presso altro ospedale cittadino, ove purtroppo giungeva cadavere.

Descrizione del caso clinico. La causa della morte, anche sulla base dell'esame autoptico, dove non fu possibile individuare quale fosse il vaso la cui lesione aveva provocato l'emorragia, deponeva chiaramente che non si trattasse certamente un grosso vaso, che altrimenti sarebbe stato del tutto agevole reperire. Pertanto, doveva trattarsi del sanguinamento di un piccolo vaso del circolo polmonare, lento e progressivo, cioè uno "stillicidio", e questo escludeva che vi fosse stato un sanguinamento massivo ed improvviso. A conferma di questa ipotesi e sua conseguenza, è il reperimento, nel corso dell'autopsia, nella cavità toracica destra del cadavere, di sangue coagulato in grande quantità. Il sanguinamento lento e progressivo da alcuni giorni avrebbe dato la possibilità di raccogliere i reperti non soltanto sporadicamente, bensì costantemente, giorno per giorno. Invece, pur con la consapevolezza che si trattava di un paziente a rischio, con una recente ferita al torace, con lesione del polmone destro, e che al controllo Rx effettuato presso il carcere stesso si era evidenziato un piccolo versamento basale a destra, non solo non si ritenne opportuno e necessario seguire l'evoluzione di tale versamento, ma neppure ritenne opportuno procedere ai rilievi obiettivi più comuni e banali, quali il rilievo della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, della frequenza respiratoria, oltre all'effettuazione di semplicissime manovre semeiologiche quale

la palpazione, la percussione e l'auscultazione del torace. Tali rilievi, accompagnati da routinari esami integrativi, avrebbero senza dubbio consentito di cogliere il progressivo versamento ematico nella cavità toracica di destra, che come detto avveniva lentamente ma costantemente, e quindi di prendere gli adeguati provvedimenti.

Conclusioni. Nel caso di cui si discute, in una fase iniziale il decesso veniva considerato come una "morte improvvisa", lad-

dove uno stitlicidio cronico in alcuni pazienti può mimare nelle fasi tardive una patologia cardiovascolare acuta. Nonostante le difficoltà nel trattamento di un paziente in regime di detenzione in carcere, l'omissione del monitoraggio dei parametri vitali ed emocoagulativi ha determinato l'exitus, e da qui l'importanza fondamentale di attuare una corretta metodologia diagnostico-terapeutica anche nei casi in cui vi siano esigenze cautelari rilevanti.

Non-commercial use only

ABSTRACT BOOK - Indice dei nomi

- Acampora C 18
 Accardo C 15
 Accarino G 1, 14
 Ambrosca C 5, 6
 Antonelli G 9
 Aran L 3
 Asti A 1, 11, 12
 Atripaldi L 17
 Badolati E 14
 Barone MS 2
 Bellafesta S 18
 Benincasa A 4
 Bocchino B 19
 Bologna C 3
 Boni R 2
 Borriello E 9, 14
 Bruschini M 14
 Buono R 8, 15, 16
 Buonomo G 18, 19
 Calvanese R 1, 11, 12
 Campanile A 18
 Candido C 11
 Cannavale A 17
 Capasso F 2
 Carcarino F 1, 14, 18
 Carnovale A 8, 9
 Cartolano G 15
 Caruso G 11, 12, 18, 19
 Ciaburri F 2
 Ciamarella B 21
 Cioffi V 20
 Concilio MD 4
 Coppola MG 3
 Coretti F 1, 14
 Coronella C 2, 17
 Costume A 5
 Cuomo V 5, 7
 D'Agostino MA 4
 D'Ambrosio D 4
 D'Antò M 5
 D'Avino M 2, 18, 19
 d'Errico T 5, 6, 10, 16
 Damiano S 3
 De Donato MT 6, 7
 De Felice G 15
 De Giorgi F 1, 11, 12
 De Luca C 3
 De Vecchi RM 7
 Di Donato R 14
 Di Fraia S 16, 17, 18
 Di Monda G 14, 15, 19, 20
 Di Resta M 12, 13, 20, 21
 Di Ruocco L 14
 Di Santo A 13
 Di Santo D 12
 Di Santo F 21
 Di Santo G 12, 13, 20, 21
 Di Santo P 13
 Di Sirio S 15
 Dorato M 7
 Esposito G 1, 11, 12
 Esposito MG 9
 Falivena R 15
 Farinaro V 11
 Ferrara L 8, 14, 15, 19
 Ferravante BA 2
 Fico F 2
 Fiorillo E 18
 Fittipaldi R 15
 Gallucci F 8, 9, 14, 15, 16, 20
 Gallucci S 9
 Gargiulo A 10
 Giannattasio R 14
 Giannettino R 1, 14, 18
 Giovine S 4
 Grasso E 3
 Grieco F 15
 Grimaldi M 17
 Gualdieri L 12
 Helzel V 11
 Iannuzzi R 17
 Iavarone A 1, 14
 Idone M 11
 Ievoli F 4
 Illiano L 12
 Ippolito S 1, 9, 14, 18
 Italiano G 5, 6, 10, 16
 Iula VD 18
 Kola N 11
 Laccetti M 17
 Landolfi L 7
 Langella V 1, 11, 12
 Lombardi A 1, 14
 Lugarà M 3
 Luongo R 15
 Madonna P 3
 Maffettone A 5, 6, 10, 16, 17, 18
 Maggio E 11
 Maiolica O 16, 17, 18
 Malgieri G 12, 13
 Maresca G 1, 11, 12
 Marracino M 7
 Mastrobuoni C 8, 14, 15, 16
 Mazzella F 11, 12
 Meini G 7
 Milione S 11
 Muscariello R 1, 9, 14, 18
 Muscherà R 8, 9, 15, 19, 20
 Naddeo M 15
 Nocella P 15
 Nocerino E 9, 14
 Novellino E 18, 19
 Nuzzo V 1, 9, 14, 18
 Oliva G 3
 Parisi A 8, 15, 16
 Peirce C 16, 17, 18
 Pellegrino C 20, 21
 Petrillo A 4
 Piccolo G 18
 Poggiano MR 2, 17
 Ranaldo G 12, 13, 20, 21
 Ranucci RAN 5, 7
 Renis M 6, 7
 Rinaldi M 16, 17, 18
 Romano C 8, 15, 16, 20
 Romano O 1, 9, 14, 18
 Ronga I 19
 Ruggiero R 14
 Russo E 1, 11, 12
 Russo R 8, 16
 Sabbatino F 18
 Sassone C 11, 12
 Scarfiglieri S 2
 Senese A 11
 Sepe C 1, 14
 Sica A 15
 Simone C 18
 Sirica E 9
 Spiezia S 9
 Spinosa T 14
 Tascini C 12
 Tassinario S 5, 6
 Tenore GC 18, 19
 Tiberio C 17
 Tibullo L 8, 14, 19, 20
 Tirelli P 3
 Tripodi FS 14
 Uomo G 8, 14, 15, 16, 19, 20
 Valentino U 8, 9, 14, 15
 Vargas G 4
 Varriale M 5, 6
 Vatiere V 4
 Visconti M 5, 6
 Zampa G 2
 Zangani P 20, 21

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

REFERENCES

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

- i) more than three authors, cite 3 authors, et al. If the paper has only 4 authors, cite all authors;
- ii) title style: sentence case; please use a capital letter only for the first word of the title;

- iii) journal titles mentioned in the References list should be abbreviated according to the following websites:
 - a. ISI Journal Abbreviations Index (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/>);
 - b. Biological Journals and Abbreviations (<http://home.ncifcrf.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>), 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 2019.

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