

EDITOR IN CHIEF

Roberto Nardi

CO-EDITORS

Giorgio Ballardini Osp. Infermi, Rimini  
Giuseppe Chesi Osp. C. Magati, Scandiano (RE)  
Giovanni Gulli Osp. Magg. SS. Annunziata, Savigliano (CN)  
Giovanni Scanelli AO Univ. Ferrara

EMERITUS EDITORS

Vito Cagli Univ. La Sapienza, Roma  
Sandro Fontana Libero Professionista, Biella  
Italo Portioli Osp. S. Maria Nuova, Reggio Emilia

EDITORIAL BOARD

Giancarlo Agnelli Univ. di Perugia  
Franco Berti AO San Camillo, Roma  
Mauro Campanini AO Maggiore della Carità, Novara  
Massimo Campieri Policlinico Sant'Orsola Malpighi, Bologna  
Mario Cottone AO Vincenzo Cervello, Palermo  
Domenico Cucinotta Univ. di Bologna  
Pier Paolo Di Micco Osp. Fatebenefratelli, Napoli  
Salvatore Di Rosa Villa Sofia di Palermo  
Leonardo Fabbri Policlinico di Modena  
Andrea Fontanella Osp. Buonconsiglio Fatebenefratelli, Napoli  
  
Gianfranco Gensini Univ. di Firenze  
Gualberto Gussoni Centro Studi FADOI, Milano  
Ido Iori Osp. Santa Maria Nuova, Reggio Emilia  
Giancarlo Landini Osp. Santa Maria Nuova, Firenze  
Dario Manfellotto Osp. Fatebenefratelli, Roma  
Pietro Marino Osp. Fatebenefratelli, Milano  
Antonino Mazzone Osp. Civile di Legnano (MI)  
Giovanni Mathieu Osp. Agnelli di Pinerolo (TO)  
Carlo Nozzoli AOU Careggi, Firenze  
Stefano Pallanti Ist. di Neuroscienze, Firenze  
Domenico Panuccio Osp. Maggiore di Bologna  
Claudio Puoti Osp. Civile di Marino, Roma  
Giuseppe Remuzzi Osp. Riuniti di Bergamo  
Walter Ricciardi Univ. Cattolica, Roma  
Carlo Salvarani Osp. Santa Maria Nuova, Reggio Emilia  
Filippo Salvati Osp. Maria SS Immacolata, Chieti  
Generoso Uomo Osp. Cardarelli di Napoli  
Maurizio Ventrucci Osp. di Bentivoglio, Bologna  
Paolo Verdecchia Osp. R. Silvestrini, Perugia  
Giorgio Vescovo Osp. San Bortolo, Vicenza  
Claudio Vitali Osp. Villamarina, Piombino (LI)

YOUNG EDITORS

Dimitriy Arioli Osp. Santa Maria Nuova, Reggio Emilia  
Francesco Corradi AOU Careggi, Firenze  
Pierpaolo Di Micco Osp. Buonconsiglio Fatebenefratelli, Napoli  
  
Sirio Fiorino Osp. di Budrio, Bologna  
Micaela La Regina Osp. Sant'Andrea, La Spezia  
Adolfo Iacopino Osp. Casa di Cura Carmona, Messina  
Maicol Onesta ASUR delle Marche, Fabriano (AN)

INTERNATIONAL BOARD

Inder Anand Univ. of Minnesota Medical School, Minneapolis, USA  
Stefan D. Anker Campus Virchow-Klinikum, Berlin, D  
Edgardo Arena Syrian Lebanese Hospital Buenos Aires, AR  
I. Bourdel-Marchasson Clinique Centre Henri Choussat Hopital Xavier Arnoz, Bordeaux, F  
Vito M. Campese Keck School of Medicine of USC, Los Angeles, USA  
R. Cataldi Amatriain International College of Internal Medicine, Buenos Aires, AR  
Antonio Ceriello "Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona, E"  
Andrew Davenport Univ. College London Medical School, London, UK  
Ralph A. DeFronzo Univ. of Texas Health Science Center, San Antonio, USA  
Leonidas Duntas Athens Medical School, Athens, GR  
Ariel Estruch Univ. Abierta Interamericana, Buenos Aires, AR  
Samuel Z. Goldhaber Brigham and Women's Hospital, Boston, USA  
Ana Matilde IL Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires, AR  
Gene G Hunder Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, USA  
James R. Jett National Jewish Health, Denver, USA  
Dan Justo Tel-Aviv Medical Center, Tel Aviv, IL  
Anna Modelska Polish Academy of Sciences in Poznan, PL  
Manuel Monreal Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, E  
Marco Pahor Univ. of Florida, Gainesville, USA  
Piotr Ponikowski Clinical Military Hospital, Wrocław, PL  
Cornel C. Sieber Klinikum Nürnberg, Nürnberg, D  
Astrid Stuckelberger Univ. of Geneva, CH  
Bernardo Tanur ABC Medical Center, Santa Fe, MEX



# Italian Journal of Medicine

Organo Ufficiale della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti - FADOI

Direttore Responsabile e  
Amministratore Delegato:  
Emile Blomme

## EDITORIAL

Tel. 02 88184.249  
Fax 88184.302

**Publishing Director**  
Valeria Brancolini  
[v.brancolini@elsevier.com](mailto:v.brancolini@elsevier.com)

**Journals Publishing Manager**  
Cristina Pelizon  
[c.pelizon@elsevier.com](mailto:c.pelizon@elsevier.com)

**Journals Publisher**  
Laura Fabri  
[l.fabri@elsevier.com](mailto:l.fabri@elsevier.com)

**Journal Administrator**  
Chiara Tutino  
Tel. 02 88184.249  
[c.tutino@elsevier.com](mailto:c.tutino@elsevier.com)

## PRODUCTION

Tel. 02 88184.332  
Fax 02 88184.342

**Operations Director**  
Antonio Boezio  
[a.boezio@elsevier.com](mailto:a.boezio@elsevier.com)

**Journals Team Manager**  
Lidia Adami  
[l.adami@elsevier.com](mailto:l.adami@elsevier.com)

**Journal Manager**  
Paola Farina  
[p.farina@elsevier.com](mailto:p.farina@elsevier.com)

## PHARMA & HEALTH INDUSTRIES ADV

Tel. 02 88184.227  
Fax 02 88184.340

**Executive Sales Director**  
Claudio Moroni  
[c.moroni@elsevier.com](mailto:c.moroni@elsevier.com)

**Pharma Sales Director**  
Luca Cortese  
[l.cortese@elsevier.com](mailto:l.cortese@elsevier.com)

**ADV Specialist**  
Maurizio Balzanelli  
Tel. 02 88184255  
[m.balzanelli@elsevier.com](mailto:m.balzanelli@elsevier.com)

**Traffic & Sales Support Manager**  
Donatella Tardini  
[d.tardini@elsevier.com](mailto:d.tardini@elsevier.com)

**Traffic & Sales Support**  
Elena Rizzi  
[e.rizzi@elsevier.com](mailto:e.rizzi@elsevier.com)

## ABBONAMENTI

Tel. 02 88184.368/317  
Fax 02 88184.307

e-mail: [abbonamenti@elsevier.com](mailto:abbonamenti@elsevier.com)  
ccp 28406205  
Abbonamento annuale:  
76,00 euro (privati);  
188,00 euro (estero);  
44,00 euro (studenti)  
Prezzo a copia: 19,00euro

**Stampa**  
Legatoria Editoriale  
Giovanni Olivotto L.E.G.O. SpA  
v.le dell'Industria 2, 36100 Vicenza  
Finito di stampare nel mese  
di aprile 2011

© 2011 Elsevier Srl  
**Italian Journal of Medicine**  
Periodico trimestrale

Reg. Trib. Milano 272 del 2.5.2007  
Poste italiane SpA - Sped. in Abb.  
Post. DL 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004  
n. 46) art. 1 comma 1, DCB Milano - Taxe  
perçue

ASSOCIATO A:  
**A.N.E.S.**  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA  


*Tutti gli articoli pubblicati sull'Italian Journal of Medicine sono redatti sotto la responsabilità degli Autori. La pubblicazione o 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 D.Lgs. 196/03. I dati potranno essere comunicati a soggetti con i quali Elsevier intrattiene rapporti contrattuali necessari per l'invio delle copie della rivista.*

*Il titolare del trattamento dei dati è Elsevier Elsevier Srl, via Paleocapa 7, Milano, al quale il lettore si potrà rivolgere per chiedere l'aggiornamento, l'integrazione, la cancellazione e ogni altra operazione di cui all'art. 7 D. Lgs. 196/03.*



ELSEVIER Srl  
via P. Paleocapa 7 - 20121 Milano  
Tel. 02 88184.1 - Fax 02 88184.302  
<http://www.elsevier.it>  
<http://www.elsevierhealth.com>

## Società Scientifica FADOI

### Presidente Nazionale

Carlo Nozzoli

### Presidente Eletto

Mauro Campanini

### Past President

Antonino Mazzone

### Segretario

Domenico Panuccio

### Tesoriere

Dario Manfellotto

### Fondazione FADOI

#### Presidente

Antonino Mazzone

#### Direttore Scientifico

Gualberto Gussoni

#### Segretario

Francesco Cipollini

#### Consiglio di Amministrazione

##### Consiglieri:

Davide Croce, Francesco D'Amore, Salvatore Di Rosa, Sandro Fontana, Ranieri Guerra, Ido Iori, Giovanni Mathieu, Cecilia Politi

## Dipartimento per la Ricerca Clinica

### Centro Studi FADOI

#### Responsabile

Giorgio Vescovo

*Board:* Pierangelo Geppetti (Ordinario di Farmacologia, Università di Firenze); Antonio Pagnan (Ordinario di Medicina Interna, Università di Padova); Gianni Tognoni (Direttore Istituto Mario Negri Sud); Paolo Verdecchia (Direttore UO di Medicina Assisi, PG); Filippo Salvati (Direttore UO di Medicina Interna, Guardafiume, CH)

## Dipartimento per la Formazione

### Responsabile

Andrea Fontanella

*Board:* Marco Candela (Direttore UO Medicina Interna, Fabriano, AN); Fabrizio Colombo (Direttore UO Medicina Interna Ospedale Maggiore, Milano); Marco Grandi (Direttore UO Medicina Interna, Sassuolo, MO); Antonio Greco (Direttore UO Medicina Interna, Ospedale di Acquaviva delle Fonti, BA); Giancarlo Landini (Direttore UO Medicina Interna, Ospedale Santa Maria Nuova, Firenze); Generoso Uomo (Direttore UO Medicina Interna, Ospedale Cardarelli, Napoli); Giancarlo Tintori (UO Medicina Generale V, Ospedale di Pisa)

## Responsabile Rapporti Società Scientifiche e Istituzioni

Michele Stornello

## Responsabile Sistema Gestione Qualità

Franco Berti

## Responsabile rapporti con ANIMO

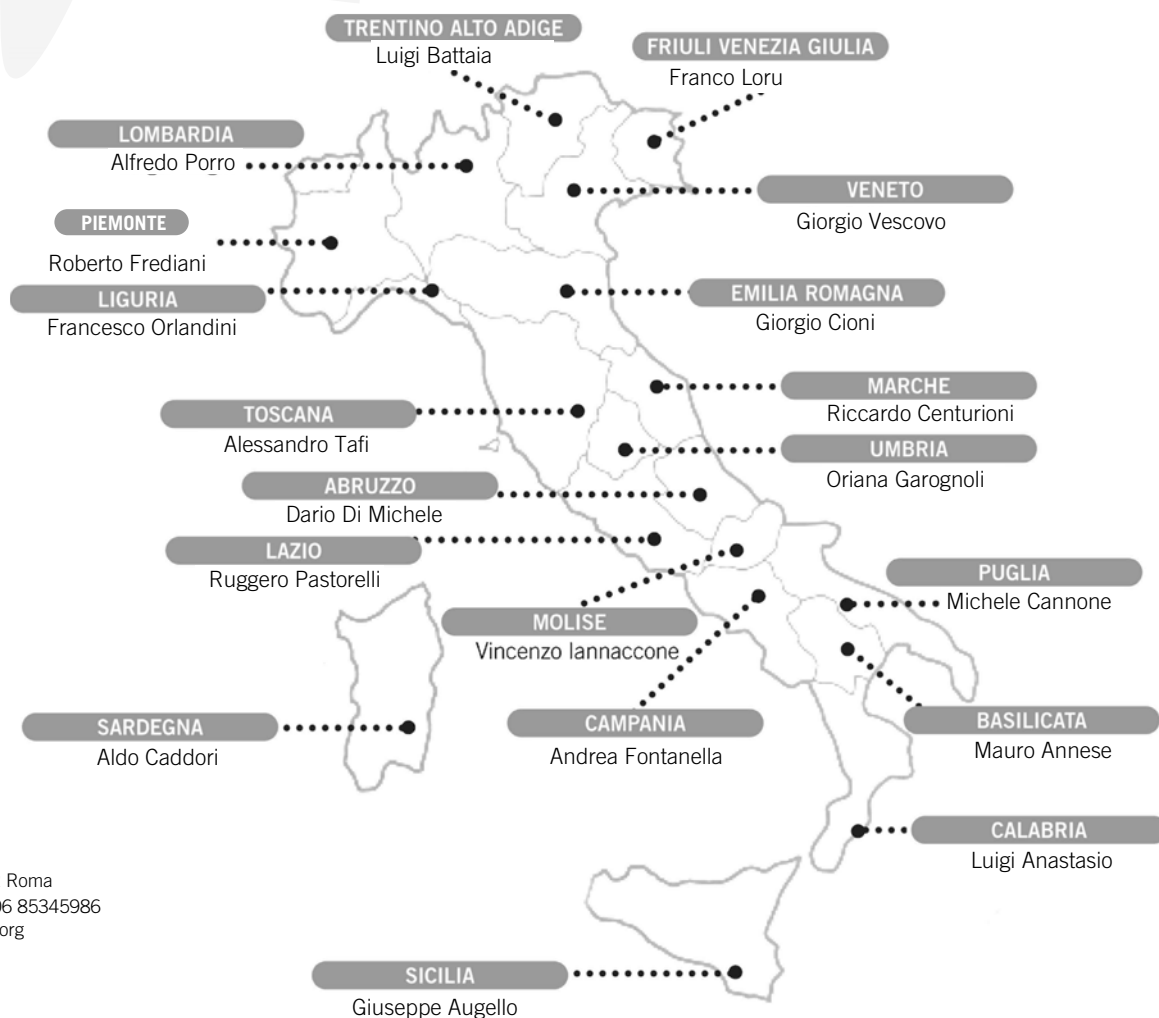
Massimo Errico

## Responsabile Sito

Davide Ghilardi

## Commissione Giovani Internisti

Micaela La Regina (Coordinatore)



### Segreteria

Via R. Lanciani 2, 00162 Roma  
Tel. 06 85355188, Fax 06 85345986  
e-mail: segreteria@fadoi.org

# Indice

## ABSTRACT

1-118

### PRESENTAZIONI ORALI

Gli abstract con presentazione orale sono contrassegnati nel testo con il simbolo 🗨️

- A.M. Agrati, G. Palmieri, F. Colombo, G. Ferraro  
**La variabilità pressoria, oggi: strumento indispensabile di valutazione del paziente iperteso** 2
- B. Alterini, S. Cartei, D. Ciervo, C. Pigozzi, P. Pantaleo, E. Fiaschi, S.P. Mallardo  
**The better you communicate, the better you care: how to ban the see-no-evil, hear-no-evil and speak-no-evil monkey trio from the staff** 3
- D. Arioli, F. Pileri, M.C. Leone, A.M. Casali, A.M. Pizzini, D. Viola, M. Silingardi  
**Drug-Induced Immune Thrombocytopenia secondary to Ceftazidime exposition** 4
- A. Artom, A. Bovero, A. Panarello, D. Mela, G. Calvo, F. Artom  
**A serious and unusual sepsis** 4
- A. Belvedere, A.C. Privitera, M. Mastronardi, M. Cappello, L. Grossi, A. Lauria, M. Principi, N. Della Valle, N. Buccianti, W. Fries  
**Long-term use of infliximab (Ifx) in Crohn's disease (CD). An efficacy and safety evaluation** 7
- R. Bonacci, M. La Regina, F. Corsini, A. Ceraudo, L. Scuoetri, F. Orlandini  
**SIADH is not a rare cause of hyponatremia in internal medicine: 4 cases** 10
- A. Capaldo, F. Sirico, G. Iolascon, M. D'avino, A. Ilardi, R. Gimigliano, D. Caruso  
**Impact of the comorbidities on the walking about in the frail elderly** 15
- W. Capeci, L. Falsetti, N. Tarquinio, A. Balloni, A. Gentile, G. Rinaldi, F. Pellegrini  
**Atrial fibrillation and low-normal TSH-value: is there a link?** 15
- P. Carfagna, P. Placanica, F. Fanfarillo, D. Pignata, P. Battisti, G. Cerqua  
**Evaluation of antimicrobial resistance of Escherichia coli isolated from blood of patients hospitalized in medical wards** 17
- V. Cimellaro, A. Cimellaro, V. Nesticò, M. Lucia, S. Mazzuca  
**CA broncogeno: ruolo delle comorbidità nel paziente anziano vs adulto** 21
- R. Cimino, S. Giancotti, C. Pintaudi, A. Cimellaro, S. Paravati, A. Vitaliano, S. Mazzuca  
**Successful combination therapy to manage digital ulcers (DU) in Systemic Sclerosis** 21
- F. Cipollini, C. Sacchetti, L. Fenoglio, G. Fabbri, S. Baldasseroni, G. Gussoni, G.A. Vescovo  
**Risk score and antithrombotic treatment in an unselected population with non-valvular atrial fibrillation: the ATA-AF survey** 22
- C. Cipriani, M. Sperandeo, A. Greco, G. Sperandeo, M. Piattelli, M. Villella, F. Terracciano, M. Maggi, I. De Sio, V. Carnevale, V. Ostilio Palmieri  
**Ultrasound artifacts in pleuropulmonary diseases: a useful diagnostic tool or errors in image? A multicenter study** 22
- G. Ciuti, E. Grifoni, A. Pavellini, R. Rovereto, L. Zanasi, D. Righi, A. Moggi Pignone, D. Prisco  
**In Medical inPatients incidence and prognosis of Asymptomatic distal deep vein Thrombosis. The IMPACT Study** 23
- M. Colzani, D. Amiens, P. Borghonovo, P. Novati, M.R. Petrozzino, L. Castelnovo  
**The Group Care as Therapeutic Educational Model: experience of a Metabolic Clinic** 24
- S. Corbi, C. Ancona, S. Beccaria, R. Caponetti, L. De Marchis Preite, S. Di Carlo, L. Mallardo, G. Reda, A. Fierro  
**Un caso di tireotossicosi da amiodarone trattato con plasmaferesi terapeutica** 24
- F. Corsini, R. Benedetti, R. Bonacci, P. Bonanni, M. La Regina, F. Orlandini  
**A diagnostic algorithm for the management of hyponatremic patients** 25
- S. Cozzio, D. Peterlana, D.M. Bonifati, C. Pederzoli, P. Dalri  
**Uno stroke "sospetto"** 26
- P. Crispino, P.L. Alò, M. Rivera, D. Colarusso, G. Minervini, B. Tripodi, A. Schiava, E. Corazziari, P. Paoluzi  
**Fatty acid synthase, KI67 and P53 esophageal mucosa expressions in Barrett's Oesophagus patients treated with two esomeprazole different regimens** 26
- M. Dalla Vestra, A. Saller, I. Barzon, G. Bittolo Bon, P. Fioretto  
**Relationships between diabetic glomerulopathy and retinopathy in type 2 diabetic patients** 27
- M.C. D'antonio, M. Guerra, C.H. Chen, A. Cavicchi, G. Bragagni  
**Rhabdomyolysis heralding of primary hyperaldosteronism** 27
- P. Davio, R. Santi, M. Desperati, F. Stornino  
**Utilizzo di un software per la prescrizione della tromboprofilassi venosa. Valutazione della modalità prescrittiva** 28

• S. De Carli, D. Berretti, M. De Carli, C. Vitale, G. Zuodar, S. Macor, A. Miceli, A. Bulfoni <b>Gastric outlet obstruction due to gallbladder distension: a variant of Bouveret's syndrome</b>	29
• P. De Cata, B. Pirali, R. Dionisio, V. Caramia, G. Poggi, R. Fonte, L. Chiovato <b>An unusual onset of chronic autoimmune pancreatitis: severe diabetes mellitus being improved by methylprednisone treatment</b>	29
• E. Delsignore, M.C. Bertonecchi, C. Pavanelli <b>Una patologia rara e subdola: Emoglobinuria parossistica notturna (PNH)</b>	31
• F. Dentali, D. Poli, U. Scoditti, M.N.D. Di Minno, V. De Stefano, S. Siragusa, M. Kostal, G. Palareti, M.T. Sartori, E. Grandone, M.C. Vedovati, W. Ageno <b>Clinical history of patients with cerebral vein thrombosis: results of a large multicenter international cohort study</b>	31
• P. Di Micco, A. Fontanella, A. Blanco-Molina, M. Monreal <b>Venous thromboembolism in pregnancy: data from RIETE</b>	32
• A. Falco, G. Cuonzo, A. Mancini <b>Bilateral thalamic infarcts due to occlusion of the artery of Percheron: a rare presentation of stroke</b>	36
• G. Ferraro, F. Colombo, G. Palmieri, A.M. Agrati <b>Blood pressure variability assessed by ABPM: how should we measure?</b>	38
• E. Foglia, D. Malnis, E. Porazzi, I. Stefani, L. Casartelli, G. Beghi, A. Mazzone, C. Dotti <b>Hospital and territory integrated care: story of a successful project</b>	40
• L. Fontanella, M. De Luca, G.G. Di Costanzo, S. Strudel, A. Fontanella, A. Ascione <b>Safety and efficacy of treatment with pegylated interferon-alpha plus ribavirin in the elderly with chronic hepatitis C</b>	41
• M. Galiè, E. Pistella, C. Santini <b>Bacteraemia in Internal Medicine: clinical and microbiological investigation</b>	43
• M. Gambacorta, A. Boccali, I. Bartolini, B. Biscottini <b>Crisi addisoniana "iatrogena"</b>	43
• A. Gatti, L. Roncoroni, M. Draisci, S. Marinoni, B. Brando, A. Assi, A. Mazzone <b>Sézary's syndrome with unusual CD7 positivity: a case report</b>	44
• S. Giordanetti, P. Carpano Maglioli, G. Bertinieri <b>Levofloxacin-associated relapsing hypoglycemia</b>	47
• M. Giorgi-Pierfranceschi, A. Tagliaferri, R. Quintavalla, D. Imberti, M. Arbasì, E. Montini, S. Orlando <b>Effectiveness of r-FVIIa and arterial embolization in abdominal wall haematoma in high responder severe haemophilia A: case report</b>	48
• M. Grazzini, A. Mancini, F. Pieralli, P. Pecile, F. Luise, V. Vannucchi, M. Zerini, C. Nozzoli <b>Infections with MDR A. baumannii and P. aeruginosa in the critically ill patient in internal medicine: markers or killers?</b>	50
• E. Greco, R. Greco <b>A meta-analysis on high heart rate as cardiovascular risk factor</b>	51
• F. Iacovetta, F. D' Uva, C. Del Buono, C. Mancini, A. Castrillo, G. De Bartolomeo, C. Politi <b>Statin damage or else?</b>	52
• M. Iannuzzo, D. Iannuzzo, A. Fontanella <b>Evaluation of trying discharge in hospital: the management of the process for efficient patient flow</b>	52
• A. Kafyeke, S. Giori, M. Lucci, I. Paglione, M. Onesta, M. Candela, A. Gabrielli, P. Fraticelli <b>A case of HES complicated by vasculitic manifestations refractory to treatment with steroids</b>	54
• S. La Carrubba, A. Puleo, G. Triolo, G. Nicolosi, C. Cicatello, R. Vernaci, D. Lucia, S. Abbate, G. Pumilia, S. Di Rosa <b>Prevalence and comorbidities of Chronic Atrial fibrillation in Internal Medicine Department</b>	54
• M. La Regina, D. Tirota, C. Bozzano, R. Bassu, M. Di Lillo, P. Gnerre, D. Montemurro, R. Re, G. Gussoni e tutti i membri della commissione giovani FADOI <b>Young Italian Internists: a preliminary photograph</b>	54
• F. Lari, F. Giostra, G. Bragagni, N. Di Battista <b>Boussignac CPAP for acute respiratory failure in community acquired pneumonia</b>	55
• S. Lenti, S. Pietrelli, M. Del Tongo <b>The impact of hypertensive crises on the emergency room in Arezzo</b>	56
• M.C. Leone, M. Silingardi, D. Arioli, A.M. Pizzini, A. Casali, D. Galimbert, D. Favali, A. Pilia, M. Brioni, P. Ugolotti, I. Iori <b>ASA resistance according to different platelet aggregation tests in the acute phase of ischemic stroke: a pilot study</b>	57
• M. Liguori, R. Iannuzzi, B. Pannone, M.C. Mayer <b>Micobacterium avium complex in Internal Medicine patients</b>	58
• E. Lotti, G. Landini <b>Caso clinico: Repetita iuvant!</b>	59
• E. Madrid, R. Buono, A. Carnovale, L. Ferrara, F. Gallucci, U. Valentino, G. Uomo <b>Legionella pneumophila pneumonia: an underestimated clinical event in Internal Medicine Hospital Units</b>	62
• S. Maestroni, D. Cumetti, S. Ghidoni, S. Scialfa, M. Bonelli, G. Alari, M. Imazio, A. Brucato <b>Prevalence of C-reactive protein elevation and time course of normalization in acute pericarditis: implication for diagnosis, prognosis and therapy</b>	62
• M. Mangia, M. Casati, A. Carobbio, R. Caldara, I. Morandi, M. Cattaneo, M. Senni, G. Pagani, S. Ghidoni, P. Tiraboschi, G. Galbiati, C. Capelli, L. Tomasoni, S. Cesa, A. Brucato <b>Tools to differentiate medium-high versus medium-low care intensity in an Internal Medicine unit</b>	64

- P. Mansueto, F. Adragna, G. Ambrosiano, A. D'alcamo, A.M. Patti, A. Seidita, G. Rini, S. Di Rosa, A. Carroccio  
**Improving diagnostic accuracy in Celiac Disease diagnosis: anti-endomysium antibody assay in culture medium of duodenal biopsies** 65
- C. Marrani, D. Bartoli, T. Zenjelaj, L. Betti, D. Mannini, R. Innocenti  
**I livelli sierici di cistatina C possono essere predittori di mortalità a lungo termine** 67
- L.S. Martin Martin, A. Ragno, A. Silvestri, D. Pierangeli, A.E. Catucci, U. Massafra, A. Migliore  
**Tocilizumab in Polimyalgia Rheumatica therapy. Preliminary results** 68
- M. Marvisi, L. Balzarini, C. Mancini, P. Mouzakiti  
**Clinical features of a new Hypersensitivity Pneumonitis: salami brusher's disease** 69
- L. Masotti, P. Pennati, S. Gori, A. Bellizzi, A. Mannucci, F.P. Scotto, E. Ubaldi, D. Gianhecchi, D. Cannistraro, C. Bini, A. Corchia, A. Pampana, G. Landini  
**Validation of the original Intracerebral Hemorrhage Score (oICHs) in an italian internal medicine ward** 69
- C. Mazzaro, G. Monti, A.L. Zignego, C. Ferri, S. De Vita, A. Gabrielli, G.S. Carniello, E. Mauro, F. Ingrassia, G. Ruocco, G. Pozzato  
**Treatment with pegylated interferon (PEG-IFN) alfa 2b plus ribavirin (RIBA) for hepatitis C virus-correlated cryoglobulinemia (HC)** 71
- R. Menichella, I. Serio, B. Stagni, L. Gramantieri, L. Bolondi  
**A late presentation of tertiary syphilis mimicking a metastatic lesion** 72
- A. Montagnani, O. Panichi, M. Alessandri  
**Biphosphonates effect on intima-media thickness (IMT) and lipid profile in osteoporotic patients** 76
- D. Montemurro, M. Negrello, A.C. Frigo, T. Cirillo, E. Picardi, C. Chiminazzo, D. El Mazloum, R. De Caro, M. Benato, D.L. Mariangela, A. Mazza  
**Indagine sulla conoscenza e l'insegnamento dei valori della professione medica nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia** 76
- N. Mumoli, T. Elisei, F. Ognissanti, S. Ianni  
**Purple urine-bag syndrome in a Medicine ward** 78
- R. Muscherà, M. D'avino, F. De Michele, G. Caruso, A. Iardi, A. Iannuzzi  
**The LV hypertrophy in people with Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS)** 78
- G. Nador, M. Draisci, S. Marinoni, P. Cozzi, C. Basilico, M. Valentini, A. Mazzone  
**ITP treatment with romiplostim: experience at our institution** 79
- D. Nespoli, M. Martinelli, G. Macrì, M. Mestriner, L. Godio, C. Marinone  
**Severe multifactorial thrombocytopenia** 79
- P. Novati, L. Castelnovo, F. Saccardo, G. Monti  
**Two atypical presentations of Giant Cell Arteritis (GCA)** 81
- I. Paglione, M. Bonifazi, M. Lucci, L. Manfredi, A. Kafyke, A. Gabrielli, P. Fraticelli  
**Use of Rituximab in refractory Wegener's Granulomatosis: report of six cases** 82
- M. Pellegrinotti, A. Franco, F. Nourbakhsh, R. Pastorelli  
**Fatal lactic acidosis in erlotinib-induced hepatitis** 84
- S. Peyrov, C. Mugelli, D. Bartoli, I. Miniati, V. Ciabrone, M. Romano  
**Pain evaluation in geriatric patients admitted to our Unit. Which is the most efficient scale? Preliminary data** 85
- S. Piacentini, R. Polimanti, B. Moscatelli, M.A. Re, D. Manfellotto, M. Fuciarelli  
**Glutathione S-Transferases and Asthma in a multicenter Italian field study** 85
- S. Piovesan, S. Gaiani, E. Zola, A. Piva, G. Baggio, D. Sacerdoti, A. Alberti  
**Liver stiffness correlates with ultrasound parameters of portal hypertension in chronic HCV-disease** 86
- S. Piras  
**Kidney damage from low-dose methotrexate in rheumatoid and psoriatic arthritis patients: open prospective study** 87
- F. Pomerio, C. Brignone, M. Mellano, E. Panero, M. Gagliasso, C. Serraino, C. Bracco, S. Severini, E. Castagna, A. Giraud, L. Fenoglio  
**Chronic pain in medical inpatients: an experience from a Medical Division** 88
- M. Puato, G. Balbi, M. Zanon, R. Ramonda, M. Zardo, E. Faggini, A. Lo Nigro, M. Rattazzi, A. Doria, P. Pauletto  
**Impact of 2 years of therapy with anti-TNFalfa on subclinical atherosclerosis in patients with Psoriatic Arthritis** 89
- A. Puleo, G. Triolo, S. La Carrubba, C. Ciatello, G. Nicolosi, C. Rinollo, S. Di Rosa  
**Medical Intermediate Care Unit (MICU) as the appropriate setting for the care of critical patients with multiple comorbidities** 90
- M. Rinaldi, A. Maffettone, L. Ussano  
**Acquired hemophilia: a clinical case report** 92
- M. Rondanelli, A. Opizzi, S. Perna, P. Sala, A. Riva, P. Morazzoni, E. Bombardelli, C. Monti, A. Giacosa  
**Control of impaired fasting glycaemia with Cynara Scolymus extract: a double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial** 94
- A. Rosato, M. Galiè, C. Santini  
**Clinical characteristics and prognostic factors among patients hospitalized for pneumonia** 94
- C. Rosi, G. Bacci, F. Cappelli, M. Genovesi, S. Manetti, M. Mazzetti, M.P. Rosito, M. Sikora, S. Stanganini, A. Tufi, E. Santoro  
**A case of pharmacovigilance: Iatrogenic Rhabdomyolysis** 94
- M.G. Serra, G. Cassati, Y. Hadad, A. Piccinni, M. Polo, L. Sansone  
**Carcinoid with and without syndrome** 99
- A. Spada, A. Ulissi, R. Maida  
**Transient loss of consciousness in Emergency Department: a retrospective review** 100

• F. Stella, L. Gottardo, S. Pianetti, M. Busetto, A. Semplicini <b>Thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis (THPP): a challenge for the Internal Medicine physician</b>	104
• G. Straface, F. Cardoni, R. Cesareo, V. D'alfonso, P. Del Duca, S. Rotunno, G. Tommasi, B. Virgilio, L. Grasso, L. Corbi, F. Marrocco, C. Cianfrocca, G. Campagna <b>The importance of clinical pretest in the diagnosis of pulmonary embolism</b>	105
• F. Talarico, L. Orlando Settembrini, F. Tallerico, P. Masciari, C.M. Pullano <b>Prognostic stratification of patients with suspected acute pulmonary embolism</b>	106
• L. Teghini, G. Chesi, M. Capitelli, G. Fabbri, S. Baldasseroni, C. Nozzoli, D. Panuccio <b>Differences in clinical profile and management of patients with atrial fibrillation between Cardiology and Internal Medicine settings</b>	107
• F. Tiratterra, A. Gemma, A. Laudisio, U. Recine <b>The postacute patient: characteristics and outcomes of patients transferred from an Internal Medicine Department to a Post Acute Care</b>	108
• D. Tirotta, G. Eusebi, V. Durante <b>Celiac disease associated with neurological disorders: description of a case and literature review</b>	108
• A. Varriale, F. Molinaro, A. De Cata, S. Errico, I. Notarsanto, M. Damato, G. Pietrapertosa <b>Castleman's Disease: a rare cause of F.U.O.</b>	112
• M. Ventrucci, P. Farruggia, P. Pozzato, M. Panico, C. Descovich <b>Clostridium difficile infection survey in NHS Hospitals of Bologna</b>	113
• D. Venuti, M. Ginogi, B. Rebagliati, P. Lazzoni <b>Hospitalist: a new answer to an "old" question</b>	113
• C. Vezzadini, C. Cicognani, R. Zoni, M. Faustini Fustini <b>A case of hyponatremia due to SIADH treated with tolvaptan, a new selective vasopressin V2-receptor antagonist</b>	113
• A. Villa, P. Ascoli, R. Virtuani, S. Cattaneo, A. Jachetti, P. Marino <b>L'iperglicemia nel paziente acuto: solo stress o diabete misconosciuto?</b>	114
• S. Zamboni, F. Russo, M. Muriago, A.P. Maggioni, F. Colombo, G. Mathieu <b>Use of antiarrhythmic strategies for atrial fibrillation by cardiologists or internal medicine physicians: the ATA-AF survey</b>	115
• B. Zazzaro, R. Risicato, E. Valvo, M. Stornello <b>Homocysteine and cerebrovascular events</b>	116

## ABSTRACT

### Listeriosi fulminante

L. Abate, S. Zacchei, S. Bocchini, G. Notario, P. Corsi, D. Fabbrini, A. Marcocci, M. Artusa, M. Todini, M. Belmonte, P. Biagi

Uf di Medicina Interna Ospedali Riuniti della Val di Chiana Senese Asl 7 - Montepulciano (Siena)

**Introduzione** La *Listeria monocytogenes* ha una diffusione ubiquitaria. **Caso clinico** Donna di 80 anni, operata per glioblastoma multiforme 3 mesi prima. Dopo ciclo di chemioterapia presenta iperpiressia e stato confusionale. Malgrado il trattamento antibiotico massivo si manifesta un severo quadro di MOFS. A meno di 24 ore del ricovero, compaiono segni di interessamento meningeo e, dopo circa 6 ore, la paziente decede. Il giorno dopo il decesso il laboratorio segnala l'isolamento di *Listeria monocytogenes* in tutte le emocolture eseguite.

**Discussione** Il periodo di incubazione della *Listeria monocytogenes* varia da 3 a oltre 60 giorni. Nell'ospite immunocompetente, di solito, non manifesta segni di malattia. Nei pazienti immunocompromessi, invece, pone in serio pericolo la vita. Le infezioni da *Listeria* sono state segnalate dopo consumo di wurstel non riscaldati, pollo poco cotto, cibi pronti, formaggi molli, melone già affettato.

**Conclusioni** Il caso clinico è un contributo sulle cause che possono complicare una fase di depressione dell'immunità in un paziente neoplastico.

### Shock settico da causa inusuale

L. Abate, S. Zacchei, S. Bocchini, G. Notario, D. Fabbrini, P. Corsi, A. Marcocci, M. Artusa, M. Todini, M. Belmonte, P. Biagi

Uf di Medicina Interna Ospedali Riuniti della Val di Chiana Senese Asl 7 - Montepulciano (Siena)

**Introduzione** L'ascenso epatico è una patologia infrequente.

**Caso clinico** Donna di 75 anni. Accusa dolore addominale, meteorismo e febricola e, dopo 3 giorni, manifesta profusa astenia e delirio. Giunge in stato di shock. Viene posta diagnosi di shock settico ed in tal senso trattata.

L'ecografia addome e la TC addome con mdc segnalano 2 neoformazioni epatiche (8,4 x 6,2 cm e 3,2 x 4,5 cm). All'esame citologico dopo agobiopsia epatica, tappeto di granulociti neutrofili. Le emocolture risultano negative. Il drenaggio percutaneo delle lesioni epatiche porta allo svuotamento di materiale puruloide. L'esame colturale risulta sterile. Alla colonscopia presenza di diverticolosi-diverticolite del sigma distale.

Si conclude per: "Shock settico per ascessualizzazione epatica quale complicanza di diverticolite acuta del sigma".

**Discussione** L'ascenso epatico è una patologia rara alle nostre latitudini, in quanto l'infezione amebica rappresenta la causa più frequente.

**Conclusioni** Si sottolinea questa complicanza di un evento diverticolitico, in paziente di età avanzata.

### Andamento del consumo di antibiotici sistemici in un reparto di medicina interna

F. Agozzino, M. Picca

Sc di Medicina Interna, Ao Fatebenefratelli e Oftalmico - Pomm, Milano

**Premesse e scopo dello studio** Il consumo di antibiotici, già fra in più elevati in Europa, ha mostrato nel nostro Paese un costante incremento

negli ultimi anni, suggerendo profili di inappropriately. Abbiamo quindi deciso di valutare l'andamento dell'utilizzo di antibiotici sistemici (AS) nel nostro reparto.

**Materiali e metodi** Sono stati considerati i prelievi da magazzino di AS (categoria ATC J01) nel periodo 2007-2010. I dati sono stati espressi in termini di dose definita giornaliera (DDD)/100 giornate di degenza.

**Risultati** L'utilizzo di AS è risultato di 87.4 DDD/100 giornate di degenza in assenza di un trend globale significativo. Le classi più utilizzate hanno tuttavia dimostrato un continuo incremento delle prescrizioni: l'utilizzo di penicilline protette è passato da 24.6 a 33.3 DDD/100 giornate di degenza mentre quello di fluorochinoloni da 14.3 a 21.4 DDD/100 giornate di degenza.

**Conclusioni** I nostri dati mostrano un utilizzo di AS nel complesso stabile nel tempo, con una tendenza all'incremento di alcune classi razionale rispetto alle patologie da noi trattate e con tassi sovrapponibili a quelli descritti in analoghe esperienze del nord-Italia. Il confronto con i dati europei e l'andamento delle resistenze batteriche potrebbero portare alla necessità di un'ulteriore ottimizzazione delle strategie prescrittive.

### A case of Sjogren's syndrome with tubulo-interstitial nephritis

F. Agozzino, M. Quartarone, M. Picca

Sc di Medicina Interna, Ao Fatebenefratelli e Oftalmico - Pomm, Milano

**Case report** A 44-year-old woman was admitted with a 2-month history of fatigue, recurrent vomiting, weight loss (12 Kg), and intermittent fever, not responsive to broad spectrum antibiotics. Physical examination was normal, but laboratory analysis showed increased inflammatory indexes, severe and refractory hypopotassemia (2.1 mEq/L), hypocalcemia with increased parathormone levels, metabolic acidosis, and high titre positive tests for anti-nuclear and anti-SSA (Ro52 and Ro60) antibody. 24-hour urinary protein measurement resulted 2.8 grams while other biochemical, serological, microbiological, and radiological findings were not significant. Schirmer's test was negative but a reduced salivary flow was demonstrated. These findings were consistent with the diagnosis of Sjogren's Syndrome (SS) with tubulo-interstitial nephropathy. A "pulse therapy" with intra-venous methylprednisolone 250 mg once daily for 3 days followed by oral prednisone 50 mg once daily was started, with a rapid improvement of systemic symptoms and laboratoristic alterations.

**Discussion** Our case report is characterized by renal involvement in SS (about 180 cases previously reported), with tubulo-interstitial nephropathy leading to proteinuria and severe hydro-electrolytic imbalance. Steroid therapy was able to control renal damage associated with SS.

### Erythema multiforme major during levofloxacin therapy in an old with multiple pathology

F. Agozzino, M. Quartarone, M. Picca

Sc di Medicina Interna, Ao Fatebenefratelli e Oftalmico - Pomm, Milano

**Case report** An 83 year-old woman was admitted for a generalised skin rash with a cockade-like aspect and mucosal ulcers of the mouth and vagina. She referred an history of quadrantectomy, obesity, type 2 diabetes mellitus and dyslipidemia. She was on chronic therapy with met-



formin and fibrates. Diarrhoea for about 4 weeks and a therapy with levofloxacin 500 mg once daily in the last 2 days for an infected malleolar skin ulcer were also reported. Laboratory investigations documented increased inflammatory indexes and renal failure (creatinine 8.6 mg/dL) with hematuria and traces of proteins in urine. Mucocutaneous involvement was consistent with the diagnosis of Erythema Multiforme (EM) Major, probably elicited by levofloxacin therapy; the patient was treated with methylprednisolone, antihistamines, systemic antibiotics, and, after detection of Cl. difficile toxin in faecal samples, metronidazole with the regression of clinical and laboratoristic alterations.

**Discussion** Quinolones are an uncommon cause of EM and only one case has been reported after levofloxacin. Multiple pathology is a typical feature for patients in internal medicine wards. The severe renal failure described for our patient was probably caused by sepsis and dehydration, but a tubulo-interstitial nephropathy related to antibiotic therapy can't be excluded.

### ★ La variabilità pressoria, oggi: strumento indispensabile di valutazione del paziente iperteso

A.M. Agrati<sup>1</sup>, G. Palmieri<sup>2</sup>, F. Colombo<sup>3</sup>, G. Ferraro<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ambulatorio Ipertensione, Dipartimento Area Medica Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano,

<sup>2</sup>Medicina II, Dipartimento Area Medica, Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano,

<sup>3</sup>Medicina I, Dipartimento Area Medica, Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano,

<sup>4</sup>Ambulatorio Ipertensione, Dipartimento Area Medica Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano

**Premesse e scopo dello studio** Recenti studi hanno riproposto il ruolo della variabilità pressoria come momento centrale del danno d'organo cerebrovascolare: osservazioni retrospettive hanno confermato tale ipotesi ed hanno suggerito l'esistenza di una diversa influenza sulla variabilità indotta dalle varie classi di farmaci.

In attesa di studi di intervento che analizzino compiutamente queste ipotesi, va ricordato che già oggi la variabilità pressoria è un elemento imprescindibile per una corretta lettura di un monitoraggio della PA delle 24h

**Materiali e metodi** Verranno analizzati sei diversi MAPA, paradigmatici di condizioni in cui la analisi della variabilità può essere di aiuto nell'interpretazione del monitoraggio e nella scelta di una strategia terapeutica.

Verranno anche analizzate le diverse opzioni utilizzabili per la valutazione della variabilità pressoria con una revisione della letteratura.

**Conclusioni** La potenziale rilevanza clinica dell'analisi della variabilità pressoria, richiede innanzitutto una maggiore standardizzazione e l'utilizzo di terminologia comune, quindi la verifica con studi di intervento. Le attuali conoscenze sono tuttavia sufficienti a suggerire che a parità di controllo pressorio una maggiore o minore variabilità può comportare decisioni terapeutiche differenti.

### Leucoaraiosi in paziente a basso rischio

G. Aiosa, P. Marco, C. Donati, S. Prina Cerai, A. Pagetto, P. Galvani, S. Gandolfi, M. Leonardi, P. Davio

AO" S.S. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo", Alessandria

**Premessa** Nella leucoaraiosi l'assenza di fattori di rischio tradizionali suggerisce la ricerca di possibili cause eziologiche sconosciute.

**Caso clinico** Donna di 69 anni, obesa, russatrice, inviata per sospetta ipertensione. In anamnesi cefalea. Annualmente (da 4 anni) RMN encefalo prescritta dal neurologo (leucoaraiosi trattata con ASA 100 mg).

### Esami effettuati:

- AMBP 24h e esami biumorali nella norma (Framingham 7,3%, ESC/ESH: rischio basso)

- polisonnografia: AHI 5

- ecodoppler TSA: IMT 0,6 mm; non placche

Vista la RMN in paziente a basso rischio con OSAS si eseguivano:

- Ecocardio: aneurisma basculante del setto interatriale (ASI) a convessità dx

- ecodoppler transcranico con mezzo di contrasto: positivo per presenza di lieve shunt destro-sinistro sia in basale (4 microbolle), che dopo Valsalva (<10 microbolle)

Si concludeva per leucoaraiosi, OSAS lieve e pervietà del forame ovale (PFO) con ASI. Trattamento: ventilazione a pressione positiva data la concomitanza dei difetti interatriali.

**Conclusioni** La presenza di OSAS, PFO ed ASI permette di formulare un'ipotesi eziologica. L'OSAS infatti, sia pure in forma lieve, costituisce un importante fattore di rischio aggiuntivo per lo sviluppo di ictus poiché l'incremento della pressione intratoracica durante le apnee aumenta il rischio di microembolizzazioni nel caso di PFO ed ASI.

### Precorso per l'ischemia critica degli arti inferiori in Valdinievole

A. Alessandri<sup>1</sup>, R. Becherini<sup>2</sup>, M. Comeglio<sup>2</sup>, S. Viti<sup>3</sup>, A. Sabato<sup>4</sup>, G. Panigada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O.C. Medicina Interna Ospedale di Pescia Azienda Usl3 Pistoia,

<sup>2</sup>U.O.C. Emodinamica Azienda Usl3 Pistoia,

<sup>3</sup>Sezione Diabetologia Ospedale di Pescia Azienda Usl3 Pistoia,

<sup>4</sup>U.O.S.Chirurgia Vascolare Azienda Usl3 Pistoia,

**Premesse e scopo dello studio** L'ischemia critica degli arti inferiori è una patologia in aumento, invalidante, con prognosi grave in termini di durata e qualità di vita. È trattabile con successo se la diagnosi non è tardiva ed è effettuato un iter diagnostico-terapeutico efficace.

**Materiali e metodi** Network multidisciplinare per rivascularizzazione se indicata e trattamento delle comorbidità con accesso facilitato in caso di sospetto. Gestione in Day service internistico per conferma diagnostica, imaging, scelta del management; attivazione del Chirurgo Vascolare ed Emodinamista, terapia con prostanoidi, controllo del dolore, trattamento locale delle lesioni, complicanze internistiche. Studio polidistrettualità. Indicazione ad amputazione primaria per quadri non rivascularizzabili. Rivascularizzazione e gestione internistica successiva.

**Risultati** Analisi della casistica 2010: pazienti trattati 75, età media 78, maschi 53. diabetici 60, IRC 12. Rivascularizzazioni open 3, endovascolari 35. Infusioni di prostanoidi 30, cellule staminali 1. Deceduti 5, amputazioni maggiori 6, controllo del dolore 98%, guarigione delle lesioni 51.

**Conclusioni** L'iter diagnostico/terapeutico attuato risulta efficace, ma necessario un progressivo potenziamento e un maggior sforzo per intercettare i pazienti in fase più precoce.

### Studio retrospettivo sulla gestione della cefalea da eccessivo uso di farmaci nel Centro Cefalee di Grosseto

M. Alessandri, C.F. Vagheggini, A. Montagnani, G.M. Forteleoni, O. Panichi, A.M. Romagnoli

Centro Cefalee Uo Medicina Interna, Ausl 9 Grosseto

**Premesse e scopo dello studio** La cefalea da eccessivo uso di farmaci (MOH) interessa soggetti affetti da cefalea primaria che assumono sintomatici per 15 o più giorni al mese da almeno 3 mesi. La MOH si associa spesso all'emicrania. Questi soggetti tendono a recidivare. Lo scopo di questo studio è stato quello di valutarne epidemiologia, modalità di gestione e recidive.

**Materiali e metodi** Lo studio ha preso in esame i registri del Centro Cefalee tra il 1° Gennaio 2002 e il 31 Dicembre 2009. Sono stati valutati questi parametri: sesso, età, modalità di gestione, diagnosi di cefalea, recidive.

**Risultati** Sono stati visitati 222 pazienti affetti da MOH. I maschi erano 38 ( $47 \pm 3,9$  aa), le femmine 184 ( $47 \pm 4,3$  aa). 72 sono stati visti solo la prima volta. 137 erano affetti da emicrania. 133 sono stati trattati ambulatorialmente e di questi solo 4 hanno presentato recidiva (1,5%). 17 hanno presentato necessità di ricovero e solo 2 hanno recidivato (11,8%).

**Conclusioni** Questo studio conferma l'alta associazione tra MOH ed emicrania (59,9%). Nel nostro studio si evidenzia anche come solo per un minoranza di soggetti con MOH (11,3%) si renda necessario il ricovero, con *outcome* altresì migliore. Infine il fatto che il 32,4% dei pazienti non si sia ripresentato al Centro rimarca la ben nota difficoltà a gestire questa patologia.

### Fattori che influenzano l'outcome in pazienti con emorragia intracranica che assumono anticoagulanti o antiaggreganti

G. Alessia, M. Remo, P. Fulvio, B. Chiara, S. Cristina, B. Cristian, C. Elisabetta, S. Sara, F. Luigi

Medicina Interna S. Croce e Carle, Cuneo

Sono stati studiati i fattori determinanti l'outcome alla dimissione ospedaliera in 170 pazienti con emorragia intracranica in terapia con anticoagulanti o antiaggreganti.

La mortalità era: 32,4% nei pazienti in TAO, 25% nei pazienti antiaggregati. La disabilità grave (Rankin score 4-6) era: 67,7% nei pazienti in TAO, 75% negli antiaggregati. I fattori indipendenti di mortalità erano: negli anticoagulanti  $GCS < 13$  ( $p=0,04$ ), glicemia  $> 160$  (0,01); negli antiaggregati glicemia  $> 160$  (0,02), età  $> 75$  ( $p=0,04$ ). I fattori indipendenti di disabilità grave erano: negli anticoagulati protesi meccanica ( $< 0,001$ ), sede intraparenchimale ( $p=0,02$ ); negli antiaggregati età  $> 75$  ( $p < 0,001$ ),  $GCS < 13$  ( $p < 0,001$ ). All'analisi univariata un volume emorragico  $> 20$ cc aumentava la mortalità nei pazienti in TAO ( $p=0,02$ ). INR all'ingresso, tempo di correzione dell'INR non modificavano l'outcome.

La TAO aumenta la mortalità in pazienti con emorragia intraparenchimale rispetto alla terapia antiaggregante. La mortalità è ulteriormente ridotta nei controlli. L'età  $> 75$  è un predittore di mortalità e di disabilità nei pazienti trattati con antiaggreganti. La glicemia elevata aumenta il rischio di mortalità sia nei pazienti in TAO che in terapia antiaggregante. La sede intraparenchimale dell'emorragia influenza la prognosi negativamente in entrambi i gruppi.

### A not-so-inert bioactive stent. A case of hypersensitivity to bioactive titanium coronary stent

B. Alterini, S. Cartei, D. Ciervo, P. Clara, P. Pantaleo

S.O.D. Medicina e Riattivazione, Dipartimento del Cuore E Dei Vasi, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

Fever may follow a percutaneous procedure. Several infectious and not-infectious causes may underlay it. We present the case of a 71-years-old female subject that few days before the admission had a syncope with head trauma and multiple fractures of the splanchno-cranium. During her stay in the maxillo-facial surgery unit, the patient had an acute coronary syndrome. The coronarography showed a stenosis of the right coronary artery treated with PTCA and a novel bioactive titanium stent. Five days later the patient showed fever. In our unit, after sampling for blood culture, broad spectrum antibiotic therapy was started. The culture was negative and in the lack of evidence of sepsis, antibiotic

drug therapy was stopped. Autoantibodies dosage was negative. Anemia and an increase of CRP were present. CT showed an improvement of the facial trauma and a SPET excluded the presence of any hyper-metabolism site. A hypersensitivity to the stent was hypothesized and a brief corticosteroid therapy was started. Fever and inflammatory markers returned to normal in few days. No relapse was observed. We conclude that fever could be probably related to hypersensitivity to coronary bioactive stent. The stent is undetectable by SPET due to its size. In literature, only few cases of fever due to hypersensitivity to a stent are reported.

### ☛ The better you communicate, the better you care: how to ban the see-no-evil, hear-no-evil and speak-no-evil monkey trio from the staff

B. Alterini, S. Cartei, D. Ciervo, C. Pigozzi, P. Pantaleo, E. Fiaschi, S.P. Mallardo

S.O.D. Medicina e Riattivazione, Dipartimento del Cuore e dei Vasi, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

**Background** There is a widespread belief that the effectiveness of healthcare teams can be improved by specific training to develop a better interpersonal interaction and communication. Analysis of incidents resulting in medical department, highlights the central role of communication failure between members of healthcare team.

**Methods** The healthcare staff was separated in two teams. In the first one, the medical round is preceded by a specific nurse-physician briefing in which clinical patient information are shared between doctors and nurses. In the other one the information is shared by the means of written files. We measured the rate of missed tasks in each one of the two teams. Several tasks were observed, such as correct execution of pharmacological treatments, care requirements, the correct execution of instrumental and lab-exams.

**Results and conclusions** After six months, we observed that patient's management was significantly improved in the team in which the clinical round was preceded by in-person briefing and care-giving errors were considerably reduced.

### The dust under the rug: raising opportunities from our errors

B. Alterini, S. Cartei, D. Ciervo, C. Pigozzi, P. Pantaleo

S.O.D. Medicina e Riattivazione, Dipartimento del Cuore e dei Vasi, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

The clinical error is often the result of the wrong interaction among caregivers and most often the first reaction is to "sweep the dust under the rug". The risk management system give to healthcare workers the opportunity to discuss and to solve the problems with several tools. However, healthcare workers rarely consider the error as an opportunity since they do mostly panic about legal action for malpractice. Basing on the a analysis of a real case we examine the happy end that may widen from discovering the dust under the rug and on the other hand we hypothesize the ominous scenario arising from a "reticent" behavior.

### Diffuse alveolar haemorrhage (DAH): a complication of antiaggregant therapy associated with immune thrombocytopenia

B. Alterini, M. Nesti, G. Pontecorboli, S. Cartei, D. Ciervo, C. Pigozzi, P. Pantaleo

S.O.D. Medicina e Riattivazione, Dipartimento del Cuore e Dei Vasi, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

Diffuse Alveolar Haemorrhage (DAH) is an ominous syndrome causing respiratory failure. The etiopathogenesis is various and diagnosis may be difficult since symptoms and radiographic imaging are non-specific. Several conditions may underlay this syndrome.

We present the case of a 72-year-old male subject with hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia, obesity and a chronic thrombocytopenia. He has had AMI ten years before. He was admitted to our hospital for typical chest pain with ST-depression in V1-V3 at ECG, elevated TnI (5,56 ng/mL) and hypokinesia of myocardial septum at echocardiography with normal ejection fraction. Atri-vessel CAD was found and treated with PTCA and DES. During the procedure heparin was administered. The patient started clopidogrel and continued the therapy along with ASA that he was used to have before. Few days later, patient presented fever associated with respiratory failure and bilateral pulmonary infarctions at radiographic imaging. A large spectrum antibiotic therapy was started with no improvement. A HRTC showed features of DAH. Corticosteroid therapy was started with a complete recovery in one week. DAH could be related in this case to both thrombocytopenia and antiaggregant therapy but we advise that antiaggregant therapy should be continued due to the risk of stent stenosis.

### ★ Drug-Induced Immune Thrombocytopenia secondary to Ceftazidime exposition

D. Arioli, F. Pileri, M.C. Leone, A.M. Casali, A.M. Pizzini, D. Viola, M. Silingardi

Medicina I, Centro Emostasi e Trombosi, Arcispedale Santa Maria Nuova, Firenze

**Case report** A 64 years old patient recently undergone to cystectomy, during prolonged post operative secondary to sub-ileus showed platelet drop 4 weeks after start of Enoxaparin prophylactic treatment (from 244000 to 5000/cubic millimetre in 12 days). Severe Thrombocytopenia was associated with mild hemorrhagic clinical manifestations (transient haematuria and petechiae) and the complete absence of any lab and clinical signs of Disseminated Intravascular Coagulation or Micro-Angiopathic Haemolytic Anaemia.

Heparin Induced Thrombocytopenia (=HIT) was excluded thank to "4T's" pretest Scoring System while a strong temporal relationship was highlighted with exposition to Ceftazidime. Enoxaparin and Ceftazidime were stopped immediately and after 10 days platelets started to rise with complete correction in other 4 days. Finally Enoxaparin was reintroduced without recurrence confirming the suspicious of Ceftazidime related thrombocytopenia.

**Take Home Message** In acutely ill, hospitalized patients, Drug-Induced Thrombocytopenia (=DIT) can be overlooked because thrombocytopenia is attributed to sepsis or some other underlying condition. Moreover, because Heparin is often given together with certain drugs that are more or less likely to cause DIT, it is mandatory to distinguish between HIT and DIT.

### "Cost Object" del "Processo Diagnosi e Terapia del TEV"

D. Arioli, M. Silingardi, A.M. Casali, I. Iori

Medicina I, Centro Emostasi e Trombosi, Arcispedale Santa Maria Nuova, Firenze

**Premesse** In Emilia Romagna Direzioni Aziendali ed Organismi Sovra Aziendali mirano al contenimento dei costi governando esclusivamente in modo rigido la scelta di "Farmaci" e "Materiali".

**Materiali e metodi** A partire dal 1 Gennaio '10, sono stati retrospettivamente analizzati i dati relativi agli ultimi 5 pazienti consecutivi affetti da TEV (=Trombo Embolismo Venoso) ricoverati nella struttura "Medicina I". Per questi pazienti sono stati raccolti dati di carattere clinico ed economico gestionale relativi al periodo di ricovero e per i tre mesi

successivi ed è stata eseguita valorizzazione economica del processo "Diagnosi e Terapia del TEV".

In particolare l'analisi di costo è stata implementata attraverso l'applicazione della metodica dell'"Analisi di Processo".

**Risultati** Nel processo di "Diagnosi e Terapia del TEV" la risorsa più rilevante non corrisponde alla "Terapia Farmacologica" (costo medio=30,22€ pari al 3,20%) né tanto meno al "Materiali" (costo medio=4,64€ pari allo 0,49%) quanto alle "Risorse Umane" (585,95€ pari al 61,96%).

Quest'ultima rappresenta, dunque, il vero "Cost Object" del processo.

**Conclusioni** In Processi Sanitari quali la "Diagnosi e Terapia del TEV" il ruolo di Direzioni Aziendali ed Organismi Sovra Aziendali esce decisamente ridimensionato potendo esse agire su meno del 4% dei Costi totali del Processo.

### Ricerca clinica e riduzione dei costi dei processi sanitari

D. Arioli, M. Silingardi, M.C. Leone, I. Iori

Medicina I, Centro Emostasi e Trombosi, Arcispedale Santa Maria Nuova, Firenze

**Premesse** L'attività di Monitoraggio sottesa alla Ricerca Clinica è uno strumento indubbiamente capace di migliorare gli outcome della Pratica Clinica.

**Materiali e metodi** A partire dal 1 gennaio '10, sono stati retrospettivamente analizzati i dati relativi agli ultimi 5 pazienti consecutivi affetti da TEV (Trombo Embolismo Venoso) ricoverati nella struttura "Medicina I". Per questi pazienti sono stati raccolti dati di carattere clinico ed economico gestionale relativi al periodo di ricovero e per i tre mesi successivi ed è stata eseguita valorizzazione economica del processo "Diagnosi e Terapia del TEV".

In particolare l'analisi di costo è stata implementata attraverso l'applicazione della metodica dell'"Analisi di Processo".

**Risultati** L'Analisi del Processo "Diagnosi e Terapia del TEV" ci ha permesso di eseguire un confronto tra due pazienti (1 e 2) affetti da Embolia Polmonare trattati secondo un protocollo monitorizzato e due pazienti (3 e 4) trattati secondo Pratica Clinica.

**Conclusioni** Il costo medio delle "Risorse umane" dell'attività di degenza di 1 e 2 (= 213,43 €) è risultato circa il 40% del costo medio delle "Risorse umane" della medesima attività dei pazienti 3 e 4 (= 529,62 €) evidenziando come il Monitoraggio sia strumento efficace non solo nel migliorare la qualità dell'assistenza ma anche nel ridurre i costi.

### ★ A serious and unusual sepsis

A. Artom<sup>1</sup>, A. Bovero<sup>1</sup>, A. Panarello<sup>1</sup>, D. Mela<sup>1</sup>, G. Calvo<sup>1</sup>, F. Artom<sup>2</sup>

<sup>1</sup>S.C. Medicina Interna Ospedale Santa Corona Pietra Ligure,

<sup>2</sup>Clinica Malattia Infettive Università di Genova

**Background and aim of the study** A rare infection with an unusual entry site.

**Materials and methods** A previously healthy sixteen year old boy was admitted for a seven days history of right hip pain and 24 hours fever. He was an agonistic dancer, barefoot training. At the physical examination light swelling and pain of the right hip and an healing abrasion at the right foot. A lot of investigations have been conducted, in particular blood cultures and repeated pelvis RM.

**Results** Pelvis RM showed myositis in the muscles near the femur and the right pelvis and right coxitis. Elevated inflammatory tests, three blood cultures positive for Staphylococcus aureus methicillin-susceptible were detected. The patient was treated with targeted antibiotics for six weeks, with defervescence in seven days, progressive improvement of phlogosis and right hip pain. After an initial worse radiological evolution, with multiple abscesses in all interested muscles, there was a

slow restitutio ad integrum. We transferred the patient in the rehabilitation department with full recover in two months.

**Conclusions** Two similar cases have been recently described in active young sportsmen. An entry site for infection is not always apparent; in our case it was probably the foot wound.

### Lispro protamine insuline vs isophane insulin in patients affected by diabetes mellitus type 2

A. Asti, A. D'alessandro, C. Cristiano, G. D'alessandro, G. Maresca, L. Barba, P. Bellis

U.O.C. Medicina Interna P.O."S. Maria Di Loreto Nuovo" A.S.L. Na/1, Napoli

We evaluated the effects of replacing isophane insulin with Lispro protamine Insulin in type 2 diabetics. We assessed the changes in blood glucose, glycated hemoglobin, weight, BMI, blood urea nitrogen, creatinine, transaminase, total cholesterol, HDL, LDL, triglycerides and hypoglycaemia.

We recruited 28 patients (12 M and 16 F with mean age 68 years), who made bedtime therapy with isophane insulin and we detected all the variables at time 0. We replaced isophane insulin with Lispro Protamine insulin, maintaining the same dosage. After 3 months we made a follow up, considering the same variables.

We observed a reduction of FPG (from 175 mg/dl to 156 mg/dl  $p<0,001$ ), weight (from 76,4 to 74,9  $p<0,1$ ), BMI (from 30,3 to 29,6  $p<0,1$ ), glycated hemoglobin (from 8,3% to 7,8%  $p<0,001$ ), total cholesterol (from 209 mg/dl to 191 mg/dl  $p<0,001$ ) LDL cholesterol (from 138 mg/dl to 126 mg/dl  $p<0,1$ ), triglycerides (from 188 mg/dl to 126 mg/dl  $p<0,001$ ). There was a reduction of HDL cholesterol too, but it was not statistically significant (from 46,5 mg/dl to 45 mg/dl). Moreover there was a statistically significant lowering of hypoglycaemic events, in fact the major events decreased from 0,7 whit isophane insulin to 0 with lispro protamine insulin (mean of events in a month) and the minor events from 3 to 0,7 (mean of events in a month).

### A case of epigastralgia and FUO

A. Asti, A. D'alessandro, C. Cristiano, G. D'alessandro, S. Nardi, G. Maresca, P. Bellis

U.O.C. Medicina Interna P.O."S. Maria di Loreto Nuovo" A.S.L. Na/1, Napoli

We report a case of a seventy old man, hospitalized for fever and epigastralgia for a month. He referred that the fever appeared after a surgery for a voluminous inguinal hernia. At the physical exam we noted hepatomegaly, upper abdominal pain, bilateral basal hypophonia. Laboratory tests showed: WBC=11.900/mmc (N:82,9%), RBC=3.560.000/mmc, Hb=10,2g/dl, Na=120mEq/L, Gly=271mg/dl, VES=93, PCR=28,5mg/dl. Thorax Rx showed a bilateral pleural effusion and the abdominal echography indicated a perihepatitis liquid collection. Blood culture proved the presence of E. Cloacae. We started a therapy with parenteral nutrition (N9G15) and meropenem 1gr x 2 e.v. plus ciprofloxacin 400 mg x 2 e.v. We made an EGDS, which proved an atrophic gastritis, and a thorax-abdominal-pelvis TC which demonstrated the presence of little abscesses before the left part of the liver, near the gallbladder and in the Morrison. After 7 days of treatment the fever got down with an improvement of general condition. During the eighth day he restarted the normal nutrition. The patient was dismissed after 15 days, when the thorax RX and abdominal echography have showed the resolution of pleural effusion and liquid collection. This case stresses the efficacy of association meropenem plus ciprofloxacin in post-surgery abdominal infection, generally made by gram - and anaerobic germs.

### Myelodysplastic syndrome in a young woman

A. Asti, A. D'alessandro, C. Cristiano, G. D'alessandro, G. Perrone, L. Viscardi, M.G. Coppola, P. Bellis

U.O.C. Medicina Interna P.O."S. Maria di Loreto Nuovo" A.S.L. Na/1, Napoli

We report a case of a young woman, 35 years old, hospitalized for abdominal pain, vomiting and asthenia for 20 days. During the physical exam we noted pale skin, hepatosplenomegaly, basal hypophonia on the left side of thorax, no lymphadenopathy. Laboratory tests showed pancytopenia (WBC=1.600/mmc with N=1000/mmc; RBC=2.819.000/mmc, Hb=7,2 g/dl; Plt=84.000/mmc). LDH (904 U/L) and transaminases (GOT and GPT= 52 U/L) were increased. Hepatitis and cancer markers, TORCH complex, Vidal-Wright reaction, anti-HIV Ab, ANA, AMA, complement, ferritin and reticulocytes were required. Was begun therapy with growth factors (erythropoietin and filgrastim) and antibiotics (ceftriaxone 2 g e.v./die plus ciprofloxacin 400 mg x 2 e.v./die) and prednisone (25 mg x 2/die). Beta-2 microglobulin (0,704 mg/dl v.n. <0,252) and ferritin (1339 ng/ml v.n. <340) were increased; other exams were normal. The patient showed an improvement after six days. Total-body TC proved a mild pleural effusion on the left side and hepatosplenomegaly. The bone marrow biopsy, necessary to make the diagnosis of myelodysplastic syndrome, showed the presence of blasts (< 5%) and moderate fibrosis. The patient was discharged after 14 days, with steroid therapy (prednisone 25 mg x 2/die). After one month the exams were normal (WBC=5.700/mmc; RBC=3.760.000/mmc; Hb=10,5g/dl; Plt= 246.000/mmc).

### Different gender impact of Risk Factors in Cardiovascular Diseases

G. Baggio, M. Bussolotto, G.M. Barbato, I. Zanella, E. Zola

Azienda Ospedaliera di Padova

Coronary Heart Disease (CHD) is the first cause of women mortality in all industrialized countries. Classical risk factors for atherosclerosis have been studied more in men than in women, and their impact is different in the sexes: diabetes is much more dangerous for cardiovascular complications in women, lipids profiles are differently influencing atherogenesis in women (HDL-cholesterol, triglycerides and non-HDL cholesterol are more important than total cholesterol, and LDL-cholesterol), inflammation biomarkers as CPR and cytokines seem to be higher in the presence of risk factors in women. Metabolic Syndrome is one of the stronger clusters of risk factors and has a prevalence of 60% in women over 65 years of age. However women are less treated for diabetes, dislipidemias, hypertension, obesity and the goal of treatment is far less reached. Evidence Base Medicine for prevention of CVD in women is scanty, and Women Guidelines are obtained from populations not existing in the "real word". Thus how should be treated women in primary and secondary prevention of CVD in our routinely work?

### Ictus ischemico giovanile e uso di contraccettivi orali: descrizione di un caso clinico

D. Bartoli, D. Mannini, A. Tesei, C. Marrani, L. Betti, A. Petrioli, R. Innocenti

Medicina Interna 1, AOU Careggi, Firenze

**Introduzione** Tra i fattori che probabilmente aumentano il rischio di ictus ma che al momento non appaiono completamente documentati come fattori indipendenti vi è l'uso di contraccettivi orali.

**Caso clinico** Donna 46 anni, senza fattori di rischio cardiovascolare

tranne l'assunzione di estro progestinici per metrorraggia da fibromatosi uterina. Si ricovera per comparsa di emiparesi facio-brachiale sinistra, con deviazione dello sguardo a destra, con emineglet e deficit faciale sinistro (NIHSS 14). In DEA una TC del cranio ha evidenziato una vasta area infartuale fronto-insulare destra di competenza della cerebrale media, gli esami di laboratorio evidenziavano un'anemia microcitica severa, senza indicazione al trattamento di trombolisi sistemica o a trattamento endovascolare. La successiva valutazione strumentale (ecocardiogramma trans toracico e trans esofageo, ecocolor doppler TSA e transcranico con conta dei microemboli, Holter cardiaco, angio TC dei vasi intracranici) non evidenziava una patologia dei vasi o una causa cardioembolica. Il profilo coagulativo e il dosaggio anticorpale sono risultati nella norma.

**Conclusioni** Il caso da noi descritto conferma che la frequente origine criptogenetica dell'ictus giovanile anche dopo un'estensiva valutazione diagnostica e il ruolo incerto come fattore di rischio della terapia estroprogestinica.

### Utility and limits of the bed-side test in elderly patients

D. Bartoli, C. Mugelli, C. Panunzi, L. Buzzigoli, L. Capitanini, E. D'areglia, V. Ciembrone, M. Venier

Departments of Medicine and Rehabilitation, Casa di Cura Santa Chiara, Giomi Firenze

**Introduction and aim of the study** The need for instruments that record and measure clinical problems rapidly and efficiently exists in many departments (RSA, departments of long hospitalisation and medicine). We have tried to verify the usefulness and limits of these instruments in elderly patients.

**Materials and methods** We evaluated 30 hospitalised subjects older than 70 years of age. As a bed-side test we administered: Itel Mini Mental (IMM) for a cognitive evaluation, Test Screening Aphasia (TSA) for aphasia, reduced Mini Nutritional Assessment (RMNA) for nutrition, the Swallow Test (ST) for dysphagia, and the Eco Bed-Side for post-micturition. The results obtained were compared with detailed evaluations (Gold Standard); in particular, MMSE, AAT, MNA; examination with laryngoscope, urocytic catheterism.

**Results** Eco Bedside, ST and RMNA showed high specificity and sensitivity. IMM and TSA appear to provide results that are less encouraging and precise, and we do not advise them for these patients.

**Conclusions** The use of the above-described tests involves a better and less stressful handling of the patient. It reduces complications, times and costs of hospitalisation, and contributes to reinforcing a culture that is shared among operators in the department.

### Valutazione e gestione delle reazioni avverse a farmaco di interesse allergologico: studio retrospettivo del triennio 2008/2010

C. Barzaghi, F. Borin, F. Taurasi, C. Morichetti, D. Ciapanna, A. Porro

AO "G. Salvini", Garbagnate Milanese (MI), Presidio Ospedaliero di Rho (MI)

**Introduzione** Le reazioni allergiche rappresentano dal 6 al 30% delle reazioni avverse a farmaco (RAF). Il test di tolleranza con molecola alternativa a quella responsabile della reazione rappresenta una metodica validata al fine di reperire un farmaco alternativo sicuro.

**Materiali e metodi** Nel triennio 2008-10 abbiamo valutato 174 pazienti con RAF di natura allergica per un totale di 286 RAF, e sono stati eseguiti 203 test di tolleranza con farmaco alternativo, allo scopo di individuare i farmaci più frequentemente responsabili di RAF e quelli meglio tollerati come alternativa.

**Risultati** RA ad analgesici/antinfiammatori 47,6%: tra questi ASA

(23,5%), paracetamolo (16,2%), nimesulide (16,2%); RA ad antibiotici 44,4%: tra questi amoxicillina (55,1%), claritromicina (7,1%), sulfametossazolo (6,3%); RA ad anestetici locali 4,5%; RA a farmaci differenti 3,5%. FANS maggiormente testato: naprossene sodico (46,9%), con soli 2 test positivi, antibiotico maggiormente testato: levofloxacina (40,4%), con un unico test positivo.

**Conclusioni** Le RAF di natura allergica rappresentano una considerevole quota di reazioni indesiderate a farmaco. I farmaci maggiormente responsabili sono gli analgesici/anti-infiammatori e gli antibiotici. Il test di tolleranza appare sicuro per trovare una valida alternativa al farmaco responsabile della RAF.

### Malattia di Castleman: inusuale localizzazione

C. Basilico, T. Lavazza, L. Marchionni, M.G. Cimpanelli, P. Cozzi, M. Draisci, G. Nador, S. Marinoni, M. Valentini, A. Tosi, A. Mazzoni

UO Medicina Interna - Ospedale Civile Di Legnano (MI)

La Malattia di Castleman è un disordine linfoproliferativo raro che, nelle sue tre varianti istologiche, coinvolge linfonodi, fegato e milza con localizzazione monocentrica (soprattutto linfonodi mediastinici) o multicentrica (linfadenopatie generalizzate ed epato-splenomegalia nel 50% dei casi). Le localizzazioni extranodali sono estremamente rare.

Nel 2006 giunge alla nostra osservazione una donna di 71 anni per linfadenopatie diffuse e componente monoclonale (CM) IgM. La biopsia linfonodale depone per linfadenite cronica reattiva e la biopsia ossea non permette di giungere ad alcuna diagnosi, pertanto la paziente viene posta in follow-up. Nel 2008 progressione delle linfadenopatie ed incremento della CM. Una seconda biopsia linfonodale è conclusiva per malattia di Castleman tipo plasmacellulare, HHV8 negativa. In attesa di chemioterapia la paziente viene sottoposta a procolectomia sinistra e colostomia destra per quadro di occlusione intestinale. L'istologia su colon depone per localizzazione di malattia di Castleman. In letteratura sono riportati meno di 10 casi di localizzazione gastrointestinale di malattia di Castleman prevalentemente nella variante ialino-vascolare, questo è attualmente il secondo caso descritto di localizzazione intestinale di malattia di Castleman nella variante plasmacellulare.

### Pseudo-iponatremia in mieloma multiplo di nuova diagnosi

C. Basilico, I. Stefani, S. Marinoni, P. Cozzi, G. Nador, M. Draisci, M. Valentini, E. Re, A. Mazzone

UO Medicina Interna - Ospedale Civile di Legnano (MI)

La pseudo-iponatremia è una rara condizione caratterizzata da una diminuzione della concentrazione di sodio associata a un'osmolarità plasmatica normale o incrementata. Nel dicembre u.s. è posta diagnosi, a un uomo di 51 anni, di Mieloma Multiplo IgG lambda. All'esordio presente componente monoclonale (CM) sierica pari a 7 g/dl, anemia macrocitica e lesioni litiche ossee. Collateralmente si riscontra iposodiemia moderata-severa (valore minimo di Na 118 mmol/L). Inizialmente il paziente è supportato con soluzioni fisiologiche addizionate di NaCl senza ottenere un'efficace risposta, ma dall'inizio della chemioterapia si assiste a un progressivo e lento incremento della sodiemia. L'osmolarità plasmatica e urinaria risultano nella norma. Vengono pertanto escluse le cause di vera iponatremia: ridotto apporto di NaCl, stato di diluizione e sindrome da inappropriata secrezione di ADH (SIADH), perdite urinarie o gastro-enteriche, salt wasting syndrome. In considerazione dei dati di laboratorio e del ripristino dei valori di sodiemia dopo l'inizio della chemioterapia si conclude per un quadro raro di pseudo-iponatremia associata alla presenza di componente monoclonale sierica che, in questo caso, si sostituisce al sodio che normalmente rappresenta il principale determinante dell'osmolarità plasmatica.

## Day-Service internistico per il management della patologia oncologica tiroidea

R. Bassu, M. Checchi, D. Belliti, R. Culli, P. Apicella, G. Panigada

U.O.C. Medicina Interna Ospedale di Pescia Azienda Usl3 Pistoia

**Premesse e scopo dello studio** La patologia nodulare tiroidea rappresenta il problema endocrinologico più frequente nella nostra pratica ambulatoriale, richiede un esame citologico e in caso di malignità un adeguato trattamento e follow-up.

**Materiali e metodi** Analisi della casistica oncologica tiroidea nel periodo 2004-2010 con successivo follow-up.

**Risultati** Su 1943 noduli esaminati: 103 carcinoma-papillare, 6 carcinoma-midollare, 145 proliferazioni follicolari/oncocitarie, 61 risultati dubbi, 23 sospetti e 279 prelievo inadeguato. Inoltre in 21 pazienti (8 lesione sospetta, 9 dubbia e 4 con proliferazione follicolare) l'esame istologico dopo intervento chirurgico di tiroidectomia totale era compatibile con carcinoma papillare. Sono stati sottoposti a tiroidectomia: 97 pazienti seguita in 51 da trattamento radiometabolico. 25 pazienti con indicazione a tiroidectomia non si sono presentati al follow-up. 1 paziente ha rifiutato la tiroidectomia. Sono deceduti 2 pazienti con K anaplastico.

**Conclusioni** Il Day service internistico garantisce il percorso gestionale del nodulo tiroideo, dalla diagnosi alla programmazione di terapie radio-metaboliche o chirurgiche, al successivo follow-up.

## Paziente critico in Medicina Penitenziaria (SCMP), un caso emblematico

S. Beccaria, C. Ancona, R. Caponetti, S. Corbi, L. De Marchis Preite, S. Di Carlo, A. Fierro

Uoc Medicina Penitenziaria, Ospedale S. Pertini, Roma

**Caso clinico** Paziente di 61 anni, ricoverato in SCMP dal P.S. per scompenso cardiaco ed anemia in FA ad alta frequenza. In anamnesi pregressa ulcera peptica, osteosintesi femore dx, ernioplastica inguinale, ictus cerebri. Febbre da 30 giorni. All'ingresso condizioni discrete, lievi edemi declivi e soffio sistolico alla punta irradiato all'ascellare con splenomegalia. S. epidermidis ed Enterococcus faecalis alle emocolture. All'ecografia addome lesioni spleniche ipoecogene di ndd. All'ecocardiogramma insufficienza mitralica di grado medio. Rifiuta ecocardiogramma. Alla Tac addome multiple aree post-infartuali spleniche. Splenectomizzato in urgenza per rottura di milza, nel post-operatorio presenta insufficienza renale e scompenso cardiaco ingravescente: all'ecocardiogramma multiple vegetazioni valvolari, rotture di corde ed insufficienza mitralica severa. Sottoposto a coronarografia preoperatoria negativa ma complicata da emorragia in sede di accesso femorale con necessità di sutura dell'arteria ed evacuazione di ematoma. Stabilizzato emodinamicamente, viene sottoposto a sostituzione valvolare mitralica con esito positivo.

**Conclusioni** I pazienti ricoverati in Medicina sono molto complessi, soprattutto per comorbidità e polifarmacoterapia, e necessitano di un approccio multidisciplinare ma al contempo globale e non frammentario.

## Valutazione del paziente ricoverato presso la UOC Medicina Penitenziaria (SCMP) ASL RMB secondo il modello dell'intensità di cure

S. Beccaria, S. Corbi, C. Ancona, R. Caponetti, L. De Marchis Preite, S. Di Carlo, M. Martella, A. Fierro, D. Bocci

Uoc Medicina Penitenziaria, Ospedale S. Pertini, Roma

**Premessa** I pazienti ricoverati presso la SCMP sono pazienti complessi, sia dal punto di vista clinico che per il contesto sociale di provenienza (carcere). Emerge dunque l'esigenza di un modello valutativo in grado di attribuire una classe di severità clinica con cui modulare l'impegno assistenziale.

**Scopo** 1) fornire agli operatori sanitari della SCMP le indicazioni per gestire il paziente ricoverato secondo il modello dell'intensità di cure, per migliorare l'appropriatezza dell'assistenza e ridurre il rischio clinico generale, in ordine al grado di complessità del paziente. 2) favorire l'integrazione medico-infermieristica nella gestione clinica.

**Metodi** Utilizzando specifici indicatori (MEWS modificato, Indice di Dipendenza Assistenziale), differenziare i pazienti in 3 macro-gruppi (alta, media e bassa intensità di cure), sia all'inizio del ricovero che durante la degenza. Stabilire il minimo livello assistenziale per ogni macro-gruppo, in merito a: indicazioni terapeutiche, Parametri Vitali da monitorare, urgenza degli esami richiesti, Scheda Unica di Terapia settimanale, o giornaliera per il gruppo di pazienti più critici.

**Conclusioni** Dopo riunioni formative del personale coinvolto, è stata avviata una fase di sperimentazione, i cui dati verranno rivalutati a 3 mesi, prima dell'attivazione definitiva.

## Long-term use of infliximab (Ifx) in Crohn's disease (CD). An efficacy and safety evaluation

A. Belvedere<sup>1</sup>, A.C. Privitera<sup>2</sup>, M. Mastronardi<sup>3</sup>, M. Cappello<sup>4</sup>, L. Grossi<sup>5</sup>, A. Lauria<sup>6</sup>, M. Principi<sup>7</sup>, N. Della Valle<sup>8</sup>, N. Buccianti<sup>9</sup>, W. Fries<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Medicina Interna, Università di Messina;

<sup>2</sup>Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Università di Catania;

<sup>3</sup>Uoc Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Irccs, Castellana Grotte (Ba);

<sup>4</sup>Gastroenterologia ed Epatologia, Università di Palermo;

<sup>5</sup>Unità di Fisiopatologia Digestiva, Università di Chieti-Pescara, Pescara;

<sup>6</sup>Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Ao Bianchi-Melacrino-Morelli, Reggio Calabria;

<sup>7</sup>Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Università di Bari;

<sup>8</sup>Gastroenterologia, Università di Foggia;

<sup>9</sup>Uoc Medicina Interna, Ao S. Carlo, Potenza

Data on clinical observations on Ifx use in terms of treatment success and safety in CD are mainly limited to 1 year. The aim of this study was to evaluate the efficacy and safety of Ifx in patients treated longer than 2 years.

**Methods** Data from 9 centres of Southern Italy were analyzed and. We identified patients with more than 2 years treatment and extracted demographics, Harvey-Bradshaw index (HBI), indications for treatment, and endoscopy, before Ifx therapy and at 1, 2, and 3 years; adverse events (AE) and withdrawal of therapy were recorded. Data are mean values  $\pm$  SD.

**Results** We identified 108 patients with more than 14 consecutive infusions; HBI dropped from  $10.5 \pm 4.1$  to  $2.6 \pm 0.9$  at 1 year ( $p < 0.001$ ) and remained stable up to 3 years. Prior to Ifx 90/105 patients were on steroids, 71/90 patients were off steroids at 1 year ( $p < 0.001$ ). Steroid-free remission was maintained at 2 and 3 yrs. Endoscopy after 2 years of treatment was available in 48/105 showing endoscopic healing in 26%, partial healing in 23% and no healing in 14%. Treatment was stopped in 9 due to severe AE.

**Conclusions** Long term Ifx therapy showed clinical efficacy by maintaining steroid-free remission. Endoscopic healing/improvement was observed in half of patients. Severe therapy-related AEs were observed in 9% patients leading to withdrawal of Ifx.

## An unusual presentation of Wegener's disease

C. Benatti<sup>1</sup>, C. Sacchetti<sup>1</sup>, P. Ballestrini<sup>1</sup>, A. Pedrazzi<sup>1</sup>, L. Medici<sup>2</sup>, M. Trani<sup>3</sup>, M. Pinelli<sup>4</sup>, C. Salvarani<sup>5</sup>, M. Grandi<sup>6</sup>

<sup>1</sup>U.O. Complessa di Medicina Interna Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo;

<sup>2</sup>U.O. di Chirurgia Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo;

<sup>3</sup>U.O. di Otorinolaringoiatria Nuovo Ospedale Civile Di Sassuolo;

<sup>4</sup>Direttore U.O. di Chirurgia Plastica Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo;

<sup>5</sup>Direttore Reumatologia Ospedale Santa Maria Bianca di Reggio Emilia;

<sup>6</sup>Direttore U.O. Complessa di Medicina Interna Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo

**Case report** This report studies the case of a 46 year-old woman who underwent exeresis of right mammary cysts with a histologic examination showing granulomatous inflammation. The patient presented progressive dehiscence of the surgical wound with detachment of the areola. The results of culture and blood biochemistry tests, performed in day-service, were not significant. The clinical picture was complicated by recurring episodes of sinusitis and bronchitis for which the patient was hospitalised. Objectively, there was rhino-sinusitis, bronchial spasm, hearing loss, right mammary crater of 14 cm. A systemic pathology was suspected and autoimmune tests were performed with positivity of ANCA. An ORL examination was carried out with biopsy of septum, total body TC and bronchoscopy.

**Discussion** The data gathered led to the formulation of the diagnosis of Wegener Granulomatosis (WG) involving the mammary, nasal, acoustic, laryngeal, ocular and bronchial areas. WG is a necrotizing vasculitis that usually affects the respiratory tract, while subcutaneous localization is rare. The illness, if untreated, has a serious prognosis; therapy is based on the use of immunosuppressants and biological drugs.

### The Internist managing orthopaedic complex patient

R. Benedetti, P. Bonanni, R. Bonacci, F. Corsini, L. Incerti Vecchi, F. Orlandini

Sc. Medicina Interna 1, Dipartimento Medico Specialistico 1, Ospedale Civile S. Andrea, Presidio del Levante Ligure, La Spezia

Previous collaborative projects between Medical and Surgical wards hadn't unique outcomes. Even if optimal management models don't exist, actual data promote multidisciplinary management of "complex" patients (pts). This is the source of our collaboration project with Orthopaedic ward.

**The project** The Medical Ward provides consultants for emergencies every days and a dedicate doctor twice a week to the Orthopaedic Ward. The doctor visits the patient, he issues an evaluation form about him, he takes care of him during hospitalization, he proposes his transfer (if it is necessary), he revalues therapy at the moment of discharge from hospital.

#### Objectives

- reduction of: premature mortality, incidence and length of in-hospital medical complications, waiting time before surgery, total hospitalization, request to more specialists for advice;
- promotion of functional recovery;
- transfers facilitations from Orthopaedic to Medical ward;
- construction of shared protocols.

**Preliminary results** (first quarter) mean age: 80 years; pts with 2 or more pathologies: 44%; transferred pts to Medical ward: all pts with poly-pathology (60% of poly-pathologic group).

**Conclusion** Our data don't allow outcome processing, but they stimulate our reflections about in-hospital co-management activity where the Internist plays a key role in the management of surgical complex patient.

### Tako Tsubo cardiomyopathy: case report

M.C. Bertieri, R. Biondi, C. Gigli, V. Iacopetti, Q. Lucchesi, F. Rosatti, G. Rinaldi

U.O. Medicina Interna, Ospedale Barga, Asl 2 Lucca

**Aim of the study** Tako Tsubo cardiomyopathy is a stress induced ballooning of left ventricular apex with hypercontractile base. The syndrome, named Tako Tsubo after an octopus trap in Japan, is more commonly seen in postmenopausal women. Aetiology involves many factors, mainly high circulating levels of catecholamines. ECG shows ST elevation, T wave inversion. Coronary angiogram doesn't reveal any stenosis.

**Materials and methods** A 60 y old woman suffering from Myelofibrosis, previously treated with Idrossiurea and splenectomy for multiple infarctions, was admitted with pulmonary thromboembolism and severe pulmonary hypertension. After 48h, during chest pain, the ECG showed T inversion on V3-V6, the echocardiogram showed the typical akinesia and ballooning of the apex with basal hyperkinesia. The coronary angiogram revealed no stenosis.

**Results** The clinical syndrome (severa dyspnea, chest pain, tachiarhythmias) and the ventricular apical wall motion abnormalities dramatically improved within few days with rest in bed, ASA and light doses of beta blockers. No recurrence of the syndrome was noted during 6 months follow up.

**Conclusions** The Tako Tsubo syndrome has favorable prognosis, also when EF is heavily compromised; no specific therapy is mandatory, but Aspirin.

### Chlostridium difficile: an outbreak in antibiotic era

M.C. Bertieri, R. Biondi, C. Gigli, V. Iacopetti, Q. Lucchesi, F. Rosatti, G. Rinaldi

U.O. Medicina Interna, Ospedale Barga, Asl 2 Lucca

**Aim of the study** Clostridium difficile (CD), a gram-anaerobic spore forming rod causes diarrhea, abdominal pain, fever and foul stool odor when normal flora has been destroyed by antibiotics (Fluoroquinolones, 3rd generation Cephalosporines, Clindamycin) Spores remain viable in the environment for a long time and can be easily picked up accidentally. The rate of infection inside Hospital is up to 50% if the stay is longer than one month.

**Materials and methods** 32 patients have been admitted in 2010 (mean age 81,8 years; min 41, max 99 years). The patients, mostly suffering from multiple diseases, were guests in hospices up to 70% of cases. All the patients were infected prior to admission to hospital, but one exception. The clinical diagnosis was confirmed by enzyme linked immunoabsorbant assay (ELISA) for both A/ B toxin.

**Results** All the patients were successfully treated with Metronidazole schedule (500mg tid x 12 days). Probiotics were added. Metronidazole was also effective in Vancomycin previously treated patients. No resistance was noted.

**Conclusions** CD infection due to broad spectrum antibiotics, PPI, may be prevented with Na+hypochlorite, accurate hand washing, gloves. Metronidazole is first choice treatment, Vancomycin being second line. Cholestiramine was effective to bind A/B toxins and to improve diarrhea.

### Difficoltà nell'approccio al paziente pluripatologico in un Reparto di Medicina Interna: descrizione di un caso clinico

G. Bertolino, C. Pieresca, R. Invernizzi, G. Gamba, P. Noris, C. Scavariello, C. Picchi, F. Melazzini, C.L. Balduini

Clinica Medica III, Università degli Studi di Pavia, Fondazione Irccs Policlinico S. Matteo, Pavia

I pazienti ricoverati nei reparti di medicina sono spesso affetti da più patologie, talvolta ugualmente gravi e tali da mettere a rischio la vita stessa. Ciò rende l'approccio clinico e la gestione terapeutica spesso molto difficoltosi. Descriviamo il caso di un paziente di 79 anni, autonomo, cardiopatico, che giunge alla nostra attenzione per angina da discrepanza insorta in seguito ad anemizzazione da sanguinamento di angiodisplasie del colon, aggravato dalla terapia antiaggregante in atto. A complicare ulteriormente il quadro clinico, nel settembre ultimo scorso viene posta diagnosi di sindrome mielodisplastica, che evolve

dopo 4 mesi in leucemia mieloide acuta. Valutata l'età, le comorbidità ed i rischi correlati si decide di effettuare trattamento chemioterapico con arabinosina citoside ed azacitidina, ma il paziente decede a 6 settimane circa dalla diagnosi, per complicanze cardiocircolatorie.

### Una rara sindrome: un caso di platipnea-ortodeoxia

L. Betti, A. Tesei, C. Marrani, D. Bartoli, D. Mannini, T. Zenjelaj, A. Petrioli, R. Innocenti

Medicina Interna, Careggi, Firenze

**Introduzione** Dispnea e deossigenazione arteriosa, accentuate dall'ortostatismo e minori o assenti in clinostatismo, caratterizzano la *sindrome platipnea-ortodeoxia* causata da uno shunt destro-sinistro intracardiacco o intrapolmonare.

**Caso clinico** Donna, 77 anni, recente ictus talamico destro, fumatrice, si ricovera per eseguire ERCP per calcolosi del coledoco, già trattata con ERCP in anestesia generale. La valutazione clinico-strumentale evidenzia insufficienza respiratoria ipossico-ipocapnica con significativa quota di shunt, ridotta in posizione supina. L'angio-TC spirale del torace, lo studio ad alta risoluzione del parenchima e la scintigrafia polmonare, escludono tromboembolia e patologie parenchimali o interstiziali polmonari. Il rilievo all'ETE di aneurisma del setto interatriale con pervietà del forame ovale e shunt destro-sinistro precoce all'iniezione di soluzione fisiologica a paziente supina, in aumento a paziente seduta, pone diagnosi di sindrome platipnea-ortodeoxia. Si procede a chiusura percutanea di forame ovale pervio con risoluzione del quadro.

**Conclusioni** La diagnosi e il trattamento della sindrome platipnea ortodeoxia comportano un apporto interdisciplinare. Come descritto in letteratura, procedure interventistiche, richiedenti anestesia e supporto ventilatorio possono slatentizzare la sindrome.

### An "innocent" case of neurogenic syncope?

G.E. Boari, E. Agliozzo, O. Angelini, B. Bonzi, P. Desenzani, N. Orlandi, G. Pasini, M.C. Tusi, E. Zanotti, O. Di Stefano

U.O. Medicina Generale, Ospedale di Montichiari, Azienda "Spedali Civili di Brescia", Montichiari (Bs)

Syncope is an abrupt and transient loss of consciousness associated with absence of postural tone, followed by complete and usually rapid spontaneous recovery.

Although often benign and self-limited, its cause is often not obvious, and it can be difficult to detect subjects at risk for sudden death.

Tilt table test (TTT) may be helpful particularly in young, otherwise healthy patients to better define neurocardiogenic syncope.

An healthy 51 years old male, with no familiarity for cardiovascular disease was admitted to our department due to a syncope lasting less than one minute, associated with sweating, with no seizures nor urine loss, with full recovery and no residual neurological deficit.

Physical examination was normal, all routine blood samples were in range. ECG, echocardiography, EEG, Holter monitoring showed no alterations. No orthostatic hypotension was documented. We decided to perform a TTT to rule out neurocardiogenic syncope.

At about 30 minutes of the test, syncope associated with bradycardia and asystole occurred. External cardiac massage was started with complete recovery.

The patient was implanted with dual-chamber pacemaker. To date he showed no more symptoms.

Although neurocardiogenic syncope is usually considered a benign event, TTT may be a useful tool to recognise its malignant variant, as in our case.

### Ipglicemia e iperinsulinemia

F. Bobbio<sup>1</sup>, R. Re<sup>1</sup>, M. Campanini<sup>1</sup>, E. Zoppis<sup>1</sup>, S. Negro<sup>2</sup>, I. Zanotti<sup>2</sup>, F. Santi<sup>2</sup>, E. Catania<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina 2 Aou Maggiore della Carità Di Novara;

<sup>2</sup>Medicina d'Urgenza Aou Maggiore della Carità Di Novara

**Introduzione** Ipglicemia e iperinsulinemia possono essere dovuti a diversi processi patologici: insulinoma, abuso di farmaci ipoglicemizzanti, nesidioblastosi e ipoglicemia autoimmune (Insulin Autoimmune Syndrome IAS)

**Caso clinico** Una donna di 45 anni è ricoverata per tachicardia ed episodi lipotimici. Dopo il riscontro di ipoglicemia ed iperinsulinemia sono stati esclusi l'abuso di farmaci e la presenza di un insulinoma. Per la positività degli anticorpi antiinsulina e di un'intolleranza glicidica al test da carico è stata posta diagnosi di IAS.

È stata trattata con octreotide a lunga durata d'azione per 6 mesi. Sospesa la terapia, la sintomatologia non si è più ripresentata e la curva da carico si è progressivamente normalizzata.

**Patogenesi** Nella IAS l'ipoglicemia è causata da anticorpi anti-insulina. La cinetica del legame tra insulina e anticorpi determina una inappropriata secrezione di insulina con una biodisponibilità che varia nel tempo e che determina una ipoglicemia nelle fasi post-prandiali tardive.

**Conclusioni** La IAS è una situazione clinica estremamente rara nel mondo occidentale dove sono stati descritti meno di 100 casi. La presenza di anticorpi anti-insulina e una curva glicemica caratterizzata da iperinsulinemia con un quadro di intolleranza glicidica permette di porre diagnosi.

### Caso clinico: vasculite ANCA negativa, interstiziopatia polmonare e proteinuria

S. Boccacci<sup>1</sup>, S. Bisogno<sup>2</sup>, A. Dainelli<sup>3</sup>, A. Gobbin<sup>4</sup>, G. Campanella<sup>5</sup>

U.O. Medicina Interna Ospedale Abbadia S. Salvatore U.S.L. Siena

Donna, 24 anni, giunge al PS per astenia, dispnea, tosse e febbre da 2 settimane. Riferiva recente episodio di emoftoe. Attività lavorativa con esposizione a solventi.

All'ingresso un RX torace evidenziava sfumati addensamenti parenchimali bilaterali e l'emocromo mostrava una grave anemia (HB=6,3 g/dl) per cui è stata trasfusa.

Gli esami di laboratorio mostravano: creatininemia=1,14mg/dl; clearance creatinina=41,9 ml/m; proteinuria 24 ore=0,68 g e microematuria. La TC torace documentava esteso interessamento alveolare ed aspetto "a vetro smerigliato"; la broncoscopia non mostrava segni di rexin vasale; BAL nel bronco medio con recupero di materiale parzialmente ematico.

Negativi: ANA, ENA, ANCA ed Ac anti-membrana basale glomerulare.

È stata iniziata terapia con Prednisone 25 mg x 2.

Al fine di chiarire l'etiopatogenesi del quadro, la paziente è stata trasferita presso la Nefrologia di Siena per effettuare biopsia renale ecoguidata che ha evidenziato una glomerulonefrite con semilune e, 3 cicli di plasmaferesi seguiti dalla somministrazione di 750 mg metilprednisolone in bolo con miglioramento clinico e radiografico.

**Conclusioni:** pur avendo escluso la S. di Goodpasture, per la paziente è stato necessario un trattamento specialistico tuttavia preceduto da un corretto inquadramento preliminare nel reparto internistico.

### Diagnosi e deospedalizzazione della trombosi venosa

L. Bocci, G. Carmignani, A. Camaiti

Medicina Generale II, Dipartimento Medicina Clinica ad Indirizzo Specialistico Usl 6 Livorno



**Premesse e scopo dello studio** La trombosi venosa (TV) costituisce una importante causa di morbilità. Lo scopo dello studio è stato quello di verificare i risultati di un servizio di diagnostica vascolare H/72 messo a disposizione dei medici di famiglia per la diagnostica di TV.

**Materiali e metodi** L'esecuzione dell'esame avviene entro 72 ore dal contatto del medico di famiglia con l'internista. Nei casi positivi il paziente viene rinvio a domicilio dopo inizio e prescrizione del trattamento anti-coagulante. In caso di assenza di fattori di rischio viene ricercata la secondarietà della TV. Il paziente viene ricoverato in caso di impossibilità a stabilire l'estensione prossimale della trombosi, recidiva in corso di trattamento con Warfarin con INR tra 2 e 3, sospetta Embolia Polmonare.

**Risultati** Dal gennaio 2010 al dicembre 2010 sono stati studiati 196 pazienti, 56 (28%) affetti da TVP, 16 (8%) da TVS, in 12 (17%) la TV era primaria in tutti lo studio per la secondarietà è risultato negativo. Dei 72 pazienti risultati positivi 70 (97%) sono stati inviati a domicilio e 2 (2,8%) ricoverati.

**Conclusioni** L'accesso entro 72 ore dal sospetto clinico ad un servizio di diagnostica vascolare ultrasonografica è un sistema efficiente per la gestione del paziente con sospetta trombosi venosa.

### ⊕ SIADH is not a rare cause of hyponatremia in internal medicine: 4 cases

R. Bonacci, M. La Regina, F. Corsini, A. Ceraudo, L. Scutri, F. Orlandini

S.C. Medicina Interna, Ospedale S. Andrea, La Spezia

**Introduction** Hyponatremia is the most common electrolyte imbalance among hospitalized patients. SIADH represents 30-40% of all hyponatremias, nevertheless it remains difficult to diagnose and treat. We report 4 cases identified in the last year.

**Case reports** In the first case a non secreting pituitary macroadenoma was found; in the second one a small cell lung tumor secreting vasopressin (AVP). The third case was associated to bilateral pneumonia and the fourth to escitalopram. In all of these 4 cases, sodium concentrations were very low (102 to 119 mmol/l). Confusion and headache were always present. The first patient suffered also from nausea, vomiting and severe vision impairment. Essential clues to diagnosis were measurements of plasmatic and urinary electrolytes and osmolality. Water restriction and hypertonic saline infusions corrected hyponatremia in the first 2 cases, along with drug withdrawal in the fourth. The third one required the administration of tolvaptan.

**Conclusions** SIADH is not as rare as it is believed among patients with severe and symptomatic hyponatremia. On our experience, it should be suspected in any patient with euvolemic hypotonic hyponatremia; hyponatremia with high urinary sodium output in euvolemic patients is an important diagnostic feature. AVP measurement is not essential.

### Posterior interosseus nerve palsy in psoriatic arthritis of the elbow: a case report

C. Bonali<sup>1</sup>, S. Bello<sup>1</sup>, N. Rossini<sup>2</sup>, G. Lapadula<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O. Reumatologia Ospedaliera Policlinico Bari;

<sup>2</sup>U.O. Ecografia Cbh Bari

**Introduction** Posterior Interosseous Nerve (PIN) palsy is a very rare complication of rheumatoid arthritis of the elbow; so far in literature are reported only eighteen cases and anyone is referred during the course of psoriatic arthritis.

**Case report** We present the case of a woman of 42 years old with PIN palsy secondary to arthritis of the elbow joint, affected by psoriatic asymmetric oligoarthritis treated with infliximab, in addition to metotrexate and prednisone.

The woman was diagnosed multifocal mono-neuropathy by means of electromyography. The ultrasound of the elbow showed joint effusion, synovial hyperplasia and compression of the radial nerve. We proceeded through U.S. guidance to arthrocentesis and intraarticular steroid infiltration; a therapy was established with neurotrophic, increasing prednisone to 25 mg/die.

The ultrasound follow-up showed the reduction of joint effusion and of the synovial hyperplasia associated with the reduction of the neurological deficit and a full functional recovery was obtained in four months.

**Conclusion** Electromyography is the essential investigation for the diagnosis of PIN palsy, but in the case described above, EMG has led to the suspect of demyelinating mononeuropathy, ultrasonography, instead was proved to be crucial both in the correct diagnosis and in the therapeutic choice.

### Modified Early Warning Score ( MEWS) - Applicazione clinica e risvolti organizzativi: la nostra esperienza

L. Boncinelli, C. Bassino

Medicina Interna Ospedale di Cantù

**Premesse e scopo dello studio** La sopravvivenza all'arresto cardiaco in Ospedale non è migliorata nonostante l'uso di linee guida di gestione della rianimazione (BLS-BLS-D-CAT).

**Materiali e metodi** Abbiamo sviluppato un progetto di miglioramento dell'identificazione di pazienti ad alto rischio per prevenire l'arresto cardiaco e migliorare la sopravvivenza usando il MEWS (Modified early warning score). Rispetto allo score originale (coscienza, frequenza cardio-respiratoria, temperatura e pressione arteriosa) abbiamo inserito diuresi e scala del dolore. Il MEWS è applicato a tutti i pazienti con rilevazione dei parametri ogni 12 ore. L'algoritmo di intervento, secondo l'aumento del MEWS, prevede: intervento del medico di reparto; rilevazione dei parametri ogni 6 o 3 ore; intervento del rianimatore.

**Risultati** Il MEWS ha intercettato i pazienti critici con possibile risposta più rapida all'evento, essenziale nell'arresto. I dati ottenuti hanno pure evidenziato: molti pazienti provenienti da PS hanno score  $\geq 4$ ; la maggior parte di questi giunge tra le 18 e le 8; vi è un discreto numero di pazienti DNR. Questo ci ha permesso di elaborare strategie per migliorare la qualità clinico-assistenziale.

**Conclusioni** Il sistematico impiego dello score MEWS permette una miglior gestione delle criticità di un reparto di Medicina.

### Linfoadenomegalia acuta febbrile non infettiva

S. Bondini, A. Grassi, N. Celli, G. Donati, F. Izzo, M. Ciamei, G. Ballardini

Medicina 2, Ospedale Infermi, Rimini

Una *linfoadenomegalia acuta* viene in genere considerata di origine infettiva, in particolare quando regredisce.

Una donna di 64 anni in buona salute giunge ricoverata per febbre a 39.5°C, malessere ingravescente da circa un mese, mialgie diffuse, astenia ed incapacità ad alzarsi da letto. A domicilio: rialzo VES e PCR, ferritinemia 20.000, Tc Torace con linfonodi pre-tracheali e ascellari sin aumentati (13 mm). Durante la degenza, febbre con punte a 39.5°C in corso di ceftriaxone. Comparsa di voluminose linfoadenomegalie laterocervicali e sottomentoniere, dure e non dolenti, di circa 3 cm.

Negative emocolture e urinocoltura, marcatori di autoimmunità, esami sierologici, non vi è consumo di complemento, ferritinemia 26.000, proteinuria 24 h 1.26 g, aumento LDH, markers di flogosi e beta-2-microglobulina, D-dimero con allungamento del PT e LAC positivo.

Viene eseguita BOM ed asportato un linfonodo sottomentoniero, nel frattempo la febbre e i sintomi regrediscono progressivamente, le linfadenomegalie si riducono notevolmente, gli esami biomorali rientrano nei limiti. Giungono i referti delle biopsie: midollo con aspetti rigenerativi e linfonodo con linfadenite istiocitaria necrotizzante tipo Kikuchi Fujimoto. La paziente sta bene. Cruciale per la diagnosi l'esame istologico dell'intero linfonodo eseguito precocemente

### Effectiveness and tolerance of endoscopic intragastric balloon (EIB) in obese patients

F. Bonfante, B. Ferri, F. Benini, W. Piubello

Medicina Interna, Ospedale di Desenzano del Garda, Brescia

**Background** Diet, physical activity, drugs, psychotherapy, surgery are useful for obesity; EIB was proposed to induce body weight loss.

**Aims** Evaluate effectiveness and tolerance of EIB. Materials and methods: Between Jan '05 and dec '10, 123 consecutive patients (90 women, age range 17-66 mean weight 106(16.4) Kg, BMI 41(5.4) kg/m<sup>2</sup>) were submitted, with dietary restrictions, to insertion and 6 months later removal of EIB; all interventions were done under conscious sedation except 2 insertion and 6 removal procedures, conducted with general anesthesia. 38 patients were treated with an liquid balloon (Bib) and the others 85 with an air filled balloon (Bag); all patients were followed with ambulatory controls.

**Results** In 8 patients, the balloon was removed before for side effects; no serious adverse effects were registered. Mean weight loss was 12(9.5) kg ( $p < .05$ -T Student) e mean BMI reduction was 4.2(2.2) kg/m<sup>2</sup> ( $p < .05$ ). 64% of patients (82/123) declared satisfaction for balloon working, 74% (96) told that they well tolerated position and removal and that dyspeptic symptoms disappeared in less than a week in 80% (96% in Bag patients); for 19 patients, balloon lost efficacy after the 3 months.

**Conclusion** EIB is safe, well tolerated and effectiveness for treatment of obesity.

### Evolving concepts in Churg-Strauss syndrome: a report of four cases

R. Boni, R. De Simone, P.G. Rabitti

Medicina Interna 1, Osp. Cardarelli, Napoli

**Objective** To describe clinical features and treatment outcomes of four cases of Churg-Strauss syndrome, the rarest of ANCA-associated vasculitides, and to test current prognostic and therapeutic criteria.

**Patients and methods** The Five Factors Score (FFS), the simplest prognostic score for vasculitides, was applied to four patients diagnosed by ACR 1990 criteria. Two patients with low FFS received oral prednisone and two with high FFS boli of methylprednisolone (MP) for three days and i.v. pulsed cyclophosphamide (CPM) for six months, followed by prednisone and azathioprine. One patient with low FFS was needed to pass to i.v. treatment because of worsening of asthma and peripheral neuropathy (PN).

**Results** Our cases differ from literature just for a lower involvement of CNS, heart and bowel. We detected higher IgE and histologic granulomatosis in severe asthma, as well as ANCA and eosinophilic vasculitis in severe PN. All achieved remission, but with some neurologic sequelae.

**Conclusions** Pulses of MP and CPM have been efficacious, without side effects. PN seemed the least responder, even in case of early diagnosis. On account of the risk of disability, we suggest to treat at first with boli of corticosteroids and immunosuppressors not only patients with visceral involvement (high FFS), but all patients with PN and presence of ANCA.

### Cytomegalovirus as trigger of systemic lupus erythematosus? A case report

R. Boni, R. Suozzo, P.G. Rabitti

Medicina Interna 1, Osp. Cardarelli, Napoli

**Background** The role of viral infections in the etiopathogenesis of systemic lupus erythematosus (SLE) is debated. Reactivations of cytomegalovirus (CMV) and Epstein-Barr virus have been often found during immunosuppressor treatments, or have been correlated to different clinical features of SLE, however there are only few reports about such infections as triggers of SLE. We report a case of recent CMV infection at the onset of SLE.

**Case report** 17 years old girl; since one month fever, sore throat, malar rash, polyarthritis, weight loss, neck lymph nodes and spleen enlargement. Lab: WBC 3.960, N 53%, L 39%, ANA 1:1.280, anti-dsDNA >400, C4 0.05, direct Coombs +2, CMV IgM 1.84 DO, CMV IgG 36 UA/ml. She was treated with prednisone and hydroxychloroquine and discharged in remission.

**Discussion** A potential role for CMV in development and/or progression of SLE has been suggested. Herpes viruses may contribute to SLE pathogenesis through triggering autoimmunity via molecular mimicry, encoding proteins that induce cross-reactive immune responses to self antigens or modulate antigen processing, activation or apoptosis of lymphocytes or histiocytes. Although relationships between viruses and autoimmune diseases are complex and vexed, our case raises the possibility that CMV may be related to the onset of SLE in certain patients.

### Infezione da HCV e autoimmunità: presenza di inibitore del fattore VIII della coagulazione

R. Bortolotti<sup>1</sup>, F. Lari<sup>1</sup>, G. Roderigo<sup>2</sup>, G. Palareti<sup>3</sup>, G. Bragagni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina Interna, Dipartimento Medico, Ausl Bologna;

<sup>2</sup>Uo Angiologia e Malattie della Coagulazione "Marino Golinelli", Policlinico S. Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna;

<sup>3</sup>Uo Angiologia e Malattie della Coagulazione "Marino Golinelli", Policlinico S. Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

**Caso** F 69aa, CIC, ricoverata per angina bassa soglia e anemia(Hb6.7). Ematomi per traumi lievi. Lab: aPTTRatio2.3, LAC+, anti-HCV+ viremia+. Trasfusa, dimessa (Hb10.1g/dl). In seguito, dolore tumefazione arto inf sn: iniziata EBPM, ematomi diffusi, ricovero. Lab Hb8.1g/dl, aPTTRatio2.32. Assenza TVP, ma ematoma popliteo. Sospesi eparina ASA, infusi GRC plasma, studio coagulativo: LAC negativo, riduzione f.VIII con inibitore. Terapia: steroidi, risoluzione s.emorragica, dimessa. Dopo 3 settimane SCANSTE: persistenza inibitore, non possibile coronarografia né terapia (ASA-EBPM). Successivamente assenza inibitore, sospeso steroide, ripresa ASA.

**Discussione** Emofilia acquisita, mal emorragica autoimmune da anticorpo anti-f.VIII. Clinicamente: emorragie cute-muscoli, mortalità22%. Lab: allungamento aPTT, PT nn, riduzione f.VIII, presenza anticorpo-specifico. 50%cas: mal.autoimmuni, neoplasie,mal.dermatologiche, farmaci, epatite acuta virale. 50%cas: causa ignota. Terapia: 1-Controllo sanguinamento: desmopressina, f.VIII conc.-ricombinante, complesso protrombinico. 2-Rimozione inibitore: steroidi, immunosoppressori, immunoglobuline, plasmaferesi.

**Conclusioni** Epatopatia cronica HCVrelata unico fattore responsabile di reazione autoimmune. Scarsa letteratura in corso di infezione cronica HCV. LAC falsamente positivo ritardò diagnosi.

### About eritrodermia

A. Bovero, A. Panarello, D. Mela, P. Artom, L. Briatore, M. Uccelli, A. Artom

S.C Medicina Interna Ospedale Santa Corona Pietra Ligure

**Background and aim of the study** Diagnosis of a difficult case of erythrodermia.

**Materials and methods** 67 years old, male patient with chronic bronchopulmonary disease and anamnestic prostate cancer, admitted for fever, pulmonary infection and light maculopapular exanthema. Improvement of the respiratory involvement owing to antibiotic therapy, but progressive development of heavy erythrodermia, persistent low fever, general conditions' decay and pathological diffuse enlarged lymph nodes. The patient underwent skin biopsy and axillary lymph node exeresis.

**Results** Nonspecific skin biopsy (framework of dermatitis) but lymph node histology diagnostic for ierplastic lymphadenopathy, in particular Rosai Dorfman disease.

**Conclusions** Erythrodermia arises differential diagnoses (atopic disease, adverse drug reactions, lymphoproliferative diseases and paraneoplastic syndromes). The rapid increase of lymph nodes made us initially hypothesize a lymphoproliferative disease, but the histological diagnosis showed Rosai Dorfman hystiocytosis, a rare proliferative hystiocytic benign disorder of unknown etiology, characterized by extended lymphadenopathies and fever. Extranodal involvement is observed in 25-40% of cases, especially skin.

### Formazione a distanza FADOI e dimissione protetta: un'ipotesi di lavoro per superare le differenze regionali

C. Bozzano<sup>1</sup>, D. Barbina<sup>2</sup>, G. Gussoni<sup>3</sup>, R. Mastriforti<sup>4</sup>, E. Romano<sup>5</sup>, A. Valerio<sup>6</sup>, C. Pedace<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Zona-Distretto, Arezzo,

<sup>2</sup>Istituto Superiore della Sanità, Roma,

<sup>3</sup>Fondazione Fadoi, Milano,

<sup>4</sup>U.O. Medicina Interna, Ospedale San Sepolcro, Arezzo,

<sup>5</sup>Clinical Risk Manager, Asl5 "Spezzino", La Spezia,

<sup>6</sup>Fondazione Fadoi, Milano, <sup>7</sup>Zona-Distretto, Arezzo

*"Il Sig. Pedruzzi è ricoverato nell'UO di Neurologia dell'Ospedale Sant'Eufemia, presso il quale è seguito da oltre un anno per parkinsonismo e lieve decadimento cognitivo. Come d'abitudine, tre giorni prima, la vicina di casa si era recata al suo domicilio per le faccende domestiche, trovandolo a terra ai piedi del letto in evidente stato confusionale".* Comincia così la storia del Sig. Gianni, che accompagnerà il Corso di Formazione a Distanza (FAD) sulla tematica dell'integrazione Ospedale-Territorio, ideato dal provider ECM Fondazione FADOI in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Destinato a 750 medici (Specialisti Ospedalieri e Medici di Medicina Generale), il Corso si focalizzerà sulla gestione dei pazienti internistici fragili, spesso caratterizzati da tempi di degenza prolungati, senza che ciò comporti un reale vantaggio in termini di salute. Con l'obiettivo di superare le differenze regionali e attraverso il richiamo alla normativa di riferimento si ipotizzano strumenti di gestione della fragilità nel delicato momento della dimissione ospedaliera. La tecnica formativa è quella del Problem Based Learning, grazie alla quale si presenterà una diversa chiave di lettura della continuità assistenziale all'interno del Sistema Sanitario Nazionale, e nuove metodologie per la sua pragmatica realizzazione.

### Memorandum to management of a frail elderly

C. Bozzano<sup>1</sup>, S. Lenti<sup>2</sup>, S. Terziani<sup>3</sup>, C. Pedace<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Department Territorial Area District Arezzo,

<sup>2</sup>Internal Medicine And Geriatrics - Hospital San Donato Us8 Arezzo,

<sup>3</sup>General Practitioner Arezzo,

<sup>4</sup>Department Territorial Area District Arezzo

The male patient, aged 82, had complained for several months of progressive anorexia and asthenia. He had a mitro-aortic valve prosthetic

and was suffering from ischemic heart disease, chronic atrial fibrillation and type 2 mellitus diabetes. He was hospitalized with dyspnea at rest and orthopnea. A transthoracic echocardiogram had been performed a few days before, but his condition remained unchanged from previous examinations. When he was admitted to the ward he had signs of hemodynamic de-compensation, which was confirmed by radio film of his chest, there was no lung foci and no fever. Blood tests showed an increase in the PCR (1.3 mg/dL) and signs of malnutrition (albumin 3.4 g/L, total cholesterol 117 mg/dL, triglycerides 100 mg/dl, FT4 24.1 µg and normal TSH, indirect hyperbilirubinemia). Due to the presence of Streptococcus mutans in apyrexia in the blood cultures, a transesophageal echocardiogram was performed which showed two small mobile vegetation based on large plant mitral prosthetic. The malnutrition may have rendered our patient anergic causing him to present with nonspecific symptoms and signs. This case reminds us that frail elderly patients risk falling through the cracks and not being accurately diagnosed as they often present with non classic symptoms thus making diagnosis more difficult.

### Polifarmacoterapia amica-nemica

C. Bozzano, C. Pedace

Zona-Distretto, Arezzo

"Sevelamer 3 cp x 2, Sodio Polistiren Solfonato 1 cucch nel week-end, Calcio Carbonato 1 cp, Levo-Dopa 100/25 x 4, Ticlopidina 1cp x 2, Carvedilolo 6,25 mg x 3, Ramipril 5 mg x 2, Lansoprazolo 30 mg, Sucralfato 1 bust x 3, Metoclopramide 10 ml x 2, Fentanil 50 µg ogni 3 giorni, Domperidone 10 mg x 2, Amitriptilina 5 gtt, Alprazolam 10 gtt x 3" questa la complessa terapia della Sig.ra TV di 70 anni, in dialisi da 7 anni e affetta da Sindrome ansioso-depressiva, Morbo di Parkinson da 6 anni e grave sarcopenia. Ricoverata per versamento pleurico bilaterale con nausea e vomito da alcuni mesi, si dimette con la suddetta terapia dopo evacuazione del versamento e avendo escluso diagnosi oncologica. A distanza di alcune settimane compaiono discinesie fini agli arti inferiori in un quadro di gambe senza riposo. L'analisi attenta delle interazioni farmaco-farmaco e farmaco-malattia, ha portato a sostituire Sevelamer, dall'effetto proemetico, con Idrossido di alluminio. Metoclopramide e Amitriptilina sono stati sospesi per la loro capacità di peggiorare i sintomi extrapiramidali, ed è stato introdotto Escitalopram come antidepressivo. La signora è ora migliorata sul versante motorio, riposa la notte e si alimenta. Si sarebbe potuto pensare a un effetto di fine dose della L-Dopa modificando terapia antiparkinsoniana. Il rischio nella polifarmacoterapia è inseguire il sintomo e non la causa.

### Intravascular lipoma of the superior vena cava

M.C. Bravi<sup>1</sup>, S. Salvadei<sup>2</sup>, P. Scarponi<sup>3</sup>, A. Loforte<sup>3</sup>, F. Musumeci<sup>3</sup>, L. Gasbarrone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Med. Int. 1, Dip. Medicina Interna, Az. Osp. San Camillo Forlanini - Roma,

<sup>2</sup>Università Campus Biomedico - Roma,

<sup>3</sup>Cardiochirurgia, Dip. Cardiovascolare, Az. Osp. San Camillo Forlanini - Roma,

<sup>1</sup>Med. Int. 1, Dip. Medicina Interna, Az. Osp. San Camillo Forlanini - Roma

Primary tumors of the major central veins are unusual; inferior vena cava (IVC) is more frequently interested. We report a case of intravascular lipoma of the superior vena cava (SVC) in an asymptomatic 63-year-old man with 5-day history of abdominal and lumbar pain. Laboratory analysis were normal. A computed tomography scan (CT) showed a SVC filling defect with a subtotal occlusion extended into right atrium and suprahepatic IVC, with inhomogeneous aspect. The mass lying within the lumen of the SVC had fatty density. Magnetic resonance angiogra-

phy (MRI) confirmed the intraluminal formation with uniform signal drop on fat-suppressed sequences and lumen reduced to a tiny marginal slit, like an intravascular lipoma. The patient was eligible for surgery. During cardiopulmonary bypass and hypothermia SVC was opened: the tumor arised from the distal end of the posterior surface of the SVC just before bifurcation, with a small base of plan and was completely removed by pulling it out from the right atrium chamber and cut distally; a pericardial patch was posed. Macroscopically the mass was soft, lobulated, filled with fat, with a surface smooth, enclosed by a thin capsule; histology showed mature adipocytes and collagen. The patient was free of complications. After 3 months, there was no signs of recurrences.

### “Uno strano caso di tubercolosi intestinale”

A. Briozzo, C. Norbiato, S. Marengo, R. Cavaliere

Sc Medicina Interna, A.O. Ordine Mauriziano Torino

Donna di 80 anni ricoverata per astenia, dimagrimento e ipertermia. In anamnesi tiroidectomia per GMN, resezione del retto per adenoCa. Coniuge con storia di recente TBC polmonare. Gli accertamenti evidenziavano elevati indici di flogosi con WBC nella norma e anemia normocitica; Procalcitonina, ecocardiogramma, TC torace-addome, emocolture e urocolture, esami di autoimmunità, sierologia per Lue, CMV, EBV, Weil-Felix, Vidal-Wright tutte negative. Alla fenotipizzazione su sangue periferico evidenza di linfocitosi B monoclonale. Il Quantiferon risultava positivo; pertanto veniva richiesta PET total body che evidenziava elevata attività metabolica dell'intero colon. La ricerca BAAR su urine e feci era negativa, l'ecografia intestinale nella norma, la colonscopia con biopsie multiple (anche ileali) negativa per neoplasia. Batterioscopico, PCR e colturale per BK anch'essi negativi. Nel sospetto di TBC intestinale veniva iniziata terapia specifica con isoniazide, rifampicina e pirazinamide con normalizzazione di curva termica e indici di flogosi, incremento ponderale, significativo miglioramento dell'anemia e netta regressione dei reperti colici alla PET di controllo dopo terapia. Conclusioni: la paziente ha presentato un evidente beneficio con la terapia specifica, pur in assenza di elementi patognomnici per TBC intestinale.

### Troponina e BNP: biomarkers consolidati ed emergenti nella gestione e stratificazione del paziente affetto da scompenso cardiaco

A. Brundu, F. Uras, P. Terrosu

Divisione Cardiologia Ospedale Civile “Ss.Ma Annunziata”Sassari

**Premesse e scopo dello studio** Il BNP è il biomarker dello scompenso cardiaco(HF) e la Troponina(TnI) dell'IMA:valutarne l'uso nei pazienti ricoverati per AHF.

**Materiali e metodi** Esaminare le cartelle di 160pazienti(pz) apparentemente non affetti da cardiopatia ischemica e dividerli in 3 gruppi: I:26 pz(16,3%) con TnI positiva (+):  $\geq 0,13$ ng/ml e BNP significativo in 11 (4 5,6%, media:1066,5 $\pm$ 1143,1pg/ml); Il gruppo: 114pz (71,3%) con TnI “non significativa” (-): 0,04-0,10ng/ml con BNP significativo in 43(37,9%, media: 822 $\pm$ 717,9 pg/ml); III:gruppo: 21 pz(18,5%) con TnI “indossabile”: <0,04ng/ml con BNP significativo in 13(62%, media:786,3 $\pm$ 1006,2pg/ml). Test statistici:t di student per le medie ed il Chi quadro per i valori percentuali (significatività statistica:  $p \leq 0,05$ ).

**Risultati** La TnI è più dosata rispetto al BNP (100%vs47%) ma una sua (-) non ha escluso totalmente la coronaropatia:infatti,sono risultate stenosi ( $\geq 50\%$ ) in 13 pz(20%). Il BNP è più affidabile rispetto alla TnI, in quanto significativo in 67 pz(41,7%) a scanso di una TnI(-) indossabile.

**Conclusioni** Nella nostra realtà ospedaliera il BNP è ancora poco utilizzato.Il progredire delle conoscenze sul suo uso combinato con laTnI, già promettente “predittore” di evoluzione di HF, consentirà di stratificare e conoscere in modo sempre più approfondito il profilo di rischio del pz scompensato.

### Il ruolo dell'Ambulatorio Dedicato per lo Scompenso Cardiaco: 10 anni di attività

A. Brundu, F. Uras, P. Terrosu

Divisione Cardiologia Ospedale Civile “Ss.Ma Annunziata”Sassari

**Premesse e scopo dello studio** Nella Cardiologia di Sassari esiste dal 1999 un ambulatorio specialistico per l'HF. Analizzare il data-base dei pazienti(pz) che vi afferiscono per una disamina globale.

**Materiali e metodi** Valutare dieci anni (1999-2009) di attività.

**Risultati** Abbiamo seguito 145 (pz). Attualmente ve ne afferiscono 106 di cui 103 (15F, 88M. Età media 67,0  $\pm$  11, 0anni) e 3 “post-trapianto cardiaco”. Mortalità: 27%. L'eziologia maggiormente rappresentata è quella ischemica (41,5%), a seguire: la cardiopatia dilatativa primitiva (34%), l'ipertensiva (9,8%); altro (15,8%). Classe NYHA:I (18,5%), II (66,3%), III (13,7%), IV (2%). CRT(4,9%).

ICD(13%), ICD+CRT (6,8%), PM(4,9%). Diabetici (10,5%); ipertesi(19%), dislipidemic (19%). HFsistolico (EF<30%) 71% vs diastolico (EF>45%) 28,6%. 70% controlli post-ricovero, 20% da ambulatori divisionali, 5% inviati dal medico di Medicina Generale. Follow-up: 1-6mesi-1anno, con aderenza del 90%. Terapia: Betabloccante (86,5%); ACEI: (76,7%); Sartani: (20,7%), Diuretici: (71%), Digitale: (6%), Risparmiatori di K+: (20,7%), Statine: (52,8%), Omega-3: (15,7%).

**Conclusioni** L'ambulatorio dedicato raggiunge ancora pochi pz. Molto resta da fare per creare un modello assistenziale che coinvolga tutte le figure specialistiche che hanno in carico questi soggetti.

### Pancreatite acuta su pancreas ventrale e pancreatite cronica su pancreas dorsale: un caso particolare di pancreas divisum

R. Buono, D. Avolio, P. Bassano, M.C. Cillis, F. Gallucci, A. Langellotto, G. Uomo

Uosc Medicina Interna 3, Dipartimento di Medicina Generale e Specialistica, A.O.R.N. “A. Cardarelli”, Napoli

**Premesse** Il pancreas divisum (PD) è un disordine congenito caratterizzato da sbocchi e decorsi distinti per il dotto di Wirsung (drenante il pancreas ventrale) e per il Santorini (drenante il pancreas dorsale). Può associarsi ad episodi ricorrenti di pancreatite acuta o presentarsi con un quadro di pancreatite cronica ostruttiva in genere del pancreas ventrale per stenosi papillare.

**Caso clinico** Anni 36, sesso F, non etilista. Anamnesi di vari episodi di dolore addominale intenso, con due ricoveri ospedalieri e diagnosi di pancreatite acuta. Giunge in PS per dolore addominale. Incremento di amilasi/lipasi in assenza di colestasi. Indagini strumentali (eco, TC con mdc, RMN) mostrano soffiusione fluida peripancreatica, edema globale della ghiandola, pseudocisti della testa-uncus, dilatazione del dotto pancreatico e calcificazioni intraduttali. ERCP mostra pancreas divisum con morfologia come da pancreatite acuta sul pancreas ventrale e da pancreatite cronica sul dorsale. Terapia medica con NPT per 4 settimane più sfinterotomia endoscopica della papilla minor con posizionamento di plastic-stent 7F (rimosso a 4 mesi). Nel tempo riassorbimento della pseudocisti acuta della testa e riduzione della dilatazione del Santorini. Non insufficienza esocrina e/o endocrina né ricorrenze dolorose al follow-up (4 anni).

### Sindrome McCune-Albright paucisintomatica: fibrodisplasia ossea poliostotica associata ad ipertiroidismo

R. Buono, D. Avolio, A. Langellotto, E. Madrid, R. Russo, U. Valentino, G. Uomo

Uosc Medicina Interna 3, Aorn Cardarelli Napoli

**Premesse** La fibrodisplasia ossea (FDO) è una malattia rara caratterizzata da una (FDO monostotica) o più (poliostotica) lesioni scheletriche fibrose espansive costituite da tessuto mesenchimale. L'associazione della FDO poliostotica con endocrinopatie varie e macchie cutanee identifica la sindrome di McCune-Albright. La più comune endocrinopatia è la pseudopubertà precoce; molto più rara è l'associazione con ipertiroidismo.

**Caso clinico** Anni 34, sesso M. Da circa 18 mesi trattamento con tiamazolo per ipertiroidismo. La nostra osservazione è dettata dalla comparsa di dolore toracico sordo, prevalente a sinistra, attenuato dal riposo e da FANS. In PS rilievo rx di alterazione morfostrutturale della VII costa sin. In Reparto si evidenzia la presenza di chiazze color caffelatte a livello dell'addome e del dorso e una dolorabilità alla palpazione dello scheletro costale bilateralmente. TC con mdc: a livello dell'arco posteriore della VII costa sinistra tumefazione a profilo integro della corticale con spongiosa repleta di aree lacunari miste a trabecole ossee; a livello della spongiosa dell'ala iliaca sinistra presenza di multiple aree lacunari similari con corticale indenne. Non ulteriori lesioni a carico dello scheletro assiale, degli arti e del cranio. Alla dimissione trattamento con bifosfonati per os e paracetamolo.

### Febbricola ed artralgie quali manifestazioni preminenti in un caso di sindrome LAMB

R. Buono, A. Carnovale, L. Ferrara, F. Gallucci, R. Russo, U. Valentino, G. Uomo

Uosc Medicina Interna 3, Dipartimento di Medicina Generale e Specialistica, A.O.R.N. "A. Cardarelli", Napoli

**Premesse** La sindrome LAMB rientra nel cosiddetto "complesso di Carney" che configura, su base genetica, l'associazione di mixoma atriale con diverse espressioni cliniche. In particolare, la sindrome LAMB è identificata dalla contemporanea presenza di: *Lentigo*, *Atrial Myxoma*, *Blue naevi*.

**Caso clinico** Anni 32, sesso M. Da due anni astenia per sforzi lievi. Da due mesi febbricola serotina associata a poliartralgie asimmetriche prevalenti alle grosse articolazioni degli arti senza segni di flogosi locale. Riscontro di VES e PCR elevate e leucocitosi neutrofila. Giunge alla osservazione per l'aumento di intensità delle poliartralgie, non responsive a FANS, e per la persistenza della febbricola. Evidenza di efelidi al volto e al collo, isolati nevi pigmentati bluastri agli arti superiori e tronco e presenza di un soffio cardiaco 3/VI puntale in medio-tele sistole. Quadro obiettivo articolare negativo. Ecocardio: presenza di formazione iperecogena intra-atriale destra con insufficienza mitralica. TC: voluminoso espanso solido disomogeneo localizzato a livello della parete anteriore dell'atrio destro (57x54 mm), adeso al sacco pericardico. Indirizzo ad intervento cardiocirurgico di exeresi. Follow-up attuale di 16 mesi, durante i quali non si è registrata ripresa della sintomatologia di esordio.

### Displasia neuronale intestinale tipo A associata a tromboembolia polmonare multipla, ipertensione polmonare e cirrosi cardiaca

R. Buono, L. Ferrara, F. Gallucci, E. Madrid, R. Russo, G. Uomo

Uosc Medicina Interna 3, Dipartimento di Medicina Generale e Specialistica, A.O.R.N. "A. Cardarelli", Napoli

**Premesse** La displasia neuronale intestinale di tipo A è un disordine genetico a trasmissione autosomica recessiva responsabile di malrotazione intestinale e altre anomalie del tratto gastroenterico; possono associarsi anche malformazioni in altri distretti, in particolare del sistema cardiovascolare e respiratorio.

**Caso clinico** Anni 25, sesso F. Familiarità per patologia intestinale congenita e distrofia muscolare. In età infantile diagnosi di "intestino corto" con malrotazione intestinale; vari interventi chirurgici e successiva sindrome da malassorbimento. Sei anni prima della attuale osservazione, posizionamento di catetere venoso centrale per NPT, mai più rimosso. Ricovero attuale per astenia, ascite, edemi declivi, dispnea per sforzi lievi. Le indagini effettuate dimostrano la presenza di tromboembolia polmonare multipla con secondaria ipertensione polmonare di grado severo, cirrosi epatica a genesi cardiaca scompensata per ritenzione idrosalina. Si conferma la sindrome da malrotazione intestinale su base genetica con anemia cronica e ritardo staturale secondari. Viene esclusa diatesi trombofilica. Il catetere venoso centrale viene rimosso; terapia con diuretici, anticoagulanti orali e supporto nutrizionale. Alla dimissione miglioramento della sintomatologia con scomparsa della ascite e degli edemi.

### A particular case of low back pain and fever

L. Caccetta, L. Iamele, M. Carbone, M. Insalata, S. Cappello, M. Pipino, G. Minafra, F. Ventrella

S.C. Medicina Interna (Direttore Dr. Francesco Ventrella) - Ospedale di Cerignola - Asl Fg

Women 51 yr. with low back pain and fever from 2 months. Hospitalization for worsening dyspnea with moderate bronchospasm, fever, skin rash on the face and trunk, diffuse arthralgias.

Diagnostic process is initiated for infectious diseases, abdominal pain syndromes, autoimmune diseases: urine culture, blood culture, sputum culture; serodiagnosis: WW, TORCH, EBV, Legionella, Chlamydia, Mycoplasma, hepatitis markers, Mantoux, buffer for H1N1; inflammatory markers, autoantibodies; X-ray and CT chest, abdomen Eco and TC, echocardiography, neck Eco, abdomen MR, colangio-MR, skeleton-Rx, EGDS; bronchoscopy with BAL examination for cytology, culture, BK in PCR.

We found: autoantibodies and rheumatoid factor negative; increased inflammatory markers, ferritin, transaminases, leukocytosis, serositis (pleural, pericardial, pelvic), pulmonary micronodules, moderate cervical, paratracheal lymphadenopathy.

After antibiotics and steroids therapy, improved clinical and instrumental (missing effusion and lung nodules) were observed. The steroids suspension caused restarting of symptoms. According with Yamaguchi criteria (majors: fever, arthralgia/arthritis, rash, leukocytosis; minors: pharyngodynia, lymphadenopathy, splenomegaly, elevated aminotransferase levels, absence of rheumatoid factor and ANA) diagnosis of Still disease in the adult is made.

### A quasi serendipitous diagnosis of medullary thyroid carcinoma

C. Canale<sup>1</sup>, G. Colica<sup>1</sup>, D. Martelli<sup>1</sup>, G. Gulli<sup>2</sup>, F. Condemi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uoc Medicina Interna Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli" Reggio Calabria,

<sup>2</sup>Sc Medicina Interna Ospedale Maggiore Ss. Annunziata Savigliano Cn

Female, 74 year old, with a history of CAD, hypertension, anemia, a euthyroid nodular goiter and recurrent fever (38.5 °C) preceded by chills, occurring twice a month, for more than 1 year, admitted for atypical retrosternal pain and anemia. She is treated with packed red blood cell transfusion and undergoes upper endoscopy, with evidence of haemorrhagic gastritis and, at the subcardial region, of two protrud-

ing masses, suggesting submucosal/extrinsic lesions. Aspirin withdrawal and treatment with PPI resolved retrosternal pain. On the 6th day of admission, she suffered a new episode of chills and fever. A CT scan performed because of a suspicion of a paraneoplastic fever was negative, except for the presence of a right thyroid nodule. At a new recurrence of chills and fever, we measured plasma procalcitonin (PCT), whose level was markedly high. Since we did not find any microbiological abnormality or clinical clues suggesting infection and studies have shown that PCT is elevated in patients with medullary thyroid carcinoma (MTC), we performed an ultrasound re-evaluation of the thyroid nodule, which showed sonographic signs of malignancy. Fine needle aspiration was performed and established a diagnosis of (isolated) MTC. Accordingly, elevated plasma calcitonin levels were documented.

### More than a bellyache

C. Canale<sup>1</sup>, F. Condemì<sup>1</sup>, V. Nociti<sup>1</sup>, G. Gulli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uoc Medicina Interna Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli" Reggio Calabria,

<sup>2</sup>Sc Medicina Interna Ospedale Maggiore Ss. Annunziata Savigliano Cn

Female, 50 year old, 15 pack-year active smoker, with a history of miscarriage, DVT while on estrogen-progestin oral contraceptives, heterozygous for MTHFR C677T and factor V Leiden on follow-up, presented with 7 days of colicky abdominal pain and constipation. Her blood tests were unremarkable, except for elevated D-dimer level. With the clinical suspicion of bowel ischemia, we performed a CT scan which showed, posterior to the neck of the pancreas, a target image with a rim of increased density, compatible with portal vein (PV) thrombosis, and a similar image in the *inferior vena cava* (IVC) adjacent to the pancreatic head. We started anticoagulant therapy with enoxaparin and a CT scans and echo-colorDoppler, performed after 48 hours, documented superior mesenteric vein thrombosis without any finding of either PV or IVC thrombosis. Intravenous fluid and bowel rest with no food by mouth brought about a clinically meaningful reduction in pain and restored *bowel canalization* within 72 hours, when we started warfarin. In the absence of precipitating factors for the recurrent DVT episode, since it has been showed that the JAK2 V617F mutation is associated with splanchnic vein thrombosis, we tested it in our patient, who resulted positive with an intermediate burden, and, after about 1 year, was diagnosed with polycythemia vera.

### Valutazione retrospettiva delle fratture vertebrali in pazienti affetti da BPCO, trattati con steroidi

A.M. Cangelosi, F.C. Raimondo, R. Cangelosi

Medicina Interna

**Obiettivo dello studio** Dimostrare l'efficacia di un programma di prevenzione della riduzione della densità minerale ossea, in pazienti affetti da bpcO in trattamento con glucocorticoidi.

**Materiali e metodi** Dal primo settembre al 31 dicembre 2010 sono state esaminate le cartelle cliniche di 28 pazienti (18 maschi – 10 femmine) con età media di 78 anni, in trattamento con terapia corticosteroidica (per os e per via inalatoria), dimessi dall'U.O. medicina interna P.O. PaoloBorsellino (Marsala), con diagnosi alla dimissione di bpcO. Per ogni paziente sono stati valutati: rx della colonna tratto dorso-lombare, calcemia, fosforemia e pth.

**Risultati** Il completamento delle indagini richieste, ha evidenziato che su 28 pazienti, 8 (6 femmine e 2 maschi) presentavano deformità vertebrali nel tratto dorsale e in seguito alla richiesta di ulteriori accertamenti (rx colonna tratto dorso-lombare), gli stessi presentavano una

deformità anche nel tratto lombare, in assenza di traumi pregressi. Le indagini di laboratorio risultavano nella norma.

**Conclusioni** Il primo passo, per quanto riguarda l'identificazione e trattamento dell'osteoporosi da glucocorticoidi, complicata da fratture vertebrali, consiste nell'identificare pazienti mediante l'esecuzione di rx colonna tratto dorso-lombare, misurazioni dell'altezza, curvatura spinale ed infine sottoporli a MOC.

### Impact of the comorbidities on the walking about in the frail elderly

A. Capaldo<sup>1</sup>, F. Sirico<sup>1</sup>, G. Iolascon<sup>1</sup>, M. D'avino<sup>2</sup>, A. Ilardi<sup>3</sup>, R. Gimigliano<sup>1</sup>, D. Caruso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze Ortopediche, Traumatologiche, Riabilitative e Plastico-Ricostruttive della II Università di Napoli,

<sup>2</sup>Medicina 2 - A.O.R.N. "Antonio Cardarelli" Napoli,

<sup>3</sup>Medicina D'urgenza - A.O.R.N. "Antonio Cardarelli" Napoli

**Background** Frailty is a condition of the elderly characterized by serious reduction of the functional reserve, very next to the threshold of the organ failure. Our study has analyzed, in a group of elderly, hospitalized for fracture of hip, the impact of the comorbidities on the ability to walk about in the period before the fracture.

**Materials and methods** In the year 2010 we have enlisted fifty frail patients of female sex with fracture of hip. The degree of autonomy in the walking about, in the fifteen days preceding the admission, has been assessed through the Functional Ambulation Category (FAC).

**Results** Before the fracture, the 14% of the patients manifested a FAC score among 0 and 2; the remainders (86%) a FAC score among 3 and 5. Within the whole sample, forty-eight patients showed comorbidities. In the patients with more than 2 comorbidities, the FAC was inclusive among 0 and 2 in 3/15, among 3 and 5 in 12/15. Two comorbidities or minus have been pointed out in thirty-five patients: of them, four had a FAC among 0 and 2, thirty-one a FAC among 3 and 5.

**Conclusions** The presence of comorbidities has joined a major degree of disability that can predispose the patient to fractures, with particular respect for the fracture of hip.

### Atrial fibrillation and low-normal TSH-value: is there a link?

W. Capecci<sup>1</sup>, L. Falsetti<sup>2</sup>, N. Tarquinio<sup>2</sup>, A. Balloni<sup>1</sup>, A. Gentile<sup>1</sup>, G. Rinaldi<sup>1</sup>, F. Pellegrini<sup>3</sup>

<sup>1</sup>U.O. Di Medicina Interna - Ospedale Di Osimo (An),

<sup>2</sup>U.O. Di Medicina D'urgenza - Ospedali Riuniti Di Ancona,

<sup>3</sup>Dipartimento Di Medicina Interna - Asur Marche

**Abstract** Non valvular atrial fibrillation (AF) is the most common arrhythmia in Internal Medicine Departments (IMD). Pathologic alterations of thyroid function have already been associated to an increased risk of AF. We evaluated if even among euthyroid patients lower TSH values could be associated to an increased prevalence of AF.

**Methods** We retrospectively evaluated 493 consecutive patients affected by AF admitted to our department who underwent to a complete thyroid function evaluation. Patients with hyperthyroidism (TSH<0.1 mU/l) or hypothyroidism (TSH>3.5mU/l) were excluded. We obtained 3 groups (group 1:0,1-1,2mU/l; group 2:1,2-2,3mU/l; group 3:2,3-3,5mU/l).  $\chi^2$ -test was used to evaluate difference in distributions, t-test for was used to assess differences among continuous variables.

**Results** 419 euthyroid patients were eligible for analysis. Mean TSH values (F:1,53±0,87 mU/l; M:1,38±0,77 mU/l) weren't statistically different between sexes. We observed a statistically significant difference in distribution of AF: most of the patients were in group 1 (47% of the AF cases), less was observed in group 2 (36%) and 3 (16%).

**Discussion** TSH, even in its low-normal range, could mark a population at higher risk for AF. Larger and perspective studies should be obtained in order to validate this observation.

### ECD as the only tool for fast track DVT diagnosis

A. Capodanno<sup>1</sup>, V. Pedrazzini<sup>2</sup>, A. Berchio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uoa Medicina Generale 5 Aou San Giovanni Battista di Torino,

<sup>2</sup>Dea Osservazione Medicina Aou San Giovanni Battista di Torino

**Aims and Purposes** DVT (deep vein thrombosis) can be safely treated at home because of LMWH. The aim was to create a real link between the hospital and GPs through a channel in which all participants were involved. The task was to recognise DVT as soon as possible using ECD (eco-color-doppler) as the only diagnostic tool.

**Materials and methods** In the second half of 2010 100 GP's, responsible for about 120.000 patients (pt), in the neighbouring area of Molinette Hospital were asked to send to our surgery any suspect of DVT to our surgery. Before the operative phase was started a preliminary meeting was held. The test was given within 24 hours. Every pt was interviewed about any predisposing factors. If no contraindications existed, the pt with a confirmed DVT was given appropriate treatment and sent home. After 3 and then 6 months, all the patients, regardless the result of the first examination, were checked out if any complications occurred.

**Results** 140 pt were studied. None had symptomatic complications. Among them, 80 had their DVT confirmed. One pt was admitted to the hospital due to an illness not DVT related.

**Conclusions** From our point of view ECD was a reliable method to rule out any suspect of DVT. It must be outlined that an experienced doctor is required. In this way hospital admissions could be avoided.

### Prevalence, nature and risk factors of violent and accident-related injuries in incarcerated men

R. Caponetti<sup>1</sup>, T. Caponetti<sup>2</sup>, S. Di Carlo<sup>1</sup>, M. Martella<sup>1</sup>, L. De Marchis Preite<sup>1</sup>, S. Corbi<sup>1</sup>, S. Beccaria<sup>1</sup>, A. Fierro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Protected Medicine Sandro Pertini Hospital Rome,

<sup>2</sup>Research Doctorate of University of Rome "Tor Vergata"

**Purpose** The aim of our study is to observe the prevalence, nature and risk factors of violent and accident-related injuries in prisoners and to estimate the presence of one correlation with the detention regime.

**Materials and methods** A retrospective analysis was conducted using data base of Department of Protected Medicine Sandro Pertini Hospital. From 31th of Jul 2005 till 31th Dec 2010 we have admitted to our department 1540 patients. They were classified in data base and we made an observation study about prevalence of admission for violent and accident-related injuries.

**Results** Out of 1540 patients admitted to hospital, 150 (9,7%) patients had had an admission for violent and accident-related injuries. Among 150 patients admitted for violent and accident-related injuries, 67 (44,6%) had had a previous violent and accident-related injuries. Out of 150 patients 11(7,3%) had had a violent injuries and 139 (92,7%) had had an accident-related injuries.

**Conclusions** This study confirms that the incidence of violent and accident-related injuries is more frequently in incarcerated men than in free people. The incarcerated men usually are more violent than free people and the detention regime increases this violent. Often the violent character is pre-existent to admittance in prison and the detention stresses that phenomenon.

### The Day Service Experience

F. Cappelli<sup>1</sup>, M. Mazzetti<sup>1</sup>, G. Bacci<sup>2</sup>, M. Genovesi<sup>1</sup>, S. Manetti<sup>1</sup>, C. Rosi<sup>1</sup>, M.P. Rosito<sup>1</sup>, M. Sikora<sup>1</sup>, S. Stanganini<sup>1</sup>, A. Tufi<sup>1</sup>, E. Santoro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sc Medicina Interna Ospedale del Casentino, Bibbiena, Ausl8, Arezzo,

<sup>2</sup>Medico Medicina Generale Poppi, Arezzo

**Background** Day-service is way of assistential that can be activated when a regular hospitalization or DH is inappropriate. It aims to meet demands for complex diagnostic and therapeutic services. To this end were identified paths for diseases considered complex, whose management involves the use of integrated multi-disciplinary resources.

The DH have therapeutic purposes only, or it's reserved for carefully selected cases with high complexity or invasive diagnosis.

**Field experience** Day-service of Casentino Hospital offers to the patients complex outpatient performances on: high cardiovascular risk, heart failure, COPD, pneumonia, anemia, syncope, FUO, epilepsy in the elderly. The DS uses priority channels available in the hospital and preferential paths within the Hospital.

In 2010 the clinic of Medicine are for prospective 795 patients of whom 406 have taken advantage of the DS, 32 had a therapeutic DH and for the remaining investigations were organized on an outpatient basis.

**Results** The purposes of the Day Service therefore are: limit the number of inappropriate admissions to DRG, reduce the number of accesses in the ER and hospital admissions for exacerbations of chronic diseases, also reducing waiting lists.

### Influenza AH1N1: not only respiratory complications. Two case reports

S. Cappello, M. Pipino, L. Iamele, L. Caccetta, M. Carbone, M. Insalata, G. Minafra, F. Ventrella

S.C. Medicina Interna (Direttore Dr. F. Ventrella) - Ospedale di Cerignola - Asl Fg

**I case** - Woman 51 yr., insulin dependent diabetes type MODY, hospitalized for fever, vomiting, confusion. Hyperglycemia 820 mg%, serum sodium 120 mEq/l, blood gas framework compatible with diabetic ketoacidosis. Therapy practiced according to ADA guidelines: A) rapid-acting insulin bolus IV of 0,15 U/kg followed by infusion of saline 0,1 U/kg/h, to be tailored to achieve a reduction in hourly blood glucose of 50-150 mg%; B) correction in 24-48 hours by saline solution of water deficit (calculated using the formula:

$$\frac{\text{calculated OSM} - 285}{285} - 285 \times \frac{\text{body weight} \times 0.6}{\text{urinary losses}} + \text{respiratory and}$$

C) Potassium: 20-40 mEq/h saline (continues until the serum potassium > 5 mEq/l). Ketoacidosis resolved in 24 hours, fever persists for 7 days. Buffer AH1N1 virus: positive

**II case** - Man 82 yr, diabetic in diet therapy, hospitalized with fever and coma. Detection of hypernatremia 179 mEq/l, hyperglycemia 640 mg%, normal pH, osmolarity 393 mOsm/l. Diagnosis: hyperglycemic hyperosmolar syndrome. We applied the above treatment protocol, unless the use of hypotonic 0.45% NaCl solution for hydration. Gradual normalization of blood glucose, but slow decline in serum sodium. To correct it using the Androgué's formula. Buffer A H1N1 virus: positive.

## Occhio alla pancreatite

C. Cappi<sup>1</sup>, R. Bortolotti<sup>1</sup>, G. Cioni<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Reparto di Medicina 2 Ospedale Di Pavullo (Mo),

<sup>2</sup>Direttore del Reparto di Medicina dell'Ospedale di Pavullo (Mo)

TM, 82 aa. Ricoverato per epatocolangite febbrile e pancreatite acuta. Da alcuni mesi dolore ingravescente al ginocchio destro. All'ecografia calcolosi colecistica con dilazione VB.

La TC conferma i reperti evidenziando due formazioni ascessuali paracolecistiche ed un ascesso del grande psoas/ileopsoas dx.

Si inizia piperacillina-tazobactam+metronidazolo+vancomicina.

Si esegue ERCP con sfinterotomia e bonifica del coledoco per sludge biliare. Si osserva rapida risoluzione dell'epatocolangite, mentre più lento è il miglioramento del dolore all'arto inferiore destro.

Dopo 16 giorni si reimposta l'antibiototerapia (colturali negativi) passando a ciprofloxacina 750 mg x 2 e rifampicina 600 mg.

Alla successiva TC: regressione degli ascessi ma presenza di focolaio discitico L3-L4, forse preesistente e mascherato dagli ascessi muscolari. Il paziente migliora e riesce a deambulare, si procede comunque ad una biopsia vertebrale (negativa) e ad un ETE (negativo).

Si prosegue con rifampicina, levofloxacina e vancomicina ev per 14 gg, poi levofloxacina 750 mg e rifampicina 600 mg per altre 6 settimane. Dopo due mesi paziente in netto miglioramento; alla TC *risoluzione dell'ascesso muscolare e notevole miglioramento dei processi di spondilodiscite*

La terapia antibiotica è stata sospesa; il paziente sta bene.

## ...è la solita fibromialgia depressa

C. Cappi<sup>1</sup>, R. Bortolotti<sup>1</sup>, G. Cioni<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Reparto di Medicina 2 Ospedale di Pavullo (Mo),

<sup>2</sup>Direttore del Reparto di Medicina dell'Ospedale di Pavullo (Mo)

B.C. 46 a.

**Anamnesi** Fibromialgia, M. Behçet, s. depressiva; da mesi lombosciatalgia; in tp con colchicina, steroidi, morfina, FANS, pregabalin, duloxetine. Lamenta astenia, dolori lombosacrali e pelvici, diarrea. Gli esami mostrano anemia, leucocitosi ed aumento degli indici di flogosi.

Dopo un iniziale miglioramento, si osserva ricomparsa di diarrea mucosanguinolenta. Alla colonscopia retto-pancolite ulcerativa. Inizia terapia con steroide, ma ricompaiono febbre e diarrea. Si decide upgrading terapeutico con NPT e ciclosporina; scarsa risposta e comparsa di citopenia; comparsa di dolore agli arti inferiori, regredito con riduzione della ciclosporina.

Dopo 10 gg ricomparsa di febbre ed dolore addominali, senza evidenza di fatti settici. Riscontro di CMV Ag positivo: si inizia trattamento con Ganciclovir, senza benefici. Si decide di inviare la pz al chirurgo per colectomia totale con anastomosi ileo-ale. Postoperatorio complicato da sepsi su C.V.C. e riscontro ecografico di trombosi portale incompleta ed addensamenti polmonari bilaterali. Progressivo miglioramento clinico, scomparsa dei sintomi addominali e dei dolori lombari, dimessa con steroidi e TAO. È in follow up presso ambulatorio reumatologico.

## Trombosi venosa profonda e neoplasia pancreatica: attualità di Trosseau

F. Cardoni, R. Cesareo, C. Cianfrocca, L. Corbi, V. D'alfonso, D.D. Pietro, L. Grasso, F. Marrocco, F. Paoletti, S. Rotunno, C. Savà, G. Straface, G. Tommasi, B. Virgilio, G. Campagna

Uoc Medicina Interna 1 - Ospedale "Sm Goretti" - Latina

Donna, 20 aa, fumatrice, obesa, in trattamento con EP, ricoverata nella ns UOC per TVP femoro-poplitea sx documentata con ecodoppler in PS.

Ingresso: sofferente, satHb99% in a.a., stabile emodinamicamente, arto sx edematoso, semiflesso, cute iperemica coscia-ginocchio, splenomegalia. Esami ematochimici normali tranne GB21360 (N80,L14), iperalfa2-globulinemia (17%), D-dimero1890 mg%. TC multistrato: confermata TVP femoro-poplitea sx con coinvolgimento vena iliaca comune omolaterale ma evidenziata anche voluminosa formazione pancreatica (cm 14x15x17) dislocante i visceri dell'ipocondrio sx. Studio trombofilico: protS 30%(60-120), LAC86"(30-45), APC resist 0,98(>1,8). Embricata TAO con EBPM subito intrapresa, dopo calo ponderale di 20 kg la pz veniva sottoposta ad intervento di splenopancreasectomia sx (cistoadenoma mucinoso, peso 3 kg). Nel post-operatorio, embolia polmonare basale sx. Dimessa in buone condizioni generali, con TAO indicata per almeno 1 anno.

**Conclusioni** Il caso presentato documenta come la coesistenza di fattori di rischio quali obesità, fumo, terapia EP e citochine "infiammatorie" prodotte da un processo neofornato, interagendo fra loro e su un terreno geneticamente predisponente, possano concorrere, con modalità ancora non del tutto chiarite, al determinismo di multipli eventi trombotici, talora estremamente pericolosi.

## Diagnostic and therapeutic challenges in patients affected by candidal thrombophlebitis of central veins

P. Carfagna<sup>1</sup>, F. Fanfarillo<sup>2</sup>, D. Pignata<sup>2</sup>, R. Caccese<sup>3</sup>, G. Panetta<sup>1</sup>, G. Cerqua<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina 2, Dip Scienze Mediche, Ospedale San Giovanni, Roma,

<sup>2</sup>Medicina Interna per l'Urgenza, Dip Emergenza Accettazione, Ospedale San Giovanni, Roma,

<sup>3</sup>Terapia Sub-Intensiva, Dip Emergenza Accettazione, Ospedale San Giovanni, Roma

The incidence of *Candida spp.* infections is increasing, especially in patients receiving total parenteral nutrition and long term broad-spectrum antibiotics. Although candidemia and central catheter septic thrombosis is quite common, candidal central veins thrombophlebitis is a rarely reported complication. Here we report a case of right jugular and subclavian thrombophlebitis caused by *Candida albicans* occurred in a patient admitted for major trauma and eventually cured after prolonged course of antifungal therapy. We also review 24 others of candidal thrombophlebitis reported since 1978. Among risk factors, a central vein catheter was present in all patients and almost all patients were admitted in a intensive care unit and received total parenteral nutrition and antimicrobial therapy. Overall mortality was 16%. In the group of patients receiving medical therapy alone mortality rate was 13%, while no death was observed among patients treated with combined medical and surgical therapy. Literature data suggest that candidal central veins thrombophlebitis is a rare and probably underdiagnosed complication of candidemia and combined surgical/medical treatment should be optimized for each patient, while a prolonged fungicidal therapy with amphotericin or an echinocandin seems to be a reasonable alternative choice.

## ★ Evaluation of antimicrobial resistance of *Escherichia coli* isolated from blood of patients hospitalized in medical wards

P. Carfagna<sup>1</sup>, P. Placanica<sup>2</sup>, F. Fanfarillo<sup>3</sup>, D. Pignata<sup>3</sup>, P. Battisti<sup>1</sup>, G. Cerqua<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina 2, Dip Scienze Mediche, Ospedale San Giovanni, Roma,

<sup>2</sup>Microbiologia, Ospedale San Giovanni, Roma,

<sup>3</sup>Medicina Interna per l'Urgenza, Dip. Emergenza, Ospedale San Giovanni, Roma

**Objective** This study was designed to investigate the antimicrobial resistance of *Escherichia coli* isolated from blood of patients hospitalized in medical wards of the San Giovanni Hospital.



**Materials and methods** Microorganisms isolated from blood were identified and tested for susceptibility to antimicrobial using Vitek 2 systems and CLSI guidelines.

**Results** From 1 Jan 2009 to 31 Dec 2010, 65 strains of *E.coli* were isolated from blood cultures taken during episodes of sepsis. *E.coli* represented 16.6% of all microorganisms isolated and 57.4% of Gram negative isolates. All isolates displayed susceptibility to carbapenems and tigecycline; resistance to other antibiotics was 73.8% for ampicillin, 20% for amoxicillin/clavulanic acid, 16.9% for gentamicin, 27.6% for ceftazidime, 10.7% for piperacillin/tazobactam, 44.6% for co-trimoxazole, 52.3% for ciprofloxacin, 64.1% for levofloxacin; 31.8% of isolates were ESBL producers.

**Discussion** Our data are consistent with those reported in the Literature, showing *E.coli* as one of the most prevalent microorganisms responsible of nosocomial and community-acquired infections. In these cases, the high rate of fluoroquinolone resistance and ESBL production represents an emerging issue in the treatment of patients admitted to departments of Internal Medicine for *E.coli* bloodstream infections.

### Ruolo dell'alimentazione nella evoluzione della Artrite Reumatoide

I. Carlucci<sup>1</sup>, M.A. Grandilli<sup>2</sup>, F. Zerella<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uoc Medicina Interna Azienda Ospedaliera Rummo Benevento,

<sup>2</sup>Reumatologia Asl Rma B,

<sup>3</sup>Ssd Diabetologia Azienda Ospedaliera Rummo Benevento

**Premesse e scopo dello studio** Ruolo della'alimentazione nella evoluzione della artrite reumatoide.

Revisione della letteratura e proposta di utilizzo di integrazione alimentare in associazione a terapia medica nel trattamento del paziente con artrite reumatoide.

Il tessuto adiposo secerne adipocitochine in particolare IL6 TNF aromatasi ed adipochine. Le adipochine sino proteine bioattive che hanno azione su tessuti e cellule tra cui osteblasi osteoclasti e condrociti, sono quindi coinvolte nel rimodellamento osseo.

### L'utilizzo della ventilazione meccanica non invasiva in un'area critica di Medicina Interna

M. Castelli<sup>1</sup>, F. Luise<sup>2</sup>, F. Pieralli<sup>3</sup>, A. Mancini<sup>4</sup>, M. Grazzini<sup>5</sup>, L. Sammiceli<sup>6</sup>, M. Zerini<sup>7</sup>, C. Nozzoli<sup>8</sup>

Medicina Interna e d'Urgenza, Dea, Aou Careggi, Firenze

**Premesse e scopo dello studio** La ventilazione meccanica non invasiva (NIV) è una metodica sempre più utilizzata nel trattamento del paziente critico con insufficienza respiratoria acuta (IRA) ed essa ha mostrato benefici in varie patologie. Lo scopo di questo studio è quello di descrivere la casistica trattata con NIV nell'area critica della nostra UO.

**Materiali e metodi** Da maggio 2009 a dicembre 2010 sono stati trattati con NIV nel nostro reparto di Terapia Subintensiva 92 pazienti (età media:72+13) con IRA conseguente a: BPCO riacutizzata (35), polmonite (24), edema polmonare cardiogeno (13), sepsi grave (10), patologie neuromuscolari (4), trauma toracico (4) ed embolia polmonare (2). La degenza media è stata di 8,9 giorni. Per 6 pazienti è stato necessario il trasferimento in Terapia Intensiva per ventilazione invasiva. La mortalità è stata del 9,7%.

**Conclusioni** Nella nostra casistica, l'utilizzo della NIV si è rivelato uno strumento efficace nel trattamento della IRA di varia origine. È fondamentale che la tecnica sia applicata in pazienti correttamente selezionati ed in un ambiente idoneo (monitorizzazione continua multiparametrica, possibilità di intubazione oro-tracheale) con personale medico e infermieristico adeguatamente formato.

### Un caso di pseudo-ostruzione colica (sindrome di Ogilvie)

M. Castelli, F. Pieralli, M. Zerini, L. Ciucciarelli, F. Bucciero, E. Antonielli, V. Vannucchi, C. Nozzoli

Medicina Interna e d'Urgenza, Dea, Aou Careggi, Firenze

**Premesse** La sindrome di Ogilvie (pseudostruzione colica) è caratterizzata da un ileo paralitico del colon, con marcata dilatazione del lume (>10 cm a livello cecale). È solitamente secondaria a patologie sistemiche (sepsi, squilibri elettrolitici, patologie neurologiche), farmaci (oppiacei ed anticolinergici) o chirurgia addominale. La terapia comprende posizionamento di SNG, decompressione endoscopica del colon e/o farmaci procinetici (colinergici). È una patologia rara e ad elevata mortalità.

**Caso clinico:** Donna di 70 anni, ricoverata per insufficienza respiratoria in corso di polmonite. Comparsa di marcata distensione addominale con alvo chiuso a feci e gas; assenza di peristalsi. Rilievo TC di distensione del colon (diametro cecale 16 cm); assenza di ostruzione meccanica. Esclusa la possibilità di manovre endoscopiche per l'elevato rischio di perforazione, viene avviata neostigmina ev con buona risposta peristaltica. Dopo 48h sviluppo di shock settico, con evoluzione in exitus. Non evidenza radiologica di perforazione.

**Conclusioni** La sindrome di Ogilvie è una patologia gravata da alta mortalità, correlata alle complicanze settiche della pseudostruzione colica. Nel nostro caso, nonostante parziale risposta alla terapia, il decesso è stato conseguente alla sofferenza intestinale con traslocazione batterica.

### Drug therapy strategies in HCV infection: pegylated interferon (PEGIFN) $\alpha 2a$ or $\alpha 2b$ and ribavirin in HCV infection treatment

L. Castelnuovo<sup>1</sup>, F. Saccardo<sup>1</sup>, P. Novati<sup>1</sup>, D.M. Sironi<sup>1</sup>, D. Peroni<sup>2</sup>, G. Monti<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O. Medicina Interna - Ospedale Di Saronno - Ao Busto Arsizio (Va),

<sup>2</sup>Uo Farmacia - Ospedale Di Saronno - Ao Busto Arsizio (Va)

**Background and aim of the study** Equivalence, in terms of efficacy and safety, of HCV-related liver disease treatment, with standard doses of pegylated interferons (PEGIFN  $\alpha 2a$  and  $\alpha 2b$ ) has been well demonstrated. In our series we analyzed the differences in terms of costs – effectiveness.

**Materials and methods** Our retrospective analysis collected data of patients treated with ribavirin and PEGIFN since 2005. At the time of the study all patients have ended the therapy since at least 6 months. We evaluated the cost-effectiveness and economic impact of the two therapies, in order to compare the real effort of a weight-based" treatment regimen (PEGIFN  $\alpha 2b$ ) with the fixed dose one (PEGIFN  $\alpha 2a$ ).

**Results** Our data suggest that through tailored dosing, PEGIFN  $\alpha 2b$  achieves sustained virologic response rates without compromising safety across a range of patient weight, with economic benefit, in terms of reducing pharmaceutical expenditure. This should be influenced by the presence, in this group, of more women, less weighted, who require lower doses of drug and consequently an overall cost reduction. This induce to mind the relationship between cost - effectiveness and weight.

**Conclusions** Our data bring to pay attention to these aspects while choosing an antiviral therapy.

### Citomegalovirus "stimolante"

E. Centenara, D. Capuano, M.G. Dieci, E. Zangrandi, G. Bisceglie, C. Tramaloni

Uoc Med Interna Presidio Osp. Val Tidone (Pc)

Donna, 38 anni, da circa un mese lamentava febbre serotina con tosse secca e astenia ingravescenti, roxitromicina e ceftriaxone inefficaci, Rx torace negativo. Viene ricoverata nel Nostro Reparto; esame

obiettivo negativo. I test sierologici non erano diagnostici: positività per EBV e CMV-IgM, TOXOPLASMA (IgG e IgM), anti-Micoplasma 1:320, ANA 1:600 speckled, (ENA positivi), negativi antigene Legionella, Streptococcus pneumoniae, anti-Clamidia-ab, Widal-Wright, Weil-Felix, VES, PCR, TAS, leucociti, pro-calcitonina, HAV, HBV, HCV-ab, HIV 1-2-ab. ECOADDOME, ECOCARDIOGRAMMA negativi. Nel sospetto di infezione virale con sovrainfezione batterica è stata trattata con moxifloxacina e azitromicina, con rapida risoluzione della sintomatologia. È stato rilevato ipertiroidismo subclinico da nodulo autonomo lobo dx. È stata dimessa con diagnosi di "FUO". Al controllo dopo un mese asintomatica, positivo solo CMV (IgM e IgG a titolo significativo); ANA negativi.

**Conclusioni:** L'infezione da CMV è più frequente di quanto appaia, nel Nostro Reparto abbiamo diagnosticato 3 casi in 6 mesi. La diagnosi nel caso descritto è stata rallentata dall'alterazione dei test sierologici secondaria probabilmente all'iperstimolazione del sistema immunitario nel corso di infezione virale acuta. Verrà ripetuta a distanza la sierodiagnosi per Micoplasma.

### A difficult-to-treat hypertension with progressive renal impairment

F. Cerrato, A. Bosio, C. Arno', M. Coggiola, G. Epifani, F. Giacometto, G. Monaco, O. Pallisco, I. Ricca, E. Scalabrino, L. Varvello, C. Pascale

S.C. Medicina Generale, Presidio Ospedaliero Cottolengo, Torino

**Introduction** Renal artery bilateral stenosis is a relative rare finding. In general population aged 65 years and older incidence of mono- and bilateral renal artery stenosis is supposed near 7%. Uncertainty still exists about the correct approach (medical vs revascularization).

**Clinical case** A 71 year-old man with history of hypertension with a stage 3 chronic kidney disease, multiple CABG in CHD, carotid TEA, PAD, was referred to our evaluation for progressive hypertension despite use of several drugs at full doses. As blood pressure was uncontrolled, therapy was improved with valsartan 160 mg once daily with subsequent serum creatinine elevation up to 3.6 mg/dL. Despite the well known widespread atherosclerosis, a renal artery stenosis was suspected only at this point. Imaging tests showed a bilateral renal artery stenosis. Patient underwent a bilateral angioplasty plus stenting, with blood pressure improvement and serum creatinine reduction down to 2.0 mg/dL.

**Discussion** Bilateral renal artery stenosis should be suspected in presence of resistant hypertension with renal impairment during use of drugs acting on RAAS. This pathology isn't often looked for. Studies are ongoing for establishing criteria for patient eligibility to invasive vs medical approach, in order to prevent renal impairment and improve blood pressure control.

### Un raro caso AIMAH (iperplasia corticosurrenale macronodulare ACTH-indipendente)

R. Cesareo<sup>1</sup>, M. Iozzino<sup>2</sup>, A. Stigliano<sup>3</sup>, F. Cardoni<sup>1</sup>, V. D'alfonso<sup>1</sup>, P. Del Duca<sup>1</sup>, S. Rotunno<sup>1</sup>, C. Savà<sup>1</sup>, G. Straface<sup>1</sup>, G. Tommasi<sup>1</sup>, B. Virgilio<sup>1</sup>, L. Grasso<sup>1</sup>, L. Corbi<sup>1</sup>, F. Marrocco<sup>1</sup>, G. Campagna<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O.C. Medicina 1 Osp. Civile S. M. Goretti Latina,

<sup>2</sup>U.O.C. Radiologia Osp. Civile S. M. Goretti Latina,

<sup>3</sup>U.O.C. Endocrinologia Osp. S. Andrea Roma

L'iperplasia corticosurrenale macronodulare ACTH-indipendente è un'entità nosologica di non ancora univoca interpretazione. Riportiamo il caso di un soggetto di sesso femminile di 36 anni con anamnesi patologica remota negativa, obiettività e parametri ematochimici di

routine nella norma, la quale a seguito di una sintomatologia dolorosa addominale recidivante è stata sottoposta ad ecografia dell'addome che ha messo in evidenza la presenza di 2 formazioni surrenaliche confermate da un approfondimento RMN. L'approfondimento diagnostico mediante il dosaggio degli androgeni surrenalici, delle catecolamine urinarie, delle metanefrine sieriche e del cortisolo libero urinario urine 24 ore sono risultati nei limiti della norma, mentre il test di Liddle a basse dosi ha rilevato la mancata soppressione del cortisolo del mattino con valori ematici francamente alterati (190 pg/dl) evidenziando un quadro di ipercortisolismo ATH indipendente (valori di ACTH sotto soppressione 2 pg/dl). La paziente è stata pertanto catalogata come affetta da sindrome di Cushing in corso di AIMAH. Il caso descritto risulta raro sia in quanto l'AIMAH non è di comune riscontro (0.5% delle cause di sindrome di Cushing) sia perché la sua diagnosi è più tardiva (> 50 anni) sia perché la paziente presenta segni o sintomi clinici tipici di ipercortisolismo.

### A case of spontaneous bacterial peritonitis by listeria monocytogenes

G. Cheluci, N. Gusman

U.O. Medicina Ospedale di Fiemme Cavalese

SBP is a frequent complication that occurs in patient with cirrhosis and ascites. The empiric antibiotic therapy with Cefotaxime sometimes could't be effective, because of presence of microorganisms resistant. A 74 years old woman was admitted with abdominal pain and asthenia, liver, bone and lung metastases of unknown originis. WBC 21,000 (18,000 N), normal liver enzyme except increase of GGT, albumin 2,5 g/dl. We have done a diagnostic paracentesis. Analysis of the ascitic fluid showed a WBC 800, Gram stain showed gram + bacilli, a culture identified Listeria monocytogenes. Blood cultures remained negative. We started with ampicillin/sulbactam 2 g + 1 g tib. Paracentesis has been repeated 7 days after starting the antibiotic therapy and showing a decrease of the ascitic WBC 300 and gram stain and culture were negative for growth of microorganism. The antibiotic therapy has been continued for 3 weeks and after that time the paracentesis analysis showed WBC 100 and absence of bacterial growth. Some studies suggest that up to 10% of human gastrointestinal tracts may be colonized by L. monocytogenes. We think that Ampicillin is the appropriate empiric antibiotic therapy for SBP in the patients with end stage liver failure, compromised cell-mediated immunity, iron overload and risk factor for infections by Listeria monocytogenes.

### Effects of boluses with steroids and ciclophosphamide in a case of relapsed rheumatoid arthritis

V. Ciabrone<sup>1</sup>, C. Mugelli<sup>1</sup>, A. Di Girolamo<sup>2</sup>, F. Sequi<sup>1</sup>, L. Gargani<sup>1</sup>, V. Cipriani<sup>1</sup>, S. Magliarella<sup>1</sup>, R. Neves<sup>1</sup>, V. Landi<sup>1</sup>, A. Tomei<sup>1</sup>, E. Giusfredi<sup>1</sup>, N. Giselle<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Medicine and Rehabilitation, Casa di Cura Santa Chiara, Giorni Firenze,

<sup>2</sup>Specialist in Rheumatology, Firenze

**Introduction and aim of the study** Already many years ago, Professor Lupo Andreotti began to utilise boluses with steroids and ciclophosphamides (CP) in the therapy of rheumatoid arthritis (RA), and obtained excellent results. We have ascertained several times the relevance of this therapy in terms of efficacy and safety. We report on a recent clinical case.

**Materials and methods** A 48-year-old female patient with relapsed RA was admitted to the unit and, after appropriate examinations, was submitted to therapy with i.v. boluses of steroids and ciclophosphamides (CP). Before and after the therapy, the extent of the pain was evaluated

by means of the Numeric Rating Scale (NRS). Two months after the treatment, the patient was clinically examined, and the presence and extent of the pain was once again investigated.

**Results** No subjective, objective, or laboratory-test collateral effects were verified. The NRS indicated grade 7 pain prior to the therapy and grade 0 afterwards. ESR and PCR were considerably reduced.

**Conclusion** The results remained unchanged at a distance of 2 months (NRS=0). Our study confirmed the efficacy and relevance of this therapy in selected patients.

### The ranked probability score and suspected venous thromboembolism: comparative analysis with the Cochran's Q test

M.M. Ciammaichella<sup>1</sup>, R. Maida<sup>1</sup>, C. Patrizi<sup>1</sup>, C. Maida<sup>2</sup>, G. Cerqua<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna per L'urgenza, Dea, Aco S. Giovanni, Roma,

<sup>2</sup>Patologia Clinica, Dea, Aco S. Giovanni, Roma

**Purpose of the experiment** The purpose of this study has been to ask each physician working in Short Term Unit as well as Step-Down Unit, to assess the rank probability score in patients with suspected venous thromboembolism in order to choose among Barbar, Fadoi Toscana-Campania, and Geneva. The aim is to examine all the differences of the choice and the statistic importance by using the Cochran's Q test in the comparative analysis.

**Procedures used** To calculate  $\chi^2$  we apply the formula like this:  $\chi^2 = (k-1)[(k \times y^2)/(k y) - z] = 20,95$ . "K" refers to 3 variables, "X" refers to the total sum of squares of the 3 variables. "Y" stands for the total of the chosen scores. "Y<sup>2</sup>" is the square of the total chosen scores. "Z" means the sum of the squares of the chosen scores.

**Observation/Data/Results** The Cochran's Q test shows how the choice is so significant because the  $\chi^2$  relative value (VR) we obtained is 20,95 with Degree of Freedom (GL) = 2 and  $\chi^2$  critical value (VC) for  $p=0,001$  is 13,816. The differences in the choice are really important with  $p < 0,001$ .

**Conclusions** The choice for Fadoi Toscana-Campania Score is based on statistical criteria of high importance and not imputable to the case.

### Atypical antipsychotics and venous thromboembolism: up-regulation of 5HT2A receptors. Case reports

M.M. Ciammaichella<sup>1</sup>, R. Maida<sup>1</sup>, C. Patrizi<sup>1</sup>, C. Maida<sup>2</sup>, G. Cerqua<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna per l'Urgenza, Dea, Aco S. Giovanni, Roma,

<sup>2</sup>Patologia Clinica, Dea, Aco S. Giovanni, Roma,

<sup>1</sup>Medicina Interna per L'urgenza, Dea, Aco S. Giovanni, Roma

**Purpose of the experiment** This study evaluated the case report of 5 patients affected with venous thromboembolism. In order to examine this case, they started oral therapy from less than 30 days for schizo-affective psychosis with risperidone (3 patients) and olanzapine (2 patients).

**Procedures used** 2 of the patients took olanzapine with a dose of 10-15mg/die respectively from 4 and 7 days before the appearance of dyspnoea and thoracic pain. 3 patients took risperidone with a dose of 3 mg/die respectively from 12, 18, 27 days before the appearance of dyspnoea and thoracic pain.

**Observation/Data/Results** The atypical antipsychotics consumption is linked to the appearance of venous thromboembolism during the first month of therapy. That is why they are used to treat schizo-affective psychosis because they are receptor antagonists for serotonin, with a particular 5-HT<sub>2</sub> receptor affinity. Van Oekelen supposes that the continuous blocking receptors for 5HT<sub>2A</sub> and 5HT<sub>2C</sub> serotonin may cause receptorial down-regulation, whereas the short term block may produce

receptorial up-regulation with vasoconstriction of the pulmonary region, platelet activation, induction of turbulent flow, venous thromboembolism within a few days therapy.

**Conclusions** Authors believe that the use of atypical antipsychotics is related to venous thromboembolism.

### Potomania-induced seizures: the role of acute water intoxication in unrecognized chronic polydipsia-hyponatremia syndrome

C. Cicognani, C. Vezzadini, R. Zoni

U.O. Medicina Generale, Ospedale Bellaria, Azienda Usl Città Di Bologna

Psychogenic Polydipsia (PPD) (>3 l/d) is often diagnosed only when clinically evident for severe hyponatremia. PPD-induced hyponatremic encephalopathy with fatal cases has been reported among schizophrenic patients, but it has been rarely described in minor psychiatric diseases. A 54 y.o. woman, treated with SSRI for dysthymia with anxious traits, is referred to the E.D. in postictal coma with severe hyponatremia (112 mmol/l) and subintract seizures. Clinical interview then reveals an history of PPD and mild asymptomatic multifactorial hyponatremia (PPD and iatrogenic SIADH) upon which water intoxication (>15 l/d) recently superimposed due to anxiety decompensation. Other causes of hyponatremia and epilepsy are excluded after extensive diagnostic workup. Normal neurological conditions and plasma sodium levels are obtained by means of water restriction. No effective therapy is to date available for PPD, often unrecognized in psychiatric patients, who are exposed to acute hyponatremia, even fatal, in the presence of concomitant iatrogenic SIADH. Clinical awareness can help to identify PPD patients who need regular lab checkups. An interesting treatment option can be the vaptans, the recently introduced ADH V<sub>2</sub> receptor antagonists, in cases of SIADH-induced significative water excretion impairment.

### A case of ulcerative colitis: differential diagnosis of skin manifestations

V. Cimellaro<sup>1</sup>, A. Cimellaro<sup>2</sup>, G. Clericò<sup>1</sup>, A. Costantino<sup>1</sup>, M. Conte<sup>1</sup>, S. Riccio<sup>1</sup>, G. Muccari<sup>1</sup>, F. Scalzo<sup>1</sup>, S. Mazzuca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Generale Az. Osp. "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro,

<sup>2</sup>Studente in Medicina - Università Magna Graecia Catanzaro

**Background and Aim** Skin manifestations are common with colonic disease in IBD. Ulcerative Colitis can have atypical presentations, in the absence of bowel symptoms, only with skin lesions. We report a case of differential diagnosis of pustular eruptions in a quiescent ulcerative colitis.

**Materials and methods** A male, 69 yrs, affected since 3 yrs by an intermittent UC, was admitted for pustular eruptions at trunk and limbs with tendency to ulcerate becoming very painful. Fever, rising sometimes over 39 °C, was observed. At time of admission he was treated only with CS every other day. Differential Diagnosis: pyoderma gangrenosum vs bacterial/viral pustular eruptions in immunocompromised patient. Because of poor prognosis of the second one, we suspended immunosuppressive therapy and we administered large-spectrum antibiotics. Routine and specific examinations, lesions biopsy and microbiological tests were done.

**Results** Inflammation indices were high; ProCalcitonin and microbiological tests were normal. Other laboratory and imaging findings were not significant. Based on these findings, we reintroduced immunosuppressive doses of CS obtaining quick remission of skin lesions.

**Conclusions** Skin manifestations correlate with IBD activity. Instead, in this case, skin lesions seem to be not related with relapse of the IBD.

### ★ CA broncogeno: ruolo delle comorbidità nel paziente anziano vs adulto

V. Cimellaro<sup>1</sup>, A. Cimellaro<sup>2</sup>, V. Nesticò<sup>1</sup>, M. Lucia<sup>3</sup>, S. Mazzuca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina Generale Az Osp "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro,

<sup>2</sup>Studente in Medicina - Università Magna Graecia Catanzaro,

<sup>3</sup>Ps e Medicina d'Urgenza Az Osp "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro

**Premesse e scopo dello studio** Valutazione del ruolo delle comorbidità nel Ca Broncogeno nell'anziano Vs l'adulto.

**Materiali e metodi** Sono stati tabulati età, KPS, Hb, gl.b., albuminemia, creatinemia, metastasi si/no, terapia si/no, comorbidità e motivo del ricovero di 177 pz neoplastici fra 1168 uomini, ricoverati da mar2008 a feb 2010.

**Risultati** 43/177 erano affetti da ca broncogeno (30 <70 aa, 13 >70 aa). Esso è causa di ricovero e 1°diagnosi SDO nel 77% degli anziani e nel 76% degli adulti; le altre neoplasie solo nel 45% dei casi. Le comorbidità internistiche (presenti nell'84% del totale) incidono sul resto. KPS (P=0,000 su test  $\chi$ -quadro) e Hb (media 10,7 Vs 11,5 g/dL) erano peggiori negli anziani rispetto agli adulti. Nessuna differenza valida nelle 2 popolazioni in base alle altre variabili.

**Conclusioni** Il ca broncogeno incide più delle comorbidità sul ricovero in entrambe le popolazioni: lo stesso non accade per le altre neoplasie. Le differenze tra anziano e adulto non riguardano il comportamento biologico del tumore ma il quadro clinico complessivo, condizionato dalle comorbidità: la malattia è la stessa, il malato no. Nell'anziano sono maggiormente compromessi KPS, Hb e stato metabolico, non vi sono differenze significative Vs l'adulto tra i valori di gl.b. e protidemia.

### ★ Successful combination therapy to manage digital ulcers (DU) in Systemic Sclerosis

R. Cimino<sup>1</sup>, S. Giancotti<sup>1</sup>, C. Pintaudi<sup>1</sup>, A. Cimellaro<sup>2</sup>, S. Paravati<sup>1</sup>, A. Vitaliano<sup>1</sup>, S. Mazzuca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.O.C. Medicina Interna-Az Osp Pugliese-Ciaccio-Catanzaro,

<sup>2</sup>Student in Medicine

DU occur in about one-third of SSc pts. We compared data of initial patient registration (December 2009) and three follow-up visit included by December 2010 to explore associations of disease subset, antibody profile, organ involvement, season, time interval after onset of Raynaud's phenomenon with development of DU and we describe clear benefits in the use of prostanoids combined with endothelin receptor antagonist.

**Patients and methods** A total of 142 (122Women-20Men) unselected, consecutive pts with SSc were included in our study.

**Results** At the start in 2009: 36 pts (25,3%) had active digital ulcers, 106 pts ( 74,7%) without digital ulcers. Comparing 106 pts without digital ulcers (group A) vs 36 pts with active digital ulcers (Group U) we revealed: More patients present with DU from February to May ( p 0,036). Univariate analysis reveal a higher prevalence of SCL-70, Diffuse SSc, Male gender, PAH, oesophagus involvement, lung fibrosis in patients with DU (p<0,0001). After 3 follow-ups only 10 patients ( 7,04%) had active digital ulcers and only Diffuse SSc, SCL-70 and lung fibrosis are significantly associated with DU. The decreasing incidence of DU in follow-ups is ascribed to management of DU and we illustrated good long term outcomes through the utilization of combined treatment modalities.

### Ankle-Brachial Index e fibrillazione atriale nei pazienti con sclerosi sistemica

R. Cimino<sup>1</sup>, S. Giancotti<sup>1</sup>, C. Pintaudi<sup>1</sup>, A. Cimellaro<sup>2</sup>, S. Paravati<sup>1</sup>, A. Vitaliano<sup>1</sup>, S. Mazzuca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.O.C. Divisione Medicina Interna-Az. Osp. "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro,

<sup>2</sup>Studente in Medicina

**Scopo dello studio** È stato valutare in paz con SSc l'efficacia di uno screening utilizzando l'ABI come indicatore di AOP e verificare il suo potere predittivo di rischio aterotrombotico, ricercando la prevalenza di FA in SSc.

**Materiali e Metodi** 142 (122 F-20 M) paz con SSc sono stati incisi nel nostro studio, per il subset cutaneo: 16 con Early Sclerosi, 12 cutanea intermedia, 72 cutanea limitata, 42 cutanea diffusa. **Risultati** 42 ( 29,5%)pts (10 M-32 F) hanno presentati ABI <0,9 ( Gruppo A), 100 pts (70,5%) paz hanno presentato ABI >0,9 (Gruppo B). La registrazione elettrocardiografica di fibrillazione atriale è stata rilevata in 14 paz (33,3%) del gruppo A vs 5 paz ( 5,0%)del Gruppo B p<0,001. Confrontando i paz con SSc con ABI < 0,9 ( Gruppo A) con i paz con SSc con ABI > 0,9 ( Gruppo B) è stata riscontrata: variante cutanea diffusa in 12 pts (Gruppo A), sesso maschile in 10 pts (gruppoA), colesterolemia totale 213.1 ± 39.1 vs 173.4 ± 41.0; HDL-colesterolo 36.4 ± 8.1 vs 40.1 ± 4.2; trigliceridemia 175.1 ± 74.4 vs 110.7 ± 62.6; fibrinogenemia 392.1 ± 60.6 vs 380.3 ± 42.7. La Proteina C Reattiva era di 5,94 nei paz. del Gruppo A vs 2,66 nei paz. Gruppo B (p<0,001). SGOT 46 ± 7 (A) vs 26 ± 11 U/L (B) p<0,02. SGPT 41 ± 6 (A) vs 22 ± 8 U/L (B) p<0,02. Omocisteina 21,59±3,8  $\mu$ mol/dl ( A) vs 9,18 ±2,8 (B).

### Follow-up dopo 80 mesi di terapia combinata, Iloprost e Bosentan, nell'ipertensione arteriosa polmonare associata a sclerosi sistemica

R. Cimino<sup>1</sup>, S. Giancotti<sup>1</sup>, C. Pintaudi<sup>1</sup>, A. Cimellaro<sup>2</sup>, S. Paravati<sup>1</sup>, A. Vitaliano<sup>1</sup>, G. Muccari<sup>1</sup>, I. Macri<sup>1</sup>, S. Mazzuca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.O.C. Medicina Interna-Az Osp Pugliese-Ciaccio-Catanzaro,

<sup>2</sup>Studente in Medicina,

<sup>3</sup>S.O.C. Medicina Interna, Dipartimento Medico, Az.Osp. Pugliese-Ciaccio-Catanzaro

**Materiali e metodi** Dall'aprile 2004, 8 Paz. (1M/7F) con età media di 51,2±13,2 anni, 2 Paz. con SSc Diffusa e 6 con SSc Limitata e una durata media di malattia di 9,1 anni affetti da Iipertensione polmonare (con PAPS >45 mmHg all'ecocardiogramma) in classe NYHA III sono stati sottoposti a terapia con Bosentan e Iloprost. In tutti i pazienti è stato somministrato il questionario Short Form-36 per valutare la qualità della vita. Negli 8 paz. abbiamo registrato 28 ulcere digitali.

**Risultati** Dopo ottanta mesi di terapia la sopravvivenza è stata del 75%. Nessuna delle due paz aveva presentato aumento PAPS e/o scompenso cardiaco destro. La pressione polmonare è diminuita da 53±16 mmHg a 50±14 mmHg dopo 12 mesi (p NS) e 46±6 mmHg al 80° mese (p<0,32); nonostante la modesta riduzione numerica della pressione polmonare abbiamo ottenuto un notevole miglioramento funzionale con passaggio dalla III alla I classe NYHA (p<0,02); La distanza percorsa al six minutes walking test è migliorata, 382±31 metri (p<0,001) dopo ottanta mesi. Lo Short Form-36 ha presentato un indice di 35±11 all'ingresso nello studio e di 58±2,2 dopo ottanta mesi di terapia (p<0,002). Tutti i paz. nel giro di 14 settimane dopo l'inizio della terapia combinata hanno mostrato la guarigione di tutte le ulcere.

### Cardiac involvement in patients with Systemic Sclerosis (SSc)

R. Cimino<sup>1</sup>, S. Giancotti<sup>1</sup>, C. Pintaudi<sup>1</sup>, A. Cimellaro<sup>2</sup>, S. Paravati<sup>1</sup>, A. Vitaliano<sup>1</sup>, G. Muccari<sup>1</sup>, I. Macri<sup>1</sup>, S. Mazzuca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.O.C. Medicina Interna-Az Osp Pugliese-Ciaccio-Catanzaro,

<sup>2</sup>Student in Medicine,

<sup>3</sup>S.O.C. Medicina Interna, Dipartimento Medico, Az.Osp. Pugliese-Ciaccio-Catanzaro

**Objective** To evaluate the frequency and type of cardiac involvement in a cohort of patients with SSc.

**Methods** A total of 142 (122 F-20 M) unselected, consecutive pts with SSc were included in our study. 16 pts (11.3%) with Early Sclerosis, 12 pts (8.4%) with intermediate cutaneous SSc, 72 pts (50.7%) with Limited cutaneous SSc, 42 pts (29.6%) with Diffuse cutaneous SSc. 12 lead ECG, 24-h ECG Holter monitoring, echocardiography were used.

**Results:** Only 8 pts (5,6%) had cardiac symptoms. Abnormal ECG was seen in 40 pts (28,1%) and abnormal echocardiograms in 28 pts (19,7%). ECG abnormalities included conduction system disturbances 21 (14,7%), supraventricular arrhythmia in 15 (10,5%), atrial premature beats 9 pts (6,3%), non specific ST and T-wave changes in 10 (7,0%), sign of infarction 3 (2,1%). Echocardiographic abnormalities included: RVH in 6 pts (4,2%), pulmonary hypertension in 10 pts (7,0%), systolic and/or diastolic dysfunction in 8 pts (5,6%) and pericardial effusion in 12 pts (8,4%). 24-h ECG Holter monitoring showed: simple ventricular premature beats VPB Low I in 15 pts (10,5%), ventricular arrhythmia in 33 pts (23,2%), bigeminy of VPB Low II 2 pts (1,4%), multiformes of VPB Low III 3 pts (2,1%), one pts couplets of VPB Low IVa, and two pts with ventricular tachycardia Low IV b. In 4 pts permanent pacemaker was implanted.

### Gender-associated determinants of left ventricular modifications in patients with unknown hypertension

F. Cipollini<sup>1</sup>, E. Arcangeli<sup>2</sup>, E. Greco<sup>1</sup>, G. Seghieri<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina 2, Spedali Riuniti, Pistoia,

<sup>2</sup>Uo Medicina 1, Spedali Riuniti, Pistoia

**Aim of the study** Since it is still uncertain whether left ventricular mass (LVM) is differently modified by high blood pressure (BP) in males compared to females, aim this study was to evaluate whether gender may affect the relation between BP and LVM in subjects who had never used antihypertensive drugs.

**Materials and methods** We studied 114 subjects (58M/56F), who consecutively came to Hospital's hypertension unit to diagnose/confirm the presence of arterial hypertension by monitoring BP through ABPM as well as to measure LVM indexed for body area by a standard echographic method and who were not previously treated.

**Results** In the hypertensive population (those who had 24hr-mean-ABPM>120/85mmHg) LVM was related to 24-hr-mean-systolic-BP, night- or day-systolic-BP, and pulse-BP only in females ( $r=0.53$ ;  $0.51$ ;  $0.53$ ; and  $0.55$ ;  $p<0.05$  in all). On the contrary in males only night-24-hr-BP was weakly related to LVM ( $r=0.29$ ;  $p=0.05$ ). After adjusting for age and BMI, LVM was related to 24-hr-mean-systolic-BP, night- or day-systolic-BP and pulse-BP in hypertensive females and only to night-systolic-BP in males.

**Conclusions** These data indicate a significant relationship between LVM and 24-hr-BP only in females, while in men only night-systolic-BP seems to exert a significant independent impact on LVM increase.

### Risk score and antithrombotic treatment in an unselected population with non-valvular atrial fibrillation: the ATA-AF survey

F. Cipollini<sup>1</sup>, C. Sacchetti<sup>2</sup>, L. Fenoglio<sup>3</sup>, G. Fabbri<sup>4</sup>, S. Baldasseroni<sup>5</sup>, G. Gussoni<sup>6</sup>, G.A. Vescovo<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Medicina Generale, Ospedale "Vittorio Emanuele II"; Amandola (Ap),

<sup>2</sup>Medicina Interna, Nuovo Ospedale Civile, Sassuolo (Mo),

<sup>3</sup>Medicina Interna, Ospedale "S. Croce e Carle", Cuneo,

<sup>4</sup>Centro Studi Anmco, Firenze,

<sup>5</sup>Centro Studi Anmco, Firenze,

<sup>6</sup>Fondazione Fadoi, Milano,

<sup>7</sup>Medicina Interna, Ospedale "S. Bortolo", Vicenza

**Background** Atrial fibrillation (AF) is a risk factor for thromboembolism and stroke. Current guidelines recommend a stroke risk assessment for guiding antithrombotic treatment.

**Aims** To evaluate the real-world prescription rate of oral anticoagulation therapy (OAT) in AF and the influence of risk scores (CHADS<sub>2</sub> and CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc).

**Methods** 4845 patients with non-valvular AF (current or within 12 months) were included in 164 Italian Cardiology (C) and 196 Internal Medicine (IM) centres.

**Results** 63.9% of patients had CHADS<sub>2</sub>  $\geq 2$  (53.1% in C and 75.3% in IM), 87.5% had CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc  $\geq 2$  (81.6% in C and 93.7% in IM). OAT was prescribed to 55.5% of patients (64% in C and 46% in IM,  $p<0.0001$ ). 8.7% of patients received no antithrombotic therapy and 35.8% were taking anti-platelets. 56.2% of patients with CHADS<sub>2</sub> and 55.9% of those with CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc  $\geq 2$  score received OAT. In 49% of untreated patients with high risk, a contraindication was reported. Among patients with lowest risk, 50% of those with CHADS<sub>2</sub> = 0 and 47% of those with CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 0 received OAT.

**Conclusions** OAT was prescribed to about half of patients affected by non-valvular AF, and more frequently in C than in IM patients. OAT prescription rate was not related with an increased CHADS<sub>2</sub> or CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score.

### Ultrasound artifacts in pleuropulmonary diseases: a useful diagnostic tool or errors in image? A multicenter study

C. Cipriani<sup>1</sup>, M. Sperandeo<sup>2</sup>, A. Greco<sup>3</sup>, G. Sperandeo<sup>4</sup>, M. Piattelli<sup>5</sup>, M. Vilella<sup>6</sup>, F. Terracciano<sup>7</sup>, M. Maggi<sup>8</sup>, I. De Sio<sup>9</sup>, V. Carnevale<sup>10</sup>, V. Ostilio Palmieri<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Università di Roma "Sapienza",

<sup>2</sup>Unità di Medicina Interna, Irccs "Casa Sollievo Della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (Fg),

<sup>3</sup>Geriatría, Irccs "Miulli", Acquaviva Delle Fonti (Ba),

<sup>4</sup>Radiologia, Irccs "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (Fg),

<sup>5</sup>Dipartimento d'Emergenza, Ospedale "San Camillo De Lellis", Manfredonia (Fg),

<sup>6</sup>Utic, Irccs "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (Fg),

<sup>7</sup>Servizio di Endoscopia Digestiva, Irccs "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (Fg),

<sup>8</sup>Dipartimento d'Emergenza, Irccs "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (Fg),

<sup>9</sup>Gastroenterologia, II Università degli Studi di Napoli,

<sup>10</sup>Unità di Medicina Interna, Irccs "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (Fg),

<sup>11</sup>Clinica Medica "A. Murri", Policlinico di Bari

**Objective** To evaluate whether there is a difference in the number of ultrasound artifacts between normal and diseased lung in patients with acute dyspnea.

**Methods** We evaluated 193 patients with acute dyspnea (111 male and 82 female aged 31 to 87 years, mean age 59.4 $\pm$ 9.7 SD yrs) and 193 healthy subjects (105 male and 87 female, aged 19-58, mean age 46 $\pm$ 1). A transthoracic ultrasound examination was performed in all the subjects with both a convex and a linear probe. The number and type of artifacts detected at each intercostal space were evaluated.

**Results** There was a statistically significant difference between the number of artifacts in the group of patients and those in the control group with both the linear (mean values 2.33 $\pm$ 0.007 SE vs 2.034  $\pm$ 0.007,  $p<0.0001$ ) and the convex probe (2.38 $\pm$ 0.003 vs 1.90 $\pm$ 0.005,  $p<0.001$ ). We found a significant difference between different types of artifacts between the two groups with both the probes ( $p<0.05$ ). No significant difference in the number of artifacts between different groups of patients divided according to the final diagnosis was found ( $p=NS$ ).

**Conclusions** Different types of artifacts cannot be considered as spe-

cific and diagnostic for distinct pleuropulmonary disease. Hence, chest ultrasound represents a valuable but complementary technique for the study of pleuropulmonary diseases.

### An uncommon cause of renal failure

R. Cipriani, B. De Angelis, T. Carrabs, R. Pastorelli

Uoc Medicina Interna, L.P. Delfino, Colleferro (Rm)

A 37 years aged woman was observed with clinical history characterized by widespread muscle pain, numbness, leg cramps, weight gain, menstrual irregularities and difficulty in mental concentration from about 3 years. The patient was followed in a rheumatology clinic for suspected polymyositis. The blood and urine tests showed elevated serum creatinine, creatinine phosphokinase (CPK), cholesterol, reduced creatinine clearance and haematuria. For the presence of persistent microhaematuria with reduced renal function, the patient underwent a renal biopsy with evidence of non-specific findings by optic and electronic microscope; it was diagnosed chronic kidney disease (CKD). For the persistence of myalgic symptoms, thyroid activity was evaluated and a severe autoimmune hypothyroidism (TSH 238mcU/ml) was diagnosed and started on replacement therapy with triiodothyronine and L-thyroxine. After about 3 months the patient reported the disappearance of the symptoms described above and the normalization of hormonal levels of thyroid function. In addition, creatinine, creatinine clearance, CPK and cholesterol returned normal, with persistence of isolated microhaematuria. Although the reduction of renal function is a rare manifestation of hypothyroidism, in cases of CKD of undetermined cause it is advisable to assess thyroid function.

### Stroke: an assessment of the targets for prevention

R. Cipriani, S. Di Simone, P. D'angelo, R. Pastorelli

Uoc Medicina Interna, Ospedale L.P. Delfino, Colleferro (Rm)

**Introduction** In our regional area the degree of achievement of therapeutic targets for prevention of ischemic stroke (IS) is unknown. **AIM OF STUDY** To evaluate risk factors, primary prophylaxis in progress and the degree of achievement of therapeutic targets in patients (P) with IS referred to our Division. We included 69 P (29 ♀, 40 ♂) admitted for IS in 8 consecutive months. Anamnestic data, clinical risk factors, total cholesterol, HDL-C, LDL-C, triglycerides, primary prophylaxis in progress, NIH-Stroke Scale, carotid ultrasound pattern and CT scan of the brain were evaluated. **RESULTS** 79% of hypertensive P were being treated pharmacologically and 80% of this group reached the blood pressure targets for IS prevention. Only 50% of dyslipidemic P were being treated with statins and only 55% of this group reached the recommended level of LDL-C. Only 30% of P with AF were in oral anticoagulant therapy (AT).

**Conclusions** In the regional area of this study stroke prevention by antihypertensive therapy goes in agreement with clinical guidelines whereas lipid lowering therapy and AT in AF are underused. An implementation of guidelines for IS prevention is necessary in the primary care of our regional area. The observation will be continued to assess adherence to prescribed therapy for secondary prevention

### La neuropatia ottica bilaterale: una rara manifestazione da carenza di tiamina

L. Ciucciarelli, V. Lastrucci, V. Verdiani, F. Pieralli, M. Grazzini, O. Para, T. Fintoni, F. Bacci, C. Nozzoli

Sod Medicina Interna e d'Urgenza Aouc Firenze

Riportiamo il caso di una donna di 59 anni ricoverata in seguito a sepsi post-resezione colon-rettale per adenocarcinoma. Epatopatia cronica su base nutrizionale.

Durante il ricovero febbre, vomito e diarrea determinanti squilibrio idro-elettrolitico tale da richiedere infusione di potassio in glucosata al 5%. Successiva comparsa di improvvisa riduzione del visus bilaterale e di nistagmo orizzontale. Richieste angioTC cranio (negativa) e fluorangiografia che ha rilevato emorragie retiniche non compatibili con tale sintomo.

Una neuropatia ottica da carenza di tiamina è stata quindi sospettata per la storia di alcolismo e per altri fattori: ridotta assunzione, alterato assorbimento e utilizzazione, aumentata richiesta. Inoltre la terapia con soluzione glucosata può aver precipitato uno stato di carenza cronica di tiamina. Escluse le altre probabili cause di neuropatia ottica, sono stati somministrati Tiamina 100 mg iv e complesso multivitaminico del gruppo B con pronto e completo recupero del visus nell'arco di 24 ore.

**Commento** Il deficit di tiamina è caratterizzato da manifestazioni cliniche multiple che possono essere scatenate dalla somministrazione di glucosio. Fra queste è descritta anche la neuropatia ottica, che solo raramente si trova in maniera isolata.

### Metastasi ossee isolate da cancro del colon

L. Ciucciarelli, V. Verdiani, F. Pieralli, M. Castelli, F. Rocchi, C. Biagioni, F. Bucciero, C. Nozzoli

Sod Medicina Interna e d'urgenza Aouc Firenze

Il cancro del colon metastatizza in genere a fegato, polmoni ed encefalo, raramente all'osso. Solitamente le metastasi ossee sono diffuse e si trovano in prossimità di metastasi di altri organi. Molto raramente sono descritti casi di metastasi ossee isolate.

Descriviamo il caso di un uomo di 64 anni, con storia di cancro del colon destro sottoposto ad emicolectomia e a chemioterapia. Il paziente era affetto da gammopatia monoclonale IgM lambda, Bence Jones negativa.

Il paziente è giunto alla nostra osservazione un anno dopo l'intervento chirurgico per il rilievo di anemia normocromica normocitica e piastrinopenia con eritroblasti nello striscio periferico e dolori ossei diffusi. Una TC torace-addome ha documentato metastasi ossee, senza interessamento epatico e polmonare. Una scintigrafia ossea e una PET hanno mostrato lesioni ossee diffuse, in assenza di altre lesioni parenchimali. Una BOM ha evidenziato una massiva infiltrazione cancerigena di origine colica. Il paziente è deceduto dopo due settimane per insufficienza respiratoria acuta.

Commento: con l'aumento della sopravvivenza legato ai trattamenti chemioterapici, si assiste ad un aumento dell'incidenza di metastasi ossee isolate da cancro del colon.

### ☆ In Medical inPatients incidence and prognosis of Asymptomatic distal deep vein Thrombosis. The IMPACT Study

G. Ciuti<sup>1</sup>, E. Grifoni<sup>1</sup>, A. Pavellini<sup>1</sup>, R. Rovereto<sup>1</sup>, L. Zanasi<sup>1</sup>, D. Righi<sup>2</sup>, A. Moggi Pignone<sup>3</sup>, D. Prisco<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Aouc Careggi Sod Medicina Interna ad Orientamento all'Alta Complessità Assistenziale 3 Firenze,

<sup>2</sup>Sod Valutazione Cardiologica Aouc Careggi Firenze,

<sup>3</sup>Aouc Careggi Sod Malattie Aterotrombotiche Firenze

**Background** Deep vein thrombosis (DVT) of the lower limbs can involve proximal or distal veins (dDVT). dDVT is often asymptomatic and data about its incidence and prognosis are scanty, especially in high risk medical inpatients.

**Aim** To prospectively evaluate incidence, characteristics and prognosis of asymptomatic isolated dDVT in an internal medical setting.

**Study design** Consecutive patients in whom VTE was not the admission diagnosis, underwent Doppler Ultrasound(US). Clinical evaluation of lower limbs, Ddimer (DD) measurement, and transient VTE risk factors assessment were also performed. When a dDVT was found, US characteristics were recorded. For dDVT patients 6-week anticoagulant treatment was performed. Follow-up visits were scheduled at 1,6,12 weeks.

**Preliminary results** Until now 154 patients were enrolled. 4,5% of proximal DVTs and 16,2% of asymptomatic dDVTs were found. Female sex and elevated age were statistically associated to dDVT ( $p=0.014$  and  $p=0.009$  respectively). Clinical signs of DVT were not related to dDVT. Only low degree of mobility (DOM) was independently associated to dDVT ( $p=0.002$ ). Increased DD levels were associated with dDVT [OR 10.1(95%CI 1.31-77.92)].

**Conclusions** We found a high incidence of clinically silent dDVTs. DD and DOM evaluation perhaps could be used for selecting patients at high risk for dDVT

### Acute upper gastrointestinal bleeding due to duodenal secondary melanoma: a case report

C. Colla<sup>1</sup>, L. Ricevuti<sup>1</sup>, C. Papetti<sup>1</sup>, C. Galli<sup>2</sup>, L. Fugazza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina 3 e Gastroenterologia - Presidio Ospedaliero di Codogno - Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi,

<sup>2</sup>Uo Anatomia Patologica - Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi

**Premesse e scopo dello studio** Clinical manifestation of melanoma and its evolution can be extremely variable. The gastrointestinal tract represents, as like as bone, an infrequent localization of metastatic melanoma.

**Materiali e metodi** A 59<sup>th</sup> years old man was admitted to our unit because of melena. His medical history was unremarkable except for hypertension. The patient felt severe asthenia. Laboratory tests showed the following: hemoglobin 6.4 mg/dl, hematocrit 22%, iron 12 ng/dl, ferritina 4 mcg/ml. We decided to perform an upper gastrointestinal endoscopy that identified a protruding, ulcerated and bleeding mass (1.5 x 1.5 cm) located in the second duodenum. Biopsies and relative histological examination showed epithelioid cells immunohistochemically positive for S-100 and HMB-45 proteins and negative for common leukocyte antigen (CLA)(small bowel malignant melanoma).

**Risultati** A dermatological evaluation suggested the presence of a primary melanoma of the scalp, while a total body CT, a global PET and a bone scintigraphy revealed a multifocal dissemination (small bowel, lung and mediastinum).

**Conclusioni** Considering the progressive growth and the evidence of extraintestinal localization disease, the patient was referred to the oncological department for chemotherapy.

### ★ The Group Care as Therapeutic Educational Model: experience of a Metabolic Clinic

M. Colzani<sup>1</sup>, D. Amiens<sup>2</sup>, P. Borgonovo<sup>1</sup>, P. Novati<sup>1</sup>, M.R. Petrozzino<sup>1</sup>, L. Castelnovo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina Interna - Ospedale Di Saronno - Ao Busto Arsizio (Va),

<sup>2</sup>Uo Psichiatria - Ospedale Di Saronno - Ao Busto Arsizio (Va)

**Introduction** Overweight/obese patients usually need behavioural intervention in order to reduce their weight. Lack of economic resources restricts this education in daily practice. Great number of drop out (40-60%) from obesity center induce to plan appropriate tools. We evaluated the efficacy of a group training program (Group Care, GC) aimed to reduce drop out, improve adherence to treatment and optimize available resources.

**Materials and methods** 350 outpatients cared by our obesity center who accepted to participate the GC were divided into groups (9-10 people); other 350 patients (control group) continued usual care (periodical visits, programmed by centralized hospital booking system – average waiting time 90 days). GC program consists in 6 weekly meetings followed by 2 monthly meetings aimed to improve nutritional knowledge, problem solving and decision making. We evaluated anthropometric and lipid profile (HOMA I.R.), cost-effectiveness, resources needed and benefit generated.

**Results and conclusion** GC induced a modest weight reduction (5-10% of initial body weight), reduced percentage of drop out (10% vs 50-60% of controls) and increased department performance (18%). Group Care model is useful, feasible and cost-effective in improving clinical and behavioural outcomes and lead to a better use of economic resources.

### Un caso clinico di Ipercolesterolemia familiare omozigote con mutazione c.1-156C>T del promotore del gene delle LDL

M.G. Coppola, M. Sodano, M. Nunziata, M.F. Coppola, E. La Fata, L. Maresca, M. Gentile, G. Marotta

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi Di Napoli Federico II, Napoli

Paziente di anni 46 con diagnosi clinica di ipercolesterolemia familiare omozigote: pregresso intervento di rivascularizzazione della carotide interna e comune destra, di rivascularizzazione miocardica, con impianto, dopo 2 anni, di stent metallico per ristenosi del tronco comune ed evidenza coronarografica di occlusione dei due by-pass; soffio sistolico 4/6 Levine sul focolaio aortico, irradiato alle carotidi; Colesterolo Tot 260 mg/dl, colesterolo HDL 39 mg/dl, Trigliceridi 57 mg/dl, Colesterolo LDL 210 mg/dl in terapia con simvastatina 80 mg e plasmaferesi. Si pratica ecocardiogramma: stenosi aortica a bassa gittata di grado severo con orifizio valvolare stimato con equazione di continuità 0,89 cm<sup>2</sup>; ventricolo sinistro ipertrofico e lievemente dilatato. FE 45%. Si esegue ecocolor Doppler dei tronchi sovra-aortici: marcato ispessimento medio-intimale (3.5 mm), e presenza di stenosi emodinamicamente significativa della carotide interna sinistra. Si pratica, dunque, indagine genetica per la diagnosi molecolare di ipercolesterolemia familiare che evidenzia la mutazione c.1-156C>T in omozigosi nel promotore del gene LDL. La caratterizzazione genotipica precoce in tali soggetti è utile per identificare mutazioni più severe, al fine di un iter terapeutico intensivo e preventivo.

### ★ Un caso di tireotossicosi da amiodarone trattato con plasmaferesi terapeutica

S. Corbi<sup>1</sup>, C. Ancona<sup>1</sup>, S. Beccaria<sup>1</sup>, R. Caponetti<sup>1</sup>, L. De Marchis Preite<sup>1</sup>, S. Di Carlo<sup>1</sup>, L. Mallardo<sup>2</sup>, G. Reda<sup>2</sup>, A. Fierro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uoc Medicina Penitenziaria, Ospedale S. Pertini, Roma,

<sup>2</sup>U.O.S.D. Endocrinologia, Ospedale S. Pertini, Roma

L'amiodarone è un farmaco antiaritmico che a causa del suo elevato contenuto di iodio può provocare alterazioni della funzionalità tiroidea. La tireotossicosi da amiodarone è difficile trattamento a causa della lunga emivita del farmaco.

**Case report** Pz ricoverato per NSTEMI in malattia coronarica avanzata non aggreabile, già trattato con multipli BAC. Presentava inoltre un quadro clinico complesso ed era in trattamento da vari anni con amiodarone. All'ingresso quadro di ipertiroidismo. Sostituito amiodarone con sotalolo ed iniziata terapia con metimazolo e prednisone. Per episodi di fibrillo-flutter ad elevata FV, sottoposto a impianto di ICD. Successivamente associato perclorato di K per 45 gg, senza miglioramento. Per normalizzare la funzione tiroidea in pz con alto rischio operatorio,

effettuate due sedute di plasmateresi con successivo eutiroidismo. Il metimazolo è stato gradualmente sospeso con mantenimento dell'eutiroidismo a distanza di mesi.

**Conclusioni** La terapia con plasmateresi è stata raramente riportata in letteratura come trattamento della tireotossicosi resistente alla terapia medica. Si tratta di una procedura d'urgenza da utilizzare in casi selezionati, in quanto gli effetti vengono considerati transitori ed è un trattamento dal costo elevato e dai potenziali effetti collaterali.

### Pancitopenia in presunto cirrotico HCV+

V. Cordiano, D. Berselli, F. Maddalena, F. Misericocchi

Uoc Medicina, Ulss 5 Ovestvicentino, Ospedale San Lorenzo, Valdagno

La pancitopenia è frequentemente osservata nei reparti di medicina interna. Le cause più frequenti sono secondarie.

Un uomo di 52 anni, di origine albanese e residente in Italia da circa 10 anni, venne ricoverato per pancitopenia periferica dopo aver eseguito un emocromo per febbre e sudorazioni notturne insorte da circa un mese. Diabetico con epatopatia HCV+ RIBA+; il primo sospetto fu di una cirrosi epatica alcol/HCV-correlata: FAL 142 U/L; gGT 141 U/L; proteine totali 8,7 g/dL, ipergammaglobulinemia policlonale; transaminasi normali. Ves 111; PCR 87,5 mg/l. Emocromo: GB 3050/mcl; GR 4550.000/mcl; Hb 11,5 gr/dL; Ht 35%; MCV 78 fL; piastrine 103.000/mcl. ANA 1:80; ferritina 2179 mcg/L; saturazione transferrina 9%. Crioglobuline assenti. Ecocardiogramma normale. Ecoaddome: milza di 16,5 cm con struttura omogenea, fegato ingrandito, steatosico. La TAC confermava la splenomegalia e la stasi epatica con assenza di lesioni focali. La revisione del caso fece emergere alcuni dati atipici per una cirrosi HCV ed alcol correlata: microcitosi e non macrocitosi delle emazie; positività per gli ANA, indici di flogosi aumentati. L'effettuazione della biopsia e dell'agoaspirato midollare, consentirono di porre subito una diagnosi di leishmaniosi. Il trattamento con sali di antimonio, ben tollerato, risolse il quadro clinico.

### Ci avreste mai pensato?

S. Corradini, D. Pignatti, M.T. Mammone, E. Spaggiari, O. Arar, G. Rossi, A. Tagliavini, A. Bisi, L. Veneri, M. Alfieri,

F. Franco, A. Mazzocchi, M. Silingardi

Dipartimento Internistico, Ospedale Civile di Guastalla, Ausl Reggio Emilia

**Premesse e scopo dello studio** Presentiamo il caso di un uomo di 70 anni giunto all'osservazione per stato confusionale e febbre insorti dopo 5 giorni dalla somministrazione di vaccino anti-influenzale.

**Materiali e metodi** In anamnesi DM, cardiopatia ischemica, IRC, PAOD. All'esame obiettivo: stato soporoso, ipotonia ai 4 arti, non rigidità nucale. Agli esami biomorali: aumento della VES (58) e della PCR (7,53 mg/dL). Veniva ipotizzata Sindrome di Guillain-Barré, non confermata dall'evoluzione clinica. Venivano effettuati TAC cerebrali, con riscontro di encefalopatia vascolare cronica, esami colturali su siero e urine, negativi, RX del torace, negativo, rachicentesi con riscontro di proteinorachia (157 mg/dL) e di linfociti (16/ mcc). Negativi gli esami colturali sul liquor, la ricerca di virus e la ricerca diretta del BK. Alla RMN piccola lesione ischemica. Per comparsa di coma il paziente veniva trasferito in Rianimazione e intubato. Dopo 10 giorni si verificava decesso per MOF. L'autopsia mostrava noduli miliari disseminati e ricerca positiva per DNA del Mycobacterium tuberculosis su cervello e polmone.

**Risultati** Trattasi di un caso eclatante di TBC miliare manifestatasi con sintomi neurologici in assenza di focolaio primitivo evidente e sintomatologia sistemica.

### A diagnostic algorithm for the management of hyponatremic patients

F. Corsini, R. Benedetti, R. Bonacci, P. Bonanni, M. La Regina, F. Orlandini

S.C. Medicina Interna 1, Dipartimento Medico Specialistico 1, Ospedale Civile S. Andrea Presidio del Levante Ligure, La Spezia

**Background and aim of the study** Hyponatremia (hypoNa) is the most common electrolyte imbalance in internal medicine with a prevalence of 15-30% among hospitalized patients. In 2010 on 2583 admissions 41 pts had symptomatic hyponatremia (<125 mmol/l). The aim of our study was to evaluate the clinical usefulness of a diagnostic algorithm for the evaluation of pts with hyponatremia

**Materials and methods** We used a diagnostic algorithm that distinguishes hypoNa according to plasmatic osmolality in iso-, hyper- and hypo-tonic, then hypotonic ones in eu-hypo- and hypervolemic according to volume status. Serum and urinary electrolytes and osmolality were measured the day after admission. Volume status was estimated by clinical signs and biochemical parameters (BUN, creatinine, uric acid, urinary sodium output). Time to diagnosis and length of hospital stay were measured.

**Results** We found 95.1% hypotonic and 4.9% hypertonic hypoNa. Among hypotonic ones, 58.5% were hypovolemic (31.7% due to dehydration, 19.5% to diuretics), 14.6% euvoletic (7.3% due to SIADH and 7.3% to primary polydipsia) and 29.2% were hypervolemic (14.6% due to cirrhosis, 2.4% to renal damage and 12.1% to heart failure).

**Conclusions** This algorithm allowed us to get an earlier diagnosis and treatment and to reduce the length of hospital stay.

### Un revival del microscopio ottico in una rara emergente emopatia maligna

L. Corvatta<sup>1</sup>, M. Onesta<sup>1</sup>, M. Offidani<sup>2</sup>, S. Giori<sup>1</sup>, S. Gerini<sup>1</sup>, M. Candela<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O.C. Medicina Interna Asur Marche Zt6 Fabriano (An),

<sup>2</sup>Clinica di Ematologia Università Politecnica delle Marche - Azienda Ospedali Riuniti Ancona

Descriviamo una forma estremamente rara di LAM, costituendo meno del 2% di tutte le emopatie maligne.

**Caso clinico** Un uomo di 52 anni si presenta per astenia, vomito ricorrente e anoressia da circa due mesi con anemia normocromica normocitica (Hb 8 gr/dl) e apparente linfocitosi relativa. Viene esclusa la diagnosi di infezione virale e un'EGDS di recente esecuzione in altra sede ed una TC torace-addome non evidenziano né sanguinamenti né organo-linfoadenomegalie. Si esegue striscio periferico che mostra imponente basofilia e meno marcata eosinofilia con presenza di elementi indifferenziati di media-grossa taglia. All'aspirato midollare si ha punctio sicca, la tipizzazione cellulare su sangue periferico mostra due clusters, uno costituito da cellule poco differenziate e l'altro da granulociti basofili, entrambi CD123+, marker della differenziazione basofila. Il cariotipo da sangue periferico mostra monosomia del cromosoma 7. La BOM conferma importante fibrosi con componente blastica CD117+ nel 20-25% e CD68+ nel 30-40% della cellularità suggerendo una panmielosi acuta che unitamente ai dati citofluorimetrici, permetteva di formulare la diagnosi di Leucemia Acuta Basofila.

**Conclusioni** Quando la formula leucocitaria è alterata già il semplice microscopio ottico è valido supporto per un rapido e corretto inquadramento diagnostico.



### ★ Uno stroke “sospetto”

S. Cozzio<sup>1</sup>, D. Peterlana<sup>1</sup>, D.M. Bonifati<sup>2</sup>, C. Pederzoli<sup>3</sup>, P. Dalri<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina 1 - Ospedale Santa Chiara - Trento,

<sup>2</sup>Stroke Unit - Ospedale Santa Chiara - Trento,

<sup>3</sup>Uo Riabilitazione - Presidio Ospedaliero Villa Rosa - Apss Trento

**Caso clinico** Donna di 72 anni ipertesa e diabetica ricoverata per emiparesi sinistra; recente diagnosi di Arterite di Horton trattata con prednisone e MTX. La TC encefalo mostrava duplice lesione ipodensa alla capsula interna e ai settori posteriori del ponte a destra compatibili con eziologia ischemica. In 2a giornata singolo episodio febbrile con sopore e confusione mentale; si eseguivano emocolture risultate positive per *Listeria Monocytogenes*. La RMN encefalo mostrava due lesioni ascessuali per cui si iniziava trattamento con ampicillina e gentamicina. Le condizioni cliniche e neurologiche miglioravano con persistenza di plegia all'arto superiore.

**Discussione** Le infezioni da *Listeria Monocytogenes* negli adulti colpiscono soggetti con deficit nell'immunità cellulo-mediata e possono coinvolgere il sistema nervoso centrale con quadro di meningo-encefalite o con ascessi cerebrali. Nel caso da noi descritto la presenza di fattori di rischio cardiovascolari, il deficit neurologico focale e la TAC cerebrale potevano fare porre diagnosi di stroke. Da sottolineare l'utilità delle emocolture in caso di febbre specie in soggetto immunodepresso. In pazienti sottoposti a terapie immunosoppressive le patologie infettive a carico del sistema nervoso centrale devono essere poste in diagnosi differenziale con lo stroke ischemico.

### ★ Fatty acid synthase, Ki67 and P53 esophageal mucosa expressions in Barrett's Oesophagus patients treated with two esomeprazole different regimens

P. Crispino<sup>1</sup>, P.L. Alò<sup>2</sup>, M. Rivera<sup>3</sup>, D. Colarusso<sup>1</sup>, G. Minervini<sup>1</sup>, B. Tripodi<sup>1</sup>, A. Schiava<sup>1</sup>, E. Corazziari<sup>3</sup>, P. Paoluzi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicine and Urgency Unit, San Giovanni Hospital, Lagonegro, Italy,

<sup>2</sup>Dpt Pathology, University of Rome Sapienza, Rome,

<sup>3</sup>Gi Unit, University of Rome Sapienza, Rome

**Introduction** Barrett's oesophagus is an acquired pre-malignant condition that results from chronic gastro-oesophageal reflux. Malignant transformation occurred in 0.5 patients for year. Fatty acid synthase (FAS) is a multifunctional enzyme that catalyzes the synthesis of long-chain fatty acids from acetyl-coenzyme A. Activation of FAS is closely linked to malignant transformation.

**Methods** Aim of the present study was to evaluate the variation of FAS, p53 and Ki67 expressions of in two groups of 21 Barrett's oesophagus patients after one years of continuous (group A) or discontinuous (group B) treatment with esomeprazole 40 mg/day in comparison to the initial expression.

**Results** FAS expression was reduced in 43% of patients group A in comparison to the 10% of patients treated of group B ( $p = 0.002$ ). Ki67 expression was reduced in 28% of patients of group A in comparison to 2% of patients of group B ( $p = 0.001$ ). The p53 expression was increased in 47% of patients of group A in comparison to 81% of patients of group B ( $p = 0.05$ ).

**Conclusion** After one-year of treatment p53 remained over-expressed and worsened especially in patients with discontinuous treatment with esomeprazole. Continuously Esomeprazole did not prevent the oxidative damage against cellular DNA, resulting in a constant over expression of p53.

### Desmoplasia influenced mortality in stage III colorectal cancer within five years after surgery and adjuvant therapy

P. Crispino<sup>1</sup>, D. Colarusso<sup>1</sup>, G. De Toma<sup>2</sup>, A. Ciardi<sup>3</sup>, E. Di Nardo<sup>4</sup>, G. Minervini<sup>1</sup>, A. Schiava<sup>1</sup>, B. Tripodi<sup>1</sup>, E. Corazziari<sup>5</sup>, P. Paoluzi<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Medicine and Urgency Unit, San Giovanni Hospital, Lagonegro (Pz),

<sup>2</sup>Department of Surgery, "Pietro Valdoni", University "Sapienza" of Rome,

<sup>3</sup>Pathology Unit, "Pietro Valdoni", University "Sapienza" of Rome,

<sup>4</sup>Epidemiology Unit, Arpab Basilicata,

<sup>5</sup>Gastroenterology Unit, Department of Clinical Sciences, University "Sapienza" of Rome

**Background** About 40-60% Colorectal cancer (CRC) patients who undergo resection for potential cure have advanced loco regional disease (stage III) and were suitable of adjuvant treatment with a definite disease-free-survival benefit. Desmoplasia is characterised by excessive production of connective tissue around group of tumour cells, but its role in tumour progression is still a matter of debate. Aim of the present study was to demonstrate if desmoplasia influenced the mortality rate of III stage CRC within five years from surgery and adjuvant therapy.

**Methods** 65 patients with III stage CRC underwent resection and adjuvant therapy with Oxaliplatin/5-Fluorouracil/Leucovorin for 6 months. Qualitative categorisation of desmoplasia was obtained using Ueno's stromal CRC classifications. Desmoplasia was related to mortality and with to the major determinant of malignancy (venous and lymph nodes invasion).

**Results** At five years survival rate arose 65% and relapse incidence was of 37%. Mortality rate in patients with immature desmoplasia was 86%, 27% in intermediate desmoplasia and 0% in mature desmoplasia (Spearman correlation coefficient:  $-0.572$ ,  $p=0.05$ ).

**Conclusions** Immature desmoplasia have a role in disease recurrence and mortality in stage III CRC due to an increase of nodal involvement.

### La Medicina Interna in Calabria: censimento delle Unità Operative

O. Cuccurullo, D. Galasso, P. Golotta, G. Gulli, S. Mazzuca, M. Sprovieri, V. Tucci, L. Anastasio

Consiglio Direttivo Fadoi Calabria

**Premessa** In epoca di clical governance, in un momento di riorganizzazione sanitaria sembra necessario definire le dimensioni della qualità dell'assistenza sanitaria.

**Obiettivo** scopo del nostro lavoro è stato quello di effettuare un censimento delle UO di Medicina Interna della Calabria

**Materiali e metodi** A tutte le UO di medicina Interna è stato somministrato un questionario.

**Risultati** Questionari ricevuti 24 su 28 (86%), 17 UO ASP; 6 UO AO; 1 UO Università. Posti letto totali (comprensivi di day-hospital) 569; posti letto intensivi presenti solo in 4 UO per un totale di 20 posti letto. Ricoveri DO totale 26279/anno. DH attivato in 18 UO (75%) con ricoveri totali 7855/anno. DS attivo in 5 UO (20,8%), non ci sono ancora dati di attività. Attività ambulatoriale: 21 su 24 UO svolgono attività ambulatoriale con una media di 5,3 ambulatori attivati e con un totale di prestazioni pari a 81.908/anno. Criticità: Carenza di personale; carenza di risorse strumentali, specie per terapia intensiva, strumentazione vetusta; Carenze strutturali; Ricoveri in sovrannumero; Assenza di guardia attiva e posti intensivi; Impossibilità di ricoveri programmati; Dirigenti medici con esenzioni e sovraccarico di notti di guardia.

**Conclusioni** La capacità professionale, seppur importante, non è il solo requisito di efficienza per il Sistema.

## Safety and efficacy of insulin aspart and soluble human insulin in elderly type 2 diabetics: results from UpGrade study

D. Cucinotta<sup>1</sup>, S. Caputo<sup>2</sup>, E. Mannucci<sup>3</sup>, A. Nicolucci<sup>4</sup>, G. Periello<sup>5</sup>, A. Matera<sup>6</sup>, P. Sbraccia<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Dip. Medicina Interna, Università degli Studi, Messina,

<sup>2</sup>Servizio di Diabetologia, Policlinico A. Gemelli, Roma,

<sup>3</sup>Dip. Medicina Cardiovascolare Università Degli Studi, Firenze,

<sup>4</sup>Dip. Epidemiologia Clinica, Consorzio Mario Negri Sud, S. Maria Imbaro (Ch),

<sup>5</sup>Dip. Medicina Interna, Università Degli Studi, Perugia,

<sup>6</sup>Novo Nordisk Farmaceutici S.P.A., Roma,

<sup>7</sup>Dip. Medicina Interna, Università Degli Studi Tor Vergata, Roma

**Introduction** Insulin therapy causes increased concern of hypos in type 2 elderly diabetics, due to concomitant diseases or hypos unawareness. Data from a subanalysis of 26-week UpGrade observational study on insulin aspart (IAsp) vs. soluble human insulin (SHI) ± metformin in Italian elderly (>70 y) diabetics are showed.

**Methods** Safety and efficacy were assessed in routine clinical practice. N=1385 subjects (out of 4185 overall) were included in this subanalysis, whose 71% were treated with IAsp.

**Results** Mean age was 77 y, diabetes duration 20 y, BMI 29 kg/m<sup>2</sup>, males were 45%. Despite old age, 97% were treated with 3-4 injections, with prevalence of basal-bolus in IAsp than SHI group (57% vs. 41%). Mean total dose was 0.60 U/kg in IAsp, and 0.54 U/kg in SHI. No clinically significant therapy or dose change was observed at 26 weeks. HbA<sub>1c</sub> decreased from 61.9 to 58.3 (-3.6) mmol/mol in IAsp, and from 59.0 to 57.6 (-1.4) mmol/mol in SHI. Multivariate analysis shows significant hypo risk reduction with IAsp (major HR=0.70, *p*=0.0478; minor HR=0.69, *p*=0.0013). Risk of major hypos is higher in patients with baseline HbA<sub>1c</sub> >64 mmol/mol (HR=2.49, *p*=0.002).

**Conclusions** In elderly type 2 diabetics, IAsp shows significantly lower risk of major and minor hypos vs. SHI. IAsp also allows higher HbA<sub>1c</sub> reduction in 26 weeks.

## Depressione e diabete: studio pilota attraverso il test di Rorschach

R. Dagani<sup>1</sup>, F. Didoni<sup>1</sup>, M. Gianni<sup>1</sup>, A. Tempesta<sup>1</sup>, S. Viola<sup>1</sup>, A. Porro<sup>2</sup>, E. Brusadelli<sup>3</sup>, S. Puricelli<sup>3</sup>, A. Tomasich<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Diabetologia, Uo Medicina 4° Ao Salvini, Po Di Rho, Mi,

<sup>2</sup>Uo Medicina 4°, Ao Salvini, Po Di Rho, Mi,

<sup>3</sup>Psicologia Clinica Ao Salvini, Garbagnate Milanese, Mi

In letteratura si sottolinea da tempo la presenza di tratti depressivi nei soggetti diabetici. Questo aspetto interferisce profondamente con la compliance alle terapie, rendendo necessario il suo trattamento. Il rischio corso, però, è quello di focalizzarsi eccessivamente su questa singola patologia, trascurando tratti caratteristici rilevanti di questa popolazione clinica, sia a livello emotivo che cognitivo, che interferiscono con la quotidianità del self-care. Il nostro scopo è stato quello di valutare la presenza di aspetti depressivi in un gruppo di pazienti obesi diabetici di tipo2, esplorando però anche più in generale la peculiarità degli aspetti di funzionamento mentale di questi soggetti, confrontati con un gruppo di obesi non affetti da patologia cronica.

**Metodo** È stato utilizzato il test di Rorschach per esplorare le caratteristiche della struttura di personalità di un gruppo di 40 soggetti obesi di cui 20 diabetici tipo2 con difficoltà del controllo glicemico (HbA<sub>1c</sub> media 8.7%). Risultati: In controtendenza, è emerso un minore livello di aspetti depressivi rispetto al gruppo di controllo. Emergono, però, peculiari caratteristiche dei soggetti diabetici soprattutto di tipo cognitivo, come la presenza di una maggiore rigidità nelle strategie di problem-solving, indice di ripiegamento difensivo. Lo studio è tutt'ora in corso.

## A case of amyloidosis

V. D'Alfonso, F. Cardoni, R. Cesareo, P. Del Duca, S. Rotunno, C. Savà, G. Straface, G. Tommasi, B. Virgilio, L. Corbi, L. Grasso, F. Marrocco, C. Cianfrocca, G. Campagna

U.O.C. Medicina 1 Osp. Civile S. M. Goretti Latina

Patient of 38 years old, arrived for an internistic visit. He has had a breathlessness for about four days, oedema of legs and genitals. He was affected of chronic gastritis, he was an ex-smoker. His Mother died young for "heart attack" He didn't take any drug, except PPI. He referred he has recently had periorbital purpura. The visit shows a great oedema genitalis, important reduction of MV bilateral, epatomegaly. After urological videat to exclude primitive genital disease, we did an trans-thoracic echocardiography. We decided to do also a thoracic radiography and after a TAC thoracic-abdominal. The laboratory data underlined a little increase of B2microglobuline 2,1 (V.N. 0,8-1,8) and the presence of microalbuminurie: 200 mg/24 h. After the diagnosis of congestive heart failure; the clinical history and some particulars aspects of echocardiography suggested us to do a biopsy of abdominal fat pad. The histology shows amyloid deposits, we aspect the molecular data.

## ★ Relationships between diabetic glomerulopathy and retinopathy in type 2 diabetic patients

M. Dalla Vestra<sup>1</sup>, A. Saller<sup>2</sup>, I. Barzon<sup>2</sup>, G. Bittolo Bon<sup>1</sup>, P. Fioretto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O. Medicina Interna, Ospedale dell'Angelo, Mestre (Ve),

<sup>2</sup>Clinica Medica I, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Padova

**Objective** The majority of type 1 diabetic patients with nephropathy have retinopathy, in type 2 diabetes (T2DM) this concordance is less frequent. The aim of this study was to evaluate the relationships between glomerular structure and retinal abnormalities in T2DM.

**Methods** In 88 T2DM, 58 with microalbuminuria (MA) and 30 with proteinuria (P) renal functional parameters, fundoscopic examination and kidney biopsy were performed and by morphometric analysis glomerular basement membrane (GBM) width and mesangial fractional volume [Vv(mes/glom)] were estimated.

**Results** 44% of T2DM did not have retinopathy (NR). Patients were then divided into group A: Vv(mes/glom) <0.25 (upper limit of normal) and group B: Vv(mes/glom) >0.25. In group A no patients had PR, 30% BK, 70% NR; in contrast in Group B 77% had retinopathy (27% PR, 50% BK) and 23% had NR ( $\chi^2$  *p*<0.0001). Similar results were obtained for GBM width.

**Conclusions** Concordance between renal and retinal lesions occurs also in T2DM, when nephropathy is consequence of diabetic glomerulopathy. The discordance between retinal lesions and abnormalities of albumin excretion rate in T2DM might be related to the heterogeneity in renal structure, not always expression of microvascular disease. Thus diabetic retinopathy can help to identify T2DM patients with diabetic glomerulopathy.

## ★ Rhabdomyolysis heralding of primary hyperaldosteronism

M.C. D'Antonio, M. Guerra, C.H. Chen, A. Cavicchi, G. Bragagni

Uo Medicina Interna, Dipartimento Medico, Azienda Usl di Bologna, Ospedale di S. Giovanni in Persiceto

**Introduction** Rhabdomyolysis and myalgia are possible manifestations of hypokalemia that can be related to Hyperaldosteronism.

**Case report** A 33-year-old Moroccan man was admitted to our Department with a history of muscle pain and weakness. Physical examination:

hypertension (150/90), muscle tenderness of all limbs. Laboratory: hypokalemia (2 mEq), increased CPK (1425 U/L) with normal creatinine, metabolic alkalosis. ECG: flattened T and prominent U wave. Echocardiogram: concentric hypertrophy with hypertensive cardiopathy. On the ground of the clinical and laboratoristic findings we dosed, in orthostatism, plasmatic aldosterone that resulted increased (775 pg/ml,  $vn=80-300$ ) and plasma renin activity that was reduced (0.5 microU;  $nv= 2.8-39.9$ ). Magnetic Resonance: left adrenal nodular mass measuring 23 mm in diameter. The patient was treated initially with canrenone and then by laparoscopic left adrenalectomy (the histopathologic examination confirmed an aldosteronoma). After the operation the patient's symptoms disappeared and blood pressure became normal.

**Conclusions** In this case rhabdomyolysis was the heralding symptom of primary hyperaldosteronism: a Conn disease should be suspected in all cases of hypokalemia, myalgia and raised CPK.

### Ambulatorio e telesorveglianza nel paziente con scompenso cardiocircolatorio: analisi osservazionale e prospettive di gestione

S. Dassi<sup>1</sup>, R. Magatelli<sup>2</sup>, M.R. Beschi<sup>2</sup>, G. D'angelo<sup>1</sup>, S. Berra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ambulatorio Insufficienza Cardiaca, Medicina I, Ao G.Salvini; Garbagnate Milanese,

<sup>2</sup>Ambulatorio Insufficienza Cardiaca e Telesorveglianza, Medicina I, As Rho

**Scopo dello studio** Analisi osservazionale originata dal follow-up di pazienti scompensati in telesorveglianza afferenti all'ambulatorio dedicato con utilizzo di nuovi modelli gestionali a rete integrata ospedale-territorio.

**Materiali e metodi** I pazienti sono stati seguiti per 6 mesi. I dati clinici, registrati durante le visite ambulatoriali, sono stati raccolti in un database telematico: le informazioni riguardavano le caratteristiche anagrafiche dei pazienti, l'eziologia dello scompenso, il quadro clinico, la terapia, la segnalazione delle motivazioni e modalità di sospensione o termine della sorveglianza, l'ECG e l'intervista telefonica settimanale.

**Risultati** Sono stati studiati 62 pazienti, 34 maschi e 28 femmine di età media 81 anni. L'80% presentava una cardiopatia ischemica come causa di scompenso, il 13,3% ipertensiva, il 5% dilatativa e l'1,6% una cardiopatia valvolare. Il 55% dei pazienti ha completato il periodo di osservazione, il 4% ha interrotto la telesorveglianza per ricovero da aggravamento dei sintomi; il 10% è deceduto per cause cardiovascolari.

**Conclusioni** L'analisi dei dati, seppure preliminare, suggerisce che un tempestivo approccio multidisciplinare a rete, HUB e SPOKE, possa ridurre la necessità di reospedalizzazione, migliorare la qualità di vita con conseguente risparmio di risorse impiegate.

### ★ Utilizzo di un software per la prescrizione della trombofilassi venosa. Valutazione della modalità prescrittiva

P. Davio<sup>1</sup>, R. Santi<sup>2</sup>, M. Desperati<sup>3</sup>, F. Stornino<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna - Azienda Ospedaliera "S.S. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" - Alessandria,

<sup>2</sup>Ematologia - Azienda Ospedaliera "S.S. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" - Alessandria,

<sup>3</sup>Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri - Azienda Ospedaliera "S.S. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" - Alessandria,

<sup>4</sup>Anestesia e Rianimazione - Azienda Ospedaliera

"S.S. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" - Alessandria

**Premesse e scopo dello studio** Prescrizione della trombofilassi venosa mediante l'uso di un supporto informatico. Valutazione della modalità prescrittiva in rapporto al tipo di paziente (pz).

**Materiali e metodi** Un software guida il medico alla scelta, evidenze based, della trombofilassi sulla base di uno score di rischio trombo-

embolico, della funzione renale e della costituzione fisica del pz. Si analizzano i dati derivati dalle prescrizioni effettuate dai medici delle UO di Chirurgia Generale (C), Urologia (U), Riabilitazione (R), Ginecologia (G) in un periodo di 7 mesi consecutivi.

**Risultati** 1586 schede (1054 C - 247 U - 153 R - 132 G). Il 68% dei pz erano ad Alto Rischio (AR) ed il 32% a Basso Rischio (BR). Venivano trattati con terapia farmacologica l'89% dei pz ad AR ed il 40% dei pz a BR. Il mancato trattamento nel 11% dei pz ad AR era dovuto alla presenza di grave insufficienza renale o ad elevato rischio emorragico. Nessuno di questi pz veniva trattato con terapia compressiva agli arti inferiori per mancata dotazione di calze elastiche.

**Conclusioni** Tutti i pz ad AR venivano considerati per la prescrizione farmacologica. L'Azienda, preso atto che la mancata disponibilità di presidi antitrombotici non farmacologici era alla base dello scostamento prescrittivo rispetto alle LG aziendali, ne disponeva l'acquisizione.

### Implementazione di un supporto informatico per la prescrizione del trattamento profilattico del tromboembolismo venoso (TEV)

P. Davio<sup>1</sup>, R. Santi<sup>2</sup>, M. Desperati<sup>3</sup>, F. Stornino<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna - Azienda Ospedaliera "S.S. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" - Alessandria,

<sup>2</sup>Ematologia - Azienda Ospedaliera "S.S. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" - Alessandria,

<sup>3</sup>Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri - Azienda Ospedaliera

"S.S. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" - Alessandria,

<sup>4</sup>Anestesia e Rianimazione - Azienda Ospedaliera

"S.S. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" - Alessandria

**Premesse e scopo dello studio** La commissione aziendale per il "Risk Management" ha sollecitato la realizzazione di un supporto informatico per agevolare l'applicazione delle linee guida (LG) per la profilassi del TEV a livello di tutti i reparti di degenza dell'Ospedale. Si valuta l'adesione dei vari reparti al progetto.

**Materiali e metodi** È stato sviluppato un software, utilizzabile in rete, che guida il medico alla scelta della profilassi del TEV. Il programma raccoglie i seguenti dati: anagrafici, sesso, reparto di degenza, tipo di profilassi (medica o chirurgica), peso e creatinemia; inoltre calcola il filtrato glomerulare ed uno "score" sulla base di 12 fattori di rischio e propone alternative terapeutiche a scelta del medico sulla base delle LG. Si valuta l'adesione spontanea dei 45 reparti dopo il solo invito di partecipazione al progetto durante il periodo di prova di 7 mesi.

**Risultati** Sono state compilate complessivamente 1818 schede, dei 45 reparti contattati 4 hanno utilizzato il programma di routine, 7 in modo sporadico, 12 hanno effettuato test di prova e 19 non hanno richiesto il collegamento al software.

**Conclusioni** Per un maggior utilizzo della versione aggiornata del software per la prescrizione della profilassi del TEV si invieranno newsletter e si istituiranno periodi di tutoraggio nei singoli reparti.

### Aspetti micro-embolici delle patologie cardiache: l'apporto della ecografia trans-cranica

P. De Campora<sup>1</sup>, A. Fontanella<sup>2</sup>, G. Malferrari<sup>3</sup>, R. Sangiulio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uoc Cardiologia, Dipartimento di Medicina, Ospedale del Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli,

<sup>2</sup>Uoc Medicina Interna, Dipartimento di Medicina, Ospedale del Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli,

<sup>3</sup>Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Le Patologie Cardio-Emboliche (PCE) sono responsabili di circa il 20% dei casi d'ictus ischemico. Tale percentuale va considerata in difetto

poichè, molti casi di stroke sono definiti criptogenetici. La prevenzione e la diagnosi precoce sono le migliori armi dei medici per ridurre l'incidenza e la recidiva degli accidenti ischemici cerebrali.

In quest'ambito, metodiche non invasive, quali l'Ecografia Trans-Cranica (TCCD) possono recitare un ruolo determinante. La TCCD, infatti, consente l'acquisizione d'informazioni sulla morfologia e l'emodinamica dei vasi cerebrali. Il suo impiego, tra l'altro, nel monitoraggio della trombolisi in corso d'ictus favorisce la precoce definizione dell'outcome del paziente.

La TCCD, inoltre, permette l'identificazione e la caratterizzazione dei segnali microembolici (MES) che secondo molti ricercatori potrebbero essere considerati i marker dei fenomeni micro-embolici, comune denominatore delle PCE. Articoli pubblicati in questi anni su riviste prestigiose hanno riscontrato la frequente presenza di MES in pazienti incorsi in recidiva di stroke da stenosi arteriose intracraniche. I MES, infine, sono stati utilizzati quali parametri per validare trials terapeutici applicati alla patologia carotidea (Studio CARESS).

### Compromissione asintomatica dei vasi intracranici in pazienti affetti da sindrome metabolica

P. De Campora<sup>1</sup>, A. Fontanella<sup>2</sup>, G. Malferrari<sup>3</sup>, R. Sangiuolo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uoc Cardiologia-Utic Ospedale Fatebenefratelli Napoli,

<sup>2</sup>Uoc Medicina Interna Ospedale Fatebenefratelli Napoli,

<sup>3</sup>Uoc Stroke Unit Arcispedale S. Maria Nuova Reggio Emilia

**Premessa** La malattia aterosclerotica interessa spesso contemporaneamente più distretti vascolari.

Nel nostro lavoro abbiamo investigato utilizzando metodiche ultrasonografiche la presenza di ateromasia del distretto cervicale e cerebrale in pazienti affetti da Sindrome Metabolica (SM).

**Metodi** Hanno partecipato al nostro studio 2 gruppi: il I composto da 30 pazienti di sesso maschile (gruppo A età' 60±10 anni) con diagnosi di SM. Il II gruppo (gruppo B) composto da controlli sani. Sono stati esclusi dal lavoro pazienti con pregressi eventi cardiaci e/o cerebrovascolari (TIA/STROKE) nonché, coloro che mostravano una mediocre finestra ecografica. Con eco TSA è stato analizzato l'IMT ed i parametri emodinamici dell'asse cervicale. Con TCCD si è studiato la morfologia e la flussimetria dei vasi del circolo intracranico.

**Risultati** Il 30% dei pazienti (Gruppo A) ha evidenziato la presenza di ateromasia intracranica. Nel 50% di essi coesistevano placche carotidiche. Assenti alterazioni di rilievo tra i controlli.

**Conclusioni** La sindrome metabolica frequentemente si associa ad ateromasia cerebrale asintomatica. Nel nostro lavoro abbiamo riscontrato un maggior interessamento dei vasi encefalici rispetto a quanto riscontrato in corrispondenza del distretto epi-aortico.

### ★ Gastric outlet obstruction due to gallbladder distension: a variant of Bouveret's syndrome

S. De Carli<sup>1</sup>, D. Berretti<sup>2</sup>, M. De Carli<sup>1</sup>, C. Vitale<sup>1</sup>, G. Zuodar<sup>1</sup>, S. Macor<sup>1</sup>, A. Miceli<sup>1</sup>, A. Bulfoni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Soc 2<sup>a</sup> Medicina Interna Azienda Ospedaliero-Universitaria

S. Maria Della Misericordia Udine,

<sup>2</sup>Soc Gastroenterologia Azienda Ospedaliero-Universitaria

S. Maria della Misericordia Udine

**Background** Distal small bowel obstruction secondary to gallstone ileus is a rare presentation of cholecystoenteric fistula. Bouveret's syndrome is due to the proximal impaction of gallstones in the duodenum resulting in the obstruction of the gastric outlet. The diagnosis of this condition can be difficult but mandatory to avoid complications and can be made by radiological oral contrast studies, computer tomography (CT)

and upper gastrointestinal endoscopy. Surgical treatment is indicated in the majority of cases but conservative management is possible in selected patients.

**Case report:** A 72 years old man was admitted with clinical signs of high intestinal occlusion. Initial abdomen CT showed distended gallbladder and gastrectasia. Subsequent upper intestinal endoscopy revealed a duodenum stenosis by submucosal compression. The diagnosis of variant of Bouveret's syndrome was made by endoscopic ultrasonography (EUS). We treated the patient with medical therapy with complete resolution of the occlusion. Elective laparoscopic cholecystectomy was performed subsequently.

**Conclusions** This was a rare case of Bouveret's syndrome variant in which the gastric outlet obstruction was caused by hydropic gallbladder. In addition is the first case reported diagnosed by EUS and in which medical therapy avoids urgent surgery.

### La clinical governance per l'internista, ovvero come tornare ad essere protagonisti dell'innovazione in medicina

S. De Carli<sup>1</sup>, M. Scarbolo<sup>2</sup>, M. De Carli<sup>1</sup>, A. Bulfoni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Soc 2<sup>a</sup> Medicina Interna Azienda Ospedaliero-Universitaria

S. Maria della Misericordia Udine,

<sup>2</sup>Direzione Centrale Salute, Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali, Friuli Venezia Giulia

**Premesse** La medicina interna da madre delle specialità mediche, causa la frammentazione e specializzazione è divenuta la più trascurata e sottovalutata. Si osserva inoltre uno scollamento fra quanto si apprende nel corso degli studi e il mondo sanitario quotidiano.

**Discussione** Il rapporto medico paziente è profondamente mutato da rapporto di agenzia verso un ribaltamento dei rapporti nelle decisioni cliniche. Internet e i mass-media inducono un'idea di salute non aderente alla realtà. Il medico deve affrontare problemi etici e la competizione con figure estranee al mondo sanitario che cercano di condizionarne le scelte. L'aggiornamento è complicato dalla pletora d'informazioni derivanti da pubblicazioni e fonti scientifiche spesso di dubbia qualità. L'internista deve perciò selezionare gli strumenti che gli permettano di orientare le proprie decisioni in base alla combinazione d'informazioni scientifiche, valori culturali e risorse disponibili. Tale approccio, alla base della clinical governance, permette di coniugare questi aspetti con le indicazioni e i limiti delle linee guida e della medicina basata sulle evidenze, traducendo la cura ideale in concreto trattamento clinico.

**Conclusioni** È necessario che l'internista apprenda i principi della clinical governance poiché opportunità per riappropriarsi del processo di cura.

### ★ An unusual onset of chronic autoimmune pancreatitis: severe diabetes mellitus being improved by methylprednisone treatment

P. De Cata<sup>1</sup>, B. Pirali<sup>1</sup>, R. Dionisio<sup>1</sup>, V. Caramia<sup>2</sup>, G. Poggi<sup>3</sup>, R. Fonte<sup>1</sup>, L. Chiovato<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unit of Internal Medicine and Endocrinology, Fondazione Salvatore Maugeri I.R.C.C.S., University of Pavia, Pavia,

<sup>2</sup>Unit of Gastroenterology, Fondazione Salvatore Maugeri I.R.C.C.S., Pavia,

<sup>3</sup>Unit of Oncology, Fondazione Salvatore Maugeri I.R.C.C.S., Pavia

This report describes an unusual onset of Autoimmune Pancreatitis (AIP) characterized by severe hyperglycemia. The patient, a 66-yr-old female was referred to our unit for severe diabetes mellitus with polyuria, polydipsia and weight loss (12 Kg). Both serum glucose level and glycosilate haemoglobin were extremely high (>400 mg/dl and 17,3%

respectively). The patient also displayed an itching cholestatic jaundice. During the follow-up other autoimmune disorders were detected: Sjögren syndrome, chronic sialoadenitis of the submandibular gland, bronchial asthma. Subtype analysis of circulating IgG revealed high serum levels of IgG 4, as typically observed in the so called IgG4-related systemic disease. AIP typically induces progressive malabsorption and cholestasis. Although AIP may also induce diabetes mellitus, both the prevalence of this disease and the effectiveness of corticosteroids therapy remain poorly investigated. In our patient treatment with methylprednisone improved both insulin secretion and glycemic control. To our knowledge there are only a few cases described in the literature of severe diabetes mellitus associated with autoimmune pancreatitis. In these patients it was hypothesized that the inflammatory damage to the pancreatic islets could have a role in the apparent impaired glycemic control.

### An emblematic case of atypical chest pain: a young man with "occult" hemopneumothorax

F. De Marco, D. Facchini, S. Dionisi, A. Spada, D. Pignata, L. Moriconi, M.P. Ruggieri, G. Cerqua

Medicina I per l'Urgenza, Azienda Ospedaliera - Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata, Roma

**Case report** A young man of 29 years old came to our observation for onset of chest left pain, which occurred in the absence of trauma. Physical examination of the chest, oxygen saturation and chest radiograph performed in the supine position were normal. He was treated with ketoprofen and dismissed with no pain. The next day he returned in Emergency Department for persistence of pain in his left side. The abdomen ultrasound showed a large left pleural effusion with collapse of part of the lung. Thoracic CT confirmed pneumothorax and pleural effusion (blood) with lung collapse and mediastinal initial ragged.

**Background** The hemopneumothorax is called "occult" when it is not suspected on physical examination but is detected by thoracic CT or abdominal CT when the anteroposterior chest radiograph is negative. Chest radiograph performed in the supine position is not a sensitive method for the detection of pneumothorax when compared with radiography performed in the orthostatic position (sensitivity of 50% and 92%). Thoracic ultrasonography, by contrast, has a high sensitivity (from 92% to 100%).

**Conclusions** Clinical history and chest radiography are not always sufficient to make the correct diagnosis of hemopneumothorax.

### Neuropatia diabetica e comorbidità in un campione di pazienti ambulatoriali con diabete mellito di tipo 2

R. De Simone, E.M. De Feo, G. Piscopo, M. Piscopo, P.G. Rabitti

Medicina Interna e Diabetologia, Dipartimento di Medicina Generale e Specialistica, Aorn "A.Cardarelli", Napoli

**Premesse e scopo dello studio** La neuropatia diabetica (ND) è una delle più frequenti e gravi complicanze del diabete mellito (DM). Diversi trials ne hanno evidenziato la frequente associazione a numerose comorbidità come le altre tipiche complicanze microangiopatiche e, recentemente, anche macroangiopatiche del DM. Scopo dello studio è stato indagare tale associazione in pazienti con DM di tipo 2.

**Materiali e metodi** Sono stati studiati 294 pazienti (M/F=166/128) consecutivamente osservati presso il nostro ambulatorio e suddivisi in 2 gruppi sulla base della presenza (+) o dell'assenza (-) di ND. I 2 gruppi (ND+/ND-) sono stati confrontati per la prevalenza di nefropatia, retinopatia, cardiopatia ischemica cronica (CAD), anamnesi positiva

per eventi cerebrovascolari acuti (ictus/TIA), arteriopatia obliterante cronica agli arti inferiori(AOC) ed ulcere ai piedi.

**Risultati** Nel gruppo ND+ abbiamo osservato rispetto al gruppo ND- una prevalenza significativamente maggiore ( $p \leq 0.001$ ) di nefropatia (51.1 vs 23.2%), retinopatia (67.1 vs 13.6%), CAD( 35.7 vs 14.5%), AOC( 47.4 vs 5.5%) ed ulcere ai piedi (34.3 vs 0%).

**Conclusioni** La ND è associata ad un'elevata prevalenza di ulcere ai piedi e delle altre complicanze sia microvascolari, in particolare la retinopatia nelle sue forme più gravi, che macroangiopatiche.

### Cavitary pulmonary tuberculosis in a young immigrant

D. Degl'innocenti<sup>1</sup>, M. Lomi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> U.O. Medicina Ospedale Prato (Po),

<sup>2</sup> U.O. Medicina Interna Ospedale Prato (Po)

Recent epidemiological data related to the Tuberculosis in Europe indicate, for Italy, an increase in the number of clinical cases from 2000 to 2008 in people born in foreign countries with prevalence in the second and third decade of life. A 20 year old, male gender, immigrant in Italy for two years from an eastern European country, was admitted to our department for hemoptysis. He had predominantly productive cough with yellowish sputum. The examination did not allowed to detect clinically significant findings except a slight tachycardia. The direct chest CT showed pulmonary excavated neoformation in the apical segment of right lower lobe bounded by thickened and smooth wall continuity with the bronchial lumen. The microbiological examination of sputum could not isolate and typify the mycobacterium tuberculosis complex. The patient was successfully treated with specific medical therapy. The importance of a close epidemiological surveillance and the overriding need to reduce the diagnostic delay could be considered decisive factors for the degree of health and social impact of the disease.

### A strange pneumonia

C. Del Buono, C. Mancini, A. Castrillo, F. D'uva, G. De Bartolomeo, F. Iacovetta, C. Politi

Uoc Medicina Interna Isernia

**Background** Vasculitis with multiorgan involvement in absence of specific biochemical markers create real diagnostic problem.

**Methods** A 59 years old male patient was hospitalized for cough, dyspnea, fever, O2 desaturation (88%). History of type 2 diabetes, hypertensive heart disease, fatty liver, biliary sludge, previous nasal septoplasty, ARBs and biguanides home therapy was recalled. The Xray+HRCTscan showed alveolar infiltrates in apicals and medium left. We started antibiotic iv therapy (ampicillin-sulbactam+azithromycin+e conazolo for oral mycosis). On 8<sup>th</sup> day diffuse petechiae appeared in legs and trunk, renal dysfunction (creat 3 mg/dl BUN 109 mg/dl) with preserved urine output, difficulty in upright standing and articulating words, anterior epistaxis. BrainCT negative for acute injury, revealed maxillary sinusitis; negative abdominal aorta and renal ECOCD, cryoglobulins, FR.

**Clinical course and results** Suspecting a vasculitis despite ANCA negativity, started steroid therapy (prednisone 2mg/kg/die), insulin support for strict glycemic control, obtaining marked improvement in clinical symptoms, regression of purpura and progressive improvement of renal function. The patient was discharged on steroid therapy, with almost complete resolution two months after.

**Conclusions** Even in typical pneumonia, multiorgan involvement can suggest diagnosis of vasculitis.

## Maligno e “amaro”: a volte c'è poco da fare

P. Del Duca<sup>1</sup>, F. Cardoni<sup>1</sup>, R. Cesareo<sup>1</sup>, C. Cianfrocca<sup>1</sup>, V. D'alfonso<sup>1</sup>, G. Straface<sup>1</sup>, S. Rotunno<sup>1</sup>, C. Savà<sup>1</sup>, G. Tommasi<sup>1</sup>, B. Virgilio<sup>1</sup>, F. Angelini<sup>2</sup>, G. Campagna<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uoc Medicina Interna 1, Osp. S. Maria Goretti, Latina,

<sup>2</sup>Uoc Oncoematologia, Ospedale Regina Apostolorum, Albano

**Caso clinico** Donna di 69 aa, pregresso K mammario in follow up da 7 aa, ipertensione arteriosa. Giunta all'osservazione per episodi lipotimici ricorrenti da alcuni giorni migliorati dall'assunzione di glucosio.

Esami ematochimici: glicemia 29, GOT 42, GPT 60,  $\gamma$ GT 57, lipasi 90, LDH 595, HbA1c 5.3%, VES 17,  $\alpha$ FP 169, insulina 22.

US: lesione pancreatica disomogenea, numerose lesioni epatiche ipoecogene con area centrale anecogena. RM: lesione corpo pancreatico scarsamente vascolarizzata, multiple lesioni epatiche, cisti renali.

TC total body: lesione 5 cm corpo pancreatico, multiple lesioni epatiche 4 micronoduli polmonari. OCTREOSCAN: accumulo del radiotracciatore a livello del corpo pancreatico, irregolare distribuzione a livello epatico.

Agoaspirato tumefazione pancreatica: cellule neoplastiche pos per cromogranina e CD56, recettori per somatostatina espressi in molte cellule. Agobiopsia lesione epatica: neoplasia parzialmente necrotica con positività per CD56, cromogranina, CK-MNF116, indice di proliferazione 90%. Trattata con diazossido, longastatina, prednisone con euglicemia, ha iniziato chemioterapia con decesso dopo 7 gg.

**Commenti** L'insulinoma è una neoplasia benigna nel 90% dei casi. La particolarità del caso è data dalla elevata malignità e dal rapido decorso nonostante l'espressione dei recettori per la somatostatina.

## ★ Una patologia rara e subdola: Emoglobinuria parossistica notturna (PNH)

E. Delsignore<sup>1</sup>, M.C. Bertonecelli<sup>1</sup>, C. Pavanelli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sc Medicina Interna Osp. S. Andrea Vercelli,

<sup>2</sup>Sc Anatomia Patologica Osp. S. Andrea Vercelli

Riportiamo il caso di un uomo di 45 aa, emblematico di come la settorialità di approccio di sintomi e segni clinici possa ritardare la diagnosi. In anamnesi: modesta neutropenia dal 2007 dopo episodio di febbre protratta in corso di infezione virale. Viene sottoposto ad accertamenti urologici con negatività di reperti per episodio di emissione di urine “coca cola”. Nel 2010 lamenta astenia e 4 episodi di “ematuria” indagata con biopsia renale con quadro di siderosi tubulare. Evidenza di modestissima anemia microcitica sideropenica, LDH e reticolociti aumentati, aptoglobina consumata, Coombs negativo. La diagnosi di emoglobinuria parossistica notturna è stata confermata dai seguenti esami: citometria su sangue periferico con presenza di clone PNH, biopsia osteomidollare con quadro di iperplasia eritroide e lieve diseri-tropoesi. Secondo le più recenti evidenze scientifiche in pazienti con PNH subclinica è indicato un monitoraggio stretto clinico ed ematochimico, nonché citofluorimetrico per cogliere l'incremento del clone e quindi la necessità di introdurre la terapia con eculizumab, efficace nel ridurre l'emolisi intravascolare ed il rischio trombotico.

La terapia anticoagulante trova indicazione solo nelle condizioni di aumentato rischio.

## Use of statins and recurrence of atrial fibrillation after catheter ablation or electrical cardioversion: a systematic review

F. Dentali<sup>1</sup>, M. Gianni<sup>2</sup>, A. Squizzato<sup>1</sup>, W. Ageno<sup>1</sup>, L. Castiglioni<sup>1</sup>, L. Maroni<sup>1</sup>, E. Hylek<sup>3</sup>, A.M. Grandi<sup>1</sup>, E. Cazzani<sup>2</sup>, A. Venco<sup>1</sup>, L. Guasti<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Clinical Medicine, University of Insubria, Varese Italy,

<sup>2</sup>Department of Cardiology, Hospital of Tradate, Varese, Italy,

<sup>3</sup>Department of Medicine, Research Unit-Section of General Internal Medicine, Boston University Medical Center, Boston, Massachusetts

**Background** Some evidence suggests that statins may have a role in the primary prevention of atrial fibrillation (AF), whereas little is known on their role in patients with existing AF. We performed a meta-analysis of the literature to assess the effect of statins on the AF recurrence after electrical cardioversion (EC) or ablation.

**Methods** MEDLINE and EMBASE databases were searched up to January 2010. Relative risks (RR) and 95% confidence intervals (CIs) were calculated and pooled (random-effects model). Statistical heterogeneity was evaluated through the use of  $I^2$  statistics.

**Results** Sixteen studies were included in our systematic review. Statins did not reduce the AF recurrence risk after ablation (4 studies, 750 patients; RR, 1.04; 95% CI, 0.85-1.28;  $I^2 = 34\%$ ). Conversely, the use of statins was associated with a significantly reduced the AF recurrence risk after EC (12 studies, 1790 patients; RR, 0.78; 95% CI, 0.67-0.90,  $p=0.0003$ ;  $I^2 = 34\%$ ). This reduction was not statistically significant when the analysis was restricted to randomized controlled trials (RCTs) (5 studies, 458 patients, RR, 0.76; 95% CI, 0.48-1.20).

**Conclusion** Statins may lower the AF recurrence risk after EC, but not ablation. However, this finding should be considered with caution, and larger RCTs are warranted to confirm our preliminary results.

## ★ Clinical history of patients with cerebral vein thrombosis: results of a large multicenter international cohort study

F. Dentali<sup>1</sup>, D. Poli<sup>2</sup>, U. Scoditti<sup>3</sup>, M.N.D. Di Minno<sup>4</sup>, V. De Stefano<sup>5</sup>, S. Siragusa<sup>6</sup>, M. Kostal<sup>7</sup>, G. Palareti<sup>8</sup>, M.T. Sartori<sup>9</sup>, E. Grandone<sup>10</sup>, M.C. Vedovati<sup>11</sup>, W. Ageno<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Clinical Medicine, University of Insubria, Varese, Italy

<sup>2</sup>Department of Heart and Vessels, Thrombosis Center,

Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze, Italy,

<sup>3</sup>Department of Neurology, Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, Italy,

<sup>4</sup>Department of Experimental and Clinical Medicine, Federico II University, Naples, Italy,

<sup>5</sup>Institute of Hematology, Catholic University, Rome, Italy,

<sup>6</sup>Thrombosis/Haemostasis and Haematology Unit, University Hospital of Palermo, Italy,

<sup>7</sup>Department of Medicine, University Hospital Hradec Králové, Prague, Czech Republic,

<sup>8</sup>Dept. Angiology and Blood Coagulation “Marino Golinelli”, University Hospital S. Orsola-Malpighi, Bologna, Italy,

<sup>9</sup>Department of Cardiology, Thoracic And Vascular Sciences, University of Padua, Italy,

<sup>10</sup>Atherosclerosis and Thrombosis Unit, Research Department, Casa Sollievo Della Sofferenza, S. Giovanni Rotondo, Italy,

<sup>11</sup>Internal and Cardiovascular Medicine and Stroke Unit, University of Perugia, Italy

**Background** Little information is available on the long term clinical outcome of cerebral vein thrombosis (CVT).

**Aims and Methods:** In an international, cohort study, involving 27 centers, we assessed the long term rates of mortality and recurrent venous thrombosis (VT) in a large cohort of patients with a first episode of CVT.

**Results** 706 patients (73.7% female) with CVT were included. Patients were followed for a total of 3171 patient-years. Median follow up was 40 months (range 6 to 297 months). At the end of follow up 20 patients died (2.8%). About 84% of patients were treated with oral anticoagulants, the mean duration of treatment was 12 months.

CVT recurred in 31 patients (4.4%), and 46 patients (6.5%) had a VT in a different site, for an overall incidence of recurrence of 23.6 events per 1000 patient-years (95% Confidence Interval [CI] 17.8, 28.7). Incidence of recurrence after anticoagulant therapy was stopped was 35.1 events /1000 patient-years (95% CI, 27.7, 44.4). A previous episode of VT was the only significant predictor of recurrence at multivariate analysis (Hazard Ratio 2.700; 95%CI 1.251, 5.830; p 0.011).

**Conclusions** The long term risk of mortality and recurrent VT appears to be low in patients with a first episode of CVT. A previous venous thrombosis was the only independent predictor of recurrent events.

### La terapia dell'artrite reumatoide(AR): descrizione di un caso clinico trattato con biologici e complicato da sindrome nefrosica

T. D'errico<sup>1</sup>, L. Ruocco<sup>1</sup>, C. Ambrosca<sup>1</sup>, S. Lucà<sup>1</sup>, S. Tassinario<sup>1</sup>, L. Giordano<sup>1</sup>, M. Visconti<sup>2</sup>, N. Armagida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uoc di Medicina Interna Po Incurabili Asl Napoli 1 Centro,

<sup>2</sup>Uoc di Medicina Interna Po Incurabili Asl Napoli 1 Centro,

<sup>3</sup>Primario Emerito Als Napoli 1 Centro

La terapia dell'AR prevede l'uso dei farmaci biotecnologici quando si realizza l'inefficacia dei DMARDs; la valutazione clinica complessiva e del DAS 28 (Disease Activity Score) forniscono i dati necessari per la rivalutazione terapeutica. Gli anti TNF alfa sono i farmaci di prima linea, la inefficacia o il realizzarsi di effetti collaterali, consentono un trattamento con biologici di seconda linea tra i quali il rituximab, un anti CD20.

**Caso clinico** Nel marzo 2007 è giunta alla nostra osservazione una donna di 52 aa, che già presentava una nefropatia con modesta proteinuria associata ad oligoartriti di breve durata; successivamente ha presentato poliartrite simmetrica e persistente, anti CCP ed RA test positivi, moderata proteinuria. Posta in trattamento con methotrexate 15mg/sett., ha realizzato un lieve miglioramento, quindi è stato aggiunto l'Etanercept; l'inefficacia di questa associazione e il peggioramento della condizione renale (glomerulonefrite membranosa all'istologia) ha suggerito l'impiego di Rituximab che ha realizzato una graduale remissione delle manifestazioni artritiche e un progressivo miglioramento della proteinuria.

**Conclusions** Il caso ha evidenziato l'efficacia di rituximab sia per la condizione articolare che per quella renale, confermandosi una valida ed efficace opzione terapeutica senza mostrare eventi avversi.

### Artrite psoriasica (PsA) in trattamento con farmaci biologici: descrizione di un caso clinico con riattivazione del virus B

T. D'errico<sup>1</sup>, L. Ruocco<sup>1</sup>, M. Varriale<sup>1</sup>, G. De Siena<sup>1</sup>, S. Carbone<sup>1</sup>, A. Salvio<sup>1</sup>, M. Visconti<sup>2</sup>, N. Armagida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uoc di Medicina Interna P.O. "Incurabili" Asl Napoli 1 Centro,

<sup>2</sup>Primario Emerito Asl Napoli 1 Centro

**Introduzione** L'PsA è l'associazione tra una malattia cutanea e un'artrite, che può impegnare diverse articolazioni. Sono descritte 5 varianti di PsA, una delle quali è l'artrite "mutilante". Il trattamento prevede l'uso di DMARDs e/o farmaci biologici che possono riattivare un'infezione da HBV.

**Caso clinico** Nel 2004 si è presentato alla nostra osservazione un uomo di 50 anni, con psoriasi e pregressa diagnosi (2003) di monodattilite; la clinica ha mostrato artrite alle articolazioni delle mani e psoriasi al solco retroauricolare a dx. Il laboratorio ha rilevato aumento di VES e PCR, RA test, ANA assenti. L'Rx mani ha mostrato lesioni erosive e osteoporosi iuxarticolare. Con diagnosi di PsA è stata prescritta terapia con leflunomide. Nel 2006 la malattia è apparsa poco controllata con alterazioni mutilanti alle mani; è stato instaurato trattamento con Etanercept; netto miglioramento ma poi insorgenza di astenia e subittero con riattivazione del virus B con elevata titolisi. Il paziente trattato con

antivirali ha realizzato una remissione dell'epatite, ma successivamente, rifiutando la terapia di fondo ha sviluppato una severa disabilità.

**Conclusions** Il caso evidenzia sia la rapida evoluzione dell'artrite mutilante sia l'attenta valutazione che deve essere posta nel trattamento di pazienti portatori occulti di virus B.

### Tubercolosi miliare peritoneale in una sedicenne

L. Di Francesco<sup>1</sup>, G.M. Vincentelli<sup>1</sup>, A. Casalini<sup>2</sup>, F. Alegiani<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento Discipline Mediche Ospedale Generale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli Roma,

<sup>2</sup>Dipartimento Ostetricia e Ginecologia Ospedale Generale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli Roma

**Premesse e scopo dello studio** Descrizione di miliare peritoneale in sedicenne.

**Materiali e metodi** Ricoverata per dimagrimento dolori addom stipsi ascite. Rx toraceaddome (neg) rm pelvi (sosp neo ovaio con localizzazioni secondarie peritoneo) Mantoux (neg) CA 125 (alto) citologia e culturale ascite (neg), videolaparoscopia

**Risultati** VLS: miliare peritoneale salpingoovarite bilat bacilli alcol acido resistenti PCR positiva per DNA Mycobacterium Tuberculosis.

**Conclusions** La salpingo-ovarite si verifica dopo il menarca, quando la tuba diviene vascolarizzata. Può complicarsi con TBC peritoneale; incremento markers oncogeni e negatività test cutanei in caso di ascite abbondante

### Un caso complesso di TEV in Trombofilia Genetica

C. Di Mauro, C. Virgillito, M.L. Moncada, C. Terrasi, I. Morana

U.O. Medicina Interna Area Critica Arnas "Garibaldi" Catania

V.G. uomo, aa. 36, fumatore, obeso (BMI 27), dislipidemico, riferisce MRGE, allergia stagionale. Esordio con lombalgia irradiata al testicolo dx, quindi dolore ed edema alla coscia dx. Al P.S. esegue Ecodoppler che evidenzia trombosi cavale inferiore + asse iliaco-femoro-popliteo dx fino alla grande safena. Ricoverato c/o la ns UO inizia terapia con Enoxaparina bid. In seconda giornata compare dispnea, tachipnea, ipossiemia ed ipocapnia. L'AngioTc torace evidenziava TEP dei rami lobari inferiori, mentre la Tc addome confermava la diagnosi ecografica. Iniziava embricazione con TAO (Acecumarolo) fino ad INR 2,5-3 e successiva sospensione di EBPM. Veniva applicata elastocompressione all'arto, quindi monitoraggio doppler della TVP, ecocardiaco e studio della trombofilia con deficit di Proteina S, Antitrombina III, iperomociteinemia ed alterazioni genetiche con eterozigosi multiple. Al controllo predimissione si presentava parziale ricanalizzazione dell'asse venoso inf. dx e completa delle aa. polmonari. Si dimetteva con TAO e consiglio allo studio della trombofilia genetica nei consanguinei.

Il follow-up dopo un anno ha dimostrato completa risoluzione clinica.

**Conclusions** Il caso mostra la correlazione tra anomalie genetiche, fattori di rischio ed espressività fenotipica con un quadro clinico complesso, risolto con idonea terapia.

### ⊛ Venous thromboembolism in pregnancy: data from RIETE

P. Di Micco<sup>1</sup>, A. Fontanella<sup>1</sup>, A. Blanco-Molina<sup>2</sup>, M. Monreal<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uoc Medicina, Dipartimento di Medicina, Ospedale del Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli,

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital General Reina Sofia, Córdoba, Spain,

<sup>3</sup>Department of Internal Medicine. Hospital Universitari Germans Trias I Pujol, Badalona, Barcelona, Spain

**Background** Venous thromboembolism (VTE) occurs infrequently during pregnancy, and issues about natural history, prevention and therapy remain unresolved.

**Methods** From data of RIETE registry we compared the clinical characteristics and outcome for all enrolled pregnant and postpartum women with acute VTE, and all non-pregnant women in the same age range.

**Results** Of 11630 patients enrolled in RIETE: 848 (7.3%) were women aged <47 years. Of them, 72 (8.5%) were pregnant, 64 (7.5%) postpartum. Pregnant presented less often with symptomatic PE (11%) than non-pregnant (39%). VTE developed during the first trimester in 29 pregnant; second in 13; third in 30. Thrombophilia tests were more often positive in women who had VTE during the first trimester. Most patients in all 3 groups were initially treated with LMWH. As for long-term therapy, 75% of pregnant received LMWH until delivery. There were no maternal deaths and no pregnant patient recurred or bled before delivery. However, after delivery one patient developed recurrent thrombosis, 4 had major bleeding.

**Conclusions** VTE developed during the first trimester in 40% of the pregnant, thus suggesting that thromboprophylaxis should start in the first trimester. No patient recurred or bled before delivery, but after delivery the risk of bleeding exceeded the risk of recurrences.

### Increased risk of complications for venous thromboembolism (VTE)

P. Di Micco<sup>1</sup>, A. Fontanella<sup>2</sup>, A. Maestre<sup>3</sup>, R. Sanchez<sup>3</sup>, V. Rosa<sup>4</sup>, D. Aujesky<sup>5</sup>, A. Lorenzo<sup>6</sup>, G. Barillari<sup>7</sup>, M. Monreal<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Uoc Medicina, Dipartimento di Medicina, Ospedale del Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli,

<sup>2</sup>Uoc Medicina Interna, Dipartimento Di Medicina, Ospedale del Buon Consiglio Fatebenefratelli, Napoli,

<sup>3</sup>Department of Internal Medicine. Hospital Universitario De Elche, Alicante, Spain,

<sup>4</sup>Department of Internal Medicine, Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca, Murcia, Spain,

<sup>5</sup>Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Switzerland,

<sup>6</sup>Department of Internal Medicine, Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain,

<sup>7</sup>Department of Internal Medicine. Center for Hemorrhagic and Thrombotic Disorders, Udine, Italy,

<sup>8</sup>Department of Internal Medicine, Hospital Universitari Germans Trias I Pujol, Badalona, Barcelona, Spain

**Background** Patients with VTE treated with anticoagulants are at risk of death from PE and/or bleeding. Whether patients who develop VTE in hospital have a higher complication rate than those who develop VTE in an outpatient setting is unclear.

**Patients and methods** From data of RIETE we compared the 3-month incidence of fatal PE and fatal bleeding in patients in whom the VTE had developed while in hospital for another medical condition (inpatients) with those who presented to the emergency ward because of VTE (outpatients).

**Results** Up to April 2008, 22133 patients with acute VTE were enrolled: 10461 (47%) presented with PE, 11672 with deep vein thrombosis, 6445 (29%) were inpatients. Those who developed VTE as inpatients had a significantly higher incidence of fatal PE (2.1% vs. 1.5%; odds ratio (OR): 1.4), overall death (7.0% vs. 5.4%; OR: 1.3), and major bleeding (2.9% vs. 2.1%; OR: 1.4) than outpatients. The incidence of fatal bleeding was not significantly increased (0.7% vs. 0.5%; OR: 1.2). In multivariable analysis, inpatient status was significantly associated with a higher risk for fatal PE (OR: 1.3).

**Conclusions** VTE occurring in hospitalized patients carries a significantly higher risk for death of PE than in outpatients, underscoring the importance of VTE prevention strategies in the hospital setting.

### LES associato a sindrome da anticorpi anti fosfolipidi e a sindrome di Guillain-Barré

A. Diana, P. Ghiringhelli, R. Cattaneo, S. Puricelli, L. Pirola

Sc Medicina, Dipartimento Medico, Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio, Po Tradate

**Introduzione** La complessità della diagnosi differenziale in Medicina Interna induce nei casi difficili a formulare più ipotesi diagnostiche.

**Anamnesi** Donna di 33 anni, nota da 8 anni per LES, in remissione da 4 anni. In terapia anticoagulante orale per pregressa TVP e il concomitante riscontro di anticorpi anti-fosfolipidi.

- La paziente veniva ricoverata per dolori mialgici diffusi e peggioramento progressivo della forza ai 4 arti, con difficoltà alla stazione eretta. I riflessi erano presenti, la sensibilità appariva conservata. La RM encefalo mostrava la presenza di un'area infartuate di vecchia data a carico dell'emisfero di destra. L'EMG non orientava verso una miastenia. La puntura lombare rilevava la presenza di una proteinorachia di 140 mg%, e un numero di Globuli bianchi di 14 per mcrl, prevalentemente linfociti.

- Nel sospetto di un Neuro-LES veniva iniziata terapia steroidea ad alte dosi. Scomparvero i dolori mialgici ma peggiorò l'astenia con comparsa di grave disfagia e incapacità a mantenere la testa eretta.

Venne ripetuta un'EMG che orientò verso una sindrome di Guillain-Barré. Dopo 4 sedute di plasmaferesi la paziente aveva ripreso un'accettabile deglutizione e il controllo parziale del tronco.

**Conclusioni** L'associazione fra LES e sindrome di Guillain-Barré è rara, ma è segnalata in letteratura.

### An uncommon bowel obstruction

M.G. Dieci<sup>1</sup>, G. Villani<sup>2</sup>, G. Bisceglie<sup>1</sup>, D.L. Capuano<sup>1</sup>, E. Centenara<sup>1</sup>, E. Zangrandi<sup>1</sup>, G. Galazzo<sup>3</sup>, S. Lucchini<sup>3</sup>, C. Tramaloni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Castel San Giovanni Piacenza,

<sup>2</sup>Radiologia Ospedale di Piacenza,

<sup>3</sup>Chirurgia Castel San Giovanni Piacenza

A 72 year old man, admitted for vomiting which had been going on for 4 days, presented hypotension, dehydration, severe asthenia, slight neutrophilia, but neither abdominal pain nor pyrexia, the abdomen was treatable. Abdomen x rays: some air fluid levels in the small bowel. A nasogastric drainage was inserted, a hydrating and antibiotic empirical treatment laid out and surgical consultancy was requested. It confirmed no signs of peritonitis in treatable abdomen and suggested gastrografin enema which showed regular ascent as far as the caecum.

On the third day an abdomen CT scan showed the presence of jejuno-ileal enlargement with associated air fluid levels detectable as far as the lower tract of the ileus. Once in the surgical ward he underwent laparotomy which confirmed the presence of significant ileal enlargement up to metre from the valve, coherent with mechanical intestinal obstruction caused by a large gallstone migrated into the duodenum from a well-rooted duodenocholecystic fistula.

The obstruction was removed by enterotomy but the fistula was not. Gallstone ileus is an uncommon form of small bowel obstruction caused by the migration of a large biliary gallstone due to the formation of a biliary-digestive fistula. The radiological diagnosis is based on the RIGLER triad: pneumobilia, ectopic stone, air fluid levels.

### An odd case of synus tachycardia

M. Dieli<sup>1</sup>, V. Sidoti<sup>2</sup>, A. Brucato<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Ospedali Riuniti, Bergamo,

<sup>2</sup>Neurologia, A.O. Mellino-Mellini, Chiari (Bs)



We describe a case of Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome (POTS). **Case report** A 46-year old woman was admitted for severe fatigue and palpitations. Her pathologic history was relevant for recent resection of an ACTH-secreting hypophyseal adenoma, with residual hypoadrenalism, treated with cortisone acetate. The physical examination revealed tachycardia on standing and obesity, with symptoms relieved by recumbency; no orthostatic hypotension was observed. The ECG showed only sinus tachycardia. The clinical suspicion was confirmed by head-up-right tilt testing; other differential diagnosis (including hypoadrenalism) were excluded. The patient was treated with a slight increase in hormonal treatment, which resolved her symptoms. We think that this case is noteworthy due to the odd clinical picture of POTS, a rare and little known syndrome.

### A strange case of jaundice

F. Dipaola, F. Maselli, D. Macchioni, S. Nizzoli, P. Zoboli, G. Chesi

Dipartimento Internistico Ospedale "C. Magati" Scandiano (Re)

A 50-years-old woman came to the ED extremely confused. PO2 in room air was 47 mmHg and among laboratory findings high INR levels, hepato-cellular jaundice and severe hypokalemia. Her personal story was linked to the symptoms and signs (smoking, bariatric surgery for pathologic obesity, alcoholism, diuretics and antidepressant drugs abuse). Due to the increased risk of life-threatening arrhythmias she was admitted in ICU. Fever and hyperbilirubinemia took up to acute cholangitis (ceftriaxone IV for 7 days). Anyway there was no biliary obstruction. evidence and low procalcitonin levels were not for typical or gram negative bacteria. Afterwards lethargy, low pO2/FiO2 ratio and patchy bilateral pattern in CXR became the clinical expression of ARDS (aspiration pneumonia?). We could explain procalcitonin values only with atypical etiology and we started high dose levofloxacin (500mg bid for at least two weeks instead of clarithromycin).

**Conclusions** CAP caused by atypical pathogens (mostly Legionella spp) often impair hepatic and gastroenteric function (diarrhea, jaundice, increased liver enzymes). It's important to suspect that they're involved in severe pneumonia because they occur more frequently in ICU than in outpatients or inpatients.

Two days later Antigen for serogroup 1 was detected in urine and so the diagnosis confirmed.

### L'esperienza del Dipartimento di Area Medica di Rivoli ASLTO3 in un piano di riorganizzazione dei ricoveri delle reti di Medicina

M. Dore<sup>1</sup>, D. Minniti<sup>2</sup>, R. Papalia<sup>3</sup>, M. Peretti<sup>3</sup>, M. Meluccio<sup>4</sup>, R. Sacco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sc Medicina Oo.Rr. Rivoli - Dipartimento di Area Medica Aslto3 Regione Piemonte,

<sup>2</sup>Direzione Sanitaria Aslto3 Regione Piemonte - Rivoli (To),

<sup>3</sup>Università degli Studi Di Torino,

<sup>4</sup>Area Sanità - Project Manager - Cic

**Premesse e scopo dello studio** La Direzione Generale dell'ASLTO3 ha attuato un piano di riorganizzazione delle reti di Medicina degli OO.RR. di Rivoli, identificando come sedi di ricovero per acuti le strutture di Rivoli e di Susa, con una riconversione delle strutture ospedaliere satelliti a basso impatto del territorio di competenza (Giaveno, Avigliana e Venaria) in strutture di lungodegenza (Presidi Ospedalieri di Prossimità) per ridurre le giornate di degenza ospedaliera inappropriate. Scopo: valutare l'efficacia dell'appropriatezza organizzativa dell'intervento attuato.

**Materiali e metodi** Lo studio, relativo agli anni 2008-2010, è stato effettuato sulla base dei dati delle SDO disponibili in formato elettronico e relativi ai pazienti trasferiti dalla Medicina del Presidio di Rivoli agli ospedali di lungodegenza "satelliti".

**Risultati** Lo studio ha evidenziato un trend in aumento dal 2008 al 2010 circa la delocalizzazione dei pazienti dall'ospedale di Rivoli verso le unità di lungodegenza, (di quasi un 40%) oltre ad un aumento fisiologico di ricoveri per acuti a Rivoli e a Susa del 15,8% tra il 2008 e il 2010.

**Conclusioni** Dall'analisi emerge l'eccellente *compliance* dell'organizzazione dell'assistenza ospedaliera specialistica rispetto alle politiche aziendali.

### A proposal for electronic medical records to reduce errors in therapy at a Local Health Agency (ASL TO3) in Piedmont Region

M. Dore<sup>1</sup>, R. Sacco<sup>2</sup>, R. Papalia<sup>3</sup>, D. Minniti<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Oo.Rr. di Rivoli, Dipartimento di Area Medica - Aslto3 - Rivoli (To),

<sup>2</sup>Direzione Sanitaria Aslto3 - Rivoli (To),

<sup>3</sup>Dipartimento di Sanità Pubblica - Università degli Studi Di Torino

**Background and purpose of the study** Errors in drug therapies can rebound on both clinical and economic standpoint.

The aim of this study is to conduct a pilot study to reduce the risk of errors in treatment, a prerequisite for the definition and implementation of a path to a computerized medical record.

**Methods** The survey will be conducted using objective approaches (creation of a computerized prescribing) and subjective perceptual approaches (interviews with doctors and charge nurses about: prescription, transcription, therapy record and the problem perception).

The feasibility of the intervention and resources will be assessed and the computerized medical record will start to set up.

**Results** Definition of the computerized therapy record with the consequent elimination of the paper-based medical record; redefinition of the internal organization; implementation of operational models to reduce the risk.

**Conclusions** The computerized prescription, especially helpful in preventing errors during transcription and administration, is completed through a multidisciplinary approach and the redefinition of the internal organization that plans clear and shared pathways in the process.

### Alemtuzumab (MoAb antiCD 52-Campath-1H\*) therapy in refractory/resistant Sezary syndrome: case report

M. Draisci, S. Marinoni, G. Nador, P. Cozzi, C. Basilico, M. Valentini, A. Mazzone

U.O. Medicina Interna A.O. Ospedale Civile di Legnano (Mi)

Sezary Syndrome (SS) is aggressive variant of Cutaneous T-cell lymphomas, defined by erythroderma, lymphadenopathy and presence of Sezary cells in the skin, lymphonodes and peripheral blood. Advanced stage of SS is difficult to treat and becomes refractory to chemotherapy. Encouraging results have been published with alemtuzumab. We report a case of SS treated successfully with alemtuzumab. A 64 yo woman presented with a history of symptomatic psoriatic arthritis, immunosuppressive therapy induced transient response of limited duration. During this treatment period the patient developed pruritic, erythrodermia with hyperkeratosis of the palm, soles, trunk and diffuse lymphadenopathy. Peripheral blood showed lymphocytosis with circulating Sezary cells, skin biopsies were compatible with Mycosis Fungoides. On the basis of clinical, histopatologic, and molecular biologic findings, the patient fulfilled the WHO-EORTC criteria for SS. Pentostatin (4 cycles) were tried but failed to produce response. We decided to treat the patient with alemtuzumab for 12 week (30 mg/dose, three times a week). After the first weeks of alemtuzumab therapy itching resolved. After 5 weeks of therapy lymphadenopathies and the skin lesions had completely resolved. After 12 weeks the patient is in complete response and waiting for ASCT as consolidation.

## Un caso di trombosi venosa profonda in un paziente affetto da cirrosi epatica HCV correlata

M. Dugnani<sup>1</sup>, F. Lunati<sup>1</sup>, M. Campanini<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SSVD Medicina Interna sede di Galliate: Direttore Maurizio Dugnani

<sup>2</sup>Dipartimento Medico: Direttore Mauro Campanini

<sup>3</sup>Azienda Ospedaliera Universitaria "Maggiore della Carità" - Novara

Si descrive il caso di un paziente di 75 anni, affetto da cirrosi epatica HCV correlata, CHILD 2, ipertensione arteriosa, BPCO, FA cronica, ricoverato per dispnea ingravescente, dolore all'arto inferiore dx, l'Ecodoppler evidenziava TVP completa iliaco-femoro-poplitea. Markers neo negativi e l'ECO addome escludono una patologia tumorale; tra gli esami ematochimici segnaliamo INR 1.2 PLT 90.000, ast 75 U/L, alt 80 U/L, bil totale 1.5 mg/dl. È stata avviata terapia con Fondaparinux 7.5 mg sc, embricando con Warfarin 5 mg/die; è stato ottenuto INR in range terapeutico dopo soli 3 gg; l'INR è stato quindi mantenuto intorno a 2 con dosaggi di Warfarin molto bassi (2.5 mg/settimana in media); non vi sono state emorragie, nonostante le frequenti oscillazioni dell'INR; si è mantenuto un valore di INR lievemente subterapeutico, in ragione del potenziale aumentato rischio emorragico; un controllo Ecodoppler dopo 2 mesi ha documentato avanzata ricanalizzazione dell'asse venoso femoropopliteo. Il caso clinico vuole sottolineare la "difficoltosa" gestione della TAO in questo setting clinico in particolare se piastrinopenici e/o in presenza di alterazioni emocoagulative al baseline, ci pare obiettivo terapeutico ragionevole e condivisibile, mantenere un valore di INR lievemente subterapeutico (non > a 2).

## Prevalence of hyponatremia in an Internal Medicine Unit

G. Elmi<sup>1</sup>, M. Faustini Fustini<sup>2</sup>, C. Vezzadini<sup>1</sup>, S. Zaccaroni<sup>1</sup>, R. Zoni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O.C. Medicina Interna, Dipartimento Medico, Ausl Bologna, Bologna,

<sup>2</sup>U.O.C. Endocrinologia, Dipartimento Medico, Ausl Bologna, Bologna

**Introduction** Hyponatremia (HNa<sup>+</sup>), defined as Na<sup>+</sup> plasma concentration < 135 mEq/L, is the most common electrolyte disorder in hospitalized patients (pt). Altogether, pt with HNa<sup>+</sup> have an increased risk of death in hospital, especially in the perioperative period or in the presence of heart failure, pneumonia, metastatic cancer, acute coronary syndrome, acute pulmonary embolism, or cirrhosis. To our knowledge, no definitive data are available about the prevalence of HNa<sup>+</sup> in Medical departments of Italy.

**Methods** All pt which will be admitted at our centre (Unit of Internal Medicine) between January and June 2011 are included in the study. We consider plasma Na<sup>+</sup> at admission and during the stay.

**Results** 233 pt (123 females and 110 males; median age, 72 yrs) have been admitted in our centre from January 1<sup>st</sup> to February 14<sup>th</sup> 2011. Of these, 25 had HNa<sup>+</sup> (prevalence=10,7%): 80% mild, 12% moderate, 8% severe. 5 pts with normal admission plasma Na<sup>+</sup> developed hospital-acquired HNa<sup>+</sup> (HAH). 4 pt males died in hospital (16%): 3 pt with mild HAH and metastatic cancer, 1 pt with moderate HNa<sup>+</sup> and cirrhosis.

**Conclusion** HNa<sup>+</sup> is a common disorder in medical departments. HNa<sup>+</sup> is a marker of poor prognosis in particular if it has been acquired in hospital and in pt with particular medical conditions. Further data are needed to explore HNa<sup>+</sup> in our population.

## A case of pelvic bone Hydatidosis in young man with Crohn's disease and acute infection caused by Salmonella D Group

G. Elmi, S. Zaccaroni, R. Zoni

U.O.C. Medicina Interna, Dipartimento Medico, Ausl Bologna, Bologna

**Case report** We report a case of 27 years old Bengali ♂ presented with

temperature, shaking chills, abdominal pain and constipation after a long stay in Bangladesh.

**Diagnostic iter** Laboratory findings: high LDH and PCR, leukopenia and lymphocytopenia, thick and thin blood film for malarial parasites and HIV negative, blood culture positive for salmonella D group.

Thorax-abdomen Ct scan: mesenteric lymphadenopathy, thickened terminal ileum; large osteolytic lesion of right iliac region.

Colonoscopy: ulcerative ileitis suggestive of Crohn's disease (MC)

Pelvic RMN: cystic multiloculated lesion with characteristic feature of hydatid cyst

Pet/Tc 18 fdg: evidence of ileitis only.

**Discussion** MC can cause rare osteomyelitis; bone infections due to salmonella have been reported seldom, during septicemia. Hydatid cysts generally affect liver (75%), lung (15%) and rarely can be encountered in bones (0,5-2%), in particular without involvement of other sites. Most Hydatid cysts are "silent", with a long clinical latency. RMN is the most helpful tool in diagnosing bone hydatidosis.

**Conclusion** Lack of symptoms, PET and RMN findings suggest a benign not active lesion of bone. Even if serology was negative, we made diagnosis of Hydatid cyst of the right iliac region in patient with Crohn's disease and acute infection caused by salmonella D group.

## Quando l'ipotermia si ripete e non si sa perché

D. Facchini, S. Dionisi, F. De Marco, D. Pignata, F. Fanfarillo, L. Moriconi, M.P. Ruggieri, F. Fabi, G. Cerqua

Medicina I per l'Urgenza, Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata, Roma

**Caso clinico** Uomo di 50 anni giunto alla nostra osservazione per insorgenza di cefalea intensa e stato soporoso. Si rilevava sudorazione profusa e GSC di 13; pressione arteriosa, equilibrio acido base, glicemia, elettroliti erano nella norma. La temperatura corporea era 33 C°. I dosaggi ormonali, l'alcolemia e il drugs test erano nei limiti. L'EKG mostrava ritmo sinusale con onda J di Osborn. Le neuroimmagini, la radiografia del torace e l'elettroencefalogramma non rilevavano elementi patologici. Il paziente veniva trattato con riscaldamento attivo e passivo esterno con risoluzione del quadro clinico. A fronte di riferiti episodi analoghi in passato, veniva posta diagnosi di Sindrome di Shapiro.

**Background** La sindrome di Shapiro è una causa di ipotermia caratterizzata da episodi ricorrenti di sudorazione profusa ed ipotermia talvolta associati a cefalea. L'eziologia è sconosciuta. Nonostante in alcuni pazienti la RMN encefalo abbia riscontrato agenesia del corpo calloso, anomalie a livello dei lobi frontali ed ipotalamiche, non vi è un quadro strumentale caratteristico; a volte le neuroimmagini risultano completamente normali. La terapia è sintomatica.

**Conclusioni** Il caso clinico pone l'attenzione su un quadro raro di ipotermia, circa trenta casi descritti in letteratura, che potrebbe presentare non pochi problemi diagnostici.

## Casistica di pazienti affetti da AR in trattamento con abatacept

P. Faggioli, L. Giani, M. Rondena, A.G. Gilardi, A. Siascera, P. Fusetti, A. Mazzone

Uo Medicina Interna - Ao Ospedale Civile di Legnano (Mi) Presidio di Legnano

**Premesse** Nei pazienti (pz) affetti da AR la terapia con abatacept è attuata come seconda linea dopo fallimento di precedenti trattamenti. Riportiamo la casistica riferita al Centro di Legnano

**Pazienti** Dal 2008 sono stati arruolati complessivamente 26 pz, (23F/3M) affetti da AR con fallimento a terapia con DMARS (25), fallimento ad anti-TNF (20), fallimento ad anti-IL6 (2), naive (1), di età

media (51±15 aa), anni di malattia (15±6). 2 pz affetti da HBV assumono concomitantemente zidovudina. La durata media della terapia è di 12 mesi (28±2), 2 pz sono stati considerati non responder dopo 4 mesi di terapia.

**Risultati** 24 pz continuano la terapia che è ben tollerata. Non sono stati riportati effetti collaterali nella somministrazione. Si sono riscontrati 1 herpes zoster gluteo, 1 infezione asintomatica da cmv, nessun pz ha sospeso la terapia, né ha riportato incremento delle transaminasi. Il Das 28 pre-terapia era 5,1±1,1, alla 4 somministrazione era 3,2±1,2, dopo ca 12 somministrazioni era stabilmente 2,1±0,2 compatibile con RC. La compliance è 99%, la sospensione per 3 mesi non ha portato a peggioramento clinico dei pz. 12 pz sono in monoterapia.

**Conclusioni** La terapia con abatacept appare ben tollerata, efficace nel raggiungimento e nel mantenimento della remissione clinica dei pz con AR, gravata da scarsi effetti collaterali.

### Aortite-Takayasu...una diagnosi spesso difficile

P. Faggioli, L. Giani, M. Rondena, A. Sciascera, P. Fusetti, A.G. Gilardi, A. Mazzone

Uo Medicina Interna - Ao Ospedale Civile di Legnano (Mi) - Presidio di Legnano

**Premesse** La diagnosi di aortite è di difficile formulazione per la multi-forme sintomatologia. Riportiamo due casi di aortite ad esordio simile.

**Caso 1** 57 aa M. Affetto da m. di Paget. Nel 4/2010 comparsa di iperpiressia, adenopatie multiple, algia al giugulo, anemizzazione, incremento degli indici infiammatori. Venivano escluse patologie linfoproliferative, neoplastiche, infettive. La PET total-body evidenziava ipercaptazione dell'aorta e dei tronchi sovraortici. Il pz veniva trattato con steroidi con normalizzazione degli indici flogistici, diminuzione della captazione PET e scomparsa delle lesioni all'angiotac.

**Caso 2** 60 aa F. Nel 2/2009 comparsa di grave anemia con incremento degli indici infiammatori, versamento pleurico, calo ponderale, MGUS, adenopatia ascellare. Escluse patologie neoplastiche ed ematologiche, la pz veniva sottoposta a PET total body che evidenziava ipercaptazione dell'aorta, succlavie e brachiali. Veniva iniziata terapia con steroidi embricati con methotrexate per concomitante diabete. Dopo 18 mesi di terapia con MTX la pz è asintomatica, PET e angioTc sono negative.

**Conclusioni** La diagnosi di arterite è ancora di esclusione, all'esordio la clinica è confondente per l'assenza di autoAb e segni vascolari come pure l'angioTC. La PET quindi appare proponibile come esame gold standard sia per la diagnosi che il follow up

### Percorso integrato medico-infermieristico in un DH medico

G. Faietti<sup>1</sup>, L. Giani<sup>2</sup>, P. Faggioli<sup>2</sup>, A. Mazzone<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dh Medicina-Oncologia Uo Medicina Interna -Ao Ospedale Civile di Legnano - Presidio di Legnano (Mi),

<sup>2</sup>Uo Medicina Interna -Ao Ospedale Civile di Legnano - Presidio di Legnano (Mi)

**Premesse** L'introduzione di una nuova cartella clinica condivisa (CCMI) medico-infermieristica, prossimamente elettronica ha generato un diverso percorso del paziente afferente al DH medico dell'AO Ospedale Civile di Legnano

**Materiali e metodi** La cartella è costituita da parti compilate congiuntamente per raccolta di dati anagrafici, consensi e privacy, da diarie comprensive di parte medica e infermieristica appaiate e di un foglio unico di terapia condiviso e adattato al DH.

**Risultati** Il percorso del paziente è stato quindi strutturato nel modo seguente: visita medica e raccolta dati e consensi da parte del medico, presa in carico dell'infermiere (IP) che compila l'anamnesi infermieristica, rileva parametri, scale di valutazione, quindi annotazione delle prestazioni in diaria. Segue la visita di reparto da parte del medico e

dell'IP con compilazione delle relative osservazioni in diaria e al termine della prestazione segue l'annotazione finale dell'IP.

**Conclusioni** La cartella clinica condivisa oltre che snellire e razionalizzare le procedure interne, offre la visualizzazione immediata e congiunta dell'iter diagnostico, terapeutico e della monitoraggio del paziente in DH, facilita la congruenza dei dati e dei parametri, permette la rintracciabilità delle prestazioni e delle terapie, accrescendone gli standard di qualità.

### ★ Bilateral thalamic infarcts due to occlusion of the artery of Percheron: a rare presentation of stroke

A. Falco<sup>1</sup>, G. Cuonzo<sup>2</sup>, A. Mancini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O. Stroke Unit, P.O. "Spirito Santo", Pescara,

<sup>2</sup>U.O. Radiologia, P.O. "Spirito Santo", Pescara

**Background** Bilateral thalamic infarcts are very uncommon presentations of stroke. They can be caused by the occlusion of the artery of Percheron, a rare anatomic variant providing bilateral arterial supply to the thalami and midbrain arising from one posterior cerebral artery (PCA). Diagnosis is difficult and usually late, as patients are often obtunded or comatose, with few motor or sensory deficits; eye movement disturbances, such as upward gaze palsy, are commonly observed.

**Case presentation** A 62-year-old woman was found unresponsive in her house. On admission she had a Glasgow coma scale score of 4 and vertical gaze palsy. Basal CT scan was normal; 12 hours later a second CT revealed ischemic lesions in both thalami, confirmed by MR imaging. Angio-MR showed patent vertebral and basilar arteries. The state of consciousness resolved after 24 hours, with fluctuant periods of somnolence and obtundation.

**Conclusions** In the light of this case, according to the literature, when findings in the setting of an acute ischemic stroke suggest a top of the basilar artery syndrome but no occlusion of this artery is found, occlusion of an artery of Percheron should be considered. Moreover, angiographically proved and selectively treated acute occlusion of this artery has also been described, with a favourable neurologic outcome.

### Moyamoya disease: a rare cause of stroke

A. Falco<sup>1</sup>, A. Toppetti<sup>2</sup>, A. Mancini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O. Stroke Unit, P.O. "Spirito Santo", Pescara,

<sup>2</sup>U.O. Radiologia, P.O. "Spirito Santo", Pescara

**Background** Moyamoya disease (MMD) is a rare, progressive occlusive disease of the cerebral vasculature with involvement of the circle of Willis. It occurs primarily in Asians, but can also occur in Caucasians. Clinical manifestations vary from asymptomatic to transient events to severe neurologic deficits. Adults experience hemorrhage more frequently; ischemic events are more common in children.

**Case presentation** A 64-year-old Caucasian man was admitted to our Division for a transient right-side hemiparesis. On echo-color doppler reduced flow in internal carotid arteries (ICAs) and internalization of the external carotid arteries were found. Angiography documented filiform aspect of ICAs, with occlusion at the terminal portion and adjacent abnormal vascular networks. Because of the mild clinical presentation and the risk of intracerebral hemorrhage, antiplatelet prophylaxis was not started. Nevertheless, 3 months later, the patient experienced a large hematoma in the left hemisphere.

**Conclusions** MMD should be considered in the etiologic diagnosis of stroke, due to its therapeutic implications. In fact, pharmacologic therapy is empirical: anticoagulation and antiplatelet agents should be considered in ischemic strokes, but a careful analysis of risk and benefits is needed for the high hemorrhagic risk in adults.

### Management of the borderline QTc interval in the psychiatric patient: results of a drug surveillance program

L. Falsetti<sup>1</sup>, N. Tarquinio<sup>2</sup>, W. Capeci<sup>2</sup>, G. Viticchi<sup>3</sup>, A. Gentile<sup>2</sup>, A. Balloni<sup>2</sup>, G. Rinaldi<sup>2</sup>, M.S. Del Prete<sup>2</sup>, F. Pellegrini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna Generale e Subintensiva, Ospedali Riuniti (Ancona),

<sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale "S.S. Benvenuto e Rocco" - Osimo (Ancona),

<sup>3</sup>Dipartimento di Neuroscienze - Ospedali Riuniti (Ancona)

**Purpose** It is not known if in low-risk populations a drug-induced borderline-QTc (bQTc, males: 440-500ms, females: 460-500ms) predicts adverse outcomes. We assessed clinical impact, prevalence and risk factors for bQTc in a sample of schizophrenic outpatients taking at least 1 antipsychotic in 24 months.

**Methods** All the schizophrenic outpatients followed by our ward were evaluated (history, electrolytes, ECG). Subjects with possible LQT-syndrome, use of other QT-elongating drugs, ECG alterations or dyselectrolytemias were excluded. 193 consecutive patients were selected and re-assessed at 9-24 months. Risk factors and hazard were evaluated with logistic regression, Kaplan-Meier and Cox models.

**Results** No deaths, syncope or QTc>500ms were registered. 18% of the sample had a bQTc at the admission. Incomplete RBBB (iRBBB) [OR=3.14; 95%CI:1.473-6.694, p<0.05] and association of >3 drugs [OR=1.87; 95%CI:1.045-3.346, p<0.05] were the strongest risk factors for bQTc. Subjects with normal ECG under 1-2 drugs had higher hazard than ones with iRBBB taking >3 drugs [time-to-bQTc: 20.6 vs. 13.2 months, p<0.05; HR=2.50; 95%CI:1.49-4.21, p<0.05].

**Conclusions** Among otherwise healthy schizophrenics, control of symptoms should be pursued first, restraining precipitating or predisposing factors. bQTc is frequent, related to iRBBB and multiple antipsychotics.

### Disabilità intellettiva e progetto di vita

A. Falugiani<sup>1</sup>, C. Mugelli<sup>2</sup>, I. Pili<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Associazione Trisomia 21 Onlus, Firenze,

<sup>2</sup>Department of Medicine, Casa di Cura Santa Chiara, Firenze

**Introduzione e scopo** La disabilità intellettiva determina vulnerabilità e sono necessari supporti adeguati. Fin dalla nascita è fondamentale l'interazione tra fattori biologici e psicosociali e percorsi abilitativi per lo sviluppo di abilità cognitive, capacità adattative e relazionali. Scopo è dare alla persona una buona qualità di vita e preservarla da disagi psicopatologici. L'abilitazione coincide con l'elaborazione di un Progetto di Vita individualizzato annuale; ha come direttrici l'intero arco della vita e la globalità della persona e prevede condivisione tra i soggetti e continuità nel tempo.

**Materiali e metodi** L'equipe multidisciplinare individua obiettivi a breve-medio termine e attiva un programma abilitativo integrato con percorsi specifici (logopedia, neuropsicomotricità, autonomia, potenziamento cognitivo, danzaterapia). Nel passaggio all'età adulta si attivano progetti per acquisire autostima, competenze che permettano l'uscita dalla famiglia, sviluppo di un'identità di tipo adulto (percorsi di autonomia, formazione professionale, tirocini e stage, educazione affettiva e sessuale, esperienze di residenzialità).

**Risultati e conclusioni** Quasi sempre gli obiettivi sono raggiunti; una corretta riabilitazione produce un sensibile miglioramento delle competenze e del benessere individuale.

### Tenia saginata: un caso clinico con presentazione atipica

B. Farneti, F. Mingolla

Uoc Medicina Interna - Mesagne (Br)

**Introduction** The diagnosis of many pathologies often needs an appropriated diagnostic methodologies.

**Case report** A 38-year-old Italian man, hospitalized with severe asthenia and diarrhea, associated to abdominal pain and dyspepsia. Blood pressure 120/80 mmHg, good breathing. He presented severe anemia (hb 6,4 gr/dl e SOF ++++) but not evidence of effective bleeding. Peptic ulcer in the past; He often eats meat and raw fish.

**Results** Upper epigastric endoscopy revealed a simple gastritis without evidence of recent bleeding. Colonoscopy was useful to discover a site of local inflammation around ileo-cecal valve and a fresh clot. Abdominal scintigraphy was negative for vascular damage. Fecal microscopy did not reveal any parasites. Finally capsule endoscopy revealed a long, segmented tapeworm that extended from the middle jejunum to the mid-ileum. Small no bleeding erosions were seen near the proximal end of the tapeworm. A successive fecal microscopy revealed Taenia eggs and proglottids due to taenia saginata.

**Conclusion** Due to the non-specificity of symptoms, often does not lead to deepen the diagnostic, risking the superficiality. In the ordinary consumers of meat and fish raw or lightly cooked, in the presence of an alternating bowel function and anemia, we should exclude the presence of intestinal parasites

### Sarcoidosi polmonare: una presentazione atipica

S. Fascetti<sup>1</sup>, G. Palmiero<sup>2</sup>, P. Nigro<sup>1</sup>, D. Taccola<sup>1</sup>, C. Bellotto<sup>1</sup>, S. Pinelli<sup>1</sup>, S. Ciaccio<sup>1</sup>, L. Credidio<sup>1</sup>, F. Simonetti<sup>1</sup>, A. Stefanelli<sup>1</sup>, E. Baccelli<sup>1</sup>, L. Linda<sup>3</sup>, P. Lambelet<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uoc Medicina Generale - Ausl 12, di Viareggio,

<sup>2</sup>Uos Pneumologia Usl 12 Viareggio,

<sup>3</sup>Scuola di Specializzazione in Medicina Interna Università degli Studi di Pisa

**Scopo** Evidenziare la diagnosi differenziale delle malattie granulomato-se polmonari.

**Materiale e metodi** Maschio, non fumatore, di anni 31, iperteso, idraulico ed allevatore di pappagalli, ricoverato per persistente addensato polmonare (Rx impegno interstiziale reticolo nodulare e aspetto addensante nel campo medio superiore dx); all'ingresso non febbre né leucocitosi modesto aumento degli indici di flogosi, negativi autoimmunità, marcatori oncologici e le indagini sierologiche per addensato polmonare (micoplasma, Ag urinario legionella e pneumococco); alla TC torace quadro compatibile con malattia granulomatosa polmonare (probabile sarcoidosi); la EGA risultava nella norma mentre la DLCO mostrava solo lieve riduzione. Per la conferma del sospetto clinico e per esclusione di altre forme granulomato-se (polmoniti da ipersensibilità e psittacosi) fu eseguita broncoscopia per biopsia transbronchiale (flogosi cronica granulomatosa non necrotizzante) e BAL (alveolite linfocitaria e r CD4/CD 8 uguale a 4.1); il paziente fu posto in trattamento steroideo con miglioramento delle sintomatologia.

**Conclusioni** Tale caso rafforzare il concetto delle differenti modalità di presentazione della sarcoidosi patologia multisistemica ad esordio non solo acuto ma talora subdolo o persistente.

### Trombosi venosa portale: il ruolo della iperomocisteina in una casistica personale

S. Fascetti<sup>1</sup>, P. Nigro<sup>1</sup>, D. Taccola<sup>1</sup>, C. Bellotto<sup>1</sup>, S. Pinelli<sup>1</sup>, S. Ciaccio<sup>1</sup>, L. Credidio<sup>1</sup>, A. Stefanelli<sup>1</sup>, F. Simonetti<sup>1</sup>, E. Baccelli<sup>1</sup>, L. Landini<sup>2</sup>, P. Lambelet<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uoc Medicina Generale - Ausl 12, di Viareggio,

<sup>2</sup>Scuola Specializzazione Medicina Interna Università Di Pisa

La trombosi venosa portale situazione rara ma potenzialmente letale, fa parte delle trombosi splancniche che interessano sia il sistema portale

che epatico. Riconosce fattori di rischio locali o sistemici, questi ultimi sia ereditari che acquisiti, non infrequentemente associati. Nella trombofilia portale fattori locali sono presenti in almeno in 1/3 dei casi e tra essi sono particolarmente rilevanti cirrosi epatica con o senza HCC (1/5 dei casi), la chirurgia del sistema portale (spesso splenectomia), i traumi ed i processi infettivi-infiammatori addominali; tra i fattori sistemici malattie mieloproliferative, HPN, estroprogestini, gravidanza e puerperio e trombofilia, il cui ruolo risulta ancora controverso in assenza di altri fattori favorenti, essendo la sua prevalenza globale nei pazienti con trombofilia sovrapponibile a quella dei pazienti con trombofilia in siti abituali. Nei casi giunti alla nostra osservazione abbiamo riscontrato iperomocisteinemia come parte di un complesso quadro di trombofilia (duplice eterozigosi per mutazione del fattore II e V) ed iperomocisteinemia come fattore trombofilico isolato ma associato ad altri fattori predisponenti locali (steatosi epatica) e sistemici (estrogenici, dislipidemia).

### Gestione integrata (GI) del DMT2 in provincia di BZ: organizzazione e primi dati di qualità dell'assistenza

B. Fattor<sup>1</sup>, C. Melani<sup>2</sup>, E. Papa<sup>2</sup>, E. Bertamini<sup>3</sup>, G. De Blasi<sup>4</sup>, A. Lochmann<sup>5</sup>, S. Weger<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servizio di Diabetologia - Ospedale Centrale - Bolzano,

<sup>2</sup>Osservatorio Epidemiologico - Provincia Autonoma di Bolzano,

<sup>3</sup>Medico di Medicina Generale - Laives (Bolzano),

<sup>4</sup>Medicina 2 - Ospedale Aziendale - Bressanone,

<sup>5</sup>Medicina Interna - Ospedale - Merano,

<sup>6</sup>Reparto di Medicina - Ospedale Zonale di Brunico

**Premesse e scopo dello studio** In Provincia di BZ è stato istituito un Comitato Scientifico Provinciale per la Malattia Diabetica (CSP) e attuato un progetto di GI per il DMT2 coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico (OE) dell'Assessorato alla Sanità.

**Materiali e metodi** Il CSP ha elaborato il protocollo di GI; è stato creato un Multicentro in rete (trasmissione dati tra Centri, banca dati unica); anche i MMG, con una "medicina di iniziativa" sui propri assistiti identificati dall'OE, inizieranno a breve la trasmissione di dati in via informatizzata; si crea così un "Registro Diabete" centralizzato; l'OE produce regolari report per monitorare e valutare la performance della GI.

**Risultati** L'OE nel 2009 con l'incrocio di database ha individuato 18221 (3,6% della popolazione) diabetici: 7539 di questi sono stati visitati nei primi 9 mesi del 2010; i dati raccolti (per ora solo dai Centri) mostrano per i pazienti con DMT2 differenze nel tipo di trattamento e nello screening delle complicanze; la distribuzione di frequenza della HbA1c (media 7,8%) consente l'analisi dell'adeguatezza dei trattamenti e dell'adesione al protocollo.

**Conclusioni** Una GI così strutturata offre: acquisizione di dati corretti, monitoraggio dell'adesione al protocollo, correzione delle disomogeneità delle cure, programmazione di future azioni coordinate.

### Prevalenza di lesioni da decubito in una U.O. di Lungodegenza

D. Ferrari, T. Vetrò, P. Golotta, G. Battaglia

U.O. di Lungodegenza P.O. Soriano Calabro

**Premesse e scopo dello studio** Le prevalenze delle lesioni da decubito risulta dal 2 al 40% secondo varie casistiche in relazione all'eterogeneità per età, caratteristiche cliniche, comorbidità e specificità del trattamento

**Materiali e metodi** Tra i ricoverati nel nostro reparto dal 1 gennaio al 31 dicembre 2010, si è osservato la presenza di lesioni da decubito al ricovero, stadiazione, sede, presenza di escara e comorbidità.

**Risultati** Tra i 177 ricoverati nel 2010 (19 donne e 9 uomini, con una età media di 80±4 anni) sono state rilevate 51 lesioni da decubito, di cui

2 al 1° stadio, 17 al 2° stadio, 23 al 3° stadio, 8 al 4° stadio e 22 di queste con escara. Il 51% era localizzata al sacro, il 39,3% ai talloni, il 3,9% alle scapole e agli alluci, il 5,8% alle gambe e ai piedi. Le comorbidità sono state: 9 casi di stroke ischemico, 6 di demenza, 11 di cardiopatie, 6 di diabete complicati, 9 di neoplasie. La prevalenza dei decubiti è stata del 28,8% e 17 pazienti presentavano più di una lesione.

**Conclusioni** I risultati dimostrano che l'iquadrimento nonsopatologico delle lesioni da decubito e il loro trattamento sono gravate ancora da una mancanza di prevenzione e trattamento multidisciplinare tra le varie professionalità che attuano la presa in carico del paziente nei reparti per acuti.

### La terapia con amiodarone nell'anziano: più luci o più ombre?

D. Ferrari, T. Vetrò, P. Golotta, G. Battaglia

U.O. di Lungodegenza P.O. Soriano Calabro

**Premesse e scopo dello studio** L'amiodarone è attualmente l'antiaritmico più utilizzato in cardiologia, ma è spesso gravato negli anziani da iper/ipotiroidismo.

**Materiali e metodi** Presentiamo 2 casi clinici di soggetti anziani trattati con amiodarone.

**Risultati** *Caso 1* - Donna di anni 76, affetta da cardiopatia ipertensiva e pregressa fibrillazione atriale parossistica trattata con cardioversione elettrica. Consigliata terapia con amiodarone, si è presentata alla nostra osservazione lamentando dispnea ingravescente. Esami ematochimici: TSH=0.005 (ipertiroidismo iatrogeno). Prescritta terapia con metimazolo. Dopo 20 gg risoluzione della sintomatologia.

*Caso 2* - Donna di anni 83, affetta da sindrome metabolica complicata da CHD in fase di insufficienza cardio-circolatoria IV NYHA. Da oltre un anno terapia con amiodarone: giunge alla nostra osservazione lamentando macroglossia, senso di freddo intenso, bradicardia, crisi asfittica. Esami ematochimici: TSH>100 (ipotiroidismo iatrogeno). Sospeso l'amiodarone e iniziata terapia con tiroxina ad alto dosaggio e supporto calorico. Exitus per coma da mixedema.

**Conclusioni** È indispensabile negli anziani, prima di iniziare un trattamento con amiodarone, effettuare il dosaggio degli ormoni tiroidei e degli anticorpi anti-tiroide e il controllo della funzionalità tiroidea, almeno ogni tre mesi.

### ★ Blood pressure variability assessed by ABPM: how should we measure?

G. Ferraro<sup>1</sup>, F. Colombo<sup>2</sup>, G. Palmieri<sup>3</sup>, A.M. Agrati<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ospedale Niguarda, Medicina II, Ambulatorio Ipertensione, Milano,

<sup>2</sup>Ospedale Niguarda, Dipartimento Area Medica, Milano,

<sup>3</sup>Ospedale Niguarda, Medicina II, Milano

**Introduction** ABPM allows easily available information about pressure variability (BPV), a well established parameter related with target organ damage and a potential target for anti hypertensive therapy. Aim of this study was to evaluate if different methods of evaluating BPV could be influenced by variables such as age, sex and blood pressure control.

**Materials and methods** 4323 ABPMs (same validated oscillometric device - TM2430) were evaluated.

BPV was calculated considering the standard deviation of systolic (SB-PV), diastolic (DBPV), mean (MBPV) and pulse (PPV) pressures of 24h. Dipper and non dipper status and post prandial fall was also calculated for all the pressures. Each recording reported also mean values of SBP, DBP, MBP, PP, age, sex and drug therapy.

**Results** We did not find any significative correlation neither between SBPV and DBPV, nor between SBPV/DBPV and MBPV/PPV. A strict relation was evident between MBPV and PPV.

When considering population characteristics, MBPV and PPV showed a significant correlation with age, resulting in an increase in the first and last quintiles of age.

**Conclusions** We still need a stricter methodological standardization before we can affordably use BPV in intervention trials, since different methods of evaluating it through ABPM can lead to different results.

### Fibrosi retroperitoneale indotta da aneurisma dell'aorta addominale (AAA) come causa di insufficienza renale acuta

F. Ficara<sup>1</sup>, M. Martinelli<sup>1</sup>, G.A. Macri<sup>1</sup>, L. Colla<sup>2</sup>, C. Marinone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna 2 - Dipartimento di Medicina - Aou San Giovanni Battista Torino,

<sup>2</sup>Nefrologia - Dipartimento Di Medicina - Aou San Giovanni Battista Torino

**Premesse e scopo dello studio** Nei casi di peggioramento della funzionalità renale in pazienti con ipertensione arteriosa e IRC bisogna considerare anche la fibrosi retroperitoneale.

**Materiali e metodi** A.N. uomo di 55 aa, obeso, iperteso, dislipidemico è stato ricoverato presso la nostra Divisione nel 9/2010 per astenia e vertigini, valori pressori mal controllati e recente peggioramento della creatinina (3.5 mg/dl). Dal 2006 era noto AAA sottorenale.

**Risultati** All'ecodoppler non stenosi delle a.renali, ma netto aumento delle resistenze arteriose soprattutto a dx, con dilatazione delle vie escretrici bilateralmente. L'ecografia addominale confermava l'AAA. La TC addome senza mdc riscontrava calico-pielectasia bilaterale e dilatazione degli ureteri, incarcerati, da massa di tessuto denso, omogeneo, disposta a cavaliere anterolateralmente intorno all'aorta, estesa fino alle a.iliache comuni, compatibile con fibrosi retro peritoneale. Sono state posizionate pertanto endoprotesi ureterali bilaterali ed avviata terapia con prednisone; esclusa indicazione chirurgica per l'aneurisma.

**Conclusioni** Tra le cause di peggioramento di funzionalità renale deve essere ipotizzata anche la fibrosi retroperitoneale, in risposta allo stimolo infiammatorio cronico innescato dall'AAA. Il trattamento di scelta in questi casi è il prednisone.

### Vinblastina in terapia immunosoppressiva per la trombocitopenia autoimmune in paziente con Istiocitosi X a cellule di Langerhans

F. Ficara<sup>1</sup>, D.M. Nespoli<sup>1</sup>, F. Vitelli<sup>1</sup>, V. Magarotto<sup>2</sup>, P. Dapavo<sup>3</sup>, C. Marinone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna 2 - Dipartimento di Medicina - Aou San Giovanni Battista Torino,

<sup>2</sup>Ematologia Universitaria - Dipartimento di Oncoematologia - Aou San Giovanni Battista Torino,

<sup>3</sup>Dermatologia Universitaria - Dipartimento di Chirurgia - Aou San Giovanni Battista Torino

**Premesse e scopo dello studio** L'istiocitosi a cellule di Langerhans è una rara malattia che può coinvolgere l'apparato genitale femminile, la cute ed il sottocute, le ossa ed anche l'ipofisi. La malattia localizzata ha un decorso benigno, mentre la forma multifocale è più aggressiva: la terapia viene modulata stratificando i pazienti in gruppi secondo l'estensione della malattia.

**Materiali e metodi** Riportiamo il caso di G.R., donna di 71 aa, ricoverata nel nostro reparto nel 2/2010 per epistassi e grave piastrinopenia. Dal 1992 era in terapia con desmopressina per diabete insipido. Nel 2000 era stata diagnosticata istiocitosi a cellule di Langerhans a livello vaginale, trattata con RT, dall'11/2009 in terapia con MTX settimanale per progressione ossea.

**Risultati** In considerazione della fase avanzata dell'istiocitosi, verificata la natura autoimmune della piastrinopenia ed esclusa con BOM la diversa natura della piastrinopenia, per la mancata risposta a Igvena + steroidi si è avviato protocollo LCH-A1 con Vinblastina (VBL) 6 mg/m2

settimanale + PDN in induzione, seguita da mantenimento con 6-MP 30 mg/m2/die + PDN e VBL/21 gg.

**Conclusioni** Il programma chemioterapico LCH-1 per l'istiocitosi multi-organo si è rivelato adatto per la risoluzione di una patologia autoimmune associata.

### Due casi di sindrome catastrofica da anticorpi antifosfolipidi (CAPS)

F. Fiorello, M. Fazio, A. D'angelo

Dipartimento di Medicina Interna Ospedale Blf Fatebenefratelli Palermo

La CAPS rappresenta 1% dei soggetti affetti da APS ed ha una mortalità del 50%. I principali fattori precipitanti riportati in letteratura sono: infezioni, recente chirurgia e incongrua coagulazione.

La nostra presentazione ha lo scopo di fare emergere tale grave condizione patologica e discuterne le caratteristiche cliniche nell'ambito di un confronto con la casistica complessiva raccolta nella letteratura nella banca dati internazionale (CAPS Registry) in cui sono stati raccolti 280 casi fino al 2009 (Cervera R et Al. Journal of Autoimmunity 2009) Nell'ultimo anno, abbiamo ricoverato 2 pazienti con sindrome catastrofica da anticorpi antifosfolipidi (CAPS) di cui uno è deceduto.

Entrambi i casi hanno esordito con una sindrome di Budd-Chiari evoluta verso una trombosi microvascolare multiorgano (fegato, rene, cute, muscolo-scheletrico) a seguito della sospensione della terapia anticoagulante. Essi rispondevano ai criteri per CAPS: 1) trombosi microvascolare 2) interessamento di almeno tre organi o tessuti 3) progressione delle manifestazioni simultanea max entro una settimana 4) coinvolgimento renale con incremento del 50% della creatinina e proteinuria.

### Correlazione tra alterazione della qualità del sonno e sistema nervoso autonomico

A. Fiorentini<sup>1</sup>, R. Valente<sup>2</sup>, A. Diuorio<sup>2</sup>, L. Tubani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O.C Geriatria, Poc, Viterbo,

<sup>2</sup>Dai di Medicina Interna, Università "Sapienza", Roma

**Premesse e scopo dello studio** Alcuni studi ipotizzano un'associazione tra i disturbi del sonno, diabete mellito tipo 2, invecchiamento prematuro e mortalità precoce. Ci proponiamo di valutare la prevalenza di disturbi del sonno e la correlazione con l'incremento dei valori tensivi. Materiali e metodi 150 soggetti sono stati sottoposti ad accurata anamnesi, a monitoraggio della pressione arteriosa e a monitoraggio ECG Holter delle 24 ore. La qualità del sonno è stata valutata mediante Pittsburgh Sleep Quality Index test.

**Risultati** Analizzando i sottogruppi di pazienti con "sonno povero" si evidenzia una prevalenza di ipertensione arteriosa del 87.1% e di diabete mellito tipo 2 del 19.4%. Correlando il punteggio del PSQI con i valori tensivi sisto/diastolici si osserva una correlazione diretta (r: 0.507).

**Conclusioni** Abbiamo osservato, nei soggetti con qualità del sonno "povera", una maggior prevalenza di ipertensione arteriosa e diabete mellito tipo 2. Ciò porta a considerare un possibile legame patogenetico tra l'alterazioni della qualità del sonno e lo squilibrio del sistema autonomico con conseguente possibile predisposizione allo sviluppo di ipertensione e diabete mellito tipo 2.

### Attività autonoma nei diversi tipi di cefalea

A. Fiorentini<sup>1</sup>, R. Valente<sup>2</sup>, M. Granata<sup>2</sup>, L. Tubani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O.C Geriatria, Poc, Viterbo,

<sup>2</sup>Dai di Medicina Interna, Università "Sapienza", Roma

**Premesse e scopo dello studio** Alcuni studi suggeriscono che sia l'emigrania che la cefalea a grappolo sono associate ad una alterata attività del sistema nervoso autonomo. L'obiettivo del nostro studio è valutare la variabilità della frequenza cardiaca (HRV) in soggetti affetti da emigrania con aura nel periodo intercritico e in soggetti affetti da cefalea a grappolo.

**Materiali e metodi** Abbiamo reclutato 10 soggetti affetti da emigrania con aura nel periodo intercritico e 15 soggetti affetti da cefalea a grappolo. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a monitoraggio ECG delle 24 ore ed è stata effettuata analisi dell'HRV.

**Risultati:** I dati ottenuti dall'analisi dell'HRV nel dominio del tempo sono riportati nelle tabella.

	SDNN (ms)	RMS-SD (ms)
Emigrania	148.43 ± 27.59	49.67 ± 26.17
Cefalea a grappolo	146,96±44,67	54,13±20,34
P value	NS	NS

**Conclusioni** I risultati ottenuti nel dominio del tempo non hanno evidenziato differenze significative tra i due tipo di cefalea nel periodo libero da crisi. L'analisi del ritmo circadiano ha evidenziato in entrambi i gruppi di cefalalgici un predominio della componente simpatica (LFn) nel periodo notturno. Si può, dunque, concludere che sia la cefalea a grappolo, sia l'emigrania con aura, nel periodo intercritico, presentano una medesima alterazioni del sistema nervoso autonomo.

### Malattia di Erdheim-Chester: caso clinico e percorso diagnostico di una pneumopatia interstiziale

M. Fioretti

U.O.C. Malattie dell'Apparato Respiratorio, Dipartimento Medicina Interna, Azienda Ospedaliera "S. Maria" - Terni

Donna di anni 73, con endoprotesi femore dx per displasia fibrosa, ricoverata per approfondimento diagnostico di pneumopatia interstiziale. All'HRCT polmonare marcato ispessimento bilaterale dei setti interlobulari, iperdensità parenchimale "a vetro smerigliato". Conservata l'architettura lobare segmentaria. Due consolidazioni parenchimali del lobo medio, con grossolane calcificazioni nel contesto e nel segmento basale laterale del LID. Versamento pleurico bilaterale. Calcificazioni linfonodali sottocarenali. Alterazioni scheletriche di tipo litico di D9. FBS nella norma. Il BAL e le biopsie transbronchiali non confermavano il sospetto di amiloidosi. VTS con prelievi biotici del lobo inferiore del polmone dx e lobo medio: quadro compatibile con istiocitosi non Langerhans. Si propende per malattia di Rosai-Dorfman. Alla scintigrafia ossea total-body Tc-99m iperfissazione in: teste e diafisi omerali, epifisi distali femorali, epifisi prossimali tibiali, epifisi distale tibia dx, calcagno dx; accentuata distribuzione del tracciante in: diafisi tibiali, testa femore sin, acetabolo dx; disomogenea distribuzione in: archi costali bilaterali, rachide cervico-dorsale, teca cranica e sincondrosi sacroiliache. Pattern scintigrafico compatibile con il quesito clinico: malattia di Erdheim-Chester, entità rara (164 casi in letteratura).

### Sarcoidosi polmonare fibrosante: caso clinico e follow-up

M. Fioretti

Dirigente Medico Medicina Interna, U.O.C. Malattie dell'Apparato Respiratorio, Dipartimento di Medicina Interna Azienda Ospedaliera "S. Maria" - Terni

Donna di anni 41, non fumatrice, recenti episodi di epigastralgia e sindrome similinfluenzale. All'Rx-torace addensamenti multipli bilaterali, all'ECT minimo versamento pericardico e all'HRCT polmonare reperto compatibile col sospetto clinico di sarcoidosi polmonare fibrosante. Assenza di significative lesioni focali all'eco addominale e delle

ghiandole salivari. Linfonodo peripancreatico di 27 mm (reattivo). Alla scintigrafia con Ga67 accentuazione della captazione in entrambi i polmoni. Dopo EGDS negativa, inizia terapia steroidea con prednisone 75 mg/die. A 3 mesi, all'Rx torace netta riduzione della reticolo-nodulazione polmonare e dell'addensamento a banda al polmone dx. A 6 mesi, all'HRCT polmonare pressoché totale risoluzione dei reperti prima rilevati, incluse le linfadenomegalie mediastiniche. Non versamento pleurico né pericardico.

Aspetti interessanti del caso: ottima risposta alla terapia cortisonica; sospensione steroide a 1 anno senza preventivo controllo HRCT, vista la buona risposta a 6 mesi, e programmazione di scinti-Ga67 a 2 mesi dalla sospensione. Le linee guida suggeriscono, in un caso come il nostro di sarcoidosi al 2° stadio, di effettuare la terapia steroidea per 1 anno ma non forniscono indicazioni sulla durata della stessa nelle forme fibrosanti, e sul follow-up strumentale della terapia steroidea.

### Tromboembolia polmonare (TEP): caso clinico e follow up

M. Fioretti

U.O.C. Malattie dell'Apparato Respiratorio, Dipartimento di Medicina Interna, Azienda Ospedaliera "S. Maria" - Terni

Uomo di 38 anni, fumatore, ricoverato un mese prima per dolore al polpaccio dx, febbre e modesto dolore toracico, dimesso con diagnosi di broncopolmonite basale posteriore sin e versamento pleurico. Dopo 1 mese: Rx-torace sostanzialmente invariata, ecodoppler venoso agli arti inferiori positivo per TVP femoropoplitea bilaterale, TC positiva per TEP bilaterale. Dopo trattamento con eparina ev e anticoagulante orale (warfarin), progressivo miglioramento delle condizioni cliniche. La terapia anticoagulante è proseguita per oltre un anno perché l'ecodoppler venoso evidenziava residuo trombotico sull'asse femorale sin, malgrado la ricanalizzazione dell'asse femoropopliteo. La scintigrafia polmonare perfusionale evidenziava anomalie di incerta rilevanza (modeste irregolarità di distribuzione ad estensione non segmentaria nel campo superiore dx e piccola area fotopenica tondeggianti nel campo medio del medesimo polmone). Il caso presenta aspetti peculiari: a) sintomatologia ingannevole, prevalentemente febbrile e scarso impegno cardiologico, nonostante l'interessamento bilaterale e massivo dei rami arteriosi polmonari; b) persistenza di trombosi residua, rilevabile ecograficamente, tale da consigliare la continuazione della terapia anticoagulante; c) incerta utilità della scintigrafia polmonare perfusionale nel follow-up.

### Hospital and territory integrated care: story of a successful project

E. Foglia<sup>1</sup>, D. Malnis<sup>2</sup>, E. Porazzi<sup>1</sup>, I. Stefani<sup>3</sup>, L. Casartelli<sup>1</sup>, G. Beghi<sup>4</sup>, A. Mazzone<sup>5</sup>, C. Dotti<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Crems-Università Cattaneo-Liuc-Castellanza (Va),

<sup>2</sup>Uoc Assistenza Specialistica-Asl Mi 01-Legnano (Mi),

<sup>3</sup>Medicina Interna-Dipartimento Medico-Ao Legnano (Mi),

<sup>4</sup>Dipartimento Cure Primarie-Asl 01 Mi-Legnano (Mi),

<sup>5</sup>Dipartimento Medico-Ao Legnano (Mi),

<sup>6</sup>Direzione Generale-Ao Civile Legnano (Mi)

Medicine in simple organisations, networks and groups, represents different types of functional aggregations, to achieve greater integration in primary care, particularly for chronic illness. In 2008 started a pilot project for territorial medicine and coordination with its hospital activity through Primary Care Groups (PCG). PCGs activity is characterised by central office for GPs, nurses, specialist activities through integrated hospital personnel and first level diagnostic activity. A.S.L. Milano 1, Legnano District, and Ospedale Civile di Legnano activated 5 PCGs (43,500 clients) principally suffering with respiratory diseases, diabe-

tes, hypertension, dyslipidaemia. Among GCP groups the number of diabetic patients with at least one hospital admission for diabetes decreased from 2008 to 2009 (1.8 vs 1.37%), likewise ordinary and day hospital admission (respectively 1,56 vs 1,13% and 0,42 vs 0,32%). In dyslipidemic patients there was a decrease in hospital admission for heart failure, angina and ischemia (5,09 vs 4,45%), as well as for arteriosclerosis (0,52 vs 0,41%). The importance of this model has been demonstrated also for effectiveness, with a reduction in global hospital admissions rate (58% for patients followed by PCG versus 72% within the population of 158,040 people belonging to District,  $p < 0.001$ ).

### **Aneurisma infiammatorio dell'aorta addominale: una causa non rara di dolore addominale. Descrizione di due casi clinici**

M.C. Fontana, M. Capitelli, T. Baldini, G. Cioni

Medicina-Ospedale di Pavullo nel Frignano Ausl Modena

Descriviamo il caso di due pazienti (un uomo e una donna), di 55 anni, entrambe forti fumatori, ricoverati per dolori addominali diffusi, associati a calo ponderale. L'obiettività addominale era caratterizzata da diffusa dolorabilità, senza segni di peritonismo. Rilievo di marcato incremento degli indici di flogosi, in assenza di altre alterazioni. L'ecografia addominale mostrava dilatazione dell'aorta addominale con diffuso ispessimento parietale. Il quadro veniva confermato al controllo TC, orientando per una patologia infiammatoria aortica. Negativa la ricerca di autoanticorpi e la sierologia per lue. Il trattamento steroideo, associato alla sospensione del fumo di sigaretta ed al controllo dei fattori di rischio cardio-vascolare, portava alla rapida risoluzione della sintomatologia dolorosa con regressione dell'ispessimento parietale.

**Conclusioni** Il 5-10% degli aneurismi dell'aorta addominale sono a genesi infiammatoria, non si tratta quindi di una patologia così rara. Diversamente dalla patologia aneurismatica aterosclerotica, è comune la presenza di dolore e sintomi costituzionali. La terapia prevede innanzitutto la sospensione del fumo di sigaretta ed il controllo dei fattori di rischio cardio-vascolare, oltre al ricorso alla terapia steroidea ed immunosoppressiva, ma non esistono chiare linee guida terapeutiche.

### **Polmonite organizzativa criptogenetica paucisintomatica associata a cirrosi biliare primitiva**

M.C. Fontana, G. Carrieri, S. Tonelli, G. Cioni

Medicina-Ospedale di Pavullo nel Frignano - Ausl Mo

La polmonite organizzativa criptogenetica (COP) è il risultato di una risposta infiammatoria aspecifica ad un insulto patologico a carico del polmone. È stata descritta in associazione a svariate patologie, sia infettive che immunologiche ed infiammatorie, oltre che in relazione all'utilizzo di vari farmaci. Tra le possibili patologie associate si ricorda anche la cirrosi biliare primitiva. Descriviamo il caso di una paziente di 53 anni, giunta all'osservazione clinica per valutazione di una epatopatia cronica colestatica, senza segni di ostruzione biliare. Riscontro di positività degli anticorpi anti-mitocondrio come da sospetta cirrosi biliare primitiva, confermata alla biopsia epatica. In completa assenza di sintomatologia respiratoria, per il riscontro obiettivo di grossolani rantoli alla base di destra, eseguiva accertamenti radiologici con rilievo di addensamenti polmonari bilaterali suggestivi per "polmonite organizzativa criptogenetica". Veniva trattata con terapia steroidea, oltre ad acido ursodesossicolico per la patologia epatica. Al controllo Tc eseguito a distanza, completa normalizzazione del reperto toracico.

Nella maggior parte dei casi i pazienti affetti da COP lamentano sintomi generali, dispnea e tosse, nel caso descritto il riscontro dell'interessamento polmonare è stato del tutto occasionale.

### **⊛ Safety and efficacy of treatment with pegylated interferon-alpha plus ribavirin in the elderly with chronic hepatitis C**

L. Fontanella<sup>1</sup>, M. De Luca<sup>2</sup>, G.G. Di Costanzo<sup>2</sup>, S. Strudel<sup>1</sup>, A. Fontanella<sup>1</sup>, A. Ascione<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Medicina Interna, Centro per le Malattie del Fegato, Ospedale Fatebenefratelli, Napoli,

<sup>2</sup>Dipartimento di Gastroenterologia, Unità Operativa Complessa di Epatologia, Ospedale Cardarelli, Napoli

**Aim** The aim of this study was to evaluate safety and efficacy of antiviral treatment in patients with more than 60 years of age.

**Method** We analyse retrospectively a consecutive cohort of patients anti-HCV/HCV-RNA positive treated over the last four years with pegylated interferon alfa2a or alfa2b plus ribavirin.

**Results** 349 patients received treatment of whom 32.9% were 60 years or older (Group A) and 67.1% were 59 years or younger (Group B). The distribution of genotypes in Group A was: 1 (56.5%); 2 (42.6%); 3 (0.9%); 4 (0%). In Group B, the distribution of genotype was: 1 (58.1%), 2 (27.3%), 3 (14.5%), 4 (1%).

The number who had to stop treatment for side effects was: 13% in Group A and 19 8.1% in Group B ( $p=0.14$ ). The sustained virological response (SVR) was: 55.6% in Group A and 63.2% in Group B ( $p=0.17$ ). The relapse (REL) rate was: 12.2% in Group A and 11.5% in Group B ( $p=0.26$ ). The nonresponse (NR) was: 30.4% in Group A and 25.2% in Group B ( $p=0.30$ ).

**Conclusion** The percentage of patients whose stopped treatment for side effects was not statistically significant in the two groups. The rate of SVR, REL and NR was not statistically different in the two groups. Bearing in mind the importance of obtaining an SVR in the elderly, the antiviral therapy can be done, and the surveillance should not be different from young group.

### **Vanishing bile duct syndrome in Non Hodgkin Lymphoma B**

S. Foramiti<sup>1</sup>, T. Bigolin<sup>2</sup>, E. Biondini<sup>3</sup>, P. Rossi<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Generale Ospedale S. Michele Gemona del Friuli,

<sup>2</sup>Arta Dmptie Ospedali Riuniti Cattinara Trieste,

<sup>3</sup>Medicina Interna I Azienda Ospedaliero Universitaria S. Maria della Misericordia Udine,

<sup>4</sup>Medicina Interna I Azienda Ospedaliero Universitaria S. Maria della Misericordia Udine

**Introduction** Non Hodgkin Lymphoma related vanishing bile duct syndrome is rare condition that lead to liver failure and death. VBDS is characterized by a progressive loss of small intrahepatic bile ducts, leading to cholestatic hepatitis.

**Methods** A 64 years old woman, with reumatic cardiopathy complicated with aortic steno-insufficiency and mitralic stenosis, atrial fibrillation, left kidney damage, NHL type B (stage IV) treated with chemo and radiotherapy, left internal jugular vein thrombosis, bronchopneumonia, was admitted to our department for jaundice with cholestatic component. Liver biopsy allowed diagnosis of VBDS and patient was treated with ursodesossicolico acid and prednisone with a transient decrease of bilirubin and cholestasis. A rapid worsening of clinical conditions followed by severe acute liver failure in lymphomatous disease, unresponsive to pharmacological therapy, leads to death our patient.

**Conclusions** We supposed that this syndrome represents the paraneoplastic epiphenomenon of NHL with severe duct damage, related to lymphomatous release of toxic cytokines; we mustn't forget that VBDS can be related to hepatic damage also induced during NHL. Abnormal liver function tests often are interpreted as disseminated disease and not as a possible expression of VBDS which could, in some cases, be attenuated by UDCA and steroids.



### Vitamin D induction in genotype 1 chronic hepatitis C patients with advanced fibrosis, non responders to previous standard therapy

A. Franceschelli, C. Almerighi, S. Francioso, A. Salso, F. De Leonardis, A. Telese, M. Angelico

Hepatology Unit, Department of Internal Medicine, Tor Vergata University, Rome, Italy

**Background** With standard therapy at least 20% of naïve patients (pts) with chronic hepatitis C virus (HCV), genotype 1 (gen1), are non responders [NR: lack of partial or complete early virological response (p/cEVR), i.e. <2 log drop of serum HCV-RNA at week 12]. Re-treatment is minimally effective. Vitamin D (vitD) is recently reported to inhibit HCV replication *in vitro* and to improve sustained virological response (SVR) in naive gen1 pts. Aim of our study was to investigate whether induction with oral high dose vitD is associated with improved response in gen1 HCV NR.

**Methods** 13 pts with advanced fibrosis (n=7) or well compensated cirrhosis (n=6), 8 males, 57,8±8,3 years, all NR to previous treatment were enrolled. Pts received vitD induction for 4 weeks (cholecalciferol, 5000 U/d), followed by standard therapy with PEG-interferon  $\alpha$ 2a and ribavirin plus vitD 1500 U/d for 12 wks.

**Results** All pts completed 12 weeks of therapy: 2 were NR, 11 achieved a pEVR, Among those, 2 were responders at 24 wks, 1 dropped-out, 3 are on-going. No side effects due to vitD were observed.

**Conclusion** Our preliminary data suggest that high dose of vitD is safe in genotype 1 HCV NR pts and may increase rate of EVR. Further studies, with higher number of patients and longer vitD treatment, are needed to better define the beneficial effect of VitD.

### CHA2DS2-VASc score in elderly (E) with permanent atrial fibrillation (PAF) and thromboembolic risk (TR)

A. Franco, M. Pellegrinotti, R. Gaudioso, P.L. Parlatore, R. Pastorelli

Soc Medicina, Po Colferro, Asl Rmg, <sup>2</sup>Soc Medicina, Po Colferro, Asl Rmg

**Background** Elderly (E) with Permanent Atrial Fibrillation (PAF) have high Thromboembolic Risk (TR) reduced by oral anticoagulant (OAC) or antiaggregation (AA). We propose the modified CHADS2 score, CHA2DS2-VASc score, to evaluate TR in E with PAF

**Methods** 138E (72f, 66m; 83±11aa) with PAF in OAC, were compared with 109E (59f, 50m; 81±8 aa) with PAF in AA, all discharged by UOC of Medicine-Colleferro. They had similar comorbidity (hypertension 73.5% vs 74.2%; diabetes 38.2%vs39.5%) and previous cerebrovascular events (CE) (43% vs 46%). CHADS2 was > 1 in 107E in OAC, =0 in 14E in AA and =1 in 71E in AA

**Results** After 3 years observation in OAC group there were 3 non-fatal stroke (2.1%), 8 TIA (5.7%), 21 hospital admissions for CE (15.2%), 16 minor bleeding (11.5%), 1 major bleeding. In AA group were checked 15 non-fatal stroke (13.7%), 2 fatal stroke (1.8%), 24 TIA (22%), 29 hospital admissions for CE (26.6%), 5 minor bleeding (5.1%), no major bleeding. While in OAC group E with CHADS2 >1 (107E, 77.5%) and CHA2DS2-VASc  $\geq$ 1 (111E, 80.4%) are almost the same, reevaluation of AA group with CHA2DS2-VASc shows 54E (49.5%) with CHA2DS2-VASc  $\geq$ 1 in which all CE (stroke+TIA) were common (31E, 57.4%)

**Conclusions** Evaluation of TR with CHA2DS2-VASc score identifies many E with PAF who could take advantage of OAC instead AA

### Un calcolo...fuori posto

F. Franco, G. Rossi, D. Pignatti, M.T. Mammone, S. Corradini, M. Silingardi

Dipartimento Internistico, Ospedale Civile di Guastalla, Ausl Reggio Emilia

**Premesse e scopo dello studio** Presentiamo il caso di una donna di 87 anni giunta all'osservazione per vomito persistente.

**Materiali e metodi** Anamnesi, esame obiettivo ed esami bioumorali non evidenziavano cause metaboliche, iatrogene o infettive per spiegare il vomito, persistente nonostante il digiuno. È stato necessario il posizionamento di SNG con abbondante drenaggio di materiale biliare. La gastroscopia evidenziava fistola colecisto-duodenale e voluminoso calcolo in duodeno. L'ecografia addominale evidenziava aerobilia. Aerobilia, ostruzione intestinale e calcoli biliari ectopici definiscono la triade di Rigler dell'ileo biliare. La paziente è stata sottoposta ad asportazione di formazione litiasica di diametro 2.5 cm per via endoscopica e successiva digiunostomia con rimozione di seconda voluminosa formazione litiasica.

**Risultati** Il caso illustra due rare complicanze della colecistite cronica, la fistolizzazione e l'ileo da calcoli. La formazione di fistole in un organo adiacente alla parete della colecisti è più frequente nel duodeno, come in questo caso. L'ileo da calcoli è di solito più comune a livello della valvola ileo cecale, seguito, come in questo caso, dal duodeno (sindrome di Bouveret). L'ileo biliare è più comune negli anziani ed è trattato con un enterolitotomia con o senza colecistectomia profilattica.

### Un caso insidioso di colonscopia diagnostico-operativa

L. Furlan, P. Ghiringhelli

Sc Medicina, Dipartimento Medico, Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio, Po Tradate

**Introduzione** La diagnostica differenziale del dolore addominale in Medicina Interna è complessa. Il caso clinico diventa ancora più complesso se a manifestare il sintomo è un Paziente psicotico cronico.

**Anamnesi** Donna di 62 anni, nota per diverticolosi colica ed in trattamento da un decennio per psicosi depressiva. Dopo 15 giorni dalla comparsa di addominalgie prevalenti in fossa iliaca sinistra era comparsa un'inusuale chiusura dell'alvo alle feci.

L'esame obiettivo dimostrava alla palpazione profonda una lieve dolenzia localizzata in fossa iliaca sinistra.

Colonscopia: a circa 25 cm. dal margine anale si rinveniva la presenza di un corpo estraneo di consistenza dura, della lunghezza di circa 5 cm. e del diametro di circa 4 mm., munito di una propaggine ad uncino. Entrambe le estremità erano infisse nella parete. Nel punto di contatto era presente tessuto infiammatorio di granulazione contornante il corpo estraneo come reazione flogistica sub-acuta.

Il corpo estraneo risultò essere un osso di coniglio. I sintomi scomparvero subito dopo la rimozione dell'osso.

**Conclusioni** La particolarità del caso sta nella progressione di un corpo estraneo acuminato attraverso il canale alimentare, con superamento delle stenosi naturali: esofagea, pilorica, del tenue e della valvola ileo-ciecale, per poi fissarsi pericolosamente nel sigma.

### Management of sarcopenia in the elderly: a case report

L. Fusconi, S. Lenti, C. Frigerio, M. Toti, M. Leonardi, A. Zuccone, M. Felici

Internal Medicine and Geriatrics - Hospital San Donato Usi8 Arezzo

A 72 year old Patient was hospitalized for respiratory failure in BPCO (in steroid therapy) and ischemic heart disease. At the examination thinness, immobilization due to low back pain and sarcopenia were noted. Investigations revealed multiple vertebral failure and severe osteoporosis and severe deficiency in Vit D. He was given Vit D therapy in the first bolus and then as general maintenance he received Teriparatide for 18 months. After 3 months he returned to live alone at home and after 6 months he was able to venture outside his home and con-

tinue his normal life. The sarcopenia in this patient was recognised due to several symptoms: 1) the loss of muscle mass which is commonly associated with chronic diseases that involve a high level of inflammatory cytokines with negative effects on muscle mass; 2) a more important reason was the deficiency in Vit D, which could have a trophic effect on the proximal muscles of the tracks; 3) the reduction of sex hormones (testosterone and other androgens) which due to age of the patient was related to the reduction of the mass strength of the muscle. Our intervention was concentrated on correcting the deficiency in Vit D, the use of anabolic drugs, monitoring of the BPCO and finally the implementation of a rehabilitation program, which is still ongoing, involving resistance exercises

### ★ Bacteraemia in Internal Medicine: clinical and microbiological investigation

M. Galiè, E. Pistella, C. Santini

U.O.C. Medicina Interna - Ospedale Vannini - Roma

**Objectives** To report the characteristics of patients with bacteraemia hospitalized in Internal Medicine.

**Methods:** All pts hospitalized from Sept. to Dec. 2010 in the Dept. of Internal Medicine with documented, clinically significant bacteraemia were retrospectively investigated for risk factors, clinical and microbiological characteristics, treatment and prognosis.

**Results** 35 episodes of bacteraemia were documented among 494 pts hospitalized in the study period (7.0%); 19 were hospital acquired, 8 were community acquired and 8 were health care-associated. Sixty percent were classified as secondary bacteraemia (mostly to urinary tract infections). The clinical response was classified as sepsis in 26 pts (74.2%), severe sepsis in 5 pts and septic shock in 4 pts.

The most frequent pathogens isolated were Gram pos. bacteria (37.1%, half of which *S.aureus*); Gram neg. species accounted for 34.2%, *Candida* spp. for 8.5% and multiple pathogens for 20%. Mortality for sepsis was 25.7% and total in-hospital mortality 31.4%. Mortality rate was 15.7% among pts receiving effective antibiotic treatment within 48 hours (54.2%) and 46.6% among pts starting effective therapy later (50%).

**Conclusions** Bacteremia is frequent in the wards of Internal Medicine, mortality rate is high and the main prognostic factor is the prompt effective treatment.

### Seasonal variation in platelet count in blood donors

M. Gallerani<sup>1</sup>, D. Imberti<sup>1</sup>, R. Reverberi<sup>2</sup>, E. Mari<sup>1</sup>, C. Maraldi<sup>1</sup>, R. Manfredini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Internal Medicine, St Anna Hospital, Ferrara, Italy,

<sup>2</sup>Immunohematological and Transfusional Service, St Anna Hospital, Ferrara, Italy

**Background and Aims** The increased winter morbidity and mortality from cardiovascular (CV) disease is known. Seasonal variation has been shown for several risk factors, i.e., blood pressure and fibrinogen, but not univocal results are available for platelet counts (PLT). We aimed evaluate a possible seasonality in PLT.

**Subjects and Methods** We considered data from the donor files of a large population of healthy subjects (Italian Association of Blood Volunteers – AVIS), province of Ferrara, years 2001-2010. Routine laboratory tests, including PLT, plateletcrit (PTC), RBC and WBC count, haemoglobin, underwent continuous quality control. Total cases, categorized by season (Spring: March–June, Summer: June–September, Autumn: October–December; Winter: January–March) and month, were analyzed by  $\chi^2$  test and partial Fourier series.

**Results** The study considered 170238 samples in 16422 different donors (63% men, mean age 43.8±11.5 yrs). PLT and PTC were highest

in Winter and lowest in Summer ( $p<0.001$ ). Chronobiologic analysis yielded significant ( $p<0.001$ ) peaks in December-January.

**Conclusions** This study shows a seasonal variation in PLT number and PTC, with significant increase in Winter. Although slight (3.5%), this variation could be added to the series of possible factors concurring to the higher winter frequency of CV events.

### ★ Crisi addisoniana “iatrogena”

M. Gambacorta, A. Boccali, I. Bartolini, B. Biscottini

U.O. Medicina Todi (Pg)

**Caso clinico** Una paziente di 40 anni, con una storia decennale di morbo di Addison, giunge alla nostra osservazione in gravi condizioni cliniche.

**Anamnesi patologica prossima** Il giorno precedente il ricovero compare vago malessere, seguito da rialzo termico e stato confusionale.

**All'ingresso in reparto** Paziente completamente disorientata ed in preda ad uno stato di agitazione, cute molto scura, iperpiressia.

**Esami eseguiti** Leucocitosi neutrofila, insufficienza renale grave, ipoglicemia severa, iposodiemia, vasto addensamento polmonare, positivo l'Ag urinario dello St. Pneumoniae.

**Terapia** Boli di steroidi, antibioticoterapia, infusione di soluzioni glucosate.

**Evoluzione** La paziente ha presentato alterazioni dello stato di coscienza per oltre 24 ore. Nelle ore successive lo stato di coscienza è migliorato fino a normalizzarsi, la funzionalità renale è rientrata nei ranges di normalità e l'addensamento polmonare è regredito in circa 10 gg.

**Elemento chiave** Negli ultimi 6 mesi la paziente aveva perso 30 kg e per ottenere un calo ponderale così importante si era gradualmente ridotta la terapia steroidea fino al dosaggio minimo che le consentiva comunque di svolgere una vita “normale”. Tale dosaggio non è stato sufficiente però nel momento in cui il suo organismo ha dovuto affrontare lo stress causato da un evento infettivo.

### Pancreatic fibrosis: epiphenomenon of several pathological conditions

E. Gasparini<sup>1</sup>, L. Cottafavi<sup>1</sup>, A.L. Manenti<sup>1</sup>, G. Chesì<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dh Oncologico - Dipartimento di Medicina Interna Ospedale Magati Scandiano (Re),

<sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Interna Ospedale Magati Scandiano (Re)

We describe a 64-years-old patient suffering from diabetes mellitus for a year, by a few months not controlled despite therapy. So she underwent an abdominal echography that showed a pancreatic lesion, confirmed by CT (mass confined to the parenchyma). The US-guided biopsy showed only cellular atypia with sclerosis: non-diagnostic findings which required a differential diagnosis with autoimmune pancreatitis. Serum IgG4 levels were normal, Ca19.9 had only moderately increased. FDG-PET showed an abnormal uptake in pancreas and also in the upper quadrant of the left breast. This figure, also considering recent studies concerning the involvement of BRCA genes in breast and pancreatic cancer, required a specific control. The patient underwent exploratory laparotomy: the lesion was composed of fibrous material, the adjacent soft tissues (contrary to the CT evidence) were infiltrated by pancreatic adenocarcinoma and a lymph node metastasis was present. It has not been possible to proceed with the radicalization of the lesion and the patient began chemo-radio therapy. The biopsy of the breast lesion showed an infiltrating ductal carcinoma. Finally, the literature concerning the desmoplastic reaction in pancreatic cancer and the non-uniqueness of imaging and laboratory data in the case of lesion with strong fibrous component is revised.

## Diagnosis of diabetes mellitus: yesterday OGTT, today HbA1c?

A. Gatti

U.O.C. Malattie del Metabolismo - Asl Napoli 1 - P.O. San Gennaro -Napoli

The WHO has drawn up specific parameters for the diagnosis of DM2T, of IGT and IFG. Recently, the HbA1c value has been proposed as a diagnostic test for type 2 diabetes mellitus.

The AA had investigated it.

**Materials and methods** We subjected 276 subjects, on suspicion of being diabetic, to OGTT for evaluating blood glucose values, the plasma insulin and C peptide at T0, T60 and T120, as well as the measure of HbA1c (HPLC), of BMI and of HOMA index. Patients were classified into DM2T, IGT, IFG, non-diabetic (ND) by criteria proposed by the ADA. We then examined the possible correlation of diagnosis by OGTT with HbA1c, where values reported above 6.5% were diagnostic for DM2T.

**Results** 61 patients (22.1%) were diabetic, 58 (21%) had IFG, 24 (8.7%) had IGT and 133 (48.2%) were normal. The odds ratio was 15.66 (IC 6.52 - 37.60;  $p < 0.001$ ).

8 patients had HbA1c > 6.5, a higher BMI than the average population, they were not diabetic, on the other 38 diabetics had HbA1c  $\leq$  6.5, probably because of the recent onset of the disease.

**Conclusions** We can say that the HbA1c above 6.5% can be considered a cut-off for diagnosing DM2T. There are cases of doubt that if the HbA1c does not agree with the clinic is still appropriate to evaluate an OGTT, for a correct interpretation of the data and then of the patient's prognosis.

## Vitamin D deficiency predisposes myocardial infarction in diabetic women?

A. Gatti

U.O.C. Malattie del Metabolismo - Asl Napoli 1 - P.O. San Gennaro - Napoli

They are well known the extra-skeletal activity of vitamin D. The authors have examined whether vitamin D deficiency predisposes a diabetic woman for having a myocardial infarction.

**Materials and methods** From a population of women with DM2T we selected patients who had been assessed the rate of blood Vitamin D in two different controls. In these 260 women we detected some anthropometric parameters (height, weight, BMI), medical history (duration of illness, presence of hypertension or antihypertensive therapy, documented history of previous cardiac events), level of metabolic control (fasting plasma glucose and HbA1c). The data are expressed as mean  $\pm$  SD, frequency and percent, and were analyzed with the t-test for paired data.

**Results** La prevalenza di carenza di vitamina D è alto (58,9%) ed aumenta nel secondo controllo (74%), nonostante le donne osservate sono state vivono nel Sud Italia e la presenza di precedente infarto miocardico acuto è maggiore nelle donne che sono carenti di vitamina D in entrambi i controlli. C'è una forte relazione statistica tra carenza di vitamina D e precedente infarto miocardico acuto ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion** We recommend that an assessment the levels of Vitamin D, and if low, supplementation to reduce cardiovascular risk in diabetic women

## ★ Sézary's syndrome with unusual CD7 positivity: a case report

A. Gatti<sup>1</sup>, L. Roncoroni<sup>2</sup>, M. Draisci<sup>3</sup>, S. Marinoni<sup>3</sup>, B. Brando<sup>1</sup>, A. Assi<sup>2</sup>, A. Mazzone<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Trasfusionale Ospedale di Legnano,

<sup>2</sup>Anatomia Patologica Ospedale di Legnano,

<sup>3</sup>Medicina Interna Ospedale di Legnano

**Introduction** Sézary's syndrome (SS) is a rare disease who generates erythroderma, generalized lymphadenopathy and a leukemic blood picture with atypical convoluted Sézary's T-cells. Abnormal CD4/CD8 ratio (at least >10) and deletion of CD7 are considered specific markers for the diagnosis. We present a case report of a 63-year old woman with CD7 positive SS. The patient presented distal psoriasiform patches at limbs, diffused lymphadenopathy and peripheral blood lymphocytosis (>5.000 per microliter).

**Methods** Bone marrow and peripheral blood samples were analyzed. Histological, immunophenotypical, molecular and genetic analysis were performed. Moreover T-cell clonality was assessed by the flow-cytometric detection of dominant T-Cell Receptor (TCR) rearrangement, using an antibody panel against 24 V $\beta$  polymorphisms.

**Results** Peripheral blood and bone marrow flow cytometric analysis showed an expanded CD4 T-cell population (4.535 cells/ microliter) which presented all T-cell antigens CD2, CD3, CD5 and CD7, with loss of CD26 and CD49d and with 96% T-cell clonality (TCR- v $\beta$ 22). Molecular analysis also showed monoclonal TCR gamma gene rearrangement.

**Conclusions** We confirm that flow-cytometric absence of CD26 and CD49d allows identification and quantification of Sezary's T-cells even in case of present or modulated CD7.

## Flow Cytometry and Cytogenetic Analyses in the Diagnosis of MDS and AML with MDS-Related Changes

A. Gatti<sup>1</sup>, S. Stioui<sup>2</sup>, L. Migliorini<sup>3</sup>, P. Cozzi<sup>4</sup>, B. Brando<sup>1</sup>, M. Lotzner<sup>2</sup>, A. Mazzone<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro Trasfusionale Ospedale di Legnano,

<sup>2</sup>Laboratorio Analisi Ospedale di Legnano,

<sup>3</sup>Anatomia Patologica Ospedale di Magenta,

<sup>4</sup>Medicina Interna Ospedale di Legnano

**Introduction** The diagnosis of Myelodysplastic Syndromes (MDS) and Acute Myeloid Leukaemia with myelodysplasia-related changes (AML/MDS) is based on cytomorphology, cytogenetics and multiparameter flow cytometry (MFC). Multiple phenotypic abnormalities have been reported in MDS.

**Methods** We compared MFC parameters (percentage of CD34+ myeloblasts, dysregulated expression of a variety of antigens and granulocyte/lymphocyte SSC mean ratio) to karyotype findings in 24 cases of MDS and in 4 cases of AML/MDS.

**Results** In all 4 patients with AML/MDS we observed abnormal MFC features with low granulocyte/ lymphocyte SSC ratios (Gra/Ly SSC ratio <2; normal values >6), while 3/4 (75%) cases had chromosome abnormalities. In 24 cases of MDS, 10 (42%) showed a spectrum of abnormal karyotypes. In 7 patients (70%) with abnormal cytogenetic features CD34+ myeloblasts were > 5%, 5 cases (50%) showed dysregulated CD38 and/or HLA-DR or abnormal expression of CD7 and/ or CD56, whereas 9 (90%) had low Gra/Ly SSC ratio (mean Gra/Ly SSC ratio: 4.5).

**Conclusions** In all patients with abnormal cytogenetic features, multiple flow cytometric abnormalities can be found. In particular we observed low Gra/Ly SSC ratio values in 90% of MDS cases and in 100% of AML/MDS cases. MFC may add important information in the diagnosis of MDS and AML/MDS.

## Treatment of polymyalgia reumatica

M. Genovesi<sup>1</sup>, G. Bacci<sup>2</sup>, F. Cappelli<sup>1</sup>, S. Manetti<sup>1</sup>, M. Mazzetti<sup>1</sup>, C. Rosi<sup>1</sup>, M.P. Rosito<sup>1</sup>, M. Sikora<sup>1</sup>, S. Stanganini<sup>1</sup>, A. Tufi<sup>1</sup>, E. Santoro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sc Medicina Interna Ospedale del Casentino, Bibbiena, Ausl8, Arezzo,

<sup>2</sup>Medico di Medicina Generale, Poppi, Arezzo

**Background** The polymyalgia rheumatica is an inflammatory syndrome that affects people over the age of 50 years with a slight predilection for females.

**Case report** GL 79 y.o., in May 2010, a diagnosis of polymyalgia rheumatica was made, treated with glucocorticoids with a programmed scaled reduction according to scheme and pre-existing insulin therapy for NIDDM. Subsequent association of methotrexate (7.5 mg / week) with early suspension of cortisone to control glycometabolic insufficiency.

December 2010: new hospital admission for exacerbation of the polymyalgia syndrome with a sharp increase in inflammatory markers. Reset combination therapy with prednisone following a rapid and significant clinical improvement and reduction of laboratory indices of inflammation.

**Conclusions** Most patients with PMR does not respond to treatment with common NSAIDs, on the contrary more than 90% of patients respond to treatment with systemic corticosteroids. An inadequate steroid dosage or its early withdrawal lead to recurrence of disease. In the presence of side effects the correct approach is prevention and treatment of complications.

### Thyroid diseases in the Casentino area

M. Genovesi<sup>1</sup>, M. Mazzetti<sup>1</sup>, G. Bacci<sup>2</sup>, F. Cappelli<sup>1</sup>, S. Manetti<sup>1</sup>, C. Rosi<sup>1</sup>, M.P. Rosito<sup>1</sup>, M. Sikora<sup>1</sup>, S. Stanganini<sup>1</sup>, A. Tufi<sup>1</sup>, G. Ozzola<sup>3</sup>, E. Santoro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sc Medicina Interna Ospedale del Casentino, Bibbiena, Ausl8, Arezzo,

<sup>2</sup>Medico Medicina Generale Poppi, Arezzo,

<sup>4</sup>Sc Medicina Interna Ospedale del Casentino, Bibbiena, Ausl8, Arezzo,

<sup>3</sup>Responsabile Laboratorio Chimico Clinica Ospedale del Casentino, Arezzo

**Background** Thyroid is particularly sensitive to the environmental iodine concentration. In Casentino, a close appenine valley, an increased prevalence of thyroid diseases is revealed.

**Patients and methods** During 2008-2010 we evaluated 102 patients hospitalized for various diseases in the medicine department: 74 women average 72 y.o. and 28 men average 74 y.o. underwent for evaluation of thyroid function and subsequent resolution of the diagnosis in cases of dysfunction.

**Results** 24 patients were suffering hyperthyroidism: 17 from toxic nodular goiter, 6 by graves-basedow's disease and 1 was suffering from hyperthyroidism induced by amiodarone destructive type, 10 patients had nodular goitre with functional autonomy, 43 patients suffered from hypothyroidism: 9 were affected by hypothyroidism after surgery for removal of nontoxic nodular goiter, 6 were affected by hypothyroidism induced by amiodarone, 28 were affected by chronic autoimmune thyroiditis, 25 patients had normal thyroid function: 2 were affected by goitre toxic nodular treated previously with 131 I, 17 were suffering from non-toxic nodular goiter and 5 were affected by chronic autoimmune thyroiditis in euthyroid.

**Conclusion** These data showed the importance of screening patients for the prevention of thyroid diseases.

### Progetto SE.RE.NA (faSE avanzata di malattia, cuRE palliative, medicina interna)

S. Ghidoni<sup>1</sup>, M. Mangia<sup>1</sup>, M. Fortis<sup>2</sup>, R. Caldara<sup>1</sup>, A. Camma<sup>1</sup>, L. Maglio<sup>1</sup>, M. Dieli<sup>1</sup>, G. Alari<sup>1</sup>, F. Tengattini<sup>1</sup>, L. Ricci<sup>1</sup>, R. Cortinovis<sup>1</sup>, S. De Ponti<sup>2</sup>, S. Liguori<sup>2</sup>, A. Minetti<sup>2</sup>, A. Brucato<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Usc Medicina Interna Ospedali Riuniti Bergamo,

<sup>2</sup>Usc Cure Palliative Ospedali Riuniti Bergamo,

<sup>3</sup>Associazione Cure Palliative Bergamo

**Scopo** Presa in carico precoce dei pazienti ricoverati sia oncologici sia non oncologici in fase avanzata di malattia nella transizione tra le cure "specifiche" e le cure "palliative".

**Materiali e metodi** Geriatra sovvenzionata da Associazione di volontariato; valutazione geriatrica multidimensionale (VGM) (Barthel, BADL, IADL, MMSE, PS, Charlson) e colloqui con paziente e famigliari; pianificazione setting di cura più indicato: domicilio in ADI; ospedalizzazione domiciliare gestita dalle Cure Palliative (ODCP), ricovero in Hospice.

**Risultati** Nei primi 6 mesi segnalati 26 pazienti di cui 14 presi in carico dalle cure palliative: 8 a domicilio in ADI con palliatore, 1 in ODOP, 4 ricoverati in Hospice, 1 seguito ambulatorialmente. Attività geriatriche correlate sono state inoltre: 45 VGM, 26 scale di valutazione funzionale; 31 domande di invalidità per via telematica, 6 visite domiciliari post dimissione; stesura protocollo gestione del dolore, con produzione regolo tascabile plastificato per gli operatori.

**Conclusioni** Il modello sperimentato ha dimostrato efficacia nel migliorare qualità e precocità della presa in carico da parte delle cure palliative dei pazienti fragili in fase avanzata di malattia, rinforzando la rete tra Medicina, Cure Palliative e Associazioni di Volontariato.

### Aneurisma micotico

P. Ghiringhelli, R. Cattaneo, E. Bizzarri, S. Bonomo, A. Sacco, S. Ruscito

Sc Medicina, Dipartimento Medico, Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio, Po Tradate

**Introduzione** Il caso esposto appare banale ma dimostra che l'Internista deve avere la tenacia di continuare a ragionare sui sintomi manifestati dal paziente per poi riuscire ad arrivare ad una diagnosi corretta.

**Anamnesi** Uomo, caucasico di 69 anni, da anni ricorrenti rachialgie. 5 giorni prima del ricovero comparivano febbre, epigastralgie, vomito seguiti da tosse. Contemporaneamente comparsa di dolore dorsale che peggiorava con il colpo di tosse. In seguito all'improvviso peggioramento del dolore dorsale il Paziente veniva sottoposto ad angio TC toracica che mostrava una diffusa ateromasia e dilatazione dell'arco aortico. Il dolore sembrava attenuarsi nella posizione supina e venne interpretato di origine meccanica. In VI giornata ricompariva febbre nonostante la terapia antibiotica in atto. Veniva richiesta una nuova TC torace che mostrava la comparsa di un'aneurisma sacciforme sotto l'emergenza dell'arteria succlavia di sinistra. Veniva posizionata un'endoprotesi e proseguita una terapia antibiotica ad ampio spettro per 30 giorni.

**Conclusioni** Gli aneurismi micotici, descritti per la prima volta da Sir. William Osler nel 1885, erano, nell'era preantibiotica, una frequente complicanza dell'endocardite batterica; nel nostro caso probabilmente la porta di ingresso dei germi è stata una placca aterosclerotica fissurata.

### Due casi di fascite in giovani donne

A. Giaccherio, F. Maggio, S. Marchini

Ospedale Civile San Bartolomeo Sarzana

Vengono segnalati due casi di fascite in donne relativamente giovani in buono stato di salute ed in assenza di lesioni traumatiche recenti. Ambedue i quadri clinici sono esorditi con vistosi edemi degli arti e immediato coinvolgimento delle condizioni generali cliniche e sierologiche (marcata ipoproteinemia, ipocalcemia, elevazione dei valori glicemici, nonché leucocitosi neutrofila ed incremento degli indici di flogosi fra cui VES e Procalcitonina). In entrambi i casi una massiccia terapia antibiotica associata a consistente terapia di supporto (sia nutrizionale che fisiologico riabilitativa a seguire) ha consentito alle pazienti un recupero delle normali condizioni di salute.

## Il malato pluripatologico in medicina interna

A. Giacchero, S. Marchini

Ospedale Civile San Bartolomeo Sarzana

Proponiamo un caso di gravi pluripatologie per la cui cura si è dovuto effettuare una scelta terapeutica coraggiosa per la tempistica e l'embricarsi dei trattamenti. Uomo di 77 anni: TBC polmonare pregressa, ipertensione arteriosa, aneurisma aorta addominale, si ricoverava in reparto medico nell'estate 2007 per completamento diagnostico in previsione di trattamento chirurgico dell' aneurisma. L'ecografia addome evidenziava tumefazione epigastrica retro-aortica sospetta per pacchetto linfonodale, la TC (addome e torace) oltre a confermare il pacchetto linfonodale segnalava una area addensativa al lobo inf. polmone dx. con broncogramma aereo ed una al lobo inf. sin.. La broncoscopia ed il BAL escludevano cellule atipiche ma segnalavano la presenza di micobatteri. Nel contempo la biopsia sul tessuto periaortico concludeva per linfoma non Hd diffuso a grandi cellule B. A questo punto era indispensabile stabilire una precedenza terapeutica non potendo trattare contemporaneamente le tre patologie. Si iniziava con terapia anti Kock embricando a breve il trattamento del linfoma. Due anni dopo il paziente è stato ritenuto idoneo al trattamento chirurgico dell'aneurisma addominale.

## Teleangiectases, clinical markers of pulmonary involvement in Systemic Sclerosis

S. Giancotti, R. Cimino, C. Pintaudi, A. Cimellaro, S. Paravati, A. Vitaliano, S. Mazzuca

S.O.C. Divisione Medicina Interna - Az. Osp. "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro

Recent studies suggest that teleangiectases are associated with a more aggressive pulmonary involvement and with a worse clinical outcome in SSc.

**The Aim** To investigate the association between teleangiectases and lung involvement in a cohort of SSc Patients.

**Methods** A total of 88 patients were assessed. All clinical parameters were evaluated and the presence of teleangiectases were assessed in 11 different body areas. A total Teleangiectasia score was obtained by the sum of the score (max 22). Lung function were assessed by evaluating the forced vital capacity (FVC) and the ratio between DLCO/FVC.

**Results** We found Female gender (79,9%), Age 54,7±12,9 years, disease duration 14,3±12,2 y; Diffuse subset in 16(18,2%), Limited subset in 62 (70,4%), intermediate subset in 22,4%); total teleangiectasia score: 7,07±0,72; FVC: 99,2±25,7; DLCO/FVC: 92,6±22,3; Digital Ulcers in 8 pts (9,7%); Digital Amputation in 6 pts (6,8%); Asymmetric peripheral pulse in 10 pts (11,8%), claudicatio in 18pts (20,5%); Infarction in 6pts (6,8%); Creatinin 0,69±12mg%; ACA (47,7%); SCL-70 (27,3%). In multivariate linear regression analysis. Total teleangiectasia score vs DLCO/FVC: rho 0,42 p<0,005.

**Conclusion** In the SSc cohort, the presence of higher total teleangiectasia score was associated with a more important deterioration of the lung function.

## Ascesso paracardiaco da enterococcus faecium in AR in trattamento con tocilizumab (TCZ)

L. Giani, P. Faggioli, M. Rondena, P. Fusetti, A.G. Gilardi, A. Sciascera, A. Mazzone

Uo Medicina Interna, Ao Ospedale Civile di Legnano (Mi) -Presidio di Legnano

**Premessa** La terapia dell'AR con farmaci biologici, può aumentare il rischio di infezioni silenti.

**Caso clinico** Pz 57 a M, affetto da AR. Nel 1989 TBC polmonare biapicale trattata per 15 mesi. Dal 2001 terapia con methotrexate. Nel 5/2009 ricostruzione della radice aortica per iniziale dissezione. Dal 2010 non risposta a methotrexate (das 28 5,7) per cui dal 6/2010 inizia trattamento con TCZ previa negatività di rx torace e profilassi con isoniazide. Dopo 3 somministrazioni di TCZ prive di effetti collaterali, il pz era asintomatico e in remissione con das 28 2,2. Dopo la 5 somministrazione, in pieno benessere comparsa di modesta emoftoe con riscontro di addensamento mediastinico sospetto per sanguinamento da deiscenza dell'anastomosi aortica. Sottoposto ad intervento cardiocirurgico si riscontrava ascesso paramediastinico e pleurico che venivano drenati. L'esame colturale evidenziava positività per E. faecium. Il pz è stato sottoposto a trattamento antibiotico empirico, quindi a linezolid, con risoluzione del quadro clinico. L'AR è rimasta controllata fino a 5 mesi dopo la sospensione di Tcz.

**Conclusioni** Il trattamento con Tcz, nonostante la indubbia efficacia sulla clinica e negativizzazione degli indici di flogosi nell'AR richiede una stretta sorveglianza dei pz al fine di evidenziare precocemente eventi infettivi misconosciuti.

## Usefulness of bedside contrast enhanced ultrasound in internal medicine

A. Gianstefani, E. Sagrini, F. Piscaglia, C. Crespi, L. Bolondi

Medicina Interna Bolondi, Dipartimento Malattie Apparato Digerente e Medicina Interna, Università degli Studi di Bologna

**Case description** A 52-year-old woman was admitted with a 1-week history of septic fever without any other symptom. Physical examination was unremarkable. Initial laboratory investigations revealed high C reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, neutrophils and slight increase of transaminases. The detection of cardiac murmur and a past history of post-surgery sepsis lead to a first suspicion of infective endocarditis in the Emergency Department.

On admission to our department ultrasound examination of the abdomen detected an inhomogeneous mass involving the main bile duct, which showed patchy arterial enhancement without a clear wash-out in the late phase on the contrast-enhanced ultrasound. Gall-bladder was distended with gall-stones and thickened walls. The computed tomography scan confirmed the suspicion of flogistic process of the main bile duct and gall-bladder with abscessualization. The patient was put on antibiotic therapy and was referred to the surgery unit. The surgical exploration revealed a condition of cholecystitis with wall ruptures and ulcerations surrounded by flogistic tissue.

**Conclusions** Bedside ultrasound, especially if contrast enhanced, is an essential tool in internal medicine in order to amplify the physical examination and to rapidly direct the workup process avoiding misleading diagnoses.

## Scleremia da PCT: presentazione di un caso

A.G. Gilardi, P. Faggioli, L. Giani, M. Rondena, P. Fusetti, A. Sciascera, A. Mazzone

Uo Medicina Interna - Ao Ospedale Civile di Legnano (Mi) Presidio di Legnano

La Porfria Cutanea Tarda (PTC), la forma più comune di porfria, è una malattia acquisita del fegato, che si manifesta usualmente con lesioni cutanee bollose e fragilità. Più raramente sono descritte alterazioni di tipo sclerodermico, soprattutto nelle aree esposte alla luce. È causata dall'inibizione dell'enzima uroporfirogeno decarbossilasi nel fegato. L'inibizione, reversibile, è scatenata da infezioni del virus dell'epatite C, alcol, estrogeni, sovraccarico di ferro. In altri casi la causa non è identificabile.

Riportiamo il caso di U.F., donna di 63 anni, che si è presentata al nostro Ambulatorio di Reumatologia per manifestazioni a tipo sclerodermico al volto, mani, avambracci da alcuni anni e fenomeno di Raynaud da un anno. VES, PCR, ANA, ENA sono risultati normali, la capillaroscopia mostrava scleroderma pattern late. Coproporfirine e uroporfirine risultavano elevate. La ricerca delle mutazioni del gene HFE è risultata negativa. È stata iniziata terapia con cloroquina a bassa dose e un programma di salassi.

Si evidenzia l'importanza di considerare la Porfiria nella diagnosi differenziale delle manifestazioni similisclerodermiche, pur in presenza di fenomeno di Raynaud e di capillaroscopia alterata

### Corticosteroid therapy and risk of fracture in the elderly

M. Gioia<sup>1</sup>, R. Napolano<sup>1</sup>, G. Iolascon<sup>1</sup>, M. D'Avino<sup>2</sup>, A. Iardi<sup>3</sup>, R. Gimigliano<sup>1</sup>, D. Caruso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze Ortopediche, Traumatologiche, Riabilitative e Plastico-Ricostruttive della II Università di Napoli,

<sup>2</sup>Medicina 2 - A.O.R.N. "Antonio Cardarelli" Napoli,

<sup>3</sup>Medicina D'urgenza - A.O.R.N. "Antonio Cardarelli" Napoli

**Background** The corticosteroids (CS) influence the homeostasis skeletal through numerous and complex mechanisms. Particularly, the inhibition of the bone formation by osteoblastic cells is confirmed both from the histomorphometric data that from reduction of the circulating levels of osteocalcine. Purpose of our work: to appraise the existing correlation between assumption of CS and fracture of hip-joint in relationship to a cohort of contemporaries not fractured.

**Materials and methods** In 6 months 7355 patients over 65 ys have been recruited, during admission to 100 Orthopedic and Traumatologic centers on the national territory. To all a questionnaire has been administered to notice: the motives for the access, the salient anamnesis, the cognitive status, the use of CS for os (algorithm FRAX).

**Results** By the checking of the forms, it is deduced that less than the 10% of the patients (581: 93 M, 488 F) is in chronic treatment (> 3 months) with CS to the least dose of 5 mgs/die. Of these, the 35,5% of the males and the 38% of the females is fractured.

**Conclusions** The chronic therapy with CS doesn't subsequently increase the risk of fracture of the upper femur. It is presumable that the result depends on the elevated middle age of the examined subjects, that realizes a "ceiling effect" for the algorithm FRAX.

### The Human GLP-1 Analog, Liraglutide, Improves BMI and Waist Circumference in Patients with Type 2 Diabetes: Meta-Analysis

C. Giorda<sup>1</sup>, B. Zinman<sup>2</sup>, S. Colagiuri<sup>3</sup>, S. Madsbad<sup>4</sup>, S. Bain<sup>5</sup>, T. Jensen<sup>6</sup>, A. Falahati<sup>6</sup>, G. Lastoria<sup>7</sup>, J. Jendle<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Metabolism and Diabetes Unit, Chieri, Italy,

<sup>2</sup>Second University of Toronto, Mount Sinai Hospital, Canada,

<sup>3</sup>University of Sydney, Australia,

<sup>4</sup>Hvidovre University Hospital, University of Copenhagen, Denmark,

<sup>5</sup>Abm University Health Board, Swansea, UK,

<sup>6</sup>Novo Nordisk A/S, Soborg, Denmark,

<sup>7</sup>Novo Nordisk, Italy,

<sup>8</sup>Orebro University Hospital, Orebro, Sweden

BMI and waist circumference are independently linked to cardiovascular disease and type 2 diabetes. The GLP-1 analog liraglutide decreases A1C, body weight, systolic blood pressure and other CV risk markers, with a low rate of hypoglycemic events. This meta-analysis of phase 3 trials compared the effects of once-daily liraglutide and placebo on BMI and WC. ANCOVA analysis examined changes from baseline to 26 weeks,

with quartile (Q) and interaction between treatment and Q effects.

Overall mean BMI decreased significantly from baseline in patients treated with liraglutide 1.8 mg (p<0.0001) and 1.2 mg (p<0.0001). Decreases were significantly greater with either dose vs. placebo, and liraglutide 1.8 mg vs. liraglutide 1.2 mg in higher BMI Q. Reductions in highest Q4 were greater than Q1-Q3 for both doses (p<0.001). Overall mean WC also decreased from baseline with liraglutide 1.8 mg (2.1 cm, p<0.0001) and 1.2 mg (1.8 cm, p<0.0001).

For both doses, decreases were greater with liraglutide vs. placebo in higher baseline Q and greater in higher vs. lower Q. Liraglutide therapy over 26 weeks in patients with T2D is associated with significant reductions in BMI and WC, particularly from high baseline values. These decreases add to the suggested potential for liraglutide to reduce the CV risk, although long-term outcome studies are needed.

### Levofloxacin-associated relapsing hypoglycemia

S. Giordanetti, P. Carpano Maglioli, G. Bertinieri

Medicina Interna, Ospedale degli Infermi, Biella

A 30 years old man presented to emergency department with numbness. He showed severe relapsing hypoglycemia throughout the first 36 hours since admission, requiring continuous glucose infusion. Relapses self-limited after 36 hours. Hypokalemia, hypocalcemia, low prealbumin levels, despite apparently adequate food intake, suggested enteric malabsorption. Celiac disease was suspected on duodenal biopsy but excluded on further genetic assessment. Stepwise diagnostic approach revealed no plausible cause for the relapsing hypoglycemia. Factitious hypoglycemia was excluded. Starvation test and glucose tolerance test were normal. Anamnestic inquiry revealed the patient had taken two levofloxacin pills respectively 24 and 12 hours before the onset of symptoms. Fluoroquinolones are described to cause hypoglycemia, due to an insulin-secretagogue action similar to sulfonilureas. The majority of cases were reported in diabetics either on insulin or oral antidiabetics, in elder cachectics and in patients with renal disease. A chronic inadequate nutritional balance may have predisposed our patient to hypoglycemic effect of levofloxacin. Self limitation timing of relapsing hypoglycemia reflected the fluoroquinolone clearance time.

**Conclusions** Fluoroquinolones should be used carefully when suspecting chronically impaired nutritional balance.

### Non-Invasive Ventilation in an Internal Medicine and Respiratory Rehabilitation Unit: 3 years of experience and 4 years Long Term Outcome.

A. Giorgi<sup>1</sup>, F. De Marco<sup>2</sup>, M. Orlando<sup>3</sup>, V. Cardaci<sup>3</sup>, L. Ferri<sup>3</sup>, A. Cornoldi<sup>1</sup>, A. Forgione<sup>1</sup>, V. Curigliano<sup>1</sup>, A. Gatti<sup>1</sup>, M. Scarcia<sup>1</sup>, A. Lancia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Internal Medicine Unit, IRCCS San Raffaele - Pisana -, Rome, Italy,

<sup>2</sup>Emergency Department, San Giovanni Addolorata, Rome, Italy,

<sup>3</sup>Respiratory Rehabilitation Unit, IRCCS San Raffaele - Pisana -, Rome, Italy.

**Introduction** Non-invasive ventilation (NIV) is a first-line treatment for acute respiratory failure (ARF). Many data advocate the use of NIV in an acute setting but data are lacking about the use in the internal medicine (IM) units and about the long term outcome (LTO).

**Aim** To describe our experience of 3 years with NIV in patients with ARF in an IM of an hospital specialized in rehabilitation and evaluate the LT survival, hospital readmission (HR) and mortality rate.

**Materials and methods** The study was conducted from Dec. 2006 to 2008. We treated 92 naive-patients (46 men, 46 women, age 71±10) with NIV coming from ER (57. 6%) or home (42.3%). We analyzed the clinical indications and the patient LTO (48 months).

**Results** Indications for NIV were: exacerbation of COPD (89%), cardiogenic pulmonary edema (3.3%), pneumonia (3.3%), obesity-hypoventilation syndrome (2.1%). Of 92 patients, 79.3% were transferred to the respiratory rehabilitation in stable clinical conditions, 6.5% were discharged home, 7.6% were transferred to intensive care unit (ICU) because they were clinically unstable and 6.5% died. As regards the patients transferred in rehabilitation: 78% were discharged home, 6.8% were transferred to ICU, 2.7% were voluntarily discharged and 12.3% died. The LTO was performed in 18.5% patients. The survival rate was 23.5%, while the HR and mortality rate, due to respiratory causes, were respectively 76.3% (35% within 6 months) and 40,9% (17.6% after 48 months).

**Conclusion** Our results show that the IM and rehabilitation units are a good setting for treating patients with NIV, with a high success rate, when treatment is implemented by experienced and qualified staff.

### ✦ Effectiveness of r-FVIIa and arterial embolization in abdominal wall haematoma in high responder severe haemophilia A: case report

M. Giorgi-Pierfranceschi<sup>1</sup>, A. Tagliaferri<sup>2</sup>, R. Quintavalla<sup>3</sup>, D. Imberti<sup>3</sup>, M. Arbasì<sup>4</sup>, E. Montini<sup>5</sup>, S. Orlando<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Emostasi e Trombosi, Dip. Emergenza-Urgenza, Ausl Piacenza,

<sup>2</sup>Centro di Riferimento Regionale per l'emofilia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma,

<sup>3</sup>Medicina Interna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma,

<sup>4</sup>Immunematologia e Medicina Trasfusionale, Ausl di Piacenza,

<sup>5</sup>Centro Emostasi e Trombosi, Dip. Emergenza-Urgenza, Ausl Piacenza

**Background** In haemophilic patients the presence of an inhibitor at high titre contraindicates the use of factor VIII concentrates and, in case of bleeding, require the use of bypassing agents to recover an efficient haemostasis.

**Case report** Male, 73 years old, affected with severe haemophilia A, high responder (inhibitor titre: 54 UB), was hospitalized for sudden abdominal pain. US scan showed an hypo-anechoic area (55x120 mm) within left rectus abdominis muscle. Angiographic CT scan confirmed the large haematoma of abdominal wall with evidence of active bleeding. The patient was immediately treated with recombinant factor VII activated (r-FVIIa) at dosage of 90 µg/kg (7 mg) every 3 hours and undergone to a selective embolization of hypogastric arterial, obtaining the bleeding control. The dosage of r-FVIIa was unchanged for the first 2 days and then was gradually decreased to 7 mg every 4, 6, 8, 12, and 24 hours for total 22 days. Two months follow-up CT scan showed a reduction of the haematoma of left rectus abd. (43x17 mm) and a resolution of the right side one. During follow up the patient had no symptomatic thromboembolic events, or further bleedings, and no more anti-haemorrhagic drugs were needed.

**Conclusions** In our case the combined treatment with embolization and r-FVIIa for 22 days was effectiveness and safety.

### Infarto splenico tromboembolico, una rara complicanza in paziente con Fibrillazione Atriale (FA)

P.G. Giuri, S. Maccari

Medicina Interna Ospedale S. Anna Castelnovo Monti (Re)

**Introduzione** L'infarto splenico tromboembolico rappresenta una rara complicanza della FA. Clinicamente si presenta con dolore ai quadranti addominali superiori di sinistra.

Il Warfarin rappresenta il gold-standard del trattamento della FA. Una terapia discontinua o un range di scoagulazione mantenuto <2 favoriscono l'episodio tromboembolico.

Diagnosi strumentale: ecografia e Tomografia.

**Caso clinico** Uomo di 73 aa. APR: FA in TAO. S. depressiva. Litiasi ureterale sinistra. Gastrite cronica atrofica. Ernia iatale da scivolamento. Diverticolosi del sigma, polipo del colon trasverso. Sensazione di evacuazione incompleta.

Terapia domiciliare: Coumadin, Congescor, Lasix, Lanoxin, Valium, Zoloff. Due accessi in PS per dolore addominale. Sottoposto ad esami ematochimici, ecografia e radiografia addome, visita urologica. Inviato a domicilio. Si ripresenta in PS dopo sei giorni con sintomatologia immutata. Esegue TC addome con mdc che evidenzia aree ipoecogene alla milza di 4cm al polo inferiore e 2.6 e 3cm al margine superiore: infarto splenico.

Nei due mesi precedenti l'evento, PT-INR mai nel range di scoagulazione. **Commento** Una dolenzia dei quadranti addominali superiori di sinistra deve far sospettare ad un infarto splenico, ancor più perché in paziente affetto dalla più comune aritmia fonte di embolia. Opportuno mantenere sempre PT-INR >2.

### Sepsi fatale da E. coli ESBL (extended-spectrum beta-lactamases) produttore in paziente ospite di Nursing Home

P.G. Giuri, G. Azzarone, S. Maccari

Medicina Interna Ospedale S. Anna Castelnovo Monti (Re)

**Introduzione** Le ESBL sono enzimi selezionati dall'uso estensivo di cefalosporine a spettro allargato. Sono in grado di degradare tutte le cefalosporine le penicilline e l'Aztreonam. I ceppi produttori di ESBL sono resistenti a Trimethoprim/Sulfametossazolo agli Aminoglicosidi e ai Fluorchinoloni.

**Caso clinico** Donna di 87 anni ospite di Nursing home. APR: ipertensione arteriosa. Parkinsonismo vascolare. Artrosi polidistrettuale. Diverticolosi colica. Pregresso episodio di scompenso cardiaco. Morbo di Bowen. Calcolosi della colecisti.

Nell'ultimo mese ripetuti episodi febbrili, trattati con Ciproxin, Ceftriaxone e Cefixime.

All'ennesimo episodio, ricovero in Medicina. Lastra del torace negativa. Eseguite: emocolture, urocoltura, ematochimici (PCR 28.8, WBC 16.500, neutrofili 13.500, Hb 9.5, MCV 75.5, PLT 476.000, PCT 0.52).

Wash-out chemioterapico. A 24h nuovi esami ematochimici e la TC è 37.3 C. A 36 ore dal ricovero, exitus dell'assistita. In settimana giornata emocolture positive per E. coli ESBL+.

**Commento** Dovremo sempre considerare gli ospiti di Nursing home, a rischio per infezioni da ceppi ESBL-produttori. Lo sconsigliato uso di Cefalosporine e Fluorchinoloni, in tali strutture, porta ad un incremento di isolamenti di ceppi produttori di ESBL con aumento proporzionale della mortalità e drastica riduzione della risposta clinica.

### Correlazione tra valore della Procalcitonina (PCT) e isolamento microbiologico. Esiste una proporzionalità diretta?

P.G. Giuri<sup>1</sup>, R. Baricchi<sup>2</sup>, C. Manfuso<sup>2</sup>, V. Insegnante<sup>2</sup>, F. Vitone<sup>2</sup>, S. Maccari<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna Ospedale S. Anna Castelnovo Monti (Re),

<sup>2</sup>Laboratorio Analisi Ospedale S. Anna Castelnovo Monti (Re)

**Introduzione** La PCT è il proormone della calcitonina che aumenta nelle infezioni batteriche. Utilizzata come marker per il monitoraggio di pazienti a rischio infettivo e per valutare l'efficacia antibiotica.

Interpretazione dei valori: basso rischio di infezione (<0.50 ng/mL), moderato rischio (≥0.50-<2.0 ng/mL), elevato rischio (≥2.0-<10.0 ng/mL), elevata probabilità di sepsi grave shock settico (≥10.0 ng/mL).

**Materiali e metodi** Nel 2010 sono stati richiesti, presso il laboratorio, 405 dosaggi di PCT. Il 39.5% proveniente dalla Medicina-Lungodegen-

za; il 30.4% dalla Terapia Intensiva; il 3.4% dalla Cardiologia-UTIC; il 5.4% dal PS; il 15.8% dalla Chirurgia. Sono risultate a moderato rischio 92; 59 elevato rischio; 41 sepsi grave. Abbiamo escluso dall'osservazione i 60 risultati negativi e i 153 a basso rischio di infezione. Tra i 41 pazienti con sepsi grave abbiamo avuto 12 isolamenti microbiologici, 3 da Emocolture 5 da Urocolture, 4 da entrambe. Dei 59 ad elevato rischio 10 gli isolamenti, 3 da Emocolture 5 da Urocolture, 2 da entrambe. Tra i 92 a moderato rischio 14 isolamenti, 8 da Emocolture 6 da Urocolture.

**Commento** Possiamo dire che c'è proporzionalità diretta tra valore di PCT e isolamento microbiologico, rispettivamente del 29.2% nella sepsi grave, del 17% in quella ad elevato rischio e del 15.2% in quella a moderato rischio.

### Procalcitonina (PCT): valutazione dell'appropriatezza prescrittiva. Studio Osservazionale Retrospectivo anno 2010

P.G. Giuri<sup>1</sup>, R. Baricchi<sup>2</sup>, C. Manfuso<sup>2</sup>, V. Insegnante<sup>2</sup>, F. Vitone<sup>2</sup>, S. Maccari<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna Ospedale S. Anna Castelnovo Monti (Re),

<sup>2</sup>Laboratorio Analisi Ospedale S. Anna Castelnovo Monti (Re)

**Introduzione** La PCT è il proormone della calcitonina. Viene prodotta dalle cellule C della tiroide ed aumenta, con estrema sensibilità, in corso di infezioni batteriche.

L'Ospedale S. Anna fa parte del Presidio Ospedaliero dell'Azienda Usl di Reggio Emilia, e dispone di 132 posti letto sia per ricoveri ordinari che per ricoveri in Day Hospital e Day Surgery.

Interpretazione del valore quantitativo: basso rischio di infezione (<0.50 ng/mL), moderato rischio (≥0.50-<2.0 ng/mL), elevato rischio (≥2.0-<10.0 ng/mL), elevata probabilità di sepsi grave-shock settico (≥10.0 ng/mL).

**Materiali e metodi** Nel corso del 2010 sono state inviate, presso il nostro laboratorio, 405 richieste di dosaggio della PCT. Il 14.8% (60) è risultato negativo. Il 37.8% (153) a basso rischio. Il 22.7% (92) moderato rischio. Il 14.6% (59) elevato rischio. Il 10.1% (41) sepsi grave. Escludendo dall'osservazione i valori di PCT <0.50 ng/mL (basso rischio-negativi), abbiamo una somma totale pari al 47.4% (192) di risultati positivi e con una tale rilevanza clinica, sia per la diagnosi sia per la prognosi.

**Commento** Il nostro studio depone per un'appropriatezza prescrittiva non ancora ottimale, probabilmente dovuta all'introduzione della metedica solo da pochi anni presso il nostro Ospedale. Sicuramente è un buon punto di partenza ma il traguardo non è ancora raggiunto.

### Ipokaliemia con Fibrillazione Ventricolare ed arresto cardiaco quasi fatale per contemporaneo utilizzo di Moxifloxacin

P.G. Giuri<sup>1</sup>, A.S. Soliani<sup>1</sup>, R. Vignoli<sup>2</sup>, E. Briglia<sup>3</sup>, S. Maccari<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna Ospedale S. Anna Castelnovo Monti (Re),

<sup>2</sup>Dh Oncologico Ospedale S. Anna Castelnovo Monti (Re),

<sup>3</sup>Anestesia-Rianimazione Ospedale S. Anna Castelnovo Monti (Re)

**Introduzione** L'ipokaliemia è una condizione clinica associata a basse concentrazioni plasmatiche di Potassio (<3,5 mEq/L). Le cause sono: problemi legati alla dieta; ridistribuzione intra ed extracellulare; perdite renali o gastrointestinali farmacodotte. La sintomatologia: astenia e dispnea.

**Caso clinico** Donna di 78 anni. APR: ipertensione arteriosa. Diabete mellito tipo 2. Portatrice di PM. ADK polmonare in chemioterapia. Esegue controllo ematochimico post chemioterapia, indi inizia trattamento con Granulokina, Aciclin, Avalox e Difluca. Nello stesso periodo stipsi, trattata con Movicol e Phospho-Lax con successo. Dopo tre giorni, ricovero in Medicina per astenia e dispnea.

Arrivata in reparto cade in terra con ritmo cardiaco in FV. Viene defibrillata con ripresa del ritmo sinusale, intubata e trasferita in rianimazione. **Ematochimici:** 21.000 bianchi, 2.740.000 eritrociti, 7.8 Hb, 18.370 neutrofili, K 1.80 mmol/L (3.4-4.5 mmol/L).

Corretto il deficit elettrolitico riprende respiro spontaneo, estubata e trasferita in Medicina.

**Commento e conclusioni** L'anziano ed il paziente oncologico hanno spesso problemi di Ipokaliemia, o da uso di diuretici o da uso di lassativi per stipsi secondaria a scarsa o cattiva alimentazione.

La Moxifloxacin assunta in corso di Ipokaliemia, aumenta il rischio di aritmie ventricolari con arresto cardiaco.

### Surviving Extreme Hypercalcaemia: a case report

P. Gnerre, S. Buscaglia, A. Cattana, G. Carta, V. Sguerso, L. Parodi

Medicina Interna e Cure Intermedie, Ospedale San Paolo Savona

**Background** Asymptomatic hypercalcaemia is a common metabolic disorder. Hyperparathyroidism (PHPT) is the most common cause of hypercalcaemia in the outpatient setting and is usually discovered by routine laboratory testing. PHPT is usually mild and asymptomatic. Only a few patients developed hypercalcaemic crisis, a medical emergency characterized by severe hypercalcaemia with serum calcium concentration above 15 mg/dL.

**Methods** We report a case report about a 64-year-old female admitted to the emergency room with an acute coma states. Biochemical assay revealed extreme hypercalcaemia, 25 mg/dL (normal value 8.80-10.60 mg/dL). The diagnosis of parathyroid crisis was confirmed when the parathyroid hormone was detected significantly elevated 2217 pg/ml (normal value 12-72 pg/ml). Ultrasonography and sestamibi scanning showed double parathyroid adenoma.

**Results** Therefore the patient underwent a surgical exploration that confirmed the presence of double adenoma. Serum calcium and the PTH levels normalized within a day after surgery.

**Conclusion** Our case report emphasizes the importance of suspecting hypercalcaemia crisis in patients presenting non specific symptoms.

### Which treatment options should be taken regarding acute cardioembolic stroke despite anticoagulation for atrial fibrillation?

P. Gnerre, S. Buscaglia, A. Cattana, V. Sguerso, G. Carta, L. Parodi

Medicina Interna e Cure Intermedie, Ospedale San Paolo Savona

**Background** Despite anticoagulation for atrial fibrillation, some patients still suffer an ischaemic stroke. The issue of whether to stop or continue warfarin, or possibly to reverse the anticoagulation is an area of uncertainty.

**Methods** We report a case report about a 60-year-old male admitted to our department for an ischaemic stroke. Anamnestic history evidenced hypertension and atrial fibrillation in therapy with warfarin. His international normalized ratio (INR) is 2.1. An urgent CT brain scan showed small infarction in the territory of middle cerebral artery. The question we asked is whether or not to continue his therapy with oral anticoagulation.

**Results** Selective literature review and consideration of the author's own clinical experience.

**Conclusions** In agreement with the independent recent Joint Guideline Statement from the AHA and AAN we recommends that the urgent routine anticoagulation with the goal of improving neurological outcomes or preventing early recurrent stroke is not recommended for the treatment of patients with acute ischemic stroke. Current guidelines recommend starting warfarin at least 2 weeks after a major cardioembolic stroke. More studies are required to determine if certain subgroup may benefit from urgent anticoagulation.



### Uncommon case of sepsis

C. Gollini, S. Pederzoli, G. Carluccio, F. Vecchi, B. Manni, A. Minnucci, P. Ballesini, G. Sirotti, C. Sacchetti, A. Pedrazzi, M. Grandi

U.O. Complessa di Medicina Interna (Direttore: M. Grandi), Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo

**Case presentation** We report the case of a 72 years-old man with chronic renal failure in dialysis three times a week, carrier of aorto-aortic graft for infrarenal AAA (2002) and subsequent surgery for proximal anastomotic aneurysm (2007). In July 2010 hospitalization for MSSA sepsis from unknown origin, treated with ciprofloxacin and cephalosporin. At the end of therapy recurrence of septic state: re-hospitalization, blood cultures positive for MSSA and periprosthetic abscess detected on CT. Oxacillin therapy for 3 weeks led to a stable defervescence, improved clinical conditions and a reduction in abscess size. Antibiotic therapy at discharge was oral moxifloxacin and amoxicillin. In the follow up white blood cells count and inflammatory markers increase; the periprosthetic collection at CT was unchanged. We start new antibiotics for 1 month (moxifloxacin and rifampicin) with improvement.

**Conclusions** The incidence of these infections is 0.5% of which 20% supported by *S. aureus*.

After 3 months from surgery, the diagnosis of periprosthetic infection is based on the presence the following signs: infected periprosthetic collection, positive blood cultures, histological signs of infection in the periprosthetic tissues.

### Epatite cronica da HCV con marcatori di autoimmunità

A. Grassi, S. Bondini, N. Celli, G. Donati, G. Ballardini

Medicina 2, Dipartimento delle Malattie Endocrino-Metaboliche del Ricambio e dell'Apparato Gastroenterico, Ospedale Infermi, Rimini

**Introduzione** In caso di ipertransaminasemia non è raro riscontrare coesistenza di HCV positività con alterazioni compatibili con epatite autoimmune (EAI). La diagnosi differenziale è difficoltosa poiché né l'epatite da HCV, né l'EAI presentano aspetti patognomonici. La presenza di autoanticorpi può essere un epifenomeno dell'infezione da HCV, oppure può trattarsi di EAI in presenza di infezione "asintomatica" da HCV; infine non si può escludere la coesistenza delle 2 patologie.

**Caso clinico** Paziente con ipertransaminasemia cronica HCV+ (genotipo 3a) con positività per anticorpi anti nucleo e ipergammaglobulinemia. L'istologia epatica compatibile sia con eziologia virale che con EAI. Applicato score per la diagnosi di EAI: EAI "probabile". Instaurata terapia cortisonica, senza successiva risposta.

Riapplicato lo score per la diagnosi di EAI (alla luce della non risposta allo steroide): non confermata la diagnosi di EAI "probabile". Inizia terapia antivirale ottenendo una risposta virologica completa, con scomparsa dell'anti nucleo.

**Conclusioni** La diagnosi differenziale tra epatite da HCV ed EAI è fondamentale in quanto la terapia antivirale può peggiorare un'EAI miscelata mentre la terapia immunosoppressiva può "aggravare" l'infezione da HCV. L'applicazione dello score per la diagnosi di EAI è di utile supporto in questo contesto.

### Diarrea acquosa cronica con cromogranina significativamente elevata: non è sempre una sindrome da carcinoide!

A. Grassi, G. Donati, S. Bondini, N. Celli, G. Ballardini

Medicina 2, Dipartimento delle Malattie Endocrino-Metaboliche, del Ricambio e dell'apparato Gastroenterico, Ospedale Infermi, Rimini

**06/2007:** maschio, 67 anni, giunge ad osservazione per persistenza da 3 mesi di diarrea acquosa, calo ponderale, scarsa risposta a loperamide. Colonscopia negativa. Esami: chimico/fisico e parassitologico feci, coprocultura, CEA, Ca19.9: negativi. Cromogranina 83 (VN <18), ripetuta cromogranina: 227. TC addome: negativa.

**12/2007:** nel sospetto di una sindrome da carcinoide viene eseguito Octreoscan con Indio 111: negativo.

**03/2008:** perdurando sintomatologia ripete colonscopia: mucosa del retto-sigma con aspetto ad acciottolato. Quadro compatibile con malattia infiammatoria cronica intestinale. Istologico: compatibile con colite microscopica linfocitica.

Terapia: budesonide 9 mg/die.

**06/2008** Al controllo miglioramento soggettivo, attenuazione diarrea.

**07/2008:** ulteriore miglioramento clinico: scala budesonide a 6 mg/die.

**10/2008:** alvo regolare da 1 mese; sospende budesonide. Cromogranina 54.

**06/2009:** Asintomatico. Alvo regolare in assenza di terapia.

#### Conclusioni.

1. La presenza di livelli significativamente elevati di cromogranina non sempre è indicativa della presenza di una sindrome da carcinoide.

2. In presenza di diarrea acquosa di n d d in corso di colonscopia è mandatoria l'esecuzione di biopsia anche con mucosa macroscopicamente normale, per escludere la presenza di una colite microscopica (presente nel 10% delle diarreie indagate).

### ☛ Infections with MDR *A. baumannii* and *P. aeruginosa* in the critically ill patient in internal medicine: markers or killers?

M. Grazzini<sup>1</sup>, A. Mancini<sup>1</sup>, F. Pieralli<sup>1</sup>, P. Pecile<sup>2</sup>, F. Luise<sup>1</sup>, V. Vannucchi<sup>1</sup>, M. Zerini<sup>1</sup>, C. Nozzoli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna e d'Urgenza, Aou Careggi, Firenze,

<sup>2</sup>Microbiologia e Virologia, Aou Careggi, Firenze

**Introduction** Multidrug-resistant (MDR) *Acinetobacter baumannii* (Ab) and *Pseudomonas aeruginosa* (Pa) are emerging pathogens in the health care setting, in particular in the critically ill patient (Pt). No data are available about their incidence in internal medicine departments. We report data about patients admitted to our High Dependence Unit (HDU) from January 2010 to February 2011 with blood, sputum or urine cultures positive for Ab and/or Pa. We evaluated incidence, prognostic and therapeutic implications of these agents.

**Methods:** Retrospective study on 270 pt consecutively admitted to HDU.

**Results** Ab and/or Pa were isolated in 39/270 Pt (25/39 were transferred from intensive care unit). Ab-positive: 72%; Pa-positive: 60%. Pneumonia incidence: 95%. Procalcitonin average levels: 1.31 ng/ml. Antibiotic use during hospitalization: fluoroquinolones (FQ) 56%; carbapenems (CP) 66%; cephalosporins (CS) 33%. Mortality: 18%. Colistin-related sensitivity: 100%.

**Conclusion** Health care-associated infections from Pa and Ab are mainly represented by ventilator-associated pneumonia. CP, CS and FQ use is associated with increased risk; this suggests the importance of selective antibiotic pressure. It remains unclear whether isolation of Ab and Pa in hospitalized patients is just an high critical marker or an independent predictor of mortality.

### Crisi emolitica acuta in paziente con deficit di G6PD. Un caso di lyonizzazione sfavorevole

M. Grazzini, F. Pieralli, F. Rocchi, F. Bacci, L. Ciucciarelli, F. Bucciero, C. Del Re, C. Nozzoli

Medicina Interna e D'urgenza, Aou Careggi, Firenze

**Introduzione** Il deficit dell'enzima Glucosio-6-fosfato deidrogenasi (G6PD) è un disordine genetico ereditario X-linked che si manifesta con disordini clinici di vario grado.

**Motivo del ricovero** Donna, 77 anni, origine sarda, si ricovera per febbre da 72 ore, tosse produttiva, ittero ingravescente ed urine ipercromiche. Riferita assunzione di paracetamolo (3gr/die) e di fave nei giorni precedenti.

**Anamnesi** Familiarità per deficit di G6PD: marito e due figli (un maschio e una femmina) affetti; ha sempre assunto farmaci ed alimenti senza limitazione.

**Decorso** E.O.: piretica, cute e mucose itteriche, urine ipercromiche, non splenomegalia.

Esami ematici: leucocitosi neutrofila, anemia normocitica, elevati indici di emolisi. Test di Coombs diretto e indiretto negativo. All'rx torace addensamento basale destro. Dosaggio del G6PD durante crisi emolitica nella norma.

Eseguite emotrasfusioni, infusione di liquidi e antibiotico terapia ad ampio spettro con miglioramento del quadro clinico e stabilizzazione di Hb.

**Commento** A 90 giorni nuovo dosaggio della G6PD risultato diagnostico per deficit di G6PD. La paziente era quindi portatrice di deficit di G6PD. Una lyonizzazione sfavorevole comporta la presenza di emazie prive di attività enzimatica; in base alla percentuale di attività dell'enzima possono verificarsi quadri clinici variabili.

### A meta-analysis on plasma 25(OH)D concentrations and hypertension in the elderly

E. Greco<sup>1</sup>, R. Greco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Internal Medicine, Institute Tricarico-Rosano, Belvedere M.Mo (Cs), Italy,

<sup>2</sup>Scientific Institute Ospedale San Raffaele, Milan, Italy

**Background and Aim** The plasma concentration of 25-hydroxyvitamin D [25(OH)D] could be inversely associated with blood pressure (BP), as its low concentration may activate the renin-angiotensin system and predispose to hypertension. The AIM of this study is to compare the results of different studies on 25(OH)D concentrations and hypertension status.

**Method** To classify participants as normotensive or hypertensive the majority of studies used supine office BP measurements, one study 24-h ABPM, one study both supine office and 24-h ABPM.

**Results** Some studies indicate that 25(OH)D levels higher than 37.5 nmol L<sup>-1</sup> are required for normal BP in the elderly; other studies recommend a target range of 75-100 nmol L<sup>-1</sup>; the Intersalt study shows that office BP is positively associated with distance from the equator (related to ultraviolet B radiation exposure-dependent vitamin D status?); in a recent study of Swedish twins and in an USA genome-wide recent study, it has been shown that genetic factors are an important determinant of vitamin D status.

**Conclusion** In conclusion, the results show that low plasma 25(OH)D concentrations (< 37.5 nmol L<sup>-1</sup>) are associated with a higher prevalence of hypertension in the elderly, but there is no consensus on the optimal range of vitamin D concentrations because genetic factors might be involved.

### ✦ A meta-analysis on high heart rate as cardiovascular risk factor

E. Greco<sup>1</sup>, R. Greco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Internal Medicine, Institute Tricarico-Rosano, Belvedere M.Mo (Cs), Italy,

<sup>2</sup>Scientific Institute Ospedale San Raffaele, Milan, Italy

**Background and Aim** Elevated Resting Heart Rate (eRHR), >80-85

bpm, could be correlated with cardiovascular (CV) morbidity and mortality, and this relationship may be independent of other CV risk factors for atherosclerosis. The AIM of this study is to compare the results of different studies on eRHR and CV disease.

**Method** We reviewed the major studies on eRHR and CV disease:

Three Chicago epidemiologic studies, CASS study, SPRINT Study Group, GUSTO-I Investigators, Framingham Study, CORDIS Study, MATISS project, French IPC trial, BEAUTIFUL Study, NHANES I Epidemiologic follow-up study, Palatini et al, Filipovsky *et al*.

**Results** Both all-cause mortality and CV morbidity/mortality (as coronary heart disease, acute myocardial infarction, hospital admission secondary to congestive heart failure, revascularization procedure) increase progressively with the RHR elevation.

**Conclusion** The studies reviewed confirmed that eRHR is a strong independent predictor of CV, nonCV and total mortality in general populations, in hypertensive patients and in patients with CV disease and should be included among the major CV risk factors.

According to current evidences, drugs that lower HR should be prescribed only in patients with CV disease, as future studies are needed to confirm the hypothesis that single reduction of HR can improve CV prognosis.

### Astenia e lipotimie recidivanti secondarie ad iperaldosteronismo primitivo

C. Grignani<sup>1</sup>, L. Dezzani<sup>1</sup>, L. Magnani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clinica Medica III S. Matteo Pavia,

<sup>2</sup>Clinica Medica I S. Matteo Pavia

RB, uomo di 52 anni, viene ricoverato presso la Cardiologia del nostro Policlinico nel Giugno 2010 per comparsa di astenia, ripetuti episodi lipotimici e parestesie agli arti superiori. Anamnesi patologica remota: DM tipo II, ipertensione arteriosa resistente a polifarmacoterapia, dislipidemia. Agli ematochimici severa ipopotassiemia (K 1,5 meq/L) in assenza di alterazioni ECG di tipo aritmico. Dopo nostra consulenza endocrinologica eseguiti dosaggi ormonali: aldosterone 942 pg/ml, renina 0,3 pg/ml. Eseguita Tc addome con riscontro di verosimile adenoma del surrene destro di 16 x 7 mm. Effettuata nel Novembre 2010 surrenalectomia destra laparoscopica con conferma all'esame istologico di adenoma cortico-surrenalico produttore aldosterone. Al controllo ambulatoriale del 16/2/11 miglioramento del controllo pressorio e normalizzazione del quadro elettrolitico.

### Alimentazione e idratazione con metodo feed and flush: quali vantaggi?

C. Grillo, P. Rotella, R. Guillevin

Unità Stati Vegetativi- Asl To 5 - Carmagnola (To)

**Premesse e scopo dello studio** Si è sempre prestata molta attenzione ai nutrienti introdotti nella nutrizione enterale; meno importanza si è data al quantitativo di acqua. L'idratazione invece assume un ruolo importante nella fisiologia umana, quindi non può essere sottovalutata nei Pazienti in regime di alimentazione enterale

**Materiali e metodi** In questo lavoro si sono raccolti i dati di 65 pazienti, raccolti nel corso di 4 anni, per un totale di 6200 giorni di nutrizione enterale. Da questo studio si evince l'importanza dell'utilizzo della doppia sacca (feed and flush) per la migliore gestione dell'alimentazione e idratazione nei pazienti sottoposti ad alimentazione enterale.

**Risultati** L'utilizzo del presidio, a differenza della monosacca, permette un attento monitoraggio dei liquidi introdotti, assicura maggiore igiene, permette un notevole risparmio di tempo lavoro per gli operatori. Infine

riduce il rischio di ostruzione del dispositivo di somministrazione (PEG, SNG).

**Conclusioni** L'utilizzo della metodica di infusione attraverso pompa volumetrica, sia dei nutrienti sia dell'idratazione, porta un miglioramento nella qualità della gestione della nutrizione enterale con ricadute positive su diversi ambiti (sicurezza, precisione, igiene, risparmio).

### Paradoxical multiple embolism in a patient with patent foramen ovale: a teaching case

R. Guglielmini<sup>1</sup>, A.M. Crestini<sup>1</sup>, G. Bassano<sup>1</sup>, E. Puccioni<sup>1</sup>, P. Taddei<sup>1</sup>, P. Pasquinelli<sup>1</sup>, G. Stefano<sup>1</sup>, O. Marino<sup>1</sup>, M.C. Mandolesi<sup>1</sup>, N. Mumoli<sup>2</sup>, M. Cei<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Generale 1 Livorno,

<sup>2</sup>Medicina Generale 2 Livorno

**Background and aim of the study** Paradoxical embolism from deep vein thrombosis (DVT) may result in stroke of obscure origin.

**Case report** A 80 years old hypertensive woman was admitted for stroke, and shortly thereafter developed ischemic lesions of the left hand and an acute occlusion of the axillary and omeral artery. Brain CT and MRI scans demonstrating multiple lesions; angiography, with percutaneous thromboaspiration and angioplasty of the left arm arteries; ultrasound and doppler scan of the leg veins; images of the hand lesions, along with trans-esophageal echocardiography video demonstrating a patent foramen ovale (PFO) are available. At follow-up one month after discharge the patient did well without residual neurological deficits with warfarin therapy. The opportunity for percutaneous closure of POF was discussed and discharged in view of the age and optimal clinical condition of the patient and the low risk of further embolism during anticoagulant therapy.

**Conclusions** When the etiology of stroke is not obvious, a search for asymptomatic DVT is mandatory to raise the suspect of paradoxical embolism from PFO.

### ★ Statin damage or else?

F. Iacovetta, F. D' Uva, C. Del Buono, C. Mancini, A. Castrillo, G. De Bartolomeo, C. Politi

Uoc Medicina Interna Isernia Asrem

**Background** Pancreatitis or cholestasis are not always immediately related to the classic causes (cholelithiasis, alcohol, infections, drugs).

**Methods** A 72 y.woman presented with jaundice and increased values of lipase, amylase, indices of cholestasis and cytolysis. History of hypertension, drop attacks, no use of alcohol, a, gallstone formations free. The patient started simvastatin a month before.

**Clinical course** On the suspicion of pancreatic and liver damage from statins, simvastatin was immediately discontinued. In the first week, distinct reduction of bilirubin and lipase level, without complete normalization. Alkaline phosphatase and gamma GT levels remained high after an initial slight decrease. AMA, ANA, ASMA, neoplastic markers were negative.

The abdominal no contrast CT showed an enlargement of pancreas head. MRI scan of the abdomen showed no alterations of liver and pancreatic parenchyma. The EGDS didn't show alterations of Vater's papilla.

**Discussion and Conclusions** The diagnostic hypothesis was of pancreatic and liver damage produced by statins, although we cannot exclude a primary biliary cirrhosis with negative AMA or a Vater's papilla pathology. The case actually is pending, the patient was discharged with an haematochemical control at 3 weeks, MR cholangiopancreatography and ERCP if abnormalities persist.

### The clinical governance of appropriateness in the Hospital

M. Iannuzzo<sup>1</sup>, A. Fontanella<sup>2</sup>, P. Iacobelli<sup>3</sup>, V. Imperatore<sup>4</sup>, R. Sangiuolo<sup>5</sup>, E. Varriale<sup>6</sup>, D. Zappulli<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Uos Epidemiologia Statistica Risk Management - Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli - Napoli,

<sup>2</sup>Uoc Medicina - Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli - Napoli,

<sup>3</sup>Uoc Ginecologia - Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli - Napoli,

<sup>4</sup>Uos Urologia - Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli - Napoli,

<sup>5</sup>Uoc Cardiologia - Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli - Napoli,

<sup>6</sup>Uos Oncologia - Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli - Napoli,

<sup>7</sup>Uoc Neonatologia Pediatria - Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli - Napoli

From 1990s health care reforms have significantly changed the organization of the Italian National Health Service (SSN) and the relationship between national and regional governments. Decentralisation of the SSN is particularly important: the Regions are responsible to guarantee the delivery of service packages defined by the "care essential levels" (LEA), which are set out by the central government given financial resources. The LEA produced by the Ministry of Health includes a list of DRG considered to be potentially inappropriate when dealt with in a in-hospital setting.

At the Fatebenefratelli hospital is carried out a combined strategy of feedback and physician participation with:

- formal appropriateness evaluations through the analysis of DRG potentially inappropriate,
- clinical appropriateness support through implementation of the practice guideline.

In the decade 2000 - 2010 with peer-review and feedback programs the strategy has proved effective in increasing appropriate use of hospital and lower costs.

So the clinical governance is the main vehicle for improving the appropriateness of care and developing the capacity of the hospital to maintain high standards. It requires clinical leadership and cultural transformation of professional self regulation to dealing with the complex problems of poor resources.

### ★ Evaluation of trying discharge in hospital: the management of the process for efficient patient flow

M. Iannuzzo<sup>1</sup>, D. Iannuzzo<sup>2</sup>, A. Fontanella<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uos Epidemiologia Statistica Risk Management -

Osp. Buon Consiglio Fatebenefratelli - Napoli,

<sup>2</sup>Uoc Medicina - Osp. Buon Consiglio Fatebenefratelli - Napoli,

<sup>3</sup>Dipartimento Medicina - Osp. Buon Consiglio Fatebenefratelli - Napoli

The discharge is a critical point for patient flow as the final step in the hospital occurrence. It is usually remembered by the patient: a fragmented, nonstandardized and trying discharge can result in a low patient satisfaction. There are also effects on efficiency and costs.

We defined the problem using a retrospective analysis of administrative data from 2005 to 2010:

- reduction in the average of stay
- increase of re-admission rates

The analysis confirmed that discharge and rehospitalization are a constant problem, but we have few data about causes. To identify patients at high risk we evaluated the discharge process by a multidisciplinary team analyzing process mapping and root cause. Many we identified several factors associated to trying discharge: economic troubles, human and organizational burden exceeding patients and access to territorial services for patients and their families. Of course elderly patients with complex diseases are particularly frail.

Planning for discharge should include geriatric assessment, pain evaluation, discharge arrangements and educational interventions about pa-

tient and caregivers. The development of individualised discharge should begin soon. An idea may be to start it soon after inpatients before to leave the hospital, containing costs, reducing readmissions and improving outcomes

### La nostra esperienza nella gestione dei cateteri totalmente impiantabili nei pazienti oncologici

M. Iannuzzo<sup>1</sup>, G. Scibelli<sup>2</sup>, E. Varriale<sup>3</sup>, A. Ferrante<sup>3</sup>, A. Fontanella<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Uos Epidemiologia Statistica Risk Management - Osp. Buon Consiglio Fatebenefratelli - Napoli,

<sup>2</sup>Uos Terapia Antalgica - Osp. Buon Consiglio Fatebenefratelli - Napoli,

<sup>3</sup>Uos Oncologia - Osp. Buon Consiglio Fatebenefratelli - Napoli,

<sup>4</sup>Dipartimento Medicina - Osp. Buon Consiglio Fatebenefratelli - Napoli

Le infezioni sono tra le più importanti cause di morbosità nei pazienti in trattamento per malattia neoplastica. Anche se i cateteri totalmente impiantabili (port-a-cath) sono gravati da una minor incidenza di complicanze rispetto ai cateteri venosi parzialmente impiantabili, il numero di manipolazioni e l'abilità del personale infermieristico sono fattori fondamentali per ridurre il rischio infettivo.

Dal 2007 nel nostro ospedale un gruppo multiprofessionale lavora sulla stesura e aggiornamento dei protocolli per la gestione del port, sulla formazione del personale e sull'analisi degli outcome di salute.

Nonostante la riduzione dei casi in cui è stato necessario rimuovere il port per infezione o malfunzionamento, ci siamo resi conto dell'importanza di un elevato livello di attenzione anche sul personale che esegue le procedure a domicilio e sulla qualità e sterilità del materiale impiegato, soprattutto per incidere sulle sepsi da Gram-negativi di cui è stato registrato un aumento.

È necessario lo sviluppo di percorsi assistenziali ed organizzativi integrativi con l'assistenza domiciliare e di progetti di informazione e educazione al paziente e ai caregivers per evidenziare precocemente modifiche del sito d'inserzione e evitare automanipolazioni dei dispositivi.

### Neuroleptic Malignant Syndrome

A. Ilardi<sup>1</sup>, M. D'avino<sup>2</sup>, D. D'auria<sup>1</sup>, O. Nannola<sup>1</sup>, R. Muscherà<sup>2</sup>, D. Caruso<sup>1</sup>, A. Montefusco<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina D'urgenza, Accettazione e Pronto Soccorso - A.O.R.N. "Antonio Cardarelli" - Napoli,

<sup>2</sup>Medicina 2 - A.O.R.N. "Antonio Cardarelli" - Napoli,

<sup>3</sup>Samnium Medica, Benevento

**Background** Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) is a severe, life-threatening condition, secondary to a sudden defaillance in dopaminergic system, induced by drugs able to block the dopamine receptors.

**Materials and methods** Our experience is related to nine patients (age: 34-78 ys; 6M, 3F): five had been assuming neuroleptics for long time, but only in two the dose of the drug had recently been increased. In a patient with Parkinson Disease, the appearance of the symptoms was secondary to the suspension of the dopamine agonist medications. To the entry all showed rise of the temperature, muscular rigidity, altered mental status with elevated white blood cell count and increase of CPK.

**Results** In six patients, the specific and support therapy determined an improvement of the clinical conditions and a gradual normalization of the parameters of laboratory. Three patients, that had developed a Pneumonia ab ingestis, were moved to Intensive Therapy for the onset of respiratory distress, with exitus in a case.

**Conclusions** NMS is an uncommon but serious complication of neuroleptic medications. Alterations in mental status and other neurological signs precede systemic manifestations frequently and could be mistaken for a worsening of psychotic picture.

### Clinical tumor lysis syndrome

A. Ilardi<sup>1</sup>, M. D'avino<sup>2</sup>, R. Muscherà<sup>2</sup>, G. Parisi<sup>1</sup>, D. Caruso<sup>1</sup>, G. Bonomo<sup>1</sup>, C. Simone<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina D'Urgenza, Accettazione e Pronto Soccorso - A.O.R.N. "Antonio Cardarelli" - Napoli,

<sup>2</sup>Medicina 2 - A.O.R.N. "Antonio Cardarelli" - Napoli,

<sup>3</sup>Samnium Medica - Benevento,

<sup>7</sup>Samnium Medica - Benevento

**Background** The Clinical Tumor Lysis Syndrome (CTLS) is a medical emergency, secondary to the rapid lysis of malignant cells. The Syndrome can be induced by the cytotoxic treatment, most frequently in patients with hematologic malignancies, although it may also occur in solid tumors.

**Materials and methods** During 2009 we have diagnosed a CTLS in eleven patients. In eight of them it rose up in the 7 following days to the chemotherapy; but in two it was presumably secondary to the corticosteroids administration and in a case there was not any correlation with specific falling factors. In all a wide spectrum of metabolic anomalies had been pointed out, combined with cardiac and/or neurological and/or renal damage.

**Results** An aggressive hydration is fundamental in the CTLS management to maintain the urinary output > 100 mL/m<sup>2</sup>/h. In five patients with persistent contraction of diuresis, a single dose of furosemide (2-4 mg/kg) has been administered, but in three dialysis became necessary.

**Conclusions** The patients, referred to the chemotherapy, should receive a suitable hydration in the 24-48 preceding hours. It is also advisable that the plasma levels of creatinine, electrolytes, LDH and uric acid are determined before the therapeutic intervention and then every 6 hours for the first 72 hours.

### New perspectives in the use of C-PAP: "bridge therapy" towards a CHT

M.M. Imperatore, B. Praticò, E. Paolucci, M. Zani, G. Pasini

Med. Interna Dipartimento Med Internistica Ospedale M.Bufalini Cesena

**Background and Purpose** Although non invasive ventilation (NIV) is a widely accepted treatment for some patients with acute respiratory failure, the use of NIV in patients who are not to receive mechanical ventilation (MV) is controversial. In acute heart failure and COPD, NIV reduced mortality, intubation rates, and complications of endotracheal intubation. There are no strong evidences for other diseases (Community acquired pneumonia, neuromuscular disease).

**Case report** A 32-year-old man presented with dry cough, fever and haemoptysis. CT scanning detected a mediastinal mass, multiple lung nodules, and mediastinal nodal enlargement. BHCG and alfafetoprotein are elevated. CT-guided biopsy of a lung nodule was performed. Pathological examination demonstrated an embryonal carcinoma. The clinical picture was complicated by acute severe respiratory failure. No indication to VM and no admission to ICU. The patient received NIV (C-PAP), that overcame the acute respiratory failure and allowed to complete the chemotherapy.

**Conclusion** Although there is no evidence, the case study opens new perspectives in the use of NIV as an alternative therapeutic strategy in patients not considered candidates for VM. NIV is a candidate to play a practical role as a means to overcome an acute lung failure and represents a "bridge therapy".

### Porpore palpabili e non...quando l'anamnesi è fondamentale

F. Izzo, M. Ciamei, M. Bruglia, G. Ballardini

Medicina 2, Ospedale Ifermi, Rimini

Un uomo di 60 anni giungeva alla nostra osservazione per porpora degli arti inferiori con ecchimosi confluenti alle cosce. Negativa l'anamnesi farmacologica. L'esame obiettivo, oltre la presenza di porpora e di ecchimosi, non evidenziava elementi patologici. Si notava lieve disturbo di personalità. Gli esami laboratoristici evidenziavano normalità del profilo coagulativo, degli indici di flogosi, del profilo renale e dell'autoimmunità. Iniziata infusione di Vitamina C si notava progressivo e marcato miglioramento della porpora. A quel punto approfondita l'anamnesi alimentare si scopriva che il paziente si alimentava esclusivamente con erbe di campo cotte e sciolte. Si ipotizzava di testare la fragilità capillare, ma a tutt'oggi, per quanto ci risulta, non esistono test standardizzati e riproducibili allo scopo. Il paziente veniva dimesso con diagnosi di verosimile scorbutico, con sintomatologia in completa remissione e con il consiglio di modificare la dieta. A 6 mesi di distanza non recidiva della sintomatologia.

Nel caso clinico da noi descritto si evidenzia come l'anamnesi sia stata fondamentale per sostenere la diagnosi di una patologia oggi rara come lo scorbutico per la quale il laboratorio e la diagnostica strumentale non forniscono test con valore predittivo positivo significativo.

### ★ A case of HES complicated by vasculitic manifestations refractory to treatment with steroids

A. Kafyke<sup>1</sup>, S. Giori<sup>2</sup>, M. Lucci<sup>1</sup>, I. Paglione<sup>1</sup>, M. Onesta<sup>3</sup>, M. Candela<sup>3</sup>, A. Gabrielli<sup>1</sup>, P. Fraticelli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sod Clinica Medica, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università Politecnica delle Marche, Ancona,

<sup>2</sup>Uoc Medicina Interna, Ospedale di Fabriano, Asur Marche Zt6, Fabriano (An),

<sup>3</sup>Uoc Medicina Interna, Ospedale di Fabriano, Asur Marche Zt6, Fabriano (An)

**Introduction** and objective of the study Hypereosinophilic syndrome (HES) is a rare disorder characterized by marked eosinophilia exceeding 1500/mm<sup>3</sup>, a chronic course, absence of secondary causes and signs and symptoms of eosinophil-mediated tissue injury. We report a case of HES complicated by vasculitic manifestations refractory to treatment with steroids.

**Patients and methods** A 49 yearold patient was referred to our department with peripheral eosinophilia from six months, complicated by cardiac involvement and vasculitic manifestations, causing brain lesions and acute retroperitoneal bleeding. We excluded both secondary and clonal origins and abnormalities of platelet-derived growth factor receptor (PDGFR). A high dose steroid therapy was begun.

**Results** Patient doesn't respond to steroid therapy, so Imatinib Mesilate was introduced with a normalization of eosinophil count. Retroperitoneal bleedings were treated with multiple selective arteriographies and embolizations of interested vessels.

**Conclusions** Vasculitis is a possible manifestation of HES. Beneath the absence of PDGFR rearrangement, this patient was successfully treated with Imatinib Mesilate.

### ★ Prevalence and comorbidities of Chronic Atrial fibrillation in Internal Medicine Department

S. La Carrubba, A. Puleo, G. Triolo, G. Nicolosi, C. Cicatello, R. Vernaci, D. Lucia, S. Abbate, G. Pumilia, S. Di Rosa

Medicina Interna - Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello, Palermo

**Aim of the study** We sought to evaluate the prevalence of chronic atrial fibrillation (AF) and its correlation with comorbidities in patients admitted to Internal Medicine Department

**Methods** We included patients consecutively admitted to our department from 2007 to 2010 and submitted to clinical examinations, EKG and echocardiography, excluding patients with incomplete documentation.

**Results** 1322 patients (614 male, 708 female) were included in the analysis. Globale prevalence of AF was 7.1% (n=94). At univariate analyses AF was significantly associated to male gender, hypertension, valvular diseases, stroke, diabetes, previous myocardial infarction, chronic cardiac ischemia, congestive heart failure, COBP, renal chronic failure, cerebropathy, and to use of diuretics and anticoagulants.

At multivariate analyses, several models of logistic regression showed that, first, independently predictors of AF were atrial enlargement, age, and hypertension while comorbidities independently associated to AF were stroke, heart failure.

**Conclusion** According to other studies our data show that in patients admitted to internal medicine department, predictive factors of chronic atrial fibrillation are left atrial enlargement, hypertension diabetes. Moreover, AF is strongly related to occurrence of stroke and heart failure.

### Getting sick on honeymoon

M. La Regina, A.M. Ceraudo, L. Scuotri, L. Dreini, F. Orlandini

Sc Medicina Interna - Presidio Ospedaliero Unico del Levante Ligure - La Spezia

We report the case of a 33 y-o man, traveling from USA to Italy on honeymoon, admitted to our ward for severe hyponatremia.

He came to our ER for shakes and myalgias, preceded by nasal congestion and diarrhea. Emergency physician, at first, suspected a panic attack: he was tachypnoeic with obstetric hand, but he was unresponsive to BDZ and Na was very low.

At arrival to our ward, he was apyretic and alert, denied smoking, alcohol and drug addiction, reported Hashimoto's thyroiditis (HT) on thyroxin since 2 mo. Blood pressure (BP) and glucose (glc) were normal; a compensated metabolic acidosis was present.

Suspecting it was due to diarrhea, we started isotonic saline infusion without success, so we switched to hypertonic one. At night, he got confused, his BP and glc reduced, leading us to suspect adrenal insufficiency (AI) and start hydrocortisone. Urgent cortisol confirmed our diagnosis. CT scan excluded adrenal haemorrhage.

The association of AI and HT is known as Schmidt's syndrome, including also type I diabetes mellitus (DM 1), primary hypogonadism, myasthenia gravis, and celiac disease (CD).

Our pt had a family history of DM 1 and CD. At his previous tests, sodium was low-normal: it is hypothesizable that T4 precipitated AI. So, before thyroxin is started, family history and adrenal function should be always investigated in HT.

### ★ Young Italian Internists: a preliminary photograph

M. La Regina, D. Tirota, C. Bozzano, R. Bassu, M. Di Lillo, P. Gnerre, D. Montemurro, R. Re, G. Gussoni e tutti i membri della commissione giovani FADOI

Internal medicine (IM) provides care for adults with complex diseases. Traditionally Its competence is broad; new scenarios have been opened by socioepidemiological and technological changes.

To identify skills, abilities, needs, interests of young Italian internists (YII), we sent by email a questionnaire to the under-40 members of FADOI. These are the preliminary results on 53 YII.

62% work in IM, 25% in ER. 81% have a contract for indefinite time. 75% work extra 10-30 h/month. 49% are experimenting new models of care organization. 55% report a good collaboration with subspecialties, less with ER. 62% complain of a poor standardization of care. On average, YII consider very important for practice (descent order): management of comorbidity, medical emergencies, clinical methodology, EKG, HGA, antibiotics, cardiovascular drugs, US, lumbar puncture, clinical governance, NIV, thoracentesis/paracentesis. YII don't think they had an adequate practical education during training, so it is a

priority; 40% tried distance learning; 80% participate to  $\geq 2$  meetings/year; 85% was a speaker (7% at international events). 94% speak English and study on internet. 90% is interested in research, but 45% do research and 43% knows methodology. 55% sent abstracts to international meetings; 70% published on journals with IF.

### A clinical scale as a tool to identify patients with Adult Onset Still Disease

L. Landini<sup>1</sup>, A. Tavoni<sup>2</sup>, S. Fascetti<sup>3</sup>, P. Nigro<sup>3</sup>, D. Taccola<sup>3</sup>, C. Bellotto<sup>3</sup>, S. Ciaccio<sup>3</sup>, L. Credidio<sup>3</sup>, A. Stefanelli<sup>3</sup>, F. Simonetti<sup>3</sup>, E. Baccelli<sup>3</sup>, S. Pinelli<sup>3</sup>, P. Lambelet<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Università di Pisa Scuola Specializzazione Medicina Interna,

<sup>2</sup>Università di Pisa - Reumatologia,

<sup>3</sup>Uoc Medicina Generale Ausl 12 di Viareggio

**Introduction and aim of the study** Adult-onset-Still's-disease (AOSD) is a systemic inflammatory disease of unknown origin that is based on a combination of non specific symptoms and often diagnosis is relies on exclusion criteria. Several classification methods based on retrospective analysis are proposed, the Yamaguchi test (Yt) being the most widely used for its highest sensitivity. Recently the Crispin test (Ct), which supplies a score for each symptom, was proposed with high specificity and positive predictive value.

**Materials and methods** AOSD diagnosis was based on both the Yt (based on 5 positive criteria-2 major) and the Ct (based on >30 points score) and performed on a 60 years old patient admitted for fever of unknown origin and diffuse arthralgia.

**Results** Comparing clinical and laboratory exams, AOSD diagnosis was confirmed with both tests (Yt: 5 positive major -fever, leukocytosis, liver dysfunction, rash, arthritis; 3 positive minor -negative ANA and RF, lymphadenopathy; Ct: 38 points score -arthritis, rash, splenomegaly, neutrophilia). After diagnosis, patient underwent to immunosuppressive therapy.

**Conclusions** In spite of AOSD was confirmed with both tests, the Ct provides a scoring method that could be easily used during follow-up of patients and it may help in performing clinical trials.

### ★ Boussignac CPAP for acute respiratory failure in community acquired pneumonia

F. Lari<sup>1</sup>, F. Giostra<sup>2</sup>, G. Bragagni<sup>1</sup>, N. Di Battista<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina Interna, Ausl Bologna,

<sup>2</sup>Ps e Medicina D'urgenza, Dea S.Orsola - Malpighi Bologna,

<sup>3</sup>Ps e Medicina D'urgenza, Ausl Ravenna

**Background** Hypoxaemic acute respiratory failure due to severe community acquired pneumonia may lead to acute respiratory distress syndrome. Non invasive ventilation may improve blood gases and clinical parameters if compared with conventional oxygen therapy but do not affect survival and need of intubation.

**Aim** To verify the effect of a simple CPAP (continuous positive airway pressure) device (Boussignac) in patients with hypoxaemic acute respiratory failure due to severe community acquired pneumonia in a general medical ward.

**Methods** Ten patients with PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> <100 in conventional oxygen treatment (Venturi mask FiO<sub>2</sub> 60%) were enrolled and treated with Boussignac CPAP: mean pressure was 9 cm H<sub>2</sub>O, mean FiO<sub>2</sub> 74%. All patients received conventional medical treatment at the same time.

**Results** Seven patient improved in clinical (respiratory rate, Kelly score, heart rate) and gasanalytic parameters since the first hour of treatment. Three patients need intubation, conventional invasive ventilation in intensive care unit: one of these died.

**Conclusion** Boussignac CPAP, a simple device, may be useful in general medical ward to treat hypoxaemic acute respiratory failure due to severe community acquired pneumonia unresponsive to conventional oxygen therapy.

### La gestione dell'insufficienza respiratoria acuta in reparto medico: sviluppo di un carrello "bed-side"

F. Lari, N. Scandellari, V. Zecchi, G. Bragagni

Uo Medicina Interna, Dipartimento Medico, Ausl Bologna

**Obiettivo** Ottimizzare la gestione clinico-assistenziale dell'insufficienza respiratoria acuta (IRA) in reparto medico.

**Metodi** Abbiamo sviluppato un carrello utilizzabile al letto del pz in cui sono contenuti i principali presidi per il trattamento delle diverse forme di IRA.

Sul top è presente ventilatore per NIMV e pulsossimetro, posteriormente 2 generatori di flusso per CPAP. Nei 4 cassetti vi sono:

- 1) *farmaci essenziali* (diuretici, steroidi, aerosol), materiale per vie venose ed EGA, check-list (controllata quotidianamente).
- 2) *ossigenoterapia*: Ventimask, Reservoir, Nasal Prongs, aerosol, flussimetri.
- 3) *CPAP*: valvole PEEP, circuiti, maschere faciali, casco, CPAP di Boussignac.
- 4) *NIMV*: circuiti ventilatore, maschere nasali e faciali, aerosol kit.

**Risultati** Grazie a questo carrello la gestione dell'IRA è risultata più agevole e efficace. Tutti i presidi sono prontamente e contemporaneamente disponibili al letto del pz fin dai primi momenti di trattamento. Successivamente, a pz stabilizzato, consente di lasciare in camera soltanto i presidi realmente necessari ed utilizzati.

**Conclusioni** Analogamente al tradizionale carrello per le emergenze presente in tutti i reparti questo carrello per la gestione dell'IRA potrebbe trovare collocazione nei reparti medici tradizionali al fine di ottimizzare la gestione delle urgenze respiratorie.

### Primi risultati della denervazione renale transcateretere in pazienti affetti da ipertensione arteriosa resistente

S. Lattuada<sup>1</sup>, G. Patelli<sup>2</sup>, B. Damascelli<sup>2</sup>, A. Rossi<sup>1</sup>, S. Mannino<sup>1</sup>, G. Bertulezzi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina Ospedale Pesenti Fenaroli di Alzano Lombardo,

<sup>2</sup>Uo Radiologia Ospedale Pesenti Fenaroli di Alzano Lombardo

**Premesse e scopo dello studio** L'attivazione dei nervi simpatici renali è ritenuta essere componente fondamentale nella patogenesi dell'ipertensione arteriosa. Recenti studi (HTN 2 trial) hanno dimostrato significativa efficacia terapeutica nel trattamento dell'ipertensione resistente della procedura di denervazione simpatica renale transcateretere. Dal dicembre 2010 abbiamo iniziato ad effettuare la procedura presso il nostro ospedale.

**Materiali e metodi** I pazienti sono stati considerati eligibili in base ai criteri di inclusione ed esclusione attualmente indicati dal registro italiano sulla denervazione renale transcateretere resi più selettivi dall'introduzione di un criterio aggiuntivo basato sul monitoraggio ambulatoriale della PA sulle 24 ore (ipertensione resistente = PA sulle 24 ore media di due esami nella settimana precedente la procedura > 140/90 mmHg).

**Risultati** Il 75% dei pazienti considerati eligibili in base ai criteri standard sono stati esclusi in quanto non rientravano nei limiti del criterio aggiuntivo.

**Conclusioni** L'introduzione di un criterio aggiuntivo ha limitato l'indicazione della procedura ad una percentuale bassa di pazienti considerati ipertesi resistenti. Vengono riportati i dati relativi ai risultati disponibili sulle prime procedure eseguite.

## L'epilogo a sorpresa

M.T. Lavazza, L. Marchionni, G. Nador, P. Fusetti, E. Re, M. Villa, A. Mazzone

U.O. Medicina Interna - Ospedale di Legnano

Le Linfoadenopatie richiedono un impegno diagnostico importante. Un uomo di 74 anni, viene valutato per tumefazioni linfonodali dolenti sottomandibolari e testicolare dx., dimagrimento senza febbre, panciopenia, leucopenia e linfopenia, iposideremia, iperferritinemia, linfoadenomegalie pluristazionali, polo splenico palpabile, tumefazione scrotale destra. Un'Ecografia descrive tumefazioni adenopatiche e testicolare sospette per eteroplasie. Alla valutazione midollare: midollo normocellulare con isolate alterazioni displastiche della linea megacariocitaria, IF non alterazioni del compartimento linfocitario, BOM negativa per Linfoma, biologia molecolare policlonale per IgH. Alla Tac linfoadenomegalie sovra e sottodiaframmatiche, localizzazioni d'organo patologiche (encefalo, polmone, testicolo). L'agoaspirato sottomandibolare mostra materiale essudatizio, colliquo positivo per St. Epidermidis; alla biopsia linfonodale flogosi cronica granulomatosa necrotizzante. Il sovvertimento ecografico del didimo destro con materiale necrotico all'aspirato testicolare, pone indicazione all'orchifunicolectomia: quadro compatibile con flogosi granulomatosa gigantocellulare necrotizzante confluyente ad etiologia tubercolare in sede testicolare, annessiale e al funicolo, con presenza di BBAR e colorazione ZN positiva.

## Effects of hyperhomocysteinemia intensive therapy on cardiovascular risk

S. Lenti, M. Del Tongo, C. Frigerio, S. Pietrelli, M. Felici

Centre Hypertension - Internal Medicine and Geriatrics Hospital San Donato Usl8 Arezzo

Hyperhomocysteinemia, which is characterised by large levels of homocysteine in the blood, the value of which is typically more than 15 µmol/L, is associated with the increase of cardiovascular risk.

**Aim of the study** Was to evaluate whether the treatment of hyperhomocysteinemia would lead to a reduction in cardiovascular events or brain strokes, in the hope of helping resolve this controversy.

**Methods** Two groups of patients were studied: Group A (124 patients) resulted from not having undergone any treatment for a medium-low level of hyperhomocysteinemia (30-100 µmol/L); Group B (140 patients) so as to have comparable samples in terms of gender, age, factors of risk and level of homocysteine, was treated with doses of folic acid (400 µg/day) without adding vitamin B.

**Results** A total 18% of to Group A presented higher percentage of cardiovascular events, 12% IMA, 6% of brain stroke, than Group B. In fact, treated patients saw a significant reduction of events up to an entire 7%, of which 4% IMA and 3% of brain strokes, with the p at the remarkable value of less than 0.0001.

**Conclusions** This study provides evidence that treating patients suffering from hyperhomocysteinemia with massive doses of folic acid in combination with the stabilization of risk factors, can help reduce the percentage of severe outcomes.

## Traditional factors and new biomarkers on cardiovascular risk determination

S. Lenti, M. Del Tongo, C. Frigerio, S. Pietrelli, M. Felici

Centre Hypertension - Internal Medicine and Geriatrics Hospital San Donato Usl8 Arezzo

The assessment of patients cardiovascular risk is based on traditional:

diabetes and hypertension. Additional biomarkers have been developed which may improve traditional factors efficiency.

**Aim of the study** Was to evaluate the effectiveness of these new biomarkers in combination with the traditional ones.

**Method.** 138 patients (58% women, 62 years), examined for the first time on 2004; values of PCR, Lp a, pro-BNP were measured and follow-up monitoring continued until 2009. The resulted classification of patients was 0.758 of HR for conventional risk factors and 0.760 for coronary events.

**Results** During follow-up phase 13 cardiovascular and 7 coronary events were recorded. The percentage of re-classification using the new biomarkers was minimal as being 8% for cardiovascular risk and 5% for coronary risk. This observed on those with medium risk factor mostly involving patients who did not go through episodes on the follow-up unlike those who actually experienced them.

**Conclusions** These new biomarkers for cardiovascular risk assessment have proved to be valuable in the prediction of events, but their advantage over traditional one is minimal. Risk assessment classification has improved only on individuals with medium risk most of whom, however, are not likely to be subjected to cardiovascular disorders.

## ☛ The impact of hypertensive crises on the emergency room in Arezzo

S. Lenti, S. Pietrelli, M. Del Tongo

Centre Hypertension - Hospital San Donato Usl8 Arezzo

Hypertensive crisis, which covers the most traumatic aspect of this disorder, which is potentially risky for patients' life. Present themselves with varied degrees of urgency which can be classified into emergency, urgency and pseudo crises.

**Aim of the study** This research has looked into hypertensive crises in order to evaluate their degree of urgency, their clinical conditions and the related damage to target organs involved. More than 70,000 files related to patients who had arrived at the emergency department from January 1<sup>st</sup> until 31 December 2008. The status of hypertensive crisis based on SBP being over 220 mmHg and DBP when measured over 120 mmHg.

**Results** The percentage of hypertensive crises on the whole sample of patients were found to be 0.34%, which corresponds to 250 cases with SBP more than 194.12 ± 19.91 mmHg and DBP over 120.86 ± 9.74 mmHg (average elaborated after three consecutive measurements). The resulted emergency status was 37.6% and urgencies 62.4%. Among those with emergency hypertensive status the majority were reported experiencing ischemic stroke or severe pulmonary edema.

**Conclusions** This work, with its classification framework, provides the basis for a more efficient management of access to emergency rooms and post emergency hospitalization of all cases related to hypertensive crises.

## Un'ingannevole diagnosi

M.C. Leone, A. Casali, D. Arioli, D. Galimberti, D. Favali, I. Iori

Medicina 1°-Centro Emostasi e Trombosi-Stroke Unit, Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova Reggio Emilia

**Premesse e scopo dello studio** Un approccio clinico apparentemente lineare, ma superficiale, potrebbe condurre ad un importante errore diagnostico.

**Materiali e metodi** Donna 43enne con rettocolite ulcerosa. Ricoverata per nausea, stipsi poi diarrea senza sangue o febbre. Sospetta riacutizzazione di RCU: terapia con Mesalazina.

Rx addome: distensione digiuno-ileo-colica e livelli idroaerei; parassito-

logico fecale: positivo per Entamoeba Hartmanni. Temporaneo miglioramento della sintomatologia ma non del quadro radiologico dopo terapia con Metronidazolo. Il caso sembrava già risolto!

Pregressa colonoscopia: importante quadro infiammatorio di colon discendente e sigma. Effettuata TC addome: marcato ispessimento del colon-sigma di ndd. Non eseguita nuova colonoscopia per comparsa di subocclusione intestinale. Climsa opaco: fistola enterocolica del sigma. Risolutivo intervento di resezione in blocco del colon sinistro e segmento ileale.

**Risultati** Istologia compatibile con diverticolite e peridiverticolite acuta del grosso intestino, aspetti erosivo-ulcerativi della mucosa e focolai ascessuali della parete.

**Conclusioni** Il nostro caso ribadisce che l'approccio internistico dovrebbe essere sempre dubitativo e critico anche nell'interpretazione di quei dati anamnestici che se esaminati con superficialità potrebbero risultare forvianti per una corretta diagnosi.

### ★ ASA resistance according to different platelet aggregation tests in the acute phase of ischemic stroke: a pilot study

M.C. Leone<sup>1</sup>, M. Silingardi<sup>1</sup>, D. Arioli<sup>1</sup>, A.M. Pizzini<sup>1</sup>, A. Casali<sup>1</sup>, D. Galimberti<sup>1</sup>, D. Favali<sup>1</sup>, A. Pilia<sup>2</sup>, M. Brioni<sup>2</sup>, P. Ugolotti<sup>2</sup>, I. Iori<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sc Medicina I, Dipartimento Medicina Interna, Ao S. Maria Nuova, Reggio Emilia,

<sup>2</sup>Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche, Ao S. Maria Nuova, Reggio Emilia

**Aim** To compare platelet functional aggregation test light transmission aggregometry (LTA) and platelet function analyzer (PFA-100) with biochemical serum thromboxane B<sub>2</sub> (S-TxB<sub>2</sub>) assay, in patients with relapsing ischemic stroke taking aspirin (ASA) as secondary prophylaxis.

**Methods** We enrolled 11 patients (group 1) and 15 healthy controls (group 2). In group 1 tests were performed at hospital admission and the day after controlled ASA 325 mg intake. The same tests were performed in group 2 before and after a 5 days treatment with ASA 100 mg od. LTA-ASA resistance was defined as >70% residual platelet aggregation with ADP and >50% after collagen stimulation respectively. Cutoff value closure-time for PFA100/ASA-resistance status was considered >124,2 sec.

**Results** In group 2 median S-TxB<sub>2</sub> was 6,9 ng/ml after ASA. We considered S-TxB<sub>2</sub> < 39.5 ng/ml (95th percentile) as the value corresponding to full platelet COX1 inhibition. In group 1 6/11 and 7/11 patients were identified as ASA-resistant with LTA and PFA100 respectively. 3/11 patients showed S-TxB<sub>2</sub> level >39.5 ng/ml and were considered ASA-resistant.

**Conclusion** ASA-resistance prevalence is different with different methods. There is no correlation between functional and biochemical platelet aggregation test in the setting of acute stroke.

### Metabolic features in liver cirrhosis: arterial hypertension and diabetes mellitus

S. Leoni, B. Stagni, S. Flori, I. Serio, P. Pini, L. Bolondi

Division of Internal Medicine, Department of Digestive Diseases and Internal Medicine, S. Orsola-Malpighi Hospital, University of Bologna

**Introduction** Aim of this study was investigate the prevalence of arterial hypertension and diabetes in cirrhotic patients referred to our Liver Unit.

**Methods** The charts of 420 cirrhotic patients were analyzed (M/F=322/98, mean age 63) Mean follow-up was 39.2 months. Hypertension and diabetes was respectively diagnosed when arterial pressure was >140/90mmHg and plasma glucose was >126mg/dl in 2 different blood samples (or when patients were treated with anti-hypertensive or anti-diabetic drugs).

**Results** Hypertension was confirmed in 38/420(9%) cirrhotics and was persistent during the follow-up (39.2months). In 20/420(4.7%) cirrhotics with initially hypertension, data showed a progressive normalization of arterial pressure during the follow-up.

Diabetes was confirmed in 19.7% cirrhotics (23.5% cirrhosis with HCC, 13.1% cirrhosis without HCC). Diagnosis of diabetes was established in 47.7%, 27.5% and 21.3% of HCC patients with respectively criptogenetic, alcoholic and viral cirrhosis.

**Conclusion** In our experience the prevalence of persistent arterial hypertension in cirrhosis was 9%. Instead, a small group of cirrhotics presents a progressive normalization of arterial pressure during follow-up. Diabetes could be considered as a risk factor for HCC in cirrhotic patients, prevalently in criptogenetic cirrhosis.

### L'importanza della rilevazione del dolore in Medicina Interna

M. Leporace, O. Cuccurullo, G. Musca

Uo Medicina Interna Po Cetraro Asp Cosenza

**Premessa** Il dolore complica molte patologie pertinenti all'area internistica e rappresenta uno dei principali problemi sanitari dei nostri giorni, a livello mondiale. Il controllo del dolore è efficace non solo sull'outcome clinico, ma anche sulla risposta terapeutica della patologia di base.

**Scopo dello studio** È stato quello di garantire a tutti i malati la rilevazione dell'intensità soggettiva del dolore, al pari degli altri parametri vitali, attraverso l'utilizzo di scale validate.

**Materiale e metodo** Dal 1/01/2011 è stata introdotta in cartella clinica la Scala NRS, che viene sottoposta all'ingresso, dagli infermieri, a tutti i pazienti. Tale scala viene riproposta ogni qual volta il paziente presenta dolore, anche più volte al giorno, su indicazione medica.

**Risultati** Sono stati ricoverati 99 pazienti (47 M, 52 F), di questi il 20% non presentava dolore all'ingresso, al 15% non è stato possibile applicare la scala NRS, nel rimanente 75% l'utilizzo della scala è stata utile per meglio definire la terapia.

**Conclusioni** Dalla breve esperienza fatta, riteniamo che la rilevazione del dolore, con la semplice scala NRS, ci permette di creare una migliore relazione operatore-paziente-famiglia, ottenendo così una migliore collaborazione, riuscendo in tal modo a personalizzare l'assistenza dando importanza all'individuo.

### Hypertension caused by suprarenal adenoma

P. Lepore, Z. Maria Cristina, F. Pirone, M.A. Perretti, V. Lioy, M. Fiorani, A. D'uva, F. Aragona, D. Terracina

Uoc med. Int. 2 - Dip. Medicina - Osp. S. Pertini, Roma

#### Arterial hypertension caused by suprarenal adenoma

R.M.age 50, female, chilean nationality, admitted for paroxysm of hypertension. During her stay in hospital she had always moderately high basal blood pressure values and often manifested sudden peaks, despite of multi-therapy, regularly given. Eco-Doppler of renal arteries didn't reveal any stenosis, while the Tc of the abdomen showed a neoformation (diam. 2,5 cm ) in the left adrenal gland. Blood and urine tests dosing hormones confirmed an hyper functioning suprarenal gland. This patient underwent surgery (laparoscopic excision of left adrenal gland) obtaining quick blood pressure values normalisation

### Un difficile caso di emesi

A. Liguori<sup>1</sup>, R. De Giovanni<sup>1</sup>, G. Garulli<sup>2</sup>, M. Salvi<sup>2</sup>, A. Grossi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna - Angiologia Riccione,

<sup>2</sup>Chirurgia Generale e Toracica - Riccione



Donna di 82 aa ricoverata per dolenzia addominale da 1 mese, e vomito. Ecografia addome, Rx torace, TAC addome e torace con mdc: negativi. Eseguiva EGDS: verosimile candidosi dell'esofago fino al cardias, presenza di ingesti, consiglia di ripetere l'esame.

Seconda EGDS: esofago regolare, mucosa del corpo gastrico con marcata riduzione del calibro e di elasticità. Si effettuano biopsie: linfoma? linite plastica?

Esame istologico: gastrite cronica attiva con aree di metaplasia intestinale.

Per persistenza del vomito ripeteva EGDS che evidenziava fondo gastrico ectasico con restringimento del lume del corpo. Poneva il sospetto di neoplasia del corpo gastrico (intramurale), si effettuavano biopsie mirate, l'esame istologico: Gastrite cronica superficiale e metaplasia intestinale.

La pz si presentava neurologicamente negativa, continuava a presentare vomito post prandiale, anche dopo alimentazione parenterale. Si contattano i chirurghi che decidono di eseguire in laparoscopia intervento di gastrectomia subtotale.

L'istologico del pezzo operatorio: adenocarcinoma gastrico di tipo diffuso/a cellule con castone.

**Conclusioni** 1) nei casi complicati è utile una gestione multidisciplinare; 2) perseverare non è sembrare diabolico.

### Eventi avversi ai farmaci

A. Liguori, R. De Giovanni, B. Grazioli, F. Tiraferri, A. Grossi

Medicina Interna-Angiologia Riccione

Giovane donna per addensamento polmonare, assume amoxicillina+acido clavulanico, poi claritromicina, poi Ceftriaxone. Permanendo tosse produttiva e dispnea viene consigliata terapia con ceftriaxone e ricoverata presso la nostra U.O.

All'ingresso: TC 39°C, esame obiettivo negativo. Venivano eseguite: colturali, tampone faringeo per H1N1, anti HIV, Legionella e Pneumococco, TORCH, EBV, Mycoplasma, Chlamidia, Adenovirus, Ig, risultati tutti: negativi. Ecografia addome ed Rx torace: negativi.

Nel corso del ricovero, si è assistito ad una progressiva leucopenia che da moderata (1070) è diventata severa (260). Abbiamo deciso di sospendere la terapia antibiotica, dopo wash-out dalla medesima si è assistito ad una ripresa funzionale del midollo, per cui non si è ritenuto opportuno effettuare BOM.

L'ipotesi più accreditata è che tale neutropenia fosse dovuta ad effetto collaterale degli antibiotici assunti dalla medesima, in particolare al ceftriaxone, a conferma di ciò la pz è stata rivalutata dopo la dimissione è sempre stata apiretica con emocromo nella norma.

**Conclusioni:** Molti farmaci possono indurre neutropenia. In caso di sospetto l'unica possibilità è sospendere l'assunzione del farmaco incriminato e controllare il numero dei globuli bianchi dopo qualche tempo.

### L'emorragia cerebrale non è sempre una diagnosi scontata

A. Liguori, R. De Giovanni, C. Muscat, A. Grossi

Medicina Interna-Angiologia Riccione

Uomo ricoverato per disartria, ipostenia dx. Alla TC emorragia frontoparietale sx. In APR: epatectomia dx per HCC, protesi valvolare aortica meccanica in TAO. Non indicazioni chirurgiche. Dopo valutazione del rischio-beneficio si sospendeva la TAO ed iniziava EBPM. Per sussessiva comparsa di piastrinopenia veniva somministrato fondaparinux.

Il quadro clinico si complicava per iperipressia e pancitopenia, i vari esami ematochimici; la TAC Total Body con mdc, ecocardiogramma: negativi, la BOM poneva il sospetto di infezione da Parvovirus B19

confermato sierologicamente. Eseguiva RMN per escludere lesioni sottostanti l'emorragia: esame non diagnostico. Seguiva miglioramento clinico, si riprendeva la TAO e si trasferiva in una struttura riabilitativa. Ritornava dopo 3 giorni per peggioramento neurologico; la TAC cerebrale smdc documentava comparsa di una nuova emorragia. Veniva sospesa TAO ed iniziata terapia con EBPM. Migliorato rientrava nella struttura riabilitativa. Dopo 3 giorni il pz per ennessimo peggioramento neurologico ritornava alla nostra osservazione, la TAC cerebrale smdc evidenziava ulteriore emorragia. Il pz entrava in coma e si assisteva all'exitus. All'autopsia: metastasi da HCC.

Problematiche: 1) difficile gestione della terapia anticoagulante; 2) eccezionalità delle metastasi cerebrali da HCC.

### ★ *Micobacterium avium* complex in Internal Medicine patients

M. Liguori, R. Iannuzzi, B. Pannone, M.C. Mayer

Medicina Interna 4 - Az. Osp. A. Cardarelli - Napoli

Although the incidence of tuberculosis has reduced in developed countries, there is a growing interest in non-tuberculosis mycobacteria (NTM) as a cause of lung disease.

We describe the case of a 73-year's old man, with symptoms of chronic bronchitis, in which a CT thoracic examination demonstrated pulmonary fibrosis, diffuse bilateral emphysema and cystic bronchioloectasis. Three sputum specimens showed the presence of *Mycobacterium Avium* Complex (MAC).

MAC is cause of infections in immunocompromised but also in immunocompetent hosts. In the first case the disease is often disseminated. In the second case the disease appears in the form of cavitary pulmonary disease or fibronodular bronchiectasis

In our patient HIV search was negative, but he was affected by type II diabetes since 1995.

As the proportion of apparently immunocompetent patients involved appears to be rising in the recent years, we suggest that old age and diabetes mellitus have to be taken in account as risk factors for MAC in patients with bronchitis symptoms in Internal Medicine Departments.

### La polmonite negli immunodepressi

V. Loguercio, A. Sebastianelli, M. Stoppo

Uoc Medicina Interna, Azienda Ospedaliera S. Andrea, Roma

**Introduzione** La polmonite è un processo infiammatorio infettivo, ad eziopatogenesi e prognosi variabili.

**Caso clinico** Uomo, 40 anni, operaio edile, riferisce da circa due mesi febbre, dispnea, tosse con espettorato giallastro e perdita di peso. L'Rx torace mostra un quadro di flogosi. Inizia terapia orale con cefalosporine, chinolonici e cortisonici per 15 giorni, con miglioramento dei sintomi. Al termine ricompaiono febbre e astenia. Viene ricoverato. All'ingresso, condizioni generali discrete, piritico Al torace murmure aspro con ronchi. All'EGA ipossiemia marcata. Agli esami di laboratorio aumento degli indici di flogosi, espettorato aspecifico e ricerca dei virus pneumotropi negativa. La TC torace è compatibile con una infezione virale. Si eseguono broncoscopia con BAL e tipizzazione linfocitaria. Questa mostra linfopenia con inversione CD4/CD8, mentre al BAL si osservano ammassi schiumosi di materiale proteinaceo riferibile a *P. carinii*. Il test HIV è positivo.

**Conclusioni** *P. carinii* è un opportunisto responsabile di una grave polmonite negli immunodepressi. La diagnosi si ottiene con la visualizzazione del microrganismo nel liquido di lavaggio alveolare o con la PCR. La conta dei linfociti T CD4+ < 200 cellule/μl è un importante fattore di rischio e impone l'inizio della profilassi con antibiotico.

### Ruolo dell'ecografia nella diagnosi precoce di malattie linfoproliferative in pazienti in follow-up per epatite cronica virale

S. Longo, N. Napoli, P. Maino, P.P. Papappicco, M. Catacchio, S. Antonaci

Servizio di Ecografia Internistica ed Ecointerventistica del Dipartimento di Clinica Medica, Immunologia e Malattie Infettive, Sezione di Medicina Interna, Università degli Studi di Bari

**Obiettivo** In letteratura è nota la correlazione tra epatopatia cronica virale e malattie linfoproliferative. Scopo dello studio è dimostrare il ruolo centrale dell'ecografia nella diagnosi precoce di malattie linfoproliferative, o di altre neoplasie, in soggetti in follow-up per epatopatia cronica virale.

**Materiali e metodi** Dal 2003 al 2010, sono afferiti 703 pazienti in follow-up clinico ed ecografico addominale e tiroideo periodico presso l'ambulatorio di Epatologia, alcuni in terapia interferonica. Sono state osservate le modificazioni ecografiche, volumetriche ed ecostrutturali, del fegato e della milza, dei linfonodi all'ilo epatico e di quelli addominali, e della tiroide.

**Risultati** In 6 casi l'ecografia ha posto, in primis, il sospetto di malattia linfoproliferativa indirizzando in tal senso l'iter diagnostico successivo e dimostrando in 3 casi diagnosi di leucemia e in altri 3 di linfoma. Inoltre l'ecografia tiroidea e il successivo agoaspirato ecoguidato ha permesso di sottoporre una paziente ad intervento di tiroidectomia totale per cr papillifero.

**Conclusioni** L'ecografia è utile nel follow-up dei pazienti con epatopatia cronica, non solo per la diagnosi precoce dell'epatocarcinoma, ma anche nel porre il sospetto di altra neoplasia correlata.

### Alterazioni ecografiche tiroidee in pazienti giovani: nostra esperienza

S. Longo, P.P. Papappicco, M. Catacchio, C. Cecere, S. Chimienti, V. Manfredi, S. Antonaci

Servizio di Ecografia Internistica ed Ecointerventistica del Dipartimento di Clinica Medica, Immunologia e Malattie Infettive, Sezione di Medicina Interna, Università degli Studi di Bari

**Scopo** Gli autori hanno valutato le alterazioni ecografiche tiroidee in pazienti di età inferiore ai 25 anni.

**Materiali e metodi** È stata effettuata una analisi retrospettiva su 2993 pazienti di età compresa tra 13 e 90 anni afferiti al Servizio di Ecografia della Clinica Medica, sia come pazienti ambulatoriali, che ricoverati in regime ordinario e in day-hospital, da febbraio 2009 a febbraio 2010. Di questi, 101 pazienti presentavano età inferiore ai 25 anni, numero peraltro in continuo aumento rispetto agli anni precedenti. L'ecografia è stata effettuata da un unico operatore con apparecchio Hitachi H21. Abbiamo considerato le dimensioni della tiroide (diametro AP normale 12-18 mm), la patologia nodulare focale uninodulare o multinodulare, e la disomogeneità diffusa.

**Risultati** Nei pazienti di età inferiore ai 25 anni, l'ecografia normale per dimensioni ed ecostruttura era presente in 34 pazienti, mentre la tiroide con ecostruttura disomogenea si riscontrava in 40 pazienti, di cui 4 anche con aumento volumetrico. La tireopatia uninodulare era presente in 11 pazienti, la multinodulare in 16 pazienti; 12 noduli sono stati sottoposti ad agoaspirato tiroideo eco guidato.

**Conclusioni** Le alterazioni ecografiche tiroidee sono presenti frequentemente anche in pazienti giovani.

### A strange case of multiple angiomas

S. Longo, P.P. Papappicco, M. Catacchio, V. Manfredi, E. Renna, S. Antonaci

Servizio di Ecografia Internistica ed Ecointerventistica del Dipartimento di Clinica Medica, Immunologia e Malattie Infettive, Sezione di Medicina Interna, Università degli Studi di Bari

**Aim of the study** To assess the diagnostic utility of clinical ultrasonography (US) in Internal Medicine.

**Method** In 2000, a 37-year-old woman underwent liver US for superficial lymphadenopathy, that revealed a hypoechoic nodule in the VIth right segment, measuring 6x8 cm. The lesion was confirmed by CT scan, MRI and liver scintigraphy, and identified as an angioma. A US control performed in 2005 revealed an increased volume of the lesion and other foci in the left lobe. In 2010, abdominal US performed at our Centre demonstrated hepatomegaly, a voluminous expanding lesion in the right lobe and small lesions in the left lobe. CEUS of the largest lesion suggested an angioma. Chest, abdomen and pelvic CT scans advised by the surgeon confirmed the lesions but also demonstrated other small liver, lung and bone foci, likely of a secondary nature, without blood chemistry alterations. The patient underwent minithoracotomy and resection of lung tissues.

**Results** The histology was multiple lung hemangiomas, and subsequent PET did not reveal pathological accumulations of the radio-tracer. Resection of the voluminous angioma and liver transplant were judged the indicated treatment.

**Conclusions** US undoubtedly plays an important role in diagnostic and therapeutic workup in the clinical setting.

### ★ Caso clinico: Repetita iuvant!

E. Lotti<sup>1</sup>, G. Landini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dirigente Medico I Livello Presso Medicina Santa Maria Nuova Firenze,

<sup>2</sup>Direttore Presso Medicina Santa Maria Nuova Firenze

**Presentazione clinica** Donna di 45 aa in perimenopausa in tp con EP. A giugno per tosse esegue RX torace: addensamento polmonare lobare superiore dx. Prescritto antibiotico+cortisone senza beneficio. Agosto Tc torace mdc: persiste addensamento con versamento pleurico e segni di EP. Intrapresa tp antibiotica ed anticoagulante.

**Esami eseguiti** Routine e markers neoplastici ndp; Broncoscopia con BAL: microbiologia -citologia negativa.

**Decorso clinico** Ripetuta dopo 20 gg Tc torace mdc: incremento dell'addensamento polmonare lobare e persistenza dell' EP. Comparsa di dispnea; all'ecocardiogramma incremento del versamento pericardio con iniziali segni di tamponamento cardiaco. Sottoposta a pericardio e toracentesi con citologia negativa per atipie cellulari. Ripetuta broncoscopia con citologico su BAL: atipie cellulari aspecifiche non diagnostiche. Dopo 40 gg 3° broncoscopia e biopsia con esame istologico indicativo per adenocarcinoma del polmone a piccole cellule. Attualmente esegue cicli di chemioterapia e si mantiene in discreto benessere.

**Conclusioni** *Repetita iuvant!* Nonostante il risultato negativo, ripetere lo stesso esame in considerazione del forte sospetto clinico, ha determinato una diagnosi certa ed una terapia efficace.

### Edema della papilla in giovane donna

I. Lucchesi, M. Checchi, R. Bassu, L. Teghini, A. Alessandri, G. Panigada

U.O.C. Medicina Interna, Ospedale di Pescia Azienda UsI3 Pistoia

**Premesse e scopo dello studio** Cefalea persistente ed edema della papilla ottica in giovane donna.

**Materiali e metodi** Femmina, 20 anni, in abs, menarca a 11 anni con cicli regolari, modesta fumatrice, pillola estroprogestinica sospesa da 2 mesi. Giunge a valutazione per cefalea persistente da almeno tre mesi associata a parestesie all'involtolo di sx, diplopia nello sguardo laterale Sx e successiva comparsa di aftosi recidivante del cavo orale, episodio di poliartralgie e febbre ed eritema nodoso agli arti inferiori. È stata valutata con TC/RM encefalo mdc, esame del fundus oculi, campimetria, FAG, Rx torace, ECG/ecocore, esami ematici di routine, tests per trombofilia, esami di autoimmunità reumatica, TAS, Quantiferon TB, ACE test, tipizzazione HLA

**Risultati** Negli esami ematici si evidenzia solo alterazione degli indici di flogosi, si conferma papilledema bilaterale con FAG negativo per vasculite retinica, diplopia da foria scompensata. Tc/RM encefalo negative per alterazioni parenchimali, all'angiRM encefalo segni di trombosi parziale del seno traverso dx.

**Conclusioni** Visto il responso dell'angio RM si correla la cefalea ed il papilledema ad ipertensione endocranica da angioite cerebrale (trombosi venosa cerebrale) in particolar modo il corteo clinico-sintomatologico appare altamente suggestivo per neuro Behcet.

### Cutaneous polyarteritis nodosa: report of six cases

M. Lucci, A. Kafyke, L. Manfredi, A. Gabrielli, P. Fraticelli

Sod Clinica Medica, Dipartimento Di Scienze Mediche E Chirurgiche, Università Politecnica Delle Marche, Ancona

**Introduction and objective of the study** Cutaneous polyarteritis nodosa (CPAN) is a rare necrotizing vasculitis of the small and medium sized arteries, distinguishing itself from systemic polyarteritis nodosa by its restriction to the skin and to the neurological and osteo-muscular system. Despite its benign course, CPAN may display a chronic relapsing evolution with repeated exacerbation. We describe clinical manifestations and treatments of six patients affected by CPAN.

**Patients and methods** We conducted a retrospective analysis of six patients with CPAN referred to our department over the past ten years. They were studied clinically and histopathologically, and laboratory data, treatments and clinical course were also evaluated.

**Results** All patients showed cutaneous manifestations and five of them also extra-cutaneous symptom such as peripheral neuropathy. None of them showed internal organ involvement. All patients have been treated with systemic corticosteroids plus immunosuppressive agents.

**Conclusions** Despite the favourable course of the disease, peripheral neuropathy seems to be the worst clinical feature to treat, requiring a more aggressive approach (systemic corticosteroids with immunosuppressive agents). Moreover these patients frequently relapse and long-term adverse effects of therapy are not uneventful.

### La sindrome coronarica acuta in Medicina Interna

F. Lunati<sup>1</sup>, R. Re<sup>2</sup>, F. Santi<sup>3</sup>, M. Dugnani<sup>1</sup>, M. Campanini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Svd Medicina Interna Sede di Galliate (Azienda Ospedaliero Universitaria Maggiore della Carità),

<sup>2</sup>Medicina Interna II Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità Novara,

<sup>3</sup>Scuola di Specializzazione in Medicina d'Urgenza ed Emergenza Azienda Ospedaliero Universitaria Maggiore della Carità Novara

La nostra casistica comprende 63 casi di infarto del miocardio con ST non sopraslivellato (NSTEMI) pari al 2% del totale dei ricoveri; età media di 85±10 anni. Durante il ricovero sono deceduti 20 pazienti (30%) la mortalità a 30 giorni 6.6% ad un anno 24,4%. Le cause di morte sono state: shock cardiogeno 6 pazienti (30%), setticemia 4 (20%), BPCO 3 (15%), vasculopatie 3 (15%), cachessia neoplastica 2 (10%), scompenso cardiaco 2 (10%). I pazienti presentavano frequenti comorbidità:

- Diabete 14%,
- Ipertensione 92%,
- Insufficienza renale 6,3%,
- BPCO 22%,
- Neoplasie 11%.
- La terapia durante il ricovero:
- Aspirina 68.4%,
- Tienopirimidine 12%,
- EBPM o fondaparinux 67.1%,
- Beta-bloccanti 17.8%,
- Calcio-antagonisti 21.3%,
- Nitrati 93%.

Le procedure interventiste: una coronografia è stata effettuata nel 27,1% ed angioplastica nel 8.6%. Al momento della dimissione la terapia consigliata comprendeva:

- Aspirina 56,8%,
- Tienopirimidine 8%,
- Beta bloccanti 22.2%,
- Nitrati 91%,
- Calcio antagonisti 32%,
- ACE-inibitori 53%.

Riteniamo che l'aumento dell'età media determini da un lato un aumento esponenziale dei casi di SCA soprattutto negli anziani con plurime comorbidità e "fragili" e che quindi che l'internista soprattutto nelle unità operative con area critica debba dedicarsi sempre di più alla cura dello STEMI.

### Results of a four year chronic heart failure (CHF) Chronic Care Model: follow-up experience in the South-East Florence Area

C. Lusini<sup>1</sup>, A. Pieri<sup>1</sup>, G. Regoli<sup>1</sup>, S. Tatini<sup>1</sup>, C. Viani<sup>2</sup>, C. Rossi<sup>6</sup>, R. Laureano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O. Medicina Interna P.O.S. M. Annunziata A.S., Firenze,

<sup>2</sup>A.I.T. Zona Sud-Est A.S. Firenze,

<sup>6</sup>A.I.T. Zona Sud-Est A.S. Firenze

**Introduction** Current data suggests multidisciplinary CHF follow-up reduces mortality and hospital admissions. We report the results of a four year CHF Chronic Care Model experience.

**Methods** 131 patients (72 females) were studied. Mean follow-up duration was 18 months, mean age 78.5 yrs, median NYHA 2.4, mean initial NT-pro-BNP 3752 pg/ml. Patients and their families received HF educational programs, regular medical controls, treatment according to consensual guidelines and individualised monitoring. 55 (41.9%) patients underwent nurse home visits, 35 (26.7%) were monitored in nurse led clinics. 94 patients (71.7%) were also monitored by telephone.

**Results** 35 out of 131 patients died (annual mortality was 17% compared to an expected 26%). 36 (27%) patients dropped out, either lost to follow-up or discharged to general practitioner care. During the preceding 18 months these patients had had 205 hospital admissions for HF, while during the trial period admissions were reduced to 42 for HF and 39 for other causes. The total reduction in hospital re-admissions was 79% for HF and 60% for other causes.

**Discussion** These results confirm the efficacy of this management approach in reducing hospital re-admissions and mortality in CHF. Further data on a larger sample of patients and cost-efficacy analysis is forthcoming.

### Non solo Stroke: un caso di encefalite da H. Simplex

D. Macchioni, S. Nizzoli, E. Radighieri, A. Catania, M. Simonini, P. Zoboli, F. Boni, G. Chesi

Medicina Interna Scandiano (Re)

Maschio, anni 62, cardiopatia ischemico-ipertensiva e ipercolesterolemia, presentava improvvisa afasia di Wernicke. Alla TC encefalo esiti ischemici lacunari. Per sospetto stroke ischemico sx eseguiva ECG (ritmo sinusale), Doppler TSA e Transcranico (non stenosi emodinamiche). In seconda giornata compariva febbre, senza sintomi respiratori o gastroenterici, e la RMN encefalo mostrava lesione iperdensa dal lobo temporale sx al lobo frontale inferiore con interessamento mesiale e dell'insula. Tale lesione era improbabile come ischemica per la molteplicità dei distretti vascolari coinvolti e per l'esiguità della sintomatologia, mentre era sospetta per encefalite vista anche la febbre. Alla rachicentesi liquor limpido con linfocitosi e protidorrachia, il DNA di HSV1 era positivo. Si iniziava aciclovir endovena (10 mg/Kg 3 volte/die per 3 settimane) con progressivo miglioramento dell'afasia. **CONCLUSIONI:** HSV 1-2 frequenti cause di encefalite virale nei soggetti immunocompetenti. L'esordio può essere subacuto e la diagnosi deve essere sospettata quando a sintomi neurologici generalizzati o focali si associa febbre e cefalea. L'EEG ha un'elevata sensibilità diagnostica nelle fasi precoci, la RMN è più specifica e sensibile della TC. Aciclovir endovena rappresenta il trattamento di scelta mentre l'uso dello steroide rimane controverso.

### **Idronefrosi bilaterale ed insufficienza renale progressiva**

D. Macchioni, S. Nizzoli, E. Radighieri, P. Zoboli, F. Boni, F. Maselli, F. Di Paola, G. Chesi

Medicina Interna Scandiano (Re)

Donna, 55 anni con poliartralgie, dispnea, ipertensione arteriosa non nota, acidosi metabolica, severa insufficienza renale acuta, diuresi conservata ed esame urine normale. Rx torace, ECG ed ecocardio nella norma. L'idratazione e la sospensione dei FANS determinavano lieve miglioramento della creatinina. p-ANCA, c-ANCA, ANA, ENA, crioglobuline negativi escludevano l'ipotesi vasculitica; l'elettroforesi proteica, i markers tumorali, la calcemia e la  $\alpha_2$ microglobulina nella norma e l'assenza della proteina di B-Jones escludevano una neoplasia. All'ecografia addome moderata idroureteronefrosi bilaterale e area ipoecogena para-aortica che successivamente la TAC e la PET identificavano come fibrosi retroperitoneale, verosimilmente idiopatica. Si iniziava prednisone (1mg/Kg) e tamoxifene (20mg/die) con scomparsa dell'idronefrosi e dell'insufficienza renale. **CONCLUSIONI:** La fibrosi retroperitoneale idiopatica è rara e si caratterizza per la proliferazione di tessuto fibroinfiammatorio a livello retroperitoneale. L'eziologia è per lo più idiopatica, ma può essere anche secondaria. Il gold standard diagnostico è la biopsia. TAC e RMN hanno una buona specificità, la PET è utile nella stadiazione. La prognosi della forma idiopatica è buona se la terapia immunosoppressiva viene iniziata precocemente.

### **Conservative and successful treatment of cutaneous and enteric fistulas following acute pancreatitis**

G. Macri<sup>1</sup>, M. Mestriner<sup>1</sup>, F. Vitelli<sup>1</sup>, M. Martinelli<sup>1</sup>, G. Mingrone<sup>2</sup>, C. Marinone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna 2, Dipartimento Medicina Interna, Aou San Giovanni Battista, Torino,

<sup>2</sup>Chirurgia Universitaria 2, Dipartimento di Chirurgia, Aou San Giovanni Battista, Torino

**Background** The presence of fluid collections is an habitual event in acute pancreatitis, generally followed by a favorable outcome. We describe a case of necrotizing pancreatitis with organization and infection of fluid collection that produced spontaneous cutaneous and enteric fistulas.

**Materials and methods** A 50 ys man was hospitalized because of intestinal occlusion following two weeks lasting severe abdominal pain. At surgery a fibrous-granulomatous mass narrowing the duodenum was

detected without any istological diagnosis of cancer. After several weeks without any specific treatment and with complete recovering of surgical wound a cutaneous abdominal fistula appeared; with imaging another fistula at colon splenic flexure was detected. We proposed that it may have formed in response to inflammation and infection of fluid collection caused by the previous acute pancreatitis.

**Results** We started with antibiotic, steroid, parenteral nutrition without any drainage with complete resolution of this such complicated situation.

**Conclusions** We revised clinical management and the no strict guidelines of treatment of fluid collection and fistulas in pancreatitis: octreotide may be used, spontaneous closure may be expected in the majority of cases. Our simple antibiotic and antiinflammatory therapy has been successful.

### **Intraductal Papillary-Mucinous Neoplasm: an unusual form of pancreatic cancer. Personal series**

E. Madrid, D. Avolio, R. Buono, A. Carnovale, M.C. Cillis, F. Gallucci, G. Uomo

Internal Medicine Unit 3, Cardarelli Hospital, Napoli, Italy

**Background** Intraductal Papillary-Mucinous Neoplasms (IPMNs), characterised by intraductal proliferation of mucin-producing cells, are very rare, accounting for 1% or less of pancreatic exocrine tumours. Symptoms of acute and/or chronic pancreatitis are most common, but IPMNs may also be detected incidentally.

**Personal series** 5 cases of IPMNs over the last 8 years: 3 M and 2 F (mean age 58.6 years, range 52-68). Two patients presented with recurrent acute pancreatitis, one patient with a single episode of acute pancreatitis (mild episodes in all cases); the tumour was incidentally discovered in the remaining two patients. Patients were studied with ultrasound, contrast-enhanced CT-scan, abdominal MRI (all patients), endoscopic ultrasound with FNAB (four cases). Two patients presented IPMN-type 1 (main duct), 2 IPMN-type 2 (side branches) and the last one IPMN-type 3 (main duct + side branches). All patients underwent resective surgery. Recurrence was observed in one patient. Only one patient died (7 year after the initial diagnosis); the remaining patients are still alive and free from recurrences at current follow up.

**Conclusions** Physicians should familiarize with IPMNs as these pre-malignant or frankly malignant lesions are usually slow-growing tumours and curative resection is possible in the majority of cases.

### **Inflammatory pseudotumor of pancreas mimicking pancreatic cancer: case-report**

E. Madrid, D. Avolio, L. Ferrara, A. Langellotto, R. Russo, U. Valentino, G. Uomo

Internal Medicine Unit 3, Cardarelli Hospital, Napoli, Italy

**Background.** Inflammatory pseudotumor (IPst) is an uncommon mass lesion composed of a variety of inflammatory or other mesenchymal cells. IPst in the pancreas is very rare and it generally lead to a wrong diagnosis of malignancy.

**Case report** A 61-year-old man was referred to our Unit because of a 3-month history of abdominal pain followed by obstructive jaundice. The patient denied alcohol consumption. Tumour serum markers were negative. Abdominal US showed a round, 3 cm hypoechoic solid mass of the head of the pancreas. CT scan confirmed the presence of a solid mass with a stricture of the distal common bile duct and without involvement of local vessels. All the data were suggestive for pancreatic cancer and no biopsy were performed in a potentially-resectable lesion. The patient underwent classical Whipple resection. Microscopy showed a lymphoplasmacytic infiltrate mixed with a proliferation of stromal

cells. The postoperative course was uneventful and the patient is alive without recurrence four years after surgery.

**Conclusions** Even if IPst of the pancreas is a benign lesion, almost all cases require major surgery because of local complications. Besides, differential diagnosis between malignancy and IPst is still nowadays surely resolved only with histopathological examination of the whole operatory specimen.

### Emofilia acquisita a geni autoimmuni: esordio con ematomi muscolari diffusi e secondaria insufficienza renale acuta da raddomiolisi

E. Madrid, P. Bassano, A. Carnovale, F. Gallucci, A. Langellotto, G. Uomo

Uosc Medicina Interna 3, Dipartimento di Medicina Generale e Specialistica

**Premesse** L'emofilia acquisita è una rara e grave coagulopatia autoimmune causata da autoanticorpi contro un fattore della coagulazione, nella stragrande maggioranza dei casi il Fattore VIII. Le forme idiopatiche sono circa il 60%; nei restanti pazienti si riscontrano malattie autoimmuni o neoplasie.

**Caso clinico** Anni 77, sesso M, pensionato. Anamnesi remota muta. Un mese prima della nostra osservazione comparsa di vasta ecchimosi alla coscia sinistra e successivamente ai 4 arti e in regione lombare con ematuria, oliguria e dispnea. Al ricovero: anemia grave, aPTT 70 secondi (PT normale), Creat 3.3 mg/dl, K+ 6.2 mEq/l, CPK x13 vn, LDH x 7 vn, oncomarkers ed autoimmunità negativi. Fattore VIII 6% (vn:50-200), Fattori VII, IX, XI, XII, LAC test negativi; anticorpi anti-FVIII positivi (1.75 U. Bethesda). Terapia idratante, steroidi ev ad alte dosi, emotrasfusione di emazie e plasma, supplementazione con rFVIIa ev (bolo iniziale di 90µg/Kg pc, poi dosi refratte ogni 6 ore, fino a 2 somministrazioni/die una volta raggiunta l'emostasi). Lenta ripresa dei valori di Hb e della diuresi. Decorso complicato da evento settico polmonare e sepsi urinaria. Stabilizzate le condizioni generali il paziente è stato poi trasferito presso Centro Emostasi/Trombosi di riferimento regionale per il prosieguo assistenziale.

### ★ Legionella pneumophila pneumonia: an underestimated clinical event in Internal Medicine Hospital Units

E. Madrid, R. Buono, A. Carnovale, L. Ferrara, F. Gallucci, U. Valentino, G. Uomo

Internal Medicine Unit 3, Cardarelli Hospital, Napoli, Italy

**Background** Over the last decades, *Legionella pneumophila* (L.pn) pneumonia presented an increasing incidence. It remains unclear whether a systematic testing-policy for L.pn etiology in all cases of pneumonia observed in in-hospital patients may be useful in clinical practice.

**Patients and methods** We prospectively considered all patients with community-acquired pneumonia (CAP) observed in our Unit from I-2004 to XII-2010. Besides to the traditional diagnostic tests, all patients underwent to the urinary soluble antigen L.pn.-test.

**Results** 167 patients with pneumonia were recruited (80 F, 87 M; median age 56 years, range 17-92; mortality 5.3%); 16 (9.5%; 5 F, 11 M; median age 53 years, range 36-71, no deaths) of them presented a positive urinary-test. No difference was seen as regards clinical data, characteristics of pneumonia and hospital stay between the L.pn pneumonia group and the remaining patients. Neurologic and gastrointestinal signs were observed in 2 and 3 patients, respectively.

**Conclusions** Our data suggests the usefulness of the screening testing-policy for L.pn. in all CAP patients admitted in Internal Medicine wards, independently from the presence of accompanying symptoms. Achievement of relevant epidemiologic features has important effects on the clinical and preventive grounds also.

### Sarcoidosis: an unusual association with recurrent pericarditis

S. Maestroni, A. Brucato, D. Cumetti, G. Alari

Medicina Interna, Ospedali Riuniti, Bergamo

**Background** Mild or moderate asymptomatic pericardial effusions are commonly detected in patients with sarcoidosis but symptomatic pericarditis is rare. All reported cases have consisted of life-threatening tamponade treated by pericardiocentesis or pericardiectomy.

**Methods and results** We describe the first case of sarcoidosis revealed by a recurrent pericarditis. A Caucasian male was referred to our medical department with a history of recurrent pericarditis. He had the first attack in August 2003 at 24-year-old and recurrent attacks in following years. In December 2008 he developed cough and fever, and a chest radiograph showed important bilateral perihilar interstitial infiltration. The main investigations (CT-scan, fiber optic bronchoscopy, bronchoalveolar lavage, spirometry, ACE-plasmatic dosage) revealed a diagnosis of sarcoidosis. Similar cases may have been ignored since the initial diagnosis of sarcoidosis is challenging and corticosteroids are frequently given to patient with several recurrences of pericarditis.

**Conclusions** Clinician should consider the possibility of sarcoidosis associated with acute or recurrent pericarditis.

### Colchine for the prevention of the post-pericardiectomy syndrome (COPPS): a multicentre, randomized, double blind, placebo-controlled study

S. Maestroni<sup>1</sup>, A. Brucato<sup>1</sup>, D. Cumetti<sup>1</sup>, S. Scialfa<sup>1</sup>, S. Ghidoni<sup>1</sup>, C. Simon<sup>2</sup>, D. Cugola<sup>2</sup>, P. Ferrazzi<sup>2</sup>, M. Imazio<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Ospedali Riuniti, Bergamo,

<sup>2</sup>Cardiochirurgia, Ospedali Riuniti, Bergamo,

<sup>3</sup>Cardiologia, Ospedale Maria Vittoria, Torino

**Background** The aim of the COPPS trial is to test the efficacy and safety of colchicine for the primary prevention of the post-pericardiectomy syndrome (PPS).

**Methods and Results** 360 patients, 180 in each treatment arm, were randomized to receive placebo or colchicine (1.0 mg twice daily for the first day followed by a maintenance dose of 0.5 mg twice daily for 1 month in patients  $\geq$  70 kg, and halved doses for patients  $<$  70 kg or intolerant to the highest dose). Baseline characteristics were well-balanced between the study groups. Colchicine significantly reduced the incidence of the PPS at 12 months compared with placebo (8.9 vs 21.1%,  $p=0.002$ ). Colchicine also reduced the rate of disease-related hospitalization, cardiac tamponade, constrictive pericarditis and relapses (0.6 vs 5.0%,  $p=0.024$ ). A substudy of COPPS revealed that colchicine reduced the incidence of post-operative atrial fibrillation (11.8 vs 21%,  $p=0.003$ ) and the overall hospital stay (24 vs 21 days,  $p=0.030$ ). The rate of side effects (mainly related to gastrointestinal intolerance) was similar in the two groups.

**Conclusions** Colchicine seems safe and efficacious in the prevention of the PPS, its related complications, POAF and overall hospital stay.

### ★ Prevalence of C-reactive protein elevation and time course of normalization in acute pericarditis: implication for diagnosis, prognosis and therapy

S. Maestroni<sup>1</sup>, D. Cumetti<sup>1</sup>, S. Ghidoni<sup>1</sup>, S. Scialfa<sup>1</sup>, M. Bonelli<sup>1</sup>, G. Alari<sup>1</sup>, M. Imazio<sup>2</sup>, A. Brucato<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Ospedali Riuniti, Bergamo,

<sup>2</sup>Cardiologia, Ospedale Maria Vittoria, Torino

**Background** Aim of this study is to prospectively evaluate the frequency

of high sensitivity C-reactive protein (CRP) elevation in patients with acute pericarditis, its time course of normalization.

**Methods and Results** 200 consecutive patients with viral or idiopathic acute pericarditis were studied in two Italian referral centres. CRP was determined at presentation and then every week till normalization.

CRP was elevated in 78% of cases at presentation (causes of a negative CRP at presentation were early assessment in 34% of cases and previous anti-inflammatory therapies in 50%).

CRP normalization was achieved with the following time course: 60% at week 1, 85% at week 2, 95% at week 3, and all cases at week 4.

In multivariable analysis, incomplete response to empiric anti-inflammatory therapy at week 1 (HR 2.98 95% CI 1.80-4.94;  $p < 0.001$ ), corticosteroid therapy (HR 2.80 95% CI 1.59-4.95;  $p < 0.001$ ), and the presence of elevated hs-CRP at week 1 (HR 2.36 95% CI 1.32-4.21;  $p = 0.004$ ) were independent risk factors for recurrences.

So only 3.5% patients had a persistently normal CRP with no previous treatment.

**Conclusions** CRP is elevated at the initial presentation in about 3 of 4 cases of acute pericarditis and could be used to monitor disease activity and select appropriate therapy length.

### Modern approach to hospital diet menus

A. Maffettone<sup>1</sup>, M. Rinaldi<sup>1</sup>, M. Carlone<sup>2</sup>, A. Castaldo<sup>3</sup>, L. Ussano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uoc Medicina Interna ad Indirizzo Dismetabolico, Aorn Monaldi-Cotugno-Cto, Napoli,

<sup>2</sup>Servizio di Dietologia, Aorn Monaldi-Cotugno-Cto, Napoli,

<sup>3</sup>Servizio di Dietologia, Aorn Monaldi-Cotugno-Cto, Napoli

**Premises and aim of the study** The EU in 2002 suggested to all the State members that hospital menu is an integral part of therapy. Since our patients are mostly older ones or foreigners (non EU members), we decided to modify our hospital nutritional approach.

**Materials and methods** We started with the renovation of our centralized kitchen (with uniformity to EU Standards: HACCP and ISO9002); we introduced new kitchenware with an echo-friendly approach. We introduced a "Km 0" diet to with season vegetables and fruit from our territory. We have 33 different menus: normal, standardized for pathologies and personalized. We gave careful attention to diabetic patients, (our Region has the higher prevalence of Diabetes in Italy).

**Results** We diversified menus for DMT1 and DMT2: normo or hypocaloric, with low glycemic index, fractioned in 6 meals (3 principals and 3 snacks) with evening snack at the 9 pm. We modified macronutrient composition to reduce the insulin-resistance: 50% CHO, 30% P, 20% L, increased fiber content (>10%) and reduced the amount of saturated fatty acids (< 10%). Our diets are changed fortnightly. We submitted to patients food satisfaction questionnaires.

**Conclusions** Such model of hospital menus guarantees quality and safety of foods and gives a central role to patients' needs.

### Carotid sinus massage (CSM) is important in the diagnosis of syncope of uncertain origin in elderly patients

A. Maffettone, M. Rinaldi, F. Rugiada, L. Ussano

Uoc Medicina ad Indirizzo Dismetabolico, Aorn Monaldi-Cotugno-Cto, Napoli

**Premises and aim of the study** The massage of the carotid sinus is one of the principal diagnostic methods in the diagnosis of syncope of unknown origin in elderly people, but it is not often performed routinely.

**Materials and methods** We report the case of MD, M, 81 yrs, affected by hypertension and hospitalized for cranial trauma following a syncopal episode. The patient had been hospitalized for syncopal episodes in other hospitals, but no diagnosis was made. During hospitalization we

performed: skull CT scan (negative), ecg (LBB), Echocardiography (LVH), Holter ecg (61 pauses > 2.0 sec, not significant for the arrhythmologist), carotid US (fatty streaks), neurological visit (negative), EEG (negative).

**Results** We performed the massage of the carotid sinus that underlined asystolic rhythm > 3.0 seconds. We, then, decided to apply an atrio-ventricular long term Pace Maker

**Conclusions** The carotid sinus massage should be performed early in the diagnosis of syncopal episodes in elderly patients.

### A sudden episode of atassia and malaise in a female marathon runner

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

<sup>1</sup>Uoc Medicina Interna ad Indirizzo Dismetabolico, Aorn Monaldi-Cotugno-Cto, Napoli,

<sup>2</sup>Uoc Geriatria, Aorn S. Sebastiano e S. Anna, Caserta

**Premises and aim of the study** Rhabdomyolysis is a rare but potentially life-threatening disorder. Exercise-induced muscle damage is commonly experienced after physical activity and low protein intake.

**Materials and methods** We present the case of GV, F, 42 yrs, marathon runner (300 km/month) following a poorly planned diet (low protein and CHO intake). She experienced headache, dizziness, episodic tachycardia the days before hospitalization until atassia, intense headache, muscle aches, malaise, nausea appeared. During hospitalization lab data showed: serum CPK elevation (2167 U/L), mild alteration of AST/ALT, no alterations of myoglobin and troponin.

**Results** The patient was hydrated intravenously (2000 ml/24 hr) and assumed po 5 mg/day of prednisone. Echocardiogram was normal, electromyography showed primitive muscle lesions. Pt recovered fully within 10 days. The controlled introduction of a planned amount of protein and CHO in the diet allowed the athlete to carry on with his sporting activity fully.

**Conclusions** Physical exercise mainly engages muscular system, and a balanced diet is essential to ensure energy demands and anabolic response. An optimal protein intake should be achieved through careful planning.

### Inibitori pompa protonica (IPP) ed eparine a basso peso molecolare (EBPM): etica ed appropriatezza prescrittiva

R. Malta<sup>1</sup>, S. Di Rosa<sup>2</sup>, M. Meli<sup>1</sup>, N. D'alessandro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Biopatologia e Biotecnologie Mediche e Forensi, Università degli Studi, Palermo,

<sup>2</sup>Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti "Cervello - Villa Sofia", Palermo

**Premesse e scopo dello studio** Il Patto per la Salute ha come obiettivo l'*appropriatezza*. Essa è nella responsabilità dei medici, si fonda sulla *GCP*, giustifica l'allocazione delle risorse. In Italia vi è elevato consumo di IPP ed EBPM, il che abbiamo verificato in questa AOUP.

**Materiali e metodi** Consumi nel 2010 espressi in DDD/100 giorni di degenza, complessivi e per UO.

**Risultati** In comparazione con dati disponibili da altre istituzioni italiane e straniere, l'utilizzo di IPP e EBPM è stato in fascia alta, con variazioni tra le UO secondo le specialità cliniche.

**Conclusioni** L'analisi di appropriatezza stimola la revisione critica delle prassi ed il ripensamento delle terapie, pur tenendo conto che alcune indicazioni non ufficialmente approvate possono essere supportate da chiare evidenze. L'uso di IPP ed EBPM in profilassi espone a rischi di comportamenti difensivistici. L'AOUP persegue la *mission* etica del *buon esempio* in rapporto a medici in formazione e territorio. I risultati suggeriscono l'implementazione della Farmacovigilanza.

## A pulmonary opacity level

C. Mancini, C. Del Buono, F. Iacovetta, A. Castrillo, G. De Bartolomeo, F. D'uva, C. Politi

Uoc Medicina Interna Isernia

**Background** This case report stresses the relevance of an accurate anamnesis.

**Methods** We describe the case of a 25 years old woman, admitted with cough, mild dyspnea and thoracic pain. General examination was normal, oxygen saturation 97%. The chest x-ray examination revealed a 3 cm pulmonary opacity level, parailare right. To HRCT scan the area is oval, hyperdense with air-fluid level, not related with the bronchial branches and no signs of pulmonary perifocal tearing; neighbouring bronchocelic dilation with dense material inside. Biochemistry and sputum cultures were negative. BAL was not performed. Ultrasound examination of abdomen and heart was normal; thoracic ultrasound was non-discriminatory. We treated the patient with a course of 7 days levofloxacin 500mg/UID.

**Results** The patient recalled a minimum chest trauma related to a car accident two months earlier, only after thorough medical history. We therefore carried out a consultation of thoracic surgery with a definitive diagnosis of post-traumatic blood-pneumatocele and chronic bronchocele. The patient was discharged scheduling a chest HRCT after 4 weeks.

**Conclusions** In the presence of a pulmonary opacity level, careful examination and repeated anamnesis can reveal a neglected thoracic trauma and suggest correct diagnosis.

## Central venous catheter-related sepsis in parenteral nutrition in elderly man

S. Manetti<sup>1</sup>, G. Bacci<sup>2</sup>, F. Cappelli<sup>1</sup>, M. Genovesi<sup>1</sup>, M. Mazzetti<sup>1</sup>, C. Rosi<sup>1</sup>, M.P. Rosito<sup>1</sup>, M. Sikora<sup>1</sup>, S. Stanganini<sup>1</sup>, A. Tufi<sup>1</sup>, E. Santoro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sc Medicina Interna Ospedale del Casentino, Bibbiena, Ausl8, Arezzo,

<sup>2</sup>Medico di Medicina Generale, Poppi, Arezzo

**Background** Infections associated with vascular devices are a common complication and cause up to 50-60% of nosocomial bacteremia, the bacteria frequently colonize catheters, forming a biofilm adhering and spreading into the bloodstream, the central venous catheters (VCC) have a very higher risk of infection than implantable devices Port-a-Cath and peripheral venous catheters.

**Case report** Men, 93 y.o. bearer of VCC and urinary catheter, arrived in ER for fever with chills, hypotension and respiratory failure. It showed leukocytosis elevation of CRP and procalcitonin. The chest X-ray showed right pleural. Clinical background of congestive heart failure, chronic atrial fibrillation, previous stroke, cholelithiasis were in the clinical history. A month before the patient had undergone a major operation, and a VCC was implanted. After 20 days the patient had fever. A transthoracic echocardiogram excluded endocarditis. From the removed VCC tip, and in two different blood cultures, *Epidermidis* staphylococci were isolated, resistant to oxacillin and susceptible to vancomycin, whose administration brought clinical improvement associated with progressive reduction of labs tests

**Conclusions** The vascular access are associated with high rate of iatrogenic bacteremia particularly in elderly patients with polyopathy

## A case of advanced thymoma mimicking mesothelioma

L. Manfredi, M. Lucci, M. Bonifazi, A. Kafyeke, G. Pomponio, G. Goteri, A. Gabrielli, P. Fraticelli

Sod Clinica Medica, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Introduction and objective of the study Thymoma is an epithelial malignancy of the thymus gland and accounts for almost one-half of all primary tumours of the anterior mediastinum. The majority of these malignancies are histologically benign, but some cases may present with extracapsular growth and local invasion to adjacent structures. We report a case of invasive thymoma in which radiological findings were highly suggestive for malignant pleural mesothelioma.

**Patients and methods** A 54-year old woman was referred to our clinic because of non productive cough, muscle pain, diplopia and generalized weakness. CT scans showed marked right pleural circumferential and nodular thickening and an anterior mediastinal mass with invasion of great vessels and pericardium. Radiological findings were suggestive for pleural mesothelioma.

**Results** Pleural biopsy was consistent with thymoma type B2/B3. Other clinical features were expression of paraneoplastic myasthenia gravis. A combination chemotherapy regimen was begun.

**Conclusions** Predominantly pleural dissemination with nodular thickening is a very rare presentation of thymoma. In this case radiological features mimic diffuse malignant mesothelioma and radiological differential diagnosis may be difficult.

## ★ Tools to differentiate medium-high versus medium-low care intensity in an Internal Medicine unit

M. Mangia<sup>1</sup>, M. Casati<sup>2</sup>, A. Carobbio<sup>2</sup>, R. Caldara<sup>1</sup>, I. Morandi<sup>1</sup>, M. Cattaneo<sup>1</sup>, M. Senni<sup>3</sup>, G. Pagani<sup>4</sup>, S. Ghidoni<sup>1</sup>, P. Tiraboschi<sup>1</sup>, G. Galbiati<sup>2</sup>, C. Capelli<sup>2</sup>, L. Tomasoni<sup>2</sup>, S. Cesa<sup>2</sup>, A. Brucato<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Usc Medicina Interna Ospedali Riuniti Bergamo,

<sup>2</sup>Dipartimento delle Professioni Sanitarie Ospedali Riuniti Bergamo,

<sup>3</sup>Medicina Cardiovascolare Ospedali Riuniti Bergamo,

<sup>4</sup>Direzione Medica di Presidio Ospedali Riuniti Bergamo

**Background and aim** Models to deliver hospital care according to the level of intensity have been proposed. Aim of this study was to assess the ability of different tools in differentiating medium-high (High) vs medium-low (Low) care intensity.

**Methods** MEWS, Charlson, Karnofsky and the nurse workload Swiss method were evaluated at admission and at discharge in 300 consecutive patients admitted to the units of Medicine and of Cardiovascular Medicine at a tertiary hospital. Cluster analysis identified variables associated with the level of care intensity.

**Results** 55% of patients grouped in a single cluster characterized by High level of intensity (average score: Charlson 4.9; Karnofsky 38; Swiss method 2.9; MEWS score 2.8, age 70yrs), while 45% grouped in a cluster characterized by Low intensity (average score: Charlson 2.8; Karnofsky 82; Swiss method 2; MEWS 1, age 70 yrs). The best predictive index was Karnofsky scale. Mortality was 12% in hospital and 30% at 9 months. Readmission rate was 11% at 1 month and 36% at 9 months.

**Conclusions** Approximately half of medical pts clusters in a High and half in a Low level of care intensity. Intra-hospital (12%) and 9 months (30%) mortality was high, as well as readmission rate. This is the "modern" patients we have to care for nowadays.

## Ictus ischemico verosimilmente secondario a vasculite cerebrale in giovane tossicodipendente con abuso di eroina e cocaina

D. Mannini, C. Marrani, L. Betti, A. Tesei, D. Bartoli, A. Petrioli, R. Innocenti

Medicina Interna, Careggi, Firenze

**Introduzione** Tra le cause rare di ictus giovanile vi è l'abuso di sostanze illecite; la vasculite cerebrale è considerato uno dei possibili meccanismi

smi patogenetici. J.L., 24 anni, HCV positività, progressiva esposizione a tossici (cocaina ed eroina), giungeva presso il DEA per insorgenza di ipostenia dell'emisoma sinistro. Una prima TC cranio rilevava un'area ipodensa da esito vascolare a sede cortico-sottocorticale parietale destro. L'indagine eseguita con mdc mostrava multipli focolai ischemici a livello cortico-sottocorticale a destra compatibili con patogenesi embolica. Tuttavia la ricerca di fonti emboligene (eco-TT e TE, ecocolor doppler TSA e conta dei microemboli cerebrali per ricerca di shunts) era negativa. La RMN dell'encefalo mostrava occlusione completa dell'arteria cerebrale media con aree ischemiche prevalenti a sede temporale. Gli esami ematici di routine, lo studio della coagulazione, il dosaggio anticorpale, risultavano nella norma.

**Conclusione** Sulla base dell'anamnesi tossicologica abbiamo posto la diagnosi di vasculite cerebrale secondaria ad abuso di tossici con riserva per eventuale studio angiografico del circolo cerebrale.

Alla dimissione si documentava riduzione dell'ipostenia all'arto inferiore sinistro, mentre persisteva la plegia dell'arto superiore omolaterale.

### In type 2 diabetes, liraglutide, a once-daily human GLP-1 analogue, reduces blood pressure with negligible impact from weight loss

E. Mannucci<sup>1</sup>, V. Fonseca<sup>2</sup>, R. Henry<sup>3</sup>, R. Tabanera<sup>4</sup>, J. Brett<sup>5</sup>, G. Lastoria<sup>6</sup>, J. Plutzy<sup>7</sup>

<sup>1</sup>A.O Careggi Italy,

<sup>2</sup>Tulane University, New Orleans, La, Usa,

<sup>3</sup>University of California, San Diego, Ca, Usa,

<sup>4</sup>Novo Nordisk Inc, Princeton, Nj, Usa,

<sup>5</sup>Novo Nordisk Inc, Princeton, Nj, Usa,

<sup>6</sup>Novo Nordisk, Italy,

<sup>7</sup>Brigham & Women'S Hospital, Boston

Hypertension is a major risk factor for myocardial infarction and stroke, and is common in individuals with type 2 diabetes than in the general population. Modest weight loss can result in significant long-term reductions in blood pressure. In phase 3 trials, in addition to improving glycaemic control, liraglutide improved systolic blood pressure and produced sustained body weight reductions. A meta-analysis of six phase 3 trials was performed in the liraglutide and placebo arms to investigate the relationship between changes in SBP and BW from baseline to 26 weeks using an analysis of covariance. The percentage of the change in SBP predicted by the change in BW is given by the  $100 \times R^2$  (the square of the Pearson correlation coefficient), a goodness-of-fit index. The closer the  $R^2$  is to 1, the stronger the relationship between change in SBP and BW. The analyses show a consistent trend of a very weak correlation between change in SBP and change in BW over time. At Week 2, up to 2% of the change in SBP could be predicted by the change in BW for both liraglutide doses and placebo. At Week 26, both liraglutide arms and placebo had a percentage of  $R^2$  below 2%. As a result, the effect of liraglutide on SBP cannot be explained by weight loss alone.

### Improving diagnostic accuracy in Celiac Disease diagnosis: anti-endomysium antibody assay in culture medium of duodenal biopsies

P. Mansueto<sup>1</sup>, F. Adragna<sup>1</sup>, G. Ambrosiano<sup>1</sup>, A. D'alcamo<sup>1</sup>, A.M. Patti<sup>1</sup>, A. Seidita<sup>1</sup>, G. Rini<sup>1</sup>, S. Di Rosa<sup>2</sup>, A. Carroccio<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo,

<sup>2</sup>Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti 'Villa Sofia-Cervello', Palermo,

<sup>3</sup>U.O. di Medicina Interna, Ospedali Civili Riuniti di Sciacca (Ag) e Università di Palermo

**Background and Aims** Celiac disease (CD) diagnosis is becoming more difficult as patients with no intestinal histology lesions may also be suffering from CD. The aim of the study was to evaluate the diagnostic accuracy of anti-endomysium (EmA) assay in the culture medium of intestinal biopsies for CD diagnosis.

**Patients and Methods** The clinical charts of 418 CD patients and 705 non-CD controls who had all undergone EmA assay in the culture medium were reviewed.

**Results** EmA assay in the culture medium had a higher sensitivity (98% vs 80%) and specificity (99% vs 95%) than serum EmA/anti-tTG assay. Furthermore, during the follow-up, four patients with negative serum EmA/anti-tTG, normal villi architecture and positive EmAs in the culture medium, developed villous atrophy and underwent gluten-free diet with consequent resolution of the symptoms and complete intestinal histology recovery.

**Conclusion** EmA assay in the culture medium should be included in the diagnostic criteria for CD diagnosis in "seronegative" patients.

### Lichen sclerosus and atrophicus: report of a case of female patient affected with recurrent cystitis

P. Mansueto<sup>1</sup>, F. Adragna<sup>1</sup>, G. Ambrosiano<sup>1</sup>, A. D'alcamo<sup>1</sup>, A.M. Patti<sup>1</sup>, A. Seidita<sup>1</sup>, G. Rini<sup>1</sup>, S. Di Rosa<sup>2</sup>, A. Carroccio<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo,

<sup>2</sup>Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti 'Villa Sofia-Cervello', Palermo,

<sup>3</sup>U.O. di Medicina Interna, Ospedali Civili Riuniti Di Sciacca (Ag) e Università di Palermo

Lichen sclerosus, or scleroatrophicus, is a chronic inflammatory disease, mainly affecting skin and genitals, whereas involvement of oral mucosa is extremely rare. It occurs predominantly in women and Caucasians and the average age of onset is the fifth to sixth decade of life. The cause of the disease is unknown but it seems to be multifactorial, including genetic and hormonal abnormalities, trauma, infection, disorders of autoimmunity, and metabolic diseases. In women, genital lesions may appear as figure-of-eight pattern around the vulva and anus. Patients report intractable pruritis and soreness of vulval and perianal areas, and may have stranguria, dysuria, dyspareunia, and pain with defecation. This condition has to be diagnosed, treated, and carefully followed-up, as there is a definite, though small, risk of development of carcinoma. However, disease is poorly known, and often not recognized or considered in the differential diagnosis of patient's symptoms. Here we report a case of stranguria and dysuria in female patient affected with recurrent cystitis and pelvic soreness.

### Prevalence of antibodies anti-bartonella henselae in western Sicily: children, blood donors, cats

P. Mansueto<sup>1</sup>, A. Carroccio<sup>2</sup>, F. Adragna<sup>1</sup>, G. Ambrosiano<sup>1</sup>, A. D'alcamo<sup>1</sup>, A.M. Patti<sup>1</sup>, A. Seidita<sup>1</sup>, G. Rini<sup>1</sup>, S. Di Rosa<sup>3</sup>, E. Cillari<sup>4</sup>, G. Vitale<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo,

<sup>2</sup>U.O. di Medicina Interna, Ospedali Civili Riuniti di Sciacca (Ag) e Università di Palermo,

<sup>3</sup>Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti 'Villa Sofia-Cervello', Palermo,

<sup>4</sup>U.O. di Patologia Clinica, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti 'Villa Sofia-Cervello', Palermo

**Background and Aims** To evaluate, in the same geographic area, seroprevalence of *B. henselae* infection both in children and in healthy blood donors. Furthermore, circulation of *Bartonella* in the natural reservoir (cats) was also studied.

**Materials and methods** 243 children, living in Sicily (Palermo), af-



ected by various diseases, without clinical features suggesting *B. henselae* infection, together with 122 healthy blood donors were serologically investigated for IgG and IgM antibodies. 120 stray and 62 pet cats were also analyzed only for IgG.

**Results** Among children 25.1% had IgG antibodies to *B. henselae*; 18.5% showed a titer 1:64, 2.4% 1:128, 2.4% 1:256, 0.8% 1:512, 0.4% 1:1024, and, finally, 0.4% 1:5120. Among healthy blood donors 11.4% had IgG class antibodies to *B. henselae*; 9.8% showed a titer 1:64, and 1.6% 1:128. All the human serum samples did not show positive results for *B. henselae* IgM class antibodies. 68.3% of stray cats and 35.4% of pet cats had IgG class antibodies to *B. henselae*.

**Conclusion** We demonstrated a high frequency of serologic evidence of past *B. henselae* infection, in young Italian children, affected by various diseases, apparently free of any clinical features suggesting *B. henselae* infection. This observation is supported by the high circulation of *Bartonella* in cats.

### Malignant tumor-like gastric lesion by *Candida albicans*

P. Mansueto<sup>1</sup>, G. Pisciotta<sup>1</sup>, G. Tomasello<sup>2</sup>, D. Cabibi<sup>3</sup>, P. Damiani<sup>1</sup>, F. Adragna<sup>1</sup>, G. Ambrosiano<sup>1</sup>, A. D'alcamo<sup>1</sup>, A.M. Patti<sup>1</sup>, A. Seidita<sup>1</sup>, G. Rini<sup>1</sup>, S. Di Rosa<sup>3</sup>, A. Carroccio<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo,

<sup>2</sup>Dipartimento di Chirurgia, Università di Palermo,

<sup>3</sup>Dipartimento di Anatomia Patologica, Università di Palermo,

<sup>4</sup>Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti 'Villa Sofia-Cervello', Palermo,

<sup>5</sup>U.O. di Medicina Interna, Ospedali Civili Riuniti di Sciacca (Ag) e Università di Palermo

The gastrointestinal tract of healthy individuals is colonized by hundreds of saprophytes: mycetes, especially *Candida species*, are habitual ones. Under certain conditions, fungal flora may overgrowth, resulting in lesions of the digestive mucosa, which, rarely, might evolve to local diffusion and/or systemic lympho-hematogenous spreading. Mycotic infections of the stomach might, sometimes, look like benign gastric ulcers. Here we described a case of a woman, aged 64, affected by diabetes mellitus and psoriasis, in chronic treatment with immunosuppressive agents (cyclosporine), with endoscopic evidence of ulcerated vegetating gastric lesion, strongly suggestive for malignancy, due to *Candida albicans* infection, and completely healed after cyclosporine withdrawal and administration of oral antifungal drugs.

### Food hypersensitivity in patients with irritable bowel syndrome: the diagnostic role of fecal assays

P. Mansueto<sup>1</sup>, M. Soresi<sup>1</sup>, F. Adragna<sup>1</sup>, G. Ambrosiano<sup>1</sup>, A. D'alcamo<sup>1</sup>, A.M. Patti<sup>1</sup>, A. Seidita<sup>1</sup>, G. Rini<sup>1</sup>, S. Di Rosa<sup>2</sup>, A. Carroccio<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie Emergenti, Università di Palermo,

<sup>2</sup>Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti 'Villa Sofia-Cervello', Palermo,

<sup>3</sup>U.O. di Medicina Interna, Ospedali Civili Riuniti di Sciacca (Ag) e Università di Palermo

**Background and Aims** A percentage of patients with irritable bowel syndrome (IBS)-like symptoms suffer from food hypersensitivity (FH) and improve on elimination diet. No assays have satisfactory sensitivity in identifying FH patients. The Aim of the study was to evaluate the frequency of FH diagnosis in IBS-like patients. To calculate sensitivity, specificity and diagnostic accuracy of fecal assays (tryptase, ECP and calprotectin) for FH diagnosis.

**Patients and Methods** 160 IBS patients were included. Elimination diet and double-blind placebo-controlled challenge were performed for FH diagnosis. Fecal assays and specific IgE were performed at the entry in the study.

**Results** 40 of 160 IBS patients (25%) suffered from FH. Fecal ECP

and tryptase values were significantly higher in FH than in IBS not-related to FH patients. ECP was the most accurate assay in FH diagnosis: sensitivity 65%, specificity 91%.

**Conclusions** A large percentage of IBS patients really suffer from FH. In these patients tryptase and ECP are among the pivotal mediators of the inflammation. Fecal assays of ECP can be useful in identifying FH patients among IBS-presenting subjects.

### Italian translation and validation of "cdq": questionnaire on quality of life in coeliac patients on a gluten-free diet

A. Marchese<sup>1</sup>, F. Biagi<sup>1</sup>, P.I. Bianchi<sup>1</sup>, L. Trotta<sup>1</sup>, C. Vattiato<sup>1</sup>, D. Balduzzi<sup>1</sup>, S. Sferrazza<sup>1</sup>, A. Zilli<sup>1</sup>, J. Rademacher<sup>2</sup>, C. Klersy<sup>3</sup>, G.R. Corazza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Coeliac Centre/First Dept of Internal Medicine, Fondazione Irccs Policlinico San Matteo, University of Pavia,

<sup>2</sup>First Dept of Surgery, Fondazione Irccs Policlinico San Matteo, University of Pavia,

<sup>3</sup>Biometry and Clinical Epidemiology, Fondazione Irccs Policlinico San Matteo, University of Pavia

**Introduction** To confirm the reliability and validity of the CDQ in its Italian version. Cultural adaptation of such an instrument to assess quality of life of patients with coeliac disease is a major challenge.

**Methods** The instrument was translated according to the translation algorithm and was administered to 119 patients.

**Results** Completeness was optimal. Item internal consistency was satisfied for 100% and 97% of patients for the specific and generic part, respectively. Discriminant validity was satisfied for all the patients. Cronbach's a coefficient was >70% in all cases. While assessing the responsiveness of CDQ, we found lower scores (worse emotion and gastrointestinal worries) in females. The general CDQ was higher in patients reporting subjective well being. The worry score was better in patients with a longer history of coeliac disease, in those without symptoms and in patients living alone. The emotion score was higher for males and patients that feel good. Finally, the social score was higher in patients found to be affected by CD diagnosed through serological screening.

**Conclusion** The Italian translation of CDQ sounds natural, is easy to understand and reduces possible cultural biases to a minimum. A field test gave results comparable to the original validation, supporting the use of CDQ in cross-national surveys.

### Dall'ipotiroidismo subclinico al coma mixedematoso: un'evoluzione ancora possibile

A. Marchetti, A. Belluigi, M.P. Gasparini

Geriatra 1 e Accettazione Geriatrica d'Urgenza, Inrca Ancona

**Introduzione** Il coma mixedematoso è la più severa manifestazione di ipotiroidismo. È più frequente nelle donne anziane. Il trattamento comprende ormoni tiroidei e supporto delle funzioni vitali.

**Case report** Uomo di 78 anni con stato soporoso da alcuni giorni. In anamnesi DM tipo 2, ipotiroidismo subclinico, IRC. Il paziente è ipotermico e bradicardico. Presenta GCS 13, macroglossia, elevati valori di mioglobina e CPK ed iponatremia (Na<sup>+</sup> 118). Il riscontro di notevole incremento del TSH (36,92) con frazioni libere sopresse (fT3 0,26, fT4 0,04) permette una rapida diagnosi di coma mixedematoso. Nonostante l'immediata somministrazione di T4 si assiste ad un progressivo peggioramento del quadro clinico con insufficienza respiratoria ipercapnica e riscontro radiologico di addensamenti polmonari multipli con necessità di NIV. La successiva comparsa di severa ipotensione non responsiva a dopamina, steroide ad alte dosi ed antibioticoteraapia oltre a raddoppiamento massivo per ulteriore incremento di CPK (5460) con

peggiore della funzione renale (creatinina 7,0) porta il paziente ad exitus dopo 3 giorni dal trasferimento in terapia intensiva.

**Conclusioni** Il coma mixedematoso è una rara complicanza di ipotiroidismo, gravata da elevata mortalità nonostante una precoce diagnosi ed un trattamento intensivo come riportato in letteratura.

### Una perdita importante

L. Marchionni, C. Basilico, I. Stefani, M.T. Lavazza, A. Tosi, A. Mazzone

U.O. Medicina Interna - Ospedale di Legnano

La carenza di magnesio spesso è rilevata in associazione con altri disturbi elettrolitici (deficit di calcio e potassio), per cui è difficile distinguere le manifestazioni cliniche correlate unicamente all'ipomagnesiemia. Descriviamo il percorso diagnostico-terapeutico di uomo di 80 anni ricoverato per confusione mentale, difficoltà a deambulare, fascicolazioni muscolari, febbre e broncospasmo. Riscontro di ipocalcemia (6.91 mg/dl con v. n. 8.4-11 mg/dl), ipomagnesiemia (0.28 mg/dl con v. n. 1.6-2.6 mg/dl) e ipopotassiemia (3.3 mmol/L con v. n. 3.5-5.5 mmol/L) in assenza di insufficienza renale (creatininemia 0.73 mg/dl). Si è osservata rapida correzione di ipocalcemia dopo normalizzazione della magnesiemia (ripristino della corretta secrezione di PTH inizialmente inappropriatamente nella norma per insensibilità correlata all'ipomagnesiemia). È stata documentata eccessiva dispersione renale di magnesio (frazione escreta di magnesio >4%) con ipocalciuria (rapporto calcio urinario/creatinina urinaria <0.22) e valori di renina-aldosterone nella norma (esclusione di sindrome di Bartter). È stata sospesa terapia con inibitore di pompa protonica, possibile causa di alterato riassorbimento tubulare renale di magnesio. Il quadro clinico è imputabile all'ipocalcemia/ipomagnesiemia. Il paziente prosegue terapia con magnesio per os.

### Case report: "Post-traumatic thrombosis/stenosis of inferior vena cava"

F. Marini<sup>1</sup>, F. Striccoli<sup>1</sup>, A. Sarti<sup>1</sup>, G. Landini<sup>2</sup>, S. Santoro<sup>3</sup>, F. Scarpini<sup>3</sup>, A.L. Pasqui<sup>3</sup>

<sup>1</sup>U.O. Anestesia e Rianimazione Ospedale Santa Maria Nuova (Dir. A. Sarti) - Asf / Università degli Studi di Siena - Scuola di Specializzazione in Medicina Interna,

<sup>2</sup>U.O. Medicina Ospedale Santa Maria Nuova (Dir. G. Landini) - Asf,

<sup>3</sup>Università degli Studi di Siena - Scuola di Specializzazione in Medicina Interna

A 30 year old man arrived with hemorrhagic shock for an abdominal trauma caused by a stabbing. The patient had an emergency laparotomy to stop the massive bleeding, an ileocecal resection and repair of the lumbar retroperitoneal vessels and then, he was transferred to ICU. Venous doppler ultrasound to inferior limb was negative. On the fourth day pain and edema to the right lower limb occurred and the venous doppler showed bilateral femoral-iliac thrombosis completely occluding the right and partially occluding the left part. The abdomen CT scan showed partial thrombosis of the inferior vena cava (IVC) in the infrarenal part. Treatment options: intravenous anticoagulants, thrombolysis (not provided by the recent intervention), placement of IVC filter or a new operation. Since the thrombus was stable, the stenosis itself reduced the risk of embolism and no indication for new surgery was present, an sodium heparin therapy by continuous infusion began and stopped after 10 days and replaced with low molecular weight heparin in high doses and subsequent introduction of warfarin. Deep vein thrombosis was not due to immobility or to the presence of central venous catheters, but was a direct result of surgery and suture repair of the numerous retroperitoneal vessels. In literature such cases are described after liver transplants.

### Sindrome mieloproliferativa cronica e osteonecrosi femorale: manifestazione di malattia o semplice associazione?

S. Marinoni, C. Basilico, P. Cozzi, M. Draisci, G. Nabor, M. Valentini, A. Mazzone

Uo Medicina Interna - Ospedale Civile di Legnano (Mi)

L'osteonecrosi è una lesione progressivamente debilitante, anche detta necrosi avascolare, ischemica o asettica. La patogenesi è da ricondursi a insufficiente flusso ematico, che determinerebbe la morte del tessuto osseo trabecolare e midollare. Nell'agosto 2004 viene posta diagnosi di Policitemia Vera (PV) ad un paziente di 32 anni. Indicati salassi periodici e terapia antiaggregante. Da Gennaio 2009 comparsa di algia coxofemorale sinistra, con quadro radiologico (RX e RMN) e scintigrafico compatibile con osteonecrosi della testa femorale. Alla rivalutazione di malattia confermata PV (mutazione V617F di JAK2 negativa) a basso rischio vascolare. Indicata prosecuzione della terapia in atto, oltre all'associazione di difosfonati, ottenendo solo parziale beneficio sul dolore. Nell'Aprile 2010 peggioramento della sintomatologia dolorosa condizionale impotenza funzionale (deambulazione con stampelle) e concomitante evoluzione del quadro radiologico per alterazioni compatibili con osteonecrosi anche a livello femorale destro. Alla rivalutazione midollare: PV (presenza di mutazione esone 12) associata a quadro transizionale verso mielofibrosi. Indicazione a controllo dell'aspetto proliferativo della malattia, pertanto viene introdotta idrossiurea ottenendo un progressivo miglioramento clinico con ripresa della normale deambulazione.

### I livelli sierici di cistatina C possono essere predittori di mortalità a lungo termine

C. Marrani<sup>1</sup>, D. Bartoli<sup>2</sup>, T. Zenjelaj<sup>3</sup>, L. Betti<sup>4</sup>, D. Mannini<sup>5</sup>, R. Innocenti<sup>6</sup>

Medicina Interna, Aou Careggi, Firenze

**Ipotesi** La cistatina C, biomarcatore di danno renale acuto (AKIN) affidabile e precoce (12 ore l'insorgenza del danno), può avere un importante ruolo di predittore di mortalità a lungo termine, per alte concentrazioni, indipendentemente dalla presenza del danno renale stesso.

**Materiali e metodi** Studio retrospettivo (follow up a 20 mesi) su 173 pazienti, età media 75 anni, non selezionati a priori, ricoverati presso la SOD di Medicina Interna, sui quali era stata dosata la cistatina C sierica. Tali pazienti sono stati divisi in classi di rischio in quartili in base ai valori di cistatina, calcolati rispetto ai valori minimo e massimo di questa proteina.

**Risultati** È risultato un predittore indipendente di mortalità il quartile di cistatina C più elevato corrispondente al valore superiore a 1.5 mg/dl. L'analisi statistica (regressione di Cox) delle variabili indipendenti in relazione alla mortalità ha confermato la significatività del risultato [RR 3.60 (IC 1.73-7.48 p=0.001)].

**Conclusioni** Il nostro studio conferma la cistatina C come un marcatore precoce e sensibile, oltre che di rischio cardiovascolare, anche di mortalità a lungo termine, indipendentemente dal danno renale stesso. Il dosaggio della cistatina C potrebbe avere un ruolo importante nella pratica clinica per la stratificazione del rischio cardiovascolare.

### Sindrome pseudovestibolare: un'anomala presentazione di ictus nel territorio cerebrale posteriore

C. Marrani, L. Betti, D. Bartoli, D. Mannini, A. Petrioli, R. Innocenti

Medicina Interna, Careggi, Firenze

**Introduzione** L'ictus ischemico cerebellare si presenta frequentemente associato ad un corteo sintomatologico ampio, invalidante e ad elevata

mortalità. G.P. 50 anni, ex-fumatore. Nessuna patologia remota di rilievo. Il paziente giunge al DEA per episodio di vertigine insorto dopo un brusco movimento della testa, associato a sudorazione, nausea e vomito. All'esame neurologico assenza di segni di lato, dismetria ed alterazioni dell'eloquio. Per tutta la durata della degenza il paziente continua a presentare vertigini e nausea. La visita audiologica ha escluso l'origine periferica della sintomatologia e posto il sospetto di vertigine di origine centrale. Il paziente viene sottoposto a TC encefalo, risultata negativa e ad angio RMN del circolo intracranico e dei vasi del collo, che evidenzia area di alterato segnale cortico-sottocorticale nel territorio della PICA sin. La successiva valutazione strumentale estensiva evidenzia quale sola possibile causa dell'ictus un forame ovale pervio con shunt destro-sinistro significativo sotto Valsalva, viene pertanto posta indicazione a chiusura percutanea.

**Conclusioni** Il caso è di interesse in quanto richiama l'attenzione sulla necessità di un corretto inquadramento diagnostico delle sindromi vestibolari e il ruolo nei giovani del forame ovale pervio quale possibile causa di ictus.

### Chronic diseases: a new proposal for management according to the Chronic Care Model

F. Marrocco<sup>1</sup>, C. Cianfrocca<sup>2</sup>, I. Ciamarra<sup>3</sup>, F. Cardoni<sup>2</sup>, R. Cesareo<sup>2</sup>, L. Corbi<sup>4</sup>, V. D'alfonso<sup>2</sup>, P. Del Duca<sup>2</sup>, L. Grasso<sup>4</sup>, F. Paoletti<sup>2</sup>, S. Rotunno<sup>2</sup>, G. Straface<sup>2</sup>, G. Tommasi<sup>2</sup>, B. Virgilio<sup>2</sup>, G. Campagna<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uoc Medicina Interna, Ospedale S. Andrea, II Facoltà La Sapienza, Roma,

<sup>2</sup>Uoc Medicina Interna 1, P.O. Nord, Ospedale S. Maria Goretti, Latina,

<sup>3</sup>Uoc Pneumologia, P.O. Nord, Ospedale S. Maria Goretti, Latina,

<sup>4</sup>Uoc Medicina Interna1, Chronic Diseases: A New Proposal For Management According To The Chronic Care Model

**Background and Objectives** Epidemiological changes and chronic internal pathologies: a new dynamic management of care between hospital and territory. Outpatient management of patients with chronic conditions (ICC, type 2 DM, COPD), according to the model proposed by the Chronic Care Model (reduced risk of rehospitalization, management and control of the health/disease, patient-centered organization).

**Materials and methods** Clinical and laboratory data and drug therapy at discharge and subsequent outpatient controls.

**Results** 31 patients were observed for ICC, 37 for type 2 DM, and 30 for COPD, mean age 70 years follow-up period of four months. Study population: 0 deaths, 5 rehospitalized. Follow-up ICC: 50% furosemide and beta-blockers, 83.8% clinical stability, improved 6.4%, 9.6% worsening in according to NYHA class; 2 rehospitalization. Follow-up type 2 DM: 83.7% target by age and HbA1c (64.8% oral hypoglycemic; 27% insulin; 8.1% both). COPD Follow up (in according to MRC dyspnea score): 3 rehospitalization.

**Conclusions** Preliminary data: Chronic Care Model observed stabilization of the clinical significant reduction in the risk of rehospitalization.

### I farmaci biologici in Medicina Interna: dieci anni di esperienza

L.S. Martin Martin<sup>1</sup>, A. Ragno<sup>1</sup>, A. Silvestri<sup>1</sup>, D. Pierangeli<sup>1</sup>, A. Latini<sup>1</sup>, M. Russini<sup>1</sup>, G. Limiti<sup>1</sup>, A.E. Catucci<sup>1</sup>

Sc di Medicina Interna, Ospedale "Regina Apostolorum" - Albano Laziale (Rm)

Presentiamo la nostra esperienza dopo 10 anni di utilizzo di farmaci biologici presso la nostra UO di Medicina Interna.

L'ottantacinque per cento dei pazienti ha fatto una terapia ciclica, con cicli di terapia di 8-12 mesi e ripresa della terapia al bisogno. L'altro 15% è compreso dei paziente che fanno una terapia continuativa perché non è stato possibile sospendere la terapia (10%) o perché è fallita.

Nei pazienti in terapia ciclica, dopo la terapia con DMARDs biologici è stata iniziata terapia con DMARDs sintetici. Il 70% di questi pazienti ha ottenuto un buon risultato clinico e hanno continuato la terapia con DMARDs sintetici, mantenendo un DAS28 fra 2.6 e 3.1. L'altro 30% dei pazienti ha presentato una riacutizzazione della malattia in seguito alla sospensione dei DMARDs biologici.

Dopo la riacutizzazione tutti i pazienti hanno ripreso la terapia con il farmaco precedente, con cicli di 12-24 mesi. Il 60% ha presentato una buona risposta alla nuova terapia in base ai criteri EULAR con il DAS28; nel restante 40% si è reso necessario il cambio di farmaco. In questo gruppo abbiamo utilizzato sempre farmaci non anti-TNF-alfa. Il Rituximab ci ha permesso di ottenere la remissione clinica nel 90% dei casi, ripetendo il ciclo ogni 9-12 mesi.

### ✪ Tocilizumab in Polymyalgia Rheumatica therapy. Preliminary results

L.S. Martin Martin<sup>1</sup>, A. Ragno<sup>1</sup>, A. Silvestri<sup>1</sup>, D. Pierangeli<sup>1</sup>, A.E. Catucci<sup>1</sup>, U. Massafra<sup>2</sup>, A. Migliore<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sc di Medicina Interna. Ospedale "Regina Apostolorum" - Albano Laziale (Rm),

<sup>2</sup>Ss di Reumatologia. Ospedale "San Pietro-Fatebenefratelli" - Roma

Polymyalgia rheumatica (PMR) is a rheumatic disease characterized by inflammatory pain. Level of markers of inflammation (ESR and CRP) has strongly risen in this patients. Particularly the CRP is produced under the direct stimulus of IL-6. High doses of steroids is the main therapy. In patients with Type 2 Diabetes Mellitus (DM) with oral hypoglycaemic agents (OHA) steroid therapy causes hyperglycaemia and it is often necessary to resort to insulin treatment in order to compensate disease. Tocilizumab (TCZ) is a monoclonal antibody stopping the action of the IL-6. Considering the correlation among IL-6 and values of CRP we proposed to use TCZ in the therapy of PMR. We selected 4 patients, mean aged 78 years, affected by compensated DM (HbA1c <6.5) in treatment with OHA and PMR. Patients received only one infusion of TCZ at the dosing of 8 mg/kg and subsequently start steroid treatment: 5-7.5 mg/daily. After 30 and 60 days sierological parameters have been checked. The control visit at 30 and 60 days showed a complete resolution of clinical setting. HbA1c values were unchanged and none of the patients needed to modify OHA intake. Taking into account cost of TCZ it is not suitable to use it in all patients affected by PMR, on the contrary TCZ treatment may be useful in diabetic patients successfully treated with OHA.

### Un raro caso di Pseudomixoma Peritonei

S. Martucci, G. Agostino, G. Cheluci

U.O. Medicina Ospedale di Fiemme Cavalese

**Premesse e scopo dello studio** Lo pseudomixoma peritonei (PMP) è un'entità rara con incidenza di 2 casi/milione/anno e comportamento 'borderline', spesso derivante da un tumore dell'appendice, caratterizzato da diffusione intraaddominale di materiale mucinoso.

**Materiali e metodi** Uomo di 58 anni, imprenditore, non abitudine al fumo, attivo, ricoverato con diagnosi di embolia polmonare in presenza di trombosi venosa poplitea sinistra. Per la comparsa di stipsi e distensione addominale, si effettua TC addome che rivela versamento peritoneale, ispessimento del cellulare mesenteriale e del grasso omentale. L'esame citologico su liquido ascitico è positivo per cellule neoplastiche contenenti materiale mucinoso.

**Risultati** Presso Centro di II livello viene sottoposto a chirurgia citoreducente e chemioterapia ipertermica intraperitoneale. L'esame macroscopico conferma la presenza di malattia peritoneale diffusa e l'istologia un tumore mucinoso a basso grado determinante perforazione dell'appendice.

**Conclusioni** Il trattamento combinato dello PMP garantisce una sopravvivenza a 5 anni tra 62 e 100%. Markers tumorali (CEA e Ca19.9) consentono di monitorare l'efficacia della terapia. Ad un anno dalla diagnosi il paziente è in buone condizioni, libero da malattia, i markers tumorali si sono normalizzati.

### ★ Clinical features of a new Hypersensitivity Pneumonitis: salami brusher's disease

M. Marvisi, L. Balzarini, C. Mancini, P. Mouzakiti

Dept. of Internal Medicine, Figlie di S. Camillo Clinic. Cremona (Italy)

We observed 5 consecutive cases of hypersensitivity Pneumonitis (HP) in subjects working in a salami factory. The workers had to clean the mould growing on salami surfaces using a wire brush. The working population was 30 female subjects, 5 of whom developed HP (17%). Two were smokers (40%) and two others were asthmatic and had mild rhinitis. All patients presented with an acute clinical manifestation with cough, high fever, dyspnea and hypoxia occurring a short time after exposure. Skin prick tests were positive for *Penicillium spp* in 3 cases and for *Cladosporium spp* and *Aspergillus spp* in the other 2. The results of serum immunoglobulin IgG and IgA antibodies against *Penicillium spp* were positive in 3 patients, and 2 patients were positive to *Aspergillus Fumigatus*. Pulmonary function test demonstrated a reduction in diffusing capacity in all 5 patients ( $60 \pm 15\%$  of that predicted). BAL data showed a lymphocytosis  $44.4 \pm 8.2\%$ , CD4+ were  $26.5 \pm 6.3\%$ , CD8 +  $53.5 \pm 8.2$ . Only one patient was treated with oral steroids for increasing dyspnea and severe interstitial involvement. Salami brusher's disease is a new type of HP, with a high prevalence in exposed subjects, and is common even in smokers. The disease has an acute clinical onset. The probable antigen is *Penicillium*, although *Cladosporium* and *Aspergillus* may play a key role.

### Dare valore alla valutazione delle attività formative nell'ambito dell'ECM

A. Marzano<sup>1</sup>, S. Cozzio<sup>2</sup>, C. Paternoster<sup>2</sup>, M. Mattarei<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servizio Formazione Apss Trento,

<sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Apss Trento

**Premesse e scopo dello studio** Cure di qualità fanno riferimento a conoscenze aggiornate e aumentano le possibilità per il paziente di raggiungere buoni risultati; esiste tuttavia un importante gap tra le cure ricevute e l'evidence-based medicine. La formazione tradizionale attraverso conferenze o seminari difficilmente cambia la pratica professionale, mentre, metodologie interattive quali l'audit non solo possono comportarne modifiche ma anche migliorare gli outcome clinici.

**Materiali e metodi** In un corso sulle polmoniti comunitarie dedicato a medici e infermieri del dipartimento di Medicina Interna il questionario di apprendimento ai fini ECM è stato sostituito da una valutazione complessiva di 307 cartelle cliniche per avere un feedback sull'appropriatezza prescrittiva della terapia antibiotica.

Risultati: i dati raccolti hanno mostrato un eccessivo numero di schemi terapeutici e nel 41% dei pazienti gli schemi proposti non erano raccomandati dalle linee guida. Questi dati del tutto inattesi hanno innescato un confronto tra pari all'interno del dipartimento.

**Conclusioni** La scelta di una nuova tipologia di valutazione dell'apprendimento ha portato a una diffusa consapevolezza degli importanti scostamenti dalle linee guida nella terapia di una patologia così comune, primo passo per un reale cambiamento della pratica clinica.

### Prognostic burden of proximal clots in acute pulmonary embolism

L. Masotti<sup>1</sup>, F. Antonelli<sup>2</sup>, S. Gori<sup>1</sup>, A. Mannucci<sup>1</sup>, A. Bellizzi<sup>1</sup>, F.P. Scotto<sup>1</sup>, C. Bini<sup>1</sup>, D. Giancchetti<sup>1</sup>, E. Ubaldi<sup>1</sup>, A. Corchia<sup>1</sup>, D. Cannistraro<sup>1</sup>, A. Pampana<sup>1</sup>, G. Landini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina Interna, Ospedale di Cecina, Asl 6 Livorno,

<sup>2</sup>Uo Chimica Clinica, Ospedale di Cecina, Asl 6 Livorno

**Background and aim** In acute pulmonary embolism (PE) higher risk patients are detected by clinical signs and right ventricular dysfunction (RVD) demonstrated by echocardiogram and/or cardiac biomarkers. The aim of this study was to evaluate the prognostic burden of thromboemboli localization detected by computer tomography.

**Materials and Methods** Clinical and radiological findings of 94 patients admitted in our ward for acute PE were reviewed. 45 patients with proximal thromboemboli were compared with 49 patients with lobar, segmental and subsegmental thromboemboli. In hospital mortality, clinical deterioration, shock, needing for rescue thrombolysis, dopamine and/or resuscitation were considered as combined endpoint.

**Results** Combined endpoint was present in 26,6% of patients with proximal clots compared with 12,2% in patients with distal clots ( $p < 0.05$ ). 37,7% of proximal group compared with 16,30% of distal group had shock index  $> 1$  ( $p < 0.05$ ). 72,50% of proximal group compared to 25,50% of distal group had a right/left ventricle ratio  $> 1$ . The proximal group had significantly higher levels of troponin I, BNP and D-Dimer. 13,30% of proximal group compared with 57,10% of distal group were considered as low risk according to most recent guidelines.

**Conclusion** Proximal thromboemboli are associated with higher risks.

### ★ Validation of the original Intracerebral Hemorrhage Score (oICHs) in an italian internal medicine ward

L. Masotti<sup>1</sup>, P. Pennati<sup>2</sup>, S. Gori<sup>1</sup>, A. Bellizzi<sup>1</sup>, A. Mannucci<sup>1</sup>, F.P. Scotto<sup>1</sup>, E. Ubaldi<sup>1</sup>, D. Giancchetti<sup>1</sup>, D. Cannistraro<sup>1</sup>, C. Bini<sup>1</sup>, A. Corchia<sup>1</sup>, A. Pampana<sup>1</sup>, G. Landini<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina Interna, Ospedale di Cecina, Asl 6 Livorno,

<sup>2</sup>Uo Pronto Soccorso, Ospedale di Cecina, Asl 6 Livorno,

<sup>3</sup>Uo Medicina Interna, Ospedale Santa Maria Nuova Firenze

**Background and aim** Original Intracerebral Hemorrhage Score (oICHs) has been proposed in 2001 as a practical score to predict 30-days mortality in patients with ICH. It consists of sum of pointing related to five clinical and radiological variables (total sum ranges from 0 to 6): age  $\geq 80$  years, volume  $> 30$  ml, intra-ventricular bleeding, Glasgow Coma Scale ( $\geq 14$ , 13-5,  $\leq 4$ ), infratentorial bleeding. Risk of mortality steadily increases with increasing score. Since few data exist in external validation of oICHs in the italian population, the aim of the study was to validate this score in patients admitted for ICH in our ward.

**Material and methods** oICHs were calculated in 112 consecutive patients (50% females), admitted in our ward from 2006 for ICH.

**Results** 76,25% of patients was classified as oICHs  $\leq 3$ , whereas 23,75%  $\geq 4$ . Mortality increases from 7,10% in patients with oICHs 0 to 81,80% in oICHs 4 to 100% in oICHs 5 and 6. Overall, mortality in patients with oICHs  $\leq 3$  was 14,10%, whereas it was 85,20% in patients with oICHs  $\geq 4$ .

**Conclusion** Prognostic stratification of ICH is of utmost importance in clinical practice. The oICHs is an easily performable score and its diffusion should be encouraged.

### Determinants of early mortality in patients with non traumatic intracerebral hemorrhage

L. Masotti<sup>1</sup>, P. Pennati<sup>2</sup>, A. Pampana<sup>1</sup>, G. Landini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina Interna, Ospedale di Cecina, Asl 6 Livorno,

<sup>2</sup>Uo Pronto Soccorso, Ospedale di Cecina, Asl 6 Livorno

**Background and aim** Intracerebral hemorrhage (ICH) represents the most feared subtype of stroke for high mortality and morbidity. Identifying risk factors for early mortality is of utmost importance. The aim of this study was to evaluate clinical and radiological variables associated to early mortality.

**Material and methods** We reviewed clinical data records and radiological findings of patients admitted to our ward from 2006 to 2010 for non traumatic ICH.

**Results** 112 consecutive patients (50% females) with mean age 80,23 ± 8,86 years were admitted for ICH in the analyzed period; 31,25% of them died. Mortality happens in the first 48 hours in 62,80% of patients. Mean age, mean values of systolic and diastolic blood pressure were significantly higher in dead patients. Mortality was strongly associated to male sex (odds ratio, OR 1,8), antithrombotic treatment (OR 3,91), lobar and infratentorial localization (OR 2,1 and 1,97, respectively), Glasgow Coma Scale at hospital arrival ≤ 8 (OR 14,61), intra-ventricular bleeding (OR 13,77), mass effect (OR 13,00), midline shift (13,54), bleeding volume > 30 ml (OR 15,97) and hematoma enlargement > 33% at CT scan control (OR 20,7).

**Conclusion** Early mortality for ICH remains the highest in stroke patients. Our study demonstrate that it's possible to assess the higher risk patients.

### Prognostic burden of antithrombotic treatment in patients with non traumatic intracerebral hemorrhage

L. Masotti<sup>1</sup>, P. Pennati<sup>2</sup>, A. Pampana<sup>1</sup>, G. Landini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina Interna, Ospedale di Cecina, Asl 6 Livorno,

<sup>2</sup>Uo Pronto Soccorso, Ospedale di Cecina, Asl 6 Livorno

**Background and aim** In the last years the number of non traumatic intracerebral hemorrhage (ICH) associated to antithrombotic treatment (AT) is increased, but the relation between AT and severity of ICH remains unclear. The aim of this study was to evaluate the burden of AT on mortality of patients with ICH.

**Material and methods** We reviewed clinical data records and radiological findings of patients admitted to our ward from 2006 to 2010 for non traumatic ICH.

**Results** 112 consecutive patients were admitted for ICH in the analyzed period; 31,25% of them died. 48,20% of patients were on AT, 18,75% on oral anticoagulant therapy (OAT), 27,6% on antiplatelets (AP), 1,75% on heparin. Mortality in patients on AT was 42,60% compared to 20,70% without AT (57,10% in OAT-ICH, 33,3% in AP-ICH). Patients in AT compared to patients without AT had significantly higher risk of intra-ventricular bleeding (odds ratio, OR 1,31, OR 1,85 for OAT, 1,63 for AP), lobar localization (OR 2,51, OR 1,57 for OAT, 3,33 for AP), volume > 30 ml (OR 1,57, OR 1,2 for OAT, 1,59 for AP) and hematoma enlargement > 33% at CT scan control (OR 14,68, OR 36,5 for OAT, 5,87 for AP).

**Conclusion** AT is burdened by higher risk of mortality in patients with non traumatic ICH and it should be taken in account from physicians. Urgent reversal of AT should not be delayed.

### Infarto midollare: patologia rara ma temibile

R. Mastriforti<sup>1</sup>, M. Lucarini<sup>1</sup>, M. Maccari<sup>2</sup>, M. Turrini<sup>1</sup>, R. Nassi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Valtiberina,

<sup>2</sup>Radiologia Valtiberina

**Introduzione** Le malattie vascolari del midollo sono piuttosto rare in quanto le arterie spinali vengono raramente colpite dall'aterosclerosi e da fenomeni embolici. Gli infarti midollari si manifestano in forme cliniche diverse in relazione all'arteria e alla vena interessata.

**Materiali** Paziente di 73 anni, maschio, si ricoverava per l'insorgenza acuta di ipostenia degli arti inferiori, prevalentemente all'arto destro, in assenza di alterazioni della sensibilità termica, tattile, dolorifica e propriocettiva. All'anamnesi era presente diabete mellito tipo 2, FA ed aterosclerosi polidistrettuale.

**Risultati** La sintomatologia presentata dal paziente, seppure in assenza di dolore, ci ha condotto all'esecuzione della RM del rachide dorso-lombo-sacrale: alterazione di segnale, iperintensa nelle sequenze T2 pesate, estesa longitudinalmente nella porzione anteriore del midollo spinale nel tratto dorsale e nel cono midollare di natura vascolare.

**Conclusioni** L'infarto midollare è un evento raro che interessa prevalentemente l'arteria spinale anteriore (ASA) che irrori i due terzi anteriori del midollo. Le cause comprendono traumatismi, dissecazione e coarctazione dell'aorta, embolie, ernie discali o danni iatrogeni. Elementi di interesse del nostro paziente sono rappresentati dall' assenza del dolore e di sintomi sensitivi e sfinterici.

### Il controllo interno quale strumento per migliorare la qualità della cartella clinica

R. Mastriforti, S. Mercatelli, M. Turrini, B. Tarantini, M. Lucarini, R. Nassi

Medicina Valtiberina

Secondo l'American Hospital Medical Record Association nella cartella clinica deve essere riportato il chi, il che cosa, il quando, il perché, il come di ciò che accade al paziente durante l'ospedalizzazione.

Con la delibera 1002 del 2009 la regione Toscana assicura un controllo analitico annuo di almeno il 10% delle cartelle cliniche e delle relative SDO. Recentemente la USL 8 ha adottato un sistema di controllo interno della qualità delle cartelle cliniche, attraverso la formazione di operatori nella compilazione di una check list che rappresenta uno strumento per rilevare le criticità di gestione della documentazione sanitaria.

Nella nostra unità operativa sono stati formati 2 operatori, 1 medico ed 1 coordinatore infermieristico che hanno frequentato il corso di formazione aziendale sulla documentazione sanitaria e sulla compilazione della check list. Abbiamo confrontato i risultati ottenuti dalla valutazione al tempo 0 (prima della frequenza al corso formativo) con quelli al tempo T1 (dopo la frequenza al corso) evidenziando che al tempo T1 i parametri di valutazione della qualità erano migliori. Il controllo interno, attraverso la compilazione della check list, ci ha permesso di evidenziare le criticità e di agire sulle stesse attuando idonee iniziative organizzative, di informazione e di coinvolgimento degli operatori.

### Efficacia antipertensiva di Aliskiren ed effetti sul danno d'organo cardiaco e renale nell'iperteso ad alto rischio cardiovascolare

A. Mazza<sup>1</sup>, D. Montemurro<sup>2</sup>, A. Zanier<sup>1</sup>, L. Schiavon<sup>1</sup>, M. Zuin<sup>1</sup>, S. Zorzan<sup>1</sup>, S. Cuppini<sup>1</sup>, E. Ramazzina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Soc Medicina Interna, Azienda Ulss 18 Rovigo,

<sup>2</sup>Dipartimento Medicina/Cardiologia, Ospedale di Adria (Ro), Ulss 19

**Premesse e scopo dello studio** L'inibizione farmacologica diretta della renina sembra determinare una maggiore riduzione della pressione arteriosa (PA) ed influenzare il danno d'organo (OD). Scopo dello studio è stato di verificare l'efficacia antipertensiva, gli effetti sull'OD cardiaco e renale e la tollerabilità di Aliskiren, un inibitore diretto della reni-

na, somministrato alla dose di 150-300 mg/die per 12 mesi in ipertesi ad alto rischio con PA non controllata (>130/80 mmHg) nonostante duplice terapia anti-ipertensiva.

**Materiali e metodi** In 47 ipertesi (età 59.7±11.1 anni) le variazioni di PA clinica, PA ambulatoria delle 24-h, massa indicizzata del ventricolo sinistro (MIVS), filtrato glomerulare (VFG) e albuminuria-24h sono state valutate con l'analisi della varianza per misurazioni ripetute.

**Risultati** È stata osservata una significativa riduzione di PA clinica sistolica (-32 mmHg,  $p<0.0001$ ) e diastolica (-13.5 mmHg,  $p<0.0001$ ), PA media-24h (sistolica -9.2 mmHg,  $p<0.0001$  diastolica - 5.1 mmHg,  $p<0.003$ ), MIVS ( $128.7\pm 27.17\text{g/m}^2 \rightarrow 113.8\pm 27.7\text{g/m}^2$ ,  $p<0.005$ ) ed albuminuria ( $57.4\pm 16.2 \rightarrow 21.3\pm 4.1\text{ mg/24h}$ ,  $p<0.02$ ). IL VFG è rimasto invariato ( $61.3\pm 15.4 \rightarrow 61.5\pm 20.0\text{ ml/min/1.73m}^2$ ). Aliskiren è risultato ben tollerato.

**Conclusioni** Aliskiren è efficace sulla PA e nel modulare la progressione dell'OD, in particolare a livello cardiaco.

### Efficacy and safety of Peginterferon (Peg-INF) plus ribavirin (RIBA) for treatment in patients with HCV positive Low-grade lymphoma

C. Mazzaro<sup>1</sup>, A. Ermacora<sup>1</sup>, M. Pedata<sup>1</sup>, E. Mauro<sup>1</sup>, A. Gregnuoli<sup>1</sup>, P.K. Nigri<sup>1</sup>, G.S. Carniello<sup>1</sup>, G. Pozzato<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina 2, Dpt of Medicine, General Hospital Pordenone,

<sup>2</sup>Department of Internal Medicine, University, Trieste

**Background** There are a few studies on the treatment of NHL with peg-INF+RIBA. Aim of this study, was to evaluate efficacy and safety of therapy with peg-INF plus RIBA in HCV-NHL.

**Methods** 12 consecutive patients (7 Female and 5 Male, median age 55 years) with low-grade NHL (10 lymphoplasmocitoid lymphomas and 2 splenic lymphoma with villous lymphocytes), were recruited. All cases were HCV-RNA positive, genotype 1b (60%), genotype 2a/2c in the others. 8 patients showed abnormal levels of aminotransferases associated to chronic liver disease. 8 patients shown serum cryoglobulins (from 2 to 25%) and clinical manifestations (purpura, arthralgias, peripheral neuropathy). All patients were treated with peg-INF alfa -2b 1.5 mcg/once a week plus RIBA 1000-12000 mg/day for 48 weeks. All patients were followed for 24 weeks after the end of the therapy.

**Results** At the end of treatment, we observed 6 complete haematological response and 3 non-response. At the end follow-up, 5 patients could be considered as sustained virological responders (42%), 2 patients relapsed. Complete haematological response was associated to clearance of serum HCV-RNA.

**Conclusions** In patients with HCV positive low-grade NHL, treatment with PEG-INF+RIBA is effective and safety. Complete haematological and clinical responses correlate to clearance HCV.

### ★ Treatment with pegylated interferon (PEG-INF) alfa 2b plus ribavirin (RIBA) for hepatitis C virus-correlated cryoglobulinemia (HC)

C. Mazzaro<sup>1</sup>, G. Monti<sup>2</sup>, A.L. Zignego<sup>3</sup>, C. Ferri<sup>4</sup>, S. De Vita<sup>5</sup>, A. Gabrielli<sup>6</sup>, G.S. Carniello<sup>1</sup>, E. Mauro<sup>1</sup>, F. Ingrassia<sup>1</sup>, G. Ruocco<sup>1</sup>, G. Pozzato<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina 2, Dpt of Medicine, General Hospital Pordenone,

<sup>2</sup>Medicina, Dpt of Medicine, General Hospital, Saronno,

<sup>3</sup>Medicine, Dpt of Medicine, University Firenze,

<sup>4</sup>Rheumatology, University of Modena,

<sup>5</sup>Rheumatology, University Udine,

<sup>6</sup>Rheumatology, University, Ancona,

<sup>7</sup>Dpt of Medicine University, Trieste

**Background** To evaluate the efficacy and safety of therapy with peg-INF alfa 2b plus RIBA in chronic hepatitis C MC related.

**Methods** 86 consecutive patients with MC were recruited (42 F and 44 M median age 54). 100% of cases HCV-RNA positive, 91% chronic hepatitis, 5% liver cirrhosis. 91% of patients presented purpura and arthralgia, 25% peripheral neuropathy, 12% nephropathy, 6% B cell lymphoma, 88% type II cryoglobulinemia, 91% Rheumatoid Factor elevated. All patients were treated by peg-INF alfa 2b 1,5 mcg/Kg/week for 48 weeks and RIBA 1000-1200 mg/daily for 48 weeks in genotype 1 (48%) and 4 (2%) and for 24 weeks in genotypes 2 and 3 (48%).

**Results** At the end of treatment, complete virological response in 72% of cases, biochemical response in 64%, immunological response in 39% and clinical response in 75% were observed. At the end of the follow-up, 50% patients showed sustained virological response, 52% biochemical response, 66% clinical response, 21% of patients relapsed. Complete clinical response was associated to clearance of serum HCV-RNA.

**Conclusions** This treatment is safe and effective in HCV-MC related. A sustained virological response allows a complete recovery from signs and symptoms in the majority of patients. The viral eradication should be considered mandatory in mild to moderate HCV-related MC cases.

### An unusual case of onset of diabetes mellitus type 2

M. Mazzetti<sup>1</sup>, G. Bacci<sup>2</sup>, F. Cappelli<sup>3</sup>, M. Genovesi<sup>4</sup>, S. Manetti<sup>5</sup>, C. Rosi<sup>6</sup>, M.P. Rosito<sup>7</sup>, M. Sikora<sup>8</sup>, S. Stanganini<sup>9</sup>, A. Tufi<sup>10</sup>, E. Santoro<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Sc Medicina Interna Ospedale del Casentino, Bibbiena, Ausl8, Arezzo,

<sup>2</sup>Medico di Medicina Generale, Poppi, Arezzo

**Background** Cranial neuropathies are one of the possible clinical manifestations of diabetic neuropathy. Within the scope of focal neuropathies in which are placed all documented neurological manifestations in patients with diabetes mellitus, affecting the peripheral nerves, in isolation or multiple, and where no identifiable cause other than diabetes mellitus.

**Case Report** We describe a case of B.M 62 y.o. History detected only the presence of hypertension. The patient arrived at the ER for the appearance, from about a week, of left ptosis and diplopia the bi-ocular vision. Performed cranial CT, CT angiography of the neck and intracranial vessels and brain MRI findings that found no character with the acute, the other tests performed are essentially normal, while the only changes were high blood glucose in routine tests, with the presence of a significant increase in glycated hemoglobin. It was set an insulin therapy with normalization of blood glucose. He was placed in a follow-up program of outpatient with subsequent normalization of the glycemic profile and symptoms

### A case of cardiac amyloidosis

M. Mazzetti<sup>1</sup>, G. Bacci<sup>2</sup>, M. Genovesi<sup>1</sup>, F. Cappelli<sup>1</sup>, S. Manetti<sup>1</sup>, C. Rosi<sup>1</sup>, M.P. Rosito<sup>1</sup>, M. Sikora<sup>1</sup>, A. Tufi<sup>1</sup>, E. Santoro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sc Medicina Interna Ospedale del Casentino, Bibbiena, Ausl8, Arezzo,

<sup>2</sup>Medico di Medicina Generale Poppi (Arezzo)

**Background** Amyloidosis is a heterogeneous group of disorders characterized by deposition in the extracellular fibrillar proteinaceous material that damages the affected tissues

**Case report** We describe a case of a 72 y.o. woman, MM, which comes to us for onset of dyspnea associated with asthenia, anorexia and weight loss, with the appearance of anasarctic state. The bio-humoral data showed a non-nephrotic proteinuria and monoclonal gammopathy. Among the tests performed the echocardiogram revealed the presence of myocar-

dial wall thickening with a granular appearance and moderate diastolic dysfunction, significant of a restrictive cardiomyopathy. Considering the available data and suspecting cardiac amyloidosis, the patient underwent a biopsy of the peri-umbilical fat, which confirmed the diagnosis.

**Conclusions** The cardiac amyloidosis is considered the most frequent among specific cardiomyopathy with a restrictive pathophysiology. Although there are standard criteria for diagnosis, is a disease under diagnosed. Is therefore necessary, with clinical suspects, to conduct an investigation carried out easily and with high diagnostic power as a biopsy of the peri-umbilical fat that can make the diagnosis.

### Chronic beryllium disease: not only a pulmonary granulomatosis

R. Menichella, M. Galassi, B. Stagni, L. Bolondi

Division of Internal Medicine, Department of Internal Medicine and Gastroenterology, S. Orsola-Malpighi University Hospital, Bologna, Italy

**Background and Goals** Up to 15% of liver biopsies performed for all causes reveal hepatic granulomas. We propose an interesting case of uncommon etiology in our historical and cultural context.

**Methods** A 54 years old man, born in Bangladesh, referred to our center because of left cramping abdominal pain. An abdominal echography detected a stone at the lower pole of the left kidney and two hepatic focal lesions with a typical echographic behaviour for metastasis. We performed imaging studies: a CT scan put on differential diagnosis angiomas and metastasis, a MR described a feature typical for metastasis, a PET showed a pathological accumulation of the radiopharmaceutical at the two lesions. Therefore we investigated them with a hepatic biopsy which showed non-necrotizing hepatic granulomas.

**Results** Our patient was negative to all tests appropriate for the various etiologies of hepatic granulomas but we verified a previous 15 years exposition to beryllium in his professional history as a welder of electronic circuits in his homeland.

**Conclusions** Hepatic granulomas often represent an incidental finding which requires considering a broad range of etiologies. Modern technologies may be paradoxically limited, so an accurate medical history becomes essential to approach uncommon causes.

### ✦ A late presentation of tertiary syphilis mimicking a metastatic lesion

R. Menichella, I. Serio, B. Stagni, L. Gramantieri, L. Bolondi

Division of Internal Medicine, Department of Internal Medicine and Gastroenterology, S. Orsola-Malpighi University Hospital, Bologna, Italy

**Background and Goals** The most important cause of hepatic granulomas are infectious diseases. We propose a case of casual finding of an infectious disease apparently silent for many years.

**Methods** A 56 years old woman, born in Morocco, referred to our center because of hematochezia with elevated CEA and familiarity for colon adenocarcinoma. An abdominal echography demonstrated a hepatic focal lesion in a patchy steatosis. The CT scan showed a non diagnostic contrast enhancement in arterial phase. A biopsy of the lesion described necrotizing granulomas with marked plasmacellular component. A colonoscopy only detected congested hemorrhoids and hyperplastic polyps.

**Results** Serological investigations for necrotizing granulomas were performed, all test were normal, but VDRL and TPHA test were diagnostic for syphilis. These results related to histological aspect, permitted the diagnosis of tertiary syphilis and our patient begun the treatment with penicillin.

**Conclusions** There are many potential causes of hepatic granulomas, so a differential diagnosis is necessary between the principal categories (infectious diseases, malignancies, systemic granulomatous diseases,

toxicity); histological features are important because imaging and clinical presentation are often unusual in uncommon and silent lesions.

### Infective endocarditis complicated by fistulating periprosthetic abscess

A. Merante<sup>1</sup>, M. Candigliota<sup>2</sup>, G. Russo<sup>1</sup>, D. Giancotti<sup>3</sup>, A.M. Condito<sup>4</sup>, M. Arvaniti<sup>5</sup>, G. Ceravolo<sup>2</sup>, G. Ruotolo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Soc Geriatria Ao "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro,

<sup>2</sup>Soc Utic-Cardiologia Ao "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro,

<sup>3</sup>Soc Utic-Cardiologia Ao "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro,

<sup>4</sup>Soc Medicina d'Urgenza e Accettazione Ao "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro,

<sup>5</sup>Specializzanda Università degli Studi "Federico II" Napoli

A 76 years old man came to our observation from his home. He had been suffering for about 30 days, from a low grade fever predominantly at night. The previous year he was subjected to aortic valve replacement (biological prosthesis), 5 months before, because of the occurrence of episodes of chest pains, he had undergone a coronary angiography. At his entrance, he was balanced and lucid, overall hemodynamic balance. The blood tests showed GB 13900, N 84%, ferritin 1253, CRP 142, ESR55, PCT 1,30. Blood culture was positive for *S. epidermidis*, it was therefore undertaken targeted antibiotic therapy (Linezolid and Oxacillin). At the tenth day, at the chest level, it could be appreciated the appearance of a slight painful tumefaction with a soft red-coloured consistency at the tip and mobile compared to the superficial layers but not to the deep ones. TTE allowed to document the presence of a long vegetative pedunculated formation, at the mitral region, and some other small vegetations against the aortic cusps. It was also showed a massive pulsating formation which had had a continuous feedback in the Doppler ultrasound such as a blood fistula. The indication of a heart surgery could not be delayed because of the occurrence of a serious stroke with left hemisindrome, determined the death of the patient at the thirty-second day.

### Transient cerebral ischemia in patient with patent foramen ovale and atrial septum aneurism

A. Merante<sup>1</sup>, A. Ferraro<sup>2</sup>, C. Torchia<sup>1</sup>, A.M. Condito<sup>3</sup>, M. Arvaniti<sup>4</sup>, G. Ruotolo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Soc Geriatria Ao "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro,

<sup>2</sup>Soc Utic-Cardiologia Ao "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro,

<sup>3</sup>Soc Medicina d'Urgenza e Accettazione Ao "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro,

<sup>4</sup>Specializzanda Università degli Studi "Federico II" Napoli

A 68 years old man came to our observation from his home. He had been suffering from critical episodes of subjective vertigo and heel sensation for about 2 months. The patient reported that he suffered from high blood pressure and documented a previous hospitalization for paroxysmal atrial fibrillation and for a left hemiparesis caused by a stroke. Following the physical examination, he seemed balanced and lucid with a slight weakness of the left limbs. AP140/75. CT of the head showed a picture of chronic vascular disease with a malacic hypodense area on the right occipital region. The STA ecodoppler showed an atherosclerotic carotid without significant changes from an hemodynamic point of view. Holter ECG sinus rhythm. At the ecocardiography: mitro-aortic fibrosis with mild mitral regurgitation, pulmonary pressure 43mmHg. It was also noted an interatrial septum aneurysm movement which suggested a more detailed diagnosis for suspected interatrial communication which was confirmed by a transesophageal ecocardiography showing the presence of atrial septal aneurysm with shunt at the level of the oval fossa and the passage of microbubbles during the Valsava maneuver. The case was reviewed with the help of the interven-

tional cardiologist and the patient underwent a percutaneous closure of the interatrial communication through device.

### Riorganizzazione dell'U.O. Medicina della Valtiberina: passaggio da un modello organizzativo per compiti ad uno per settori

S. Mercatelli, R. Belfiore, M. Lucarini, E. Mariottini, R. Mastriforti, A. Ricci, R. Nassi

Medicina Valtiberina

**Premesse e scopo dello studio** Nel panorama delle iniziative per la riorganizzazione degli ospedali secondo il modello per intensità di cure, (legge 40/2005, la nostra u.o. sta sperimentando dal 10/01/11 un modello organizzativo per settori con presa in carico dell'utente da parte dall'infermiere tutor (PNM) e dal medico tutor. Inoltre il reparto è stato diviso in due settori: A e B. Il primo con i seguenti criteri di accesso: insufficienza acuta o riacutizzata di un organo con funzione respiratoria autonoma, pazienti provenienti dall'HDU o in fase acuta e diagnostica. Il secondo coi seguenti criteri di accesso pazienti con condizioni cliniche stabili, pazienti in (FKT), pazienti in attesa di ammissione verso il territorio.

**Materiali e metodi** È stata utilizzata la metodologia del Project Management.

**Risultati e Conclusioni** I nostri obiettivi (in parte già raggiunti) sono quelli di: assicurare la centralità e il rispetto del processo assistenziale; assicurare la completa presa in carico intraospedaliera e facilitare l'ammissione al territorio dei pazienti cronici, garantire la personalizzazione del piano assistenziale; migliorare la qualità dell'assistenza e la soddisfazione dell'utente; adeguare l'assistenza erogata a quanto ci è indicato nella normativa Regionale e dalle evidenze riportate in letteratura.

### Butalbital withdrawal delirium: a case report

E. Messa, A. Maffiotti, R. Guillevin

Aslto5- Medicina Interna-Ospedale Di Carmagnola (To)

**Description** A 45 years old woman was admitted to our emergency department for an acute psychotic state with a rapid onset in the past few days. At the first clinical examination, she had normal vital signs and a very low body mass index. The patient had visual hallucinations and a global disturbance of cognition with fluctuating course. She had no history of psychotic disorders and her husband told us she was extremely depressed due to family problems. She was not an alcohol abuser and had a history of severe migraine treated by self-administered drugs, especially butalbital-based in the past 15 years. A friend of hers showed us at least 30 empty blister packs of butalbital-based medication taken by the patient in a short period of time one month ago. A barbiturates based therapy was started for a butalbital withdrawal syndrome with a good clinical response within few days.

**Conclusions** Emergency assessment of delirium needs a good multidisciplinary management and a careful collection of anamnestic data looking for drug abuses. In the management of patients with disabling migraines we have to consider the possibility of medications abuse and the so called "medication overuse headache" leading to butalbital or opioid-based drug overuse or to clinical withdrawal syndromes.

### Spondilodiscite da E. coli esbl: descrizione di un caso clinico

Q. Messina, F.S. Serino, A. Petriccione, L. Di Donato, I. Colletti, E. Roman

U.O.C. Medicina Generale, Ospedale "S. Tommaso dei Battuti" Portogruaro (Venezia)

**Introduzione** Maschio di 79 anni giunge all'osservazione per lombalgia con riscontro RMN di spondilodiscite L4-L5. In anamnesi riferita colangite acuta 3 mesi addietro con sepsi da E.Coli trattata con antibiotico terapia mirata.

**Materiali e metodi** Gli esami ematici e strumentali eseguiti risultarono nei limiti, tranne la PCR (5 mg/dl; v.n.0.1-0.9 mg/dl). Iniziata terapia empirica con levofloxacina 500 mg bid e richiesta valutazione per ago-biopsia TC guidata della lesione, eseguita senza complicanze.

**Risultati** Dalle colture fu isolato E.coli ESBL. Modificata terapia secondo antibiogramma con meropenem 1 g qid per 20 giorni e.v., seguita da ertapenem 1g/die e.v. per 2 mesi. Al termine del ciclo fu eseguita nuova RMN che evidenziò riduzione della lesione descritta.

**Conclusioni** I sintomi iniziali della spondilodiscite sono spesso sovrapponibili ad altre comuni malattie del rachide. I più comuni sono lombalgia, spesso intensa e continua, astenia, febbre e talora deficit neurologici. Il germe più frequentemente in causa è lo St. aureo (incidenza del 40%-90%). La durata della terapia dipende dal germe isolato, mediamente è di tre mesi. Il trattamento chirurgico è indicato: 1) in presenza di deficit neurologici 2) in caso di esteso coinvolgimento osseo 3) quando l'antibiotico è insufficiente ad eradicare l'infezione.

### Iperensione secondaria: la nostra casistica

Q. Messina, F.S. Serino, E. Roman, E. Pisu

U.O.C. Medicina Generale, Ospedale "S. Tommaso dei Battuti" Portogruaro (Venezia)

**Introduzione** Si stima che le forme secondarie di ipertensione arteriosa abbiano una prevalenza tra il 3% e 8% a seconda delle varie casistiche. Esse sono abbastanza rare e comprendono cause renali, endocrine e iatrogene. Il loro riconoscimento è molto importante considerando che quasi tutte possono guarire definitivamente dopo la rimozione della causa.

**Materiali e metodi** Sono stati valutati 800 pazienti affetti da ipertensione arteriosa afferenti all'ambulatorio ipertensivo tra il 2005 e il 2010.

**Risultati** Sono stati diagnosticati 4 casi di ipertensione nefrovascolare da stenosi delle arterie renali, 13 casi di ipertensione secondaria a malattie endocrine (12 di iperaldosteronismo ed 1 di feocromocitoma).

**Conclusioni** L'iter diagnostico dell'ipertensione secondaria spesso comporta l'esecuzione di sofisticate indagini che non possono essere estese a tutti gli ipertesi. Gli elementi suggestivi per la diagnosi sono rappresentati da 1) ipertensione resistente a terapia con più farmaci 2) età d'insorgenza (meno di 30 anni o dopo i 50 anni) 3) aumento improvviso ed inspiegabile dei valori pressori dopo periodi lunghi di stabilità. Si ricorda che nella nostra casistica (10%) un' ipertensione secondaria si è sovrapposta ad una essenziale complicandone il decorso. I nostri pazienti sono guariti e vengono seguiti in follow-up periodico.

### An impressive response of idiopathic myelofibrosis to Rituximab

M. Mestriner<sup>1</sup>, F. Vitelli<sup>1</sup>, D. Nespoli<sup>1</sup>, G. Macri<sup>1</sup>, L. Godio<sup>2</sup>, D. Ferrero<sup>3</sup>, C. Marinone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna 2, Dipartimento Medicina Interna, Aou San Giovanni Battista, Torino,

<sup>2</sup>Anatomia Patologica 2, Dipartimento di Anatomia Patologica, Aou San Giovanni Battista, Torino,

<sup>3</sup>Ematologia Universitaria, Aou San Giovanni Battista, Torino

**Background** Clinically immune system abnormalities are common in idiopathic myelofibrosis in contrast to other MPCD. Pathological auto-antibodies may be found: antierythrocyte, antiplatelet, antinuclear, antiphospholipid. MGUS and plasmacells dyscrasia also have been associated. If immune system is involved in MMM. Immunomodulator/immunosuppressive drugs have been proposed.



**Materials and methods** An adult woman patient is hospitalized for pancytopenia, elevation of LDH, presence of platelet autoantibodies: a BOM shows a myelofibrosis in fibrotic phase. Because of serious pias-trinopenia not responsive to immunomodulation with intravenous Ig, contraindication to splenectomy, risk of steroid treatment, we started with low dose Rituximab (100 mg/w for 4 weeks).

**Results** We obtained a complete and lasting resolution of cytopenia, not only of pias-trinopenia. We are waiting for the new BOM result.

**Conclusions** Different immunosuppressive/immunomodulator drugs have been proposed in MMM: corticosteroid, INF, thalidomide, lenalidomide with some positive results. Their exact mechanism is not known: may be with an antiinflammatory action against excessive production of TNF. In our patient antiCD20 has been efficient in the long time.

### **Imatinib treatment is related to decreased estimated glomerular filtration rate in a chronic myeloid leukemia patient**

R. Mestroni, F. Montanar

Medical Division, Palmanova Hospital, Udine

Imatinib mesylate (IM) is the treatment of choice in patients with newly diagnosed chronic myeloid leukemia (CML), irrespectively of their age. Nevertheless, information regarding tolerability and responses in advanced-age patients, a subgroup in which co-morbidities and other factors may influence outcome, is scarce, since they were excluded from most clinical trials.

In literature there is evidence that introduction of IM therapy in non-clinical trial CML patients is associated with potentially irreversible acute renal injury, and the long-term treatment may cause a clinically relevant decrease in the estimated glomerular filtration rate.

We describe the case of a 85 year old man with a CML diagnosed in chronic phase. In medical history he reported: ischemic heart disease and acute myocardial infarction at age of 43, aortic stenosis of moderate degree, systemic arterial hypertension in drug treatment, prostatic hypertrophy in drug treatment and chronic renal insufficiency III stage NKF. After only two weeks after the treatment with IM 300 mg/day the patient developed acute renal failure which required initiation of dialysis.

Despite initial hematologic response, medical therapy and dialysis the patient's condition gradually became worse. The death occurred after 1 month and a half since the start of IM therapy.

### **Case report: development of osteomyelitis of the jaw after bisphosphonate treatment in multiple myeloma**

R. Mestroni, F. Montanar

Medical Division, Palmanova Hospital, Udine

Bisphosphonates have been widely, efficiently, and safely used for the treatment of osteoporosis, malignant hypercalcemia, bone metastasis of solid cancers, and multiple myeloma bone diseases. However, an undesirable effect associated with bisphosphonates is osteonecrosis of the jaw. We describe the case of a 88 year female patient affected by Multiple Myeloma IgG/kappa stage III (multiple osteolysis, vertebral collapse, monoclonal component, anemia) A, evolved from a plasmocitoma of the second cervical vertebra. In medical history the patient reported: systemic arterial hypertension in drug treatment, chronic atrial fibrillation and chronic renal failure stage III sec. NKF.

Previously the patient was subjected to laminectomy, chemo and radiotreated and treated with bisphosphonates. She was recovered for a submental abscess, incised and drained with positive bacterial culture examination for Methicillin-Resistant Staphylococcus Haemolyticus. CT scan showed a suffusion of subcutaneous submental fat, a suffu-

sion of subcutaneous fat localized lateral to the anterior belly of the left digastric muscle and the presence of signs of erosion at left hemi-mandible related to osteomyelitis. Prolonged intravenous antibiotics resulted insignificant improvement in symptoms and imaging after eight weeks of treatment.

### **Case report: development of bilateral breast cancer after treatment for Hodgkin lymphoma**

R. Mestroni<sup>1</sup>, M. Maschio

Medical Division, Palmanova Hospital, Udine

Hodgkin lymphoma (HL) survivors face substantially elevated risks of breast cancer and cardiovascular disease. They and their physicians are often unaware of these risks and surveillance recommendations.

We describe the case of a 42 year old women treated with splenectomy and radiotherapy at age of 22 for a HL. Ten years after the diagnosis of HL she developed a right breast carcinoma in situ, underwent upper external quadrantectomy and then treated with aromatase inhibitors for five years. Twenty years after the diagnosis of HL the patient developed a left breast ductular lobular carcinoma pT2 N1 (1/11) M1 (bone), G2, estrogen receptor positive, progesterone receptor negative and HER 2 negative.

The patient was subjected to upper external quadrantectomy and ipsilateral lymphadenectomy. Then she was treated with chemotherapy with taxanes and monoclonal antibody that recognizes and blocks vascular endothelial growth factor with bone progression and meningeal localizations.

### **Case report: development of a second primary malignancy after treatment for Chronic Lymphocytic Leukemia**

R. Mestroni, M. Maschio

Medical Division, Palmanova Hospital, Udine

Understanding risk patterns for developing a second primary malignancy after treatment for lymphoproliferative diseases has implications for both research and clinical practice, including, in some cases, cancer screening. We describe the case of a 72 year old man affected by chronic lymphocytic leukemia advanced in stage IV RAI six years before with associated immune thrombocytopenia.

Previously he was repeatedly treated: three cycles of chlorambucil and steroids, alemtuzumab 90 mg/week for twelve weeks, four cycles of fludarabine plus cyclophosphamide plus rituximab, splenic radiotherapy and with periodic cycles of steroids for immune thrombocytopenia.

In medical history he reported: heterozygosity for factor V Leiden, chronic gastropathy and asthmiform bronchitis.

The patient was hospitalized for the onset of cognitive impairment and disorientation space/time. The radiological CT and MRI showed the presence of a left thalamic mass of 2.2 cm diameter, characterized by intense enhancement of mdc and compression of surrounding structures, indicative of primitive cancer of the brain. Instead, there were no clinical, laboratoristic and radiological evidence of progression of chronic lymphocytic leukemia.

### **Rickettsiosi complicata da pancreatite**

F. Mingolla, B. Farneti

Uoc di Medicina Interna - Mesagne

**Introduction** When we observe a prolonged fever associated with rash, in Mediterranean areas, we have to carefully examine the patient skin to research a lesion such as tache-noire.

**Case report** A 63-year-old Italian diabetic man, was admitted to hospital with a prolonged fever (max 39 °C), fatigue, myalgias, abdominal pain and rash. He used to live with domestic animals.

**Results** On physical examination lymphadenopathies were not observed; the patient was good breathing with low epigastric pain. Fever decreased spontaneously in 4 days without any antibiologic therapy. Ultrasounds examinations revealed a moderate splenomegaly. Laboratory tests results included an increased level of amylase (144 U/L) and lipase (1226 U/L), normal leukocyte count with an increased level of neutrophils, normal platelets, auto-immunity patterns negative. Blood cultures negative. Weil-Felix test was positive (PROTEUS OX2 1:640).

**Conclusions** When we observe a prolonged fever associated with rash, in our latitude, Weil-Felix test is useful to detached the rickettsial infection together with an accurated physical examination. The concomitant diagnosis of acute pancreatitis, that is not a common way of presentation or a common complication of rickettsial fever, made more difficult the choice of the appropriated diagnostic tools.

### The Risk Card as an instrument for governance of the patients admission in not appropriate nosological areas

D. Minniti<sup>1</sup>, R. Sacco<sup>1</sup>, R. Papalia<sup>2</sup>, M. Dore<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Direzione Sanitaria Aslto3 Regione Piemonte,

<sup>2</sup>Università degli Studi di Torino,

<sup>3</sup>Dipartimento di Area Medica Aslto3 Regione Piemonte

**Background and purpose of the study** The organization for different departments in a specialized medical area should be reviewed in the light of the frequent cases of over influx of patients in the emergency room determining a heavy demand for hospitalization, through the definition of "extended internist stay areas" in surgical departments. This path, however, increases risk for the patient and a significant drop in the motivation of the staff.

**Objective** To create a management tool in patient safety in inappropriate nosologic areas.

**Materials and methods** A risk card definition with specific scores including the opportunity to manage patients from the DEA through the use of specific parameters; among them, both clinical criteria (blood pressure, frequency, saturation, ...) and organizational criteria are included. A grid was prepared in which a score has been assigned (range 0-5) and a cut-off was set beyond which it is not considered possible to transfer safely the patient.

**Results** A preliminary investigation has shown that the adoption of the Risk Card may lead to greater efficacy, effectiveness, appropriateness, equity and safety in patient care.

**Conclusions** The Risk Card will ensure not only the safe management of the patient care pathway, but also satisfaction of health personnel.

### Il dosaggio della troponina nel DEA: confronto test cTnT vs cTnT hs

T. Minora<sup>1</sup>, P. Marino<sup>1</sup>, M. Negrini<sup>2</sup>, R. Seregni<sup>2</sup>, G. Bertolini<sup>3</sup>, P. Zanada<sup>3</sup>, M. Saudelli<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina d'Urgenza Dipartimento Medicina Ospedale Fatebenefratelli Oftalmico Milano,

<sup>2</sup>Utic Cardiologia Dipartimento Medicina Ospedale Fatebenefratelli Oftalmico Milano,

<sup>3</sup>Smel Dipartimento Servizi Diagnostici Ospedale Fatebenefratelli Oftalmico Milano

**Premesse e scopo** La disponibilità di nuovi test diagnostici per il dosaggio della troponina ha permesso un confronto nei pazienti con dolore toracico dei test cTnT vs cTnT hs (alta sensibilità).

**Materiali e metodi** Abbiamo studiato pazienti (anni >17) con dolore toracico afferiti al ns DEA. Valori decisionale (90°percentile e CV 10%) sono stati definiti come: cTnT<sub>hs</sub>≤0,03 ng/mL e cTnT<sub>hs</sub>≤0,014 ng/mL. La diagnosi clinica è stata verificata nei verbali del DEA e nelle cartelle cliniche.

**Risultati** Sono stati osservati n. 50 pazienti (F:23;M:27), età media 65,86 (range 18-96). Il test con cTnT ha mostrato una negatività in 43/50 (86%) con una incidenza di falsi positivi del 4/50 (8%) e falsi negativi 1/50 (2%). Il test cTnT hs ha evidenziato valori normali in 29/50 (58%), elevati in 21/50(42%) con 17/50(34%) falsi positivi ed assenza di falsi negativi.

**Conclusioni** Il test della troponina ad alta sensibilità appare offrire una maggiore sensibilità (75vs100%) associata ad una precocità diagnostica ma nel DEA determina una importante riduzione della specificità (91vs63%). Queste evidenze devono spingere il medico del DEA una maggiore selettività e appropriatezza nella richiesta del nuovo test ad alta sensibilità.

### Hemolytic autoimmune anemia: a case report

F. Molinaro, A. Varriale, S. Errico, I. Notarsanto, M. Damato, G. Pietrapertosa

Medicina Interna Casa Sollievo della Sofferenza San Giovanni Rotondo (Fg)

HAA may represent an emergency in a department of Internal Medicine. It needs to be correctly evaluated because of the therapeutic implication. We report the case of a 58 years old woman complaining of spine pain due to vertebral collapses. She was taking high doses corticosteroids because of a few week HAA. During the screening for HAA a TC scan was performed: a left superior pulmonary lobe mass was detected, late removed by surgery: histological examination revealed a tuberculoma. A big inflammatory lymph node in right latero-cervical region with mycobacterium tuberculosis appeared. A specific therapy for TBC was begun with an improvement of HAA too. In about half of time HAA is idiopathic but TBC may be considered in differential diagnosis because of the steroidal therapy is good for anemia, but it can get TBC worse.

### Trombosi venosa centrale: geni multifattoriale?

M.L. Moncada, C. Di Mauro, C. Virgillito, A. Tripiciano, I. Morana

U.O. Medicina Interna Area Critica Armas "Garibaldi" Catania

La trombosi dei seni venosi cerebrali (CSVT) è una patologia a rara incidenza: 3-4 casi/milione di abitanti i cui fattori di rischio sono generalmente suddivisi in fattori acquisiti (cambiamenti ormonali, traumi, infezioni locali e sistemiche, neoplasie, malattie infiammatorie, disturbi ematologici, malattie neurologiche, farmaci) e fattori genetici (trombofilia congenita). Noi presentiamo il caso clinico di una signora di 43 anni affetta da mielodisplasia, in trattamento con anticoncezionali orali, che giungeva alla nostra osservazione per cefalea e vomito persistente da un mese. Due giorni prima del ricovero erano comparsi disturbi del linguaggio. La tac encefalo senza mezzo di contrasto inizialmente e successivamente l'angiogramma intracranico e la RMN encefalo evidenziavano una trombosi venosa dei seni sagittale superiore, retto, trasverso e sigmoideo di sinistra e dei seni cavernosi, sigmoideo e trasverso di destra. Positivo era risultato lo studio della trombofilia genetica. Sospesa la terapia con anticoncezionali orali la paziente era stata avviata a terapia con eparina a basso peso molecolare ad alte dosi. Nell'eziopatogenesi, dunque, della CVST la separazione tra fattori genetici e fattori acquisiti è artificiale poiché esiste un effetto additivo e la genesi della CSVT è spesso multifattoriale.

## Un caso strano di Eritema Nodoso

M.L. Moncada, C. Virgillito, C. Di Mauro, G. Sidoti, I. Morana

U.O. Medicina Interna Area Critica Arnas "Garibaldi" Catania

L'EN è una vasculite del derma e del grasso sottocutaneo secondaria a diverse patologie: infezioni, malattie sistemiche, collagenopatie, uso di alcuni farmaci (penicilline, sulfamidici, anticoncezionali). Un anno fa si ricoverava nella nostra Unità Operativa una signora di 44 anni diabetica, in terapia con anticoncezionali orali (OAT), affetta da febbre, tumefazione del piede destro e delle ginocchia bilateralmente, presenza di piccole formazioni nodulari sottocutanei agli arti inferiori dolorose alla digitopressione. Gli esami eseguiti mostravano: VES: 52, leucocitosi neutrofila, autoimmunità nella norma, diagnostica infettivologica negativa (compreso la intradermoreazione di Mantoux), oncomarkers negativi, radiografia del torace nella norma. Sospesa la OAT e iniziata una terapia con claritromicina e metilprednisone la sintomatologia regrediva dopo qualche giorno. Per migliore chiarezza del quadro clinico la paziente veniva sottoposta a Tac torace che evidenziava una linfadenopatia sovradiaframmatica. L'esame citologico di un linfonodo mediastinico deponiva per linfadenite sarcoidosa e ciò permetteva di fare diagnosi di sarcoidosi al I stadio. La paziente seguita in follow-up presso il nostro centro in atto non pratica alcuna terapia e non ha presentato fino ad oggi ripresa della malattia.

## ★ Biphosphonates effect on intima-media thickness (IMT) and lipid profile in osteoporotic patients

A. Montagnani, O. Panichi, M. Alessandri

U.O. Medicina Interna, Ospedale Misericordia, Usl 9, Grosseto

**Introduction and aim of the study** Bone mineral density appeared to be an independent and better predictor of cardiovascular mortality than blood pressure and serum cholesterol. Osteoporosis and atherosclerosis (ATS) seems to be biologically and pharmacologically linked, as emerging data suggest dual effects on bone and the vasculature by statins, bisphosphonates (BPs), and the thiazolidinediones. The aim of present study is to evaluate BPs effect on ATS plaque in a female osteoporotic population. **Methods** The study included 42 osteoporotic women (77.7±8.5 anni), 30 of whom were treated with BPs (17 os BPs and 13 ev BPs), and 12 with Strontium ranelate (SrR) as control group. IMT at distal and median carotid artery was measured at the start and the 6th and 12th months in all patients. In addition, a complete lipid profile (LP) was assessed in the same time points

**Results** At 12th months in BPs treated patients LP showed a favourable variation with an increase of HDL and HDL/LDL ratio and with a decrease of Apo-B/Apo-A ratio. evBPs, but not osBPs and SrR, determined a significant decreased of IMT with respect to basal (0.72±0.03 vs 0.60±0.01 mm; p<0.05) at 12th months

**Conclusions** Although the bias of a small sample of study population, data shows that BPs are able to positive influence IMT by endovenous administration

## ★ Indagine sulla conoscenza e l'insegnamento dei valori della professione medica nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia

D. Montemurro<sup>1</sup>, M. Negrello<sup>2</sup>, A.C. Frigo<sup>3</sup>, T. Cirillo<sup>2</sup>, E. Picardi<sup>2</sup>, C. Chiminazzo<sup>2</sup>, D. El Mazloum<sup>2</sup>, R. De Caro<sup>3</sup>, M. Benato<sup>4</sup>, D.L. Mariangela<sup>5</sup>, A. Mazza<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Consigliere dell'Ordine dei Medici di Padova e Dirigente Medico Uoc Medicina Interna1, Azienda Ulss 19 Adria,

<sup>2</sup>Studente di Medicina Università di Padova del Iv Anno, <sup>3</sup>Professore Associato di Statistica Università di Padova,

<sup>4</sup>Professore Ordinario di Anatomia e Presidente del Consiglio di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Padova,

<sup>5</sup>Presidente dell'Ordine dei Medici di Padova e Vice Presidente Fnomceo,

<sup>6</sup>U.O.C. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Ulss Ospedali Riuniti Marche Nord,

<sup>6</sup>Dirigente Medico, Soc Medicina Interna, Azienda Ulss 18 Rovigo

**Premesse e scopo dello studio** Lo studente di medicina è stato considerato come "sensore-conoscitore" 1) dei valori della professione medica (PM), 2) del grado d'insegnamento e 3) dell'interesse personale per le lezioni ricevute nel Corso di Laurea e 4) dei metodi da utilizzare per un eventuale approfondimento di tali valori.

**Materiali e metodi** A 423 studenti (254 femmine e 169 maschi) reclutati al 1°, 4° e 5° anno di corso è stato somministrato un questionario di 7 domande, facendo riferimento al Physician Charter on Medical Professionalism. Per le variabili dicotomiche è stato utilizzato il test del  $\chi^2$  di Pearson, per quelle ordinali il test di Wilcoxon della somma dei ranghi per il confronto per sesso ed il test di Kruskal-Wallis per il confronto fra gli anni di corso.

**Risultati e Conclusioni** La conoscenza e l'interesse per i valori della PM (*partecipazione/empatia, comunicare/condividere, consapevolezza di sé, integrità morale, sensibilità/fiducia, aggiornamento professionale, senso del dovere*) è medio-alta; al contrario l'insegnamento degli stessi è poco soddisfacente. È richiesta una maggiore attività in reparto al letto del paziente e un maggiore confronto/insegnamento con gli Specializzandi. Prevalso l'approccio pratico più diretto e personale nella gestione del malato, piuttosto della classica lezione magistrale.

## La pancreatite acuta. Casistica di un triennio

I. Morana, C. Di Mauro, P. Santonocito, M.L. Moncada, C. Virgillito

U.O. Medicina Interna Area Critica Arnas "Garibaldi" Catania

La pancreatite acuta (PA) è un evento dovuto ad alterazione infiammatoria del pancreas e si manifesta con dolore addominale ed elevazione degli enzimi pancreatici (amilasi, lipasi). Circa il 45% delle PA è causato da calcolosi biliare, il 35% alcol, il 10% da svariate cause, il 10% è idiopatica. Circa il 75% dei casi di PA sono clinicamente di entità lieve-moderata (P. edematosa), nel 25% dei casi forme gravi (P. necrotico-emorragica) con complicanze e mortalità in questo gruppo del 25-30%. La mortalità precoce (entro la prima settimana) è dovuta all'insufficienza multiorgano, la mortalità tardiva (dopo la I settimana) è dovuta alle complicanze settiche. All'insorgenza è impossibile diagnosticare il tipo di PA e il decorso, è d'aiuto lo score di gravità di Ranson. Si riporta la casistica osservata nel triennio 2008-2010. Casi totali n. 107, 55 donne, 52 maschi, età media 66 anni, degenza media 15 giorni. Cause: calcolosi coledocolecistica 57%, alcol 33%, farmaci 6%, idiopatica 4%. Forme edematose 76%, forme necrotiche emorragiche 26%. Comorbilità presenti nel 80% (più frequentemente diabete, ipertensione, BPCO, obesità). I criteri di Ranson hanno identificato nel 92% dei casi le forme gravi. Trattamento ERCP in 11 casi. Guarigione senza reliquati 88%, esiti in pseudocisti ed ascessi 8%. Mortalità 4 casi (4%), forme tutte necrotiche emorragiche.

## Un caso di Insufficienza Epatica Acuta da epatite colestatica da Nimesulide

I. Morana, M.L. Moncada, C. Di Mauro, M. Bonaccorso, C. Virgillito

U.O. Medicina Interna Area Critica Arnas "Garibaldi" Catania

L'incidenza di danno epatico, clinicamente significativo, dovuto a FANS è bassa (3-7 casi ogni 100.000 esposti). La Nimesulide può dare epatotossicità, da lievi alterazioni fino al grave danno epatico.

L'epatite acuta con insufficienza epatica è rara. Se ne descrive un caso. Donna di anni 51, obesa con BMI 33, anamnestico intervento per ernia inguinale, assume solo FANS (Nimesulide) da circa tre mesi. Tre giorni prima del ricovero dolore ipocondrio dx, ittero con urine ipercromiche ed astenia. All'ingresso Bilirubina T. 13.9 g/dl, AST 1885 U/l, ALT 1358 U/l. Nei giorni successivi progressivo aumento della bilirubina fino a 30 mg/dl, con segni di insufficienza epatocellulare, edemi periferici, MELD 27. Negativi marcatori Virus epatitici, TORCH, sierodiagnosi, autoanticorpi. Nella norma EGDS e Tac Body. Eco fegato con struttura addensata. Terapia praticata: alimentazione parenterale, vitamina K, albumina umana, glutazione, ademetonina. Lento miglioramento del quadro clinico e laboratoristico con guarigione in 42 giorni. In follow up a tre anni senza reliquati epatologici. La negatività dei virus epatotropici e autoanticorpi, la normalità di egds e tac, il reperto ecografico, la presenza in anamnesi della assunzione solo di nimesulide e la completa guarigione, concludono per epatite acuta a impronta collettistica con insufficienza epatica da Nimesulide.

### L'emodepurazione extracorporea in epatologia con il sistema Prometheus. Casistica personale

I. Morana, C. Virgillito, M.L. Moncada, C. Di Mauro, M. Zammataro

U.O. Medicina Interna Area Critica Arnas "Garibaldi" Catania

L'insufficienza epatica a. (*Hepatic Failure*) è una grave sindrome legata alla necrosi cellulare epatica. Si ha su fegato sano (*A. Liver Failure*) per virus o tossici, o su precedente epatopatia (*A. on Chronic Liver Failure*). Ha alta mortalità.

Può essere indicato il trapianto e come terapia ponte sono d'aiuto tecniche di supporto artificiale quali strumenti bioartificiali (*per sostituire le funzioni principali epatiche*) o strumenti di depurazione extracorporea (*per la sola funzione detossificante*). I sistemi di depurazione più usati sono MARS e Prometheus. Il S. Prometheus si basa sull'adsorbimento delle tossine epatiche mediante due cartucce di resine ad elevata capacità adsorbente sia meccanica che da scambio anionico; vengono trattenute tossine senza carica (*fenoli, triptofano, a. biliari*) e con carica (*bilirubina non c.*). Una dialisi ad alto flusso elimina le tossine idrosolubili (*ammonio, urea, bilirubina c., creatinina*). La letteratura dimostra buona efficacia di questa terapia nella HF.

Abbiamo trattato in 18 mesi 6 casi di ACLF con MELD medio di 29, iperbilirubinemia 40 mg/dl, sono state praticate 42 sedute di detossificazione. Netta riduzione della iperbilirubinemia con media 15 mg/dl e miglioramento quadro clinico. Follow up: 2 pazienti portati al trapianto ed attualmente in buone condizioni, 4 pazienti con sopravvivenza media di 6 mesi.

### An unusual case of pseudovasculitis

L. Morbidoni<sup>1</sup>, L. Rossetti<sup>1</sup>, G. Pomponio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina Interna Ospedale Di Senigallia,

<sup>2</sup>Clinica Medica Ospedali Riuniti Torrette

**Background** Cholesterol embolism syndrome is a multisystemic disease resulting from cholesterol crystal migration from atherosclerotic plaques to skin, kidney and central nervous system.

Skin involvement may mimic necrotizing vasculitis (pseudovasculitis). We describe the unusual case of a 69y woman presenting with nodular ulcerated lesions on the legs.

**History** The woman was complaining for recurrent painful nodular ulcerated lesions at extensor surface of legs lasting from 6 months. Any single ulcer showed a tendency to a slow healing.

Exams showed slight CRP increase and weak pANCA positivity; a punch biopsy revealed mild lymphocytic and neutrophilic perivascular infiltrate.

According to the diagnosis of cutaneous necrotizing vasculitis, 1mg/Kg/d PDN was started. Nevertheless lesions continued to appear.

Three months after, she was reevaluated and we decided to perform an incisional skin biopsy that showed occlusions of some subcutaneous small arteries without flogosis. Thus we perform an angio-MRI revealing popliteal multiple artero-venous fistulas.

**Conclusions** The pseudovasculitis should be ever considered among the differential diagnosis of refractory cutaneous necrotizing vasculitis. A deep incisional skin biopsy is mandatory. However vascular abnormalities in the legs are very unusual source of cholesterol embolism.

### Amebic liver abscess: a case report and review of the literature

C. Morichetti<sup>1</sup>, R. Lanfranchi<sup>1</sup>, C. Barzaghi<sup>1</sup>, R. Mongiat<sup>1</sup>, P. Aliprandi<sup>2</sup>, A. Porro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina IV, Ao "Salvini", Ospedale di Rho,

<sup>2</sup>Uo Medicina III, Ao "Salvini", Ospedale di Rho

**Introduction** About 90% of infections caused by *Entamoeba histolytica* is asymptomatic and the remaining 10% produces a wide range of clinical syndromes from dysentery to liver or other organs abscesses.

**Case report** A 38 years old men coming from Pakistan was admitted to hospital because of fever (39°C) and thoracic pain. Laboratory analysis showed leukocytosis (WBC 18360/mmc, neutrophils 14690/mmc) and increased CPR (34.88 mg/dL). Chest X-ray and ECG were normal, echocardiogram showed a mild pericardial effusion. The patient was considered affected by pericarditis and treated with levofloxacin 500 mg/day po for five days without results. He underwent total body CT scan that showed a pneumonia in the right lung and a liver abscess (11x9x12 cm) that was drained percutaneously but bacterial and fungal cultures resulted negative. Feces cultures for *Entamoeba histolytica* were negative, Ab IgM anti-*Entamoeba histolytica* were positive at elevated titers (1/2048), therefore he was treated with metronidazole a 500 mg x 4/die po, cefazolin 1 g x 3 iv/die for twenty days and paromomycin 250 mg 2 cp x 3/day po for ten days with radiologic and clinical resolution.

**Conclusion** In the differential diagnosis of fever of undetermined origin, especially in patients coming from developing countries, amebic liver abscess should be considered.

### A case report of liver abscesses misdiagnosed as a right pneumonia

C. Morichetti<sup>1</sup>, R. Lanfranchi<sup>1</sup>, C. Barzaghi<sup>1</sup>, R. Mongiat<sup>1</sup>, P. Aliprandi<sup>2</sup>, A. Porro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina IV, Ao "Salvini", Ospedale di Rho,

<sup>2</sup>Uo Medicina III, Ao "Salvini", Ospedale di Rho

**Introduction** Liver abscesses represent 13% of the total number of abscesses and 48% of visceral abscesses; half of patients do not have symptoms or signs related to the liver.

**Case report** A 63 years old men was admitted to hospital because of fever (39°C), chills, anorexia and diarrhea. Two years before he undergone to pancreaticoduodenectomy because of pancreas cancer G3; oncologic follow up was negative. Laboratory analysis showed leukocytosis (WBC 24140/mmc, neutrophils 22500/mmc) and increased CPR (21.75 mg/dL). Chest X-ray showed an elevation of the right hemidiaphragm and a right basilar infiltrate with pleural effusion, therefore he was considered affected by right pneumonia and treated with ceftriaxone 2 g/day iv for seven days without resolution. The patient underwent total body CT scan that showed a pneumonia in the right lung and multiple liver abscesses, whose cultures obtained by percutaneous biopsy resulted negative; blood cultures resulted positive for E. Coli. He

was treated with metronidazole 500 mg x 4/die iv, amikacin 500 mg iv twice a day and ceftazidime 1 g x3/day iv with clinical and radiologic resolution.

**Conclusion** In the differential diagnosis of right pneumonia, especially in patients with a clinical history of abdominal surgery on the biliar tract, liver abscess should be considered.

### Clinical case: esophagitis from tetracycline

C. Mugelli<sup>1</sup>, G. Indennitate<sup>2</sup>, T. Lardani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Medicine, Casa di Cura Santa Chiara, Giomi Firenze,

<sup>2</sup>Digestive Endoscopy Service, Casa di Cura Olivella e Glicini, Giomi Firenze

**Introduction and aim of the study** A correctly prescribed pharmacological therapy can cause serious damage if the correct modalities for its use are not respected. We report on the case of a serious clinical event caused by a drug that was taken in an incorrect manner.

**Materials and methods** A 27-year-old female patient reported dysphagia and odynophagia, both of which she had had for several days. Objective examination within the norm; the anamnesis revealed that she had recently taken evening tetracycline prescribed for acne (BID doxycycline). In particular, the patient had taken the evening doses prior to going to bed at night without precautions, (the recommended interval is of at least 90 minutes). We performed an EGDS, which confirmed esophagitis, Los Angeles grade C. Home therapy was prescribed per os: omeprazole 40 mgBID and anti-acids. Clinical check-up and EDGS after 1 week.

**Results** At the check-up, the dysphagia had disappeared; however, the endoscopic lesions had decreased, but were not resolved. At a check-up after 20 days, always under therapy, we observed clinical and endoscopic recovery.

**Conclusions** The case indicates the necessity of informing thoroughly patients on the correct procedures for taking drugs and on the possibility in the contrary case of exposing themselves to serious complications.

### ★ Purple urine-bag syndrome in a Medicine ward

N. Mumoli, T. Elisei, F. Ognissanti, S. Ianni

Department of Internal Medicine, Livorno, Italy

**Background and aim of the study** Purple urine-bag syndrome (PUBS) is a uncommonly phenomenon in which the contents of urine bags turn purple or blue following patient catheterization. The aim of this study was to investigate the prevalence and clinical significance of PUBS in our Medicine ward.

**Methods** During the period of study there were 1160 hospitalized patients; 540 patients underwent urethral catheterization. We analyzed the age, functional status, duration of catheterization, number of daily medications, living location, feeding route, bowel habits, and the pattern of use of a urinary catheter. Urine samples were cultured from all the PUBS patients participating.

**Results** 30 female (10%) who underwent urethral catheterization and 11 male (4,6%) have exhibited PUBS. A total of 60% of the PUBS-affected patients lived in nursing homes and 80% were constipated. 70% were catheterized using a plastic foley. The pH for 38 patients was > or = 7. *Escherichia coli* and *Proteus mirabilis* were the common pathogens isolated from the urine samples.

**Conclusions** PUBS was more likely associated with the female gender, alkaline urine, constipation, institutionalization, the use of a plastic urinary catheter. The clinical course is benign, and the urine typically clears with resolution of the bacteriuria and acidification of the urine.

### A retrospective study on the prevalence of ventricular non-compaction in an internal medicine department

N. Mumoli<sup>1</sup>, R. Guglielmi<sup>2</sup>, P. Pasquinelli<sup>3</sup>, A. Camaiti<sup>4</sup>, M. Cei<sup>5</sup>

Department of Internal Medicine, Livorno

**Background and aim of the study** Ventricular non-compaction (VNC) is a disorder characterized by prominent trabecular meshwork and deep recesses. Yet, no data are available in the literature about the prevalence and clinical significance of VNC in patients hospitalized in an internal medicine department. The aim of this study was to investigate the prevalence and clinical significance of VNC in in-hospital internal medicine patients.

**Methods** Between August 2006 and December 2010, we retrospectively were evaluated all admitted patients in our Medicine ward who were sent for echocardiography. We then analyzed sex, age, ecg, echocardiographic and clinical features.

**Results** VNC was found in 10 of 1184 patients (0.8%); 4 male and 6 female; The median age was 74 years (range 56–89). 8 patients were admitted for acute heart failure, 1 for paroxysmal atrial fibrillation and 1 for cardio-embolic stroke. Significant was that the early diagnosis of VNC had been missed in 4 of the patients followed by cardiologists.

**Conclusions** The clinical features of VNC are extremely variable. Whereas arrhythmias and thrombo-embolic events were rare, heart failure was frequently found. Since is a disease not as rare as commonly believed, physicians should be familiar with the diagnostic pattern of VNC in order to prevent any delay in diagnosis.

### ★ The LV hypertrophy in people with Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS)

R. Muscherà<sup>1</sup>, M. D'avino<sup>1</sup>, F. De Michele<sup>2</sup>, G. Caruso<sup>1</sup>, A. Ilardi<sup>3</sup>, A. Iannuzzi<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina 2 A.O.R.N A. Cardarelli,

<sup>2</sup>Fisiopatologia Respiratoria A.O.R.N. A. Cardarelli,

<sup>3</sup>Medicina D'urgenza A.O.R.N A.Cardarelli,

<sup>4</sup>Medicina 5 A.O.R.N A.Cardarelli

**Introduction** OSAS is a new cardiovascular risk factor, frequently associated with hypertension. Aim of the present study was to investigate the role of OSAS' indices in the development of left ventricular hypertrophy **Material and methods** 32 subjects recruited for suspected OSAS (age: 45±10,6 yrs) underwent office blood-pressure measurements (OBPM), 24h ambulatory blood pressure measurement (ABPM), polysomnography and echocardiography. Severity of OSAS was evaluated with two indices: apnea-hypopnea index (AHI) and oxygenation desaturation index (ODI).

**Results** In the whole cohort mean BMI was 33 kg/m<sup>2</sup>. At OBPM 10/32 subjects were hypertensive. Echocardiographic studies showed a mean value of left ventricular mass normalized for height (LVM/h<sup>2.7</sup>) = 49gr/m. The parameters mostly correlated with LVM/h<sup>2.7</sup> were ODI (Pearson's R = 0,61, p<0,05) and BMI (R = 0,69, p<0,05).

**Conclusions** We found that that ODI was associated with LVM/h<sup>2.7</sup>. Frequent episodes of oxygen desaturation caused by apnea during sleep and increase in sympathetic activity may contribute to an elevation of blood pressure and to the development of LVH.

### Integrazione ospedale territorio: ottimizzazione delle richieste di doppler vascolare, l'introduzione dell'ABI

C.L. Muzzolini<sup>1</sup>, P. Fogliacco<sup>1</sup>, A. Errani<sup>1</sup>, M. Berardi<sup>1</sup>, M. Albano<sup>1</sup>, V. Meineri<sup>1</sup>, C. Vallo<sup>1</sup>, C. Cappi<sup>1</sup>, M. Gennaro<sup>1</sup>, M. Mmg Distretto Di Ceva<sup>2</sup>, A.G. Sciolla<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sc Medicina Ceva Aslcn1 Regione Piemonte,

<sup>2</sup>Aslcn1 Distretto Ceva,

<sup>3</sup>Sp. Ambulatoriale Aslcn1 Regione Piemonte

**Premesse scopo dello studio** L'Ankle Brachial Index (ABI) è un'alternativa al doppler arterioso. I soggetti esaminati sono inseriti in un percorso diagnostico terapeutico condiviso con i MMG del distretto che prevede l'accesso alla consulenza vascolare urgente.

**Materiali e metodi** abbiamo analizzato 109 ABI dell'ultimo trimestre 2010 (cf. *Circulation* 2000;101:e16-e22) individuando il valore medio e per singolo arto. Il dato è stato correlato con le patologie: diabete ipertensione caludicatio irc. In base all'ABI i pazienti sono inseriti in definiti iter diagnostici terapeutici condivisi.

**Risultati** 33 pazienti su 109 presentavano un ABI patologico, 5 con valore <0,6. Il valore medio di ABI Destro + Sinistro risulta normale in presenza di singola patologia e l'associazione di diabete+ipertensione comporta sempre la presenza di ABI patologico così come l'associazione di diabete+ipertensione+irc.

**Conclusioni** La metodica permette di ridurre gli accessi all'esecuzione di doppler arterioso con riduzione dei tempi di attesa e ottimizzazione dell'offerta. I dati, numericamente limitati, correlano con la letteratura internazionale. L'ABI è un indice di malattia vascolare sensibile che permette di individuare patologie a livello preclinico. Se ABI patologico riteniamo indicata l'esecuzione di Doppler TSA in prevenzione dello Stroke.

### **Mycosis fungoides vs. lymphomatoid papulosis: a difficult differential diagnosis**

G. Nador<sup>1</sup>, C. Basilico<sup>1</sup>, P. Cozzi<sup>1</sup>, M. Draisci<sup>1</sup>, S. Marinoni<sup>1</sup>, M. Valentini<sup>1</sup>, M. Paulli<sup>2</sup>, A. Assi<sup>3</sup>, L. Roncoroni<sup>3</sup>, A. Mazzone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina Interna, Ospedale Civile di Legnano,

<sup>2</sup>Dipartimento di Medicina di Laboratorio/Anatomia Patologica, Ospedale S. Matteo, Pavia,

<sup>3</sup>Servizio di Anatomia Patologica, Ospedale Civile di Legnano

Sixty-three yo male, severe aortic valve steno insufficiency in anamnesis. In January 2008 onset of dyschromic cutaneous lesions at neck, head and back with ANA positivity (>1/640): diagnosis of nummular eczema, oral steroid started with erratic response.

In March 2010, during steroid tapering in view of biological aortic valve replacement, cutaneous lesions recurred, with mild fever and arthralgia. Thoracic CT scan showed mediastinal lymph nodes (maximum diameter 25 mm). Abdominal echography was negative. Lesion biopsies histology was consistent with lymphomatoid papulosis. Given the cardiac risk, aortic valve replacement was performed in May 2010. In June symptoms still comprised mild fever and pruriginous skin lesions, mild anemia was documented, lymph nodes were stable at CT scan and PET was coherent with inflammation. Bone marrow biopsy was negative.

Since diagnosis was questioned, a 2nd skin biopsy was performed and reviewed: after clinical and histopathological evaluation, diagnosis shifted to mycosis fungoides, stage IA (ISCL/EORTC staging). PUVA therapy was therefore indicated.

Mycosis fungoides is a rare, heterogeneous disease, and diagnosis is often misleading: given the chance of disease progression, though, accurate diagnosis is mandatory.

### **⊕ ITP treatment with romiplostim: experience at our institution**

G. Nador, M. Draisci, S. Marinoni, P. Cozzi, C. Basilico, M. Valentini, A. Mazzone

Uo Medicina Interna, Ospedale Civile Di Legnano

Five patients (pts) with idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP; 2M, 3F; mean age 60y) were treated with Romiplostim at our Institution.

All of them were previously treated with steroids at different dosages, one received II line tp with Azatioprine, another with splenectomy. Four pts started Romiplostim at chronic phase, one at onset. ITP diagnosis was confirmed at bone marrow biopsy analysis; anti-platelet antibodies were demonstrated in 2 cases.

Mean platelet (Plt) count at therapy initiation was  $33 \times 10^9/L$ , initial dose was 1mcg/kg; platelet count and clinical data were collected on a weekly basis. Romiplostim dose was adjusted as indicated by data sheet.

Average Romiplostim therapy duration was 15 weeks (range 2-32); response to therapy (Plt count  $>50 \times 10^9/L$ ) was shown in 4/5 cases, achieved at lower doses (1 mcg/kg in 2 pts, 2 mcg/kg in 2 pts) and its mean duration was 18 weeks (range 4-32); all four pts are still in hematological response at a mean dose of 4 mcg/kg (range 2-8).

One patient failed to reach hematological response and was addressed to splenectomy after a suspect skin reaction.

Drug discontinuation for arthralgia and excessive response occurred in one and two cases, respectively. No thrombotic/haemorrhagic event was documented.

In our small cohort Romiplostim was generally effective in ITP treatment.

### **Un drammatico caso di infezione polmonare in soggetto immunodepresso**

S. Negro<sup>1</sup>, F. Santi<sup>1</sup>, I. Zanotti<sup>1</sup>, E. Catania<sup>2</sup>, F. Bobbio<sup>2</sup>, R. Re<sup>2</sup>, M. Campanini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina d'Urgenza - Aou Ospedale Maggiore della Carità di Novara,

<sup>2</sup>Il Medicina - Aou Ospedale Maggiore della Carità di Novara

Presentiamo un caso di aspergilloso polmonare nosocomiale in paziente di 22 anni ricoverato per chetoacidosi diabetica. Al momento del ricovero il paziente non lamentava sintomi respiratori e la sua radiografia del torace non mostrava alterazioni; è stato trattato con terapia infusiva insulinica, polielettrolitica e profilattica antibiotica e antifungina. Al terzo giorno di ricovero insorgevano ipertermia e progressivo peggioramento della funzionalità respiratoria con addensamenti focali alveolari diffusi alla TC torace. Oltre alle comuni indagini microbiologiche e sierologiche è stato eseguito BAL e sono stati inviati campioni per analisi SeptiFast, sistema di amplificazione PCR, che permette di identificare rapidamente i 25 più frequenti microrganismi implicati nelle sepsi nosocomiali. Il giorno seguente si è osservata positività del SeptiFast per *Aspergillus Fumigatus*, confermata in sesta giornata dai risultati dell'esame microbiologico su BAL, che mostrava inoltre positività per *Acinetobacter Baumannii*. Nonostante una terapia antimicrobica profilattica, una rapida identificazione dei microrganismi implicati e l'adeguamento della terapia, il decorso clinico è stato fulminante con necessità di intubazione in sesta giornata, comparsa di shock il giorno seguente e successivo trasferimento in reparto di terapia intensiva.

### **⊕ Severe multifactorial thrombocytopenia**

D. Nespoli<sup>1</sup>, M. Martinelli<sup>1</sup>, G. Macrì<sup>1</sup>, M. Mestriner<sup>1</sup>, L. Godio<sup>2</sup>, C. Marinone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna 2, Dipartimento Medicina Interna, Aou San Giovanni Battista, Torino,

<sup>2</sup>Anatomia Patologica 2, Dipartimento di Anatomia Patologica, Aou San Giovanni Battista, Torino

**Background** The thrombocytopenia recognizes iporigenerative and destruction/sequestration causes. In front of multiple etiopathogenetic causes of thrombocytopenia it may be difficult to establish the best treatment.

**Material and methods** 50 ys woman, suffering from HCV chronic liver disease, has severe thrombocytopenia (PLT <5000) with antiplatelet auto-Ab. At ETG not presence of splenomegaly but evidence of massive intrahepatic hemangioma (16 cm s-Merrit Kasabash). She does not respond to immunomodulation with intravenous Ig. OLT indication is given but only with effective megakaryocytopoiesis and exclusion of any dysmyelopoiesis with antiplatelet autoimmunity associated.

**Results:** The BOM shows normal myelopoiesis and OLT is carried out.

**Conclusions** In this patient, thrombocytopenia recognizes at least three causes: autoimmune (HVC-induced?), direct virus effect, destruction/sequestration (s Merrit-Kasabash). With the removal of intrahepatic hemangioma and subsequent immunosuppression in OLT the complete resolution of thrombocytopenia is advocated.

### Serum free light chains in the diagnosis and monitoring of patients with plasma cells discrasias

D. Nespoli<sup>1</sup>, G. Mengozzi<sup>2</sup>, F. Ficara<sup>1</sup>, M. Mestriner<sup>1</sup>, M. Martinelli<sup>1</sup>, C. Marinone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna 2, Dipartimento Medicina Interna, Aou San Giovanni Battista, Torino,

<sup>2</sup>Laboratorio Analisi Baldi e Riberi, Aou San Giovanni Battista, Torino

**Background** Serum free light chain (SFLC) is a recently available test for diagnosis and monitoring plasma cell discrasias. It is especially useful in patients difficult to follow with traditional laboratory methods: in particular not-secretory multiple myeloma or progression of extramedullary plasmocytoma (EP) to multiple myeloma (MM).

**Materials and methods** We describe a case of progression of an EP (IgG/k) to a non-secretory MM (IgD/k) in a patient who remained clinically asymptomatic with normal traditional laboratory tests till the diagnosis of overt MM. An 80ys old woman was hospitalized for low back pain: she was treated 8ys before of an oropharynx plasmocytoma but at the entrance there was no abnormal blood test: no anemia, no urinary BJ protein, no serum monoclonal gammopathy. A spine RMI showed diffuse bone lytic lesions with involvement of paravertebral soft tissue.

**Results** The SFLC assay detected sever abnormal kappa/lambda ratio. A biopsy of vertebral bone e soft tissue showed atypical clonal plasma cells.

**Conclusions** The case confirm that SFLC measurement correlates with disease activity, that an abnormal SFLC ratio is a risk factor for progression of plasma cell discrasias and that FLC are mandatory for early detection of relapse in all patients with plasma cell discrasias.

### Dispnea in corso di Leucemia mieloide cronica

V. Nesticò<sup>1</sup>, M. Lucia<sup>1</sup>, R. Cimino<sup>1</sup>, S. Giancotti<sup>1</sup>, C. Pintaudi<sup>1</sup>, M. Polistena<sup>1</sup>, L. Levato<sup>1</sup>, A. Cimellaro<sup>2</sup>, S. Mazzuca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Struttura Complessa di Medicina Generale, Dipartimento di Medicina e Specialità Mediche Azienda Ospedaliera "Pugliese Ciaccio" Catanzaro,

<sup>2</sup>Università degli Studi "Magna Graecia" Catanzaro

Nel dicembre 2010 è giunta alla nostra osservazione una donna di 75 anni a motivo di dispnea da minimo sforzo e riscontro radiografico di versamento pleurico destro. L'emocromo metteva in evidenza linfocitosi relativa. In anamnesi, leucemia mieloide cronica diagnosticata due anni prima e curata con inibitori della tirosin chinasi, dapprima Imatinib ed in seguito, constatata la resistenza al farmaco, con Dasatinib. Nel luglio precedente, due settimane dopo l'inizio del trattamento con Dasatinib, si era manifestata dispnea di forte intensità che aveva richiesto il ricovero presso il Dipartimento di emergenza; un ecocardiogramma aveva escluso la disfunzione sistolica del ventricolo sinistro. Nell'ottobre successivo si era potuta constatare risposta ematologica e citogenetica

completa alla terapia. Abbiamo sottoposto la paziente a toracentesi, con estrazione di 1500 ml di liquido pleurico con i caratteri dell'essudato ed una ricca componente cellulare costituita da piccoli linfociti. Dopo aver concordato con l'ematologo curante sulla verosimile responsabilità del Dasatinib nella genesi del versamento, ne abbiamo sospeso la somministrazione ed impiegato diuretici e dosi intermedie di Steroidi. Abbiamo dimesso la paziente dopo aver constatato la persistente remissione del versamento pleurico ed il ridimensionamento della linfocitosi.

### Profilassi TEV in medicina interna: è possibile migliorare l'appropriatezza?

C. Nitti<sup>1</sup>, T. Gentili<sup>2</sup>, M. Pennacchioni<sup>3</sup>, L. Falsetti<sup>4</sup>, R. Reginelli<sup>5</sup>, A. Salvi<sup>6</sup>

Medicina Internistica e Subintensiva, Ospedali Riuniti, Ancona

Nello studio ENDORSE, a cui non hanno partecipato centri italiani, solo 40% dei pazienti medici a rischio TEV ha ricevuto profilassi appropriata; in casistiche italiane non più del 60% dei pz medici riceve adeguata profilassi. Abbiamo voluto verificare se nella pratica clinica è realizzabile assistenza computerizzata e se questa realmente migliora la aderenza alla profilassi TEV

Abbiamo implementato un modello che: invia un messaggio di allerta se non viene prescritta profilassi; stima il rischio trombotico con specifici criteri (Caprini Score); stima rischio emorragico; assiste la decisione di profilassi tenendo conto di funzione renale, BMI, rischio emorragico, applicandolo a pz di reparto medico con letti subintensivi.

Abbiamo esaminato 694 pz consecutivi età media 68,2 (± 18,0)anni, BMI>30 12,7%; Insufficienza renale moderata-severa 42,5%. Rischio trombotico: basso 7,9%; moderato 5,0%; alto 30,6%; molto alto 56,5%. Rischio emorragico: basso 18,3%; moderato 59,3%; alto/altissimo 22,5%. Profilassi:appropriata 84% attuata ma inappropriata 7%; sovrattattato 4% e il 5%,sebbene a rischio, non ebbe profilassi. Profilassi meccanica fu attuata solo in 15% dei pz; la maggior discordanza si ebbe nel rischio trombotico moderato.

Un sistema computerizzato di allerta e supporto della profilassi TEV è attuabile e migliora la appropriatezza.

### Departmental Critical Area: a model for critically ill patients in Internal Medicine

C. Norbiato, R. Cavaliere, S. Marengo

Sc. Medicina Interna A.O. Ordine Mauriziano Torino

Over the past decades in departments of internal medicine patients admitted are more complicated but with a lower availability of beds for acute patients. The Departmental Critical Area of our Hospital was founded in 2009; consists of 4 monitored beds, trained nurse h24, internist 8-20, night duty doctor; included a portable ultrasound scanner and emogasanalyzer. Admission criteria agreed with the Intensive Areas (ICU) and the Specialties of the Medical Department (160 inpatient beds). Patients from DEA-ICU are managed from the internist, those from medical specialties are managed by referral specialist, in collaboration with the internist. Internists of Critical Area conducted a training to acquire skills in cardiovascular emergencies (ACLS-AHA), bedside US, non-invasive ventilation. Results 2009-2010: 393 hospitalized pts (52% M); mean age 78 years; average hospital stay 6.1 days; 255 pts(65%) came from DEA-ICU and 138(35%) from the Medical Dpt. The most frequent illnesses are Respiratory Failure (115 pts:71 underwent NIV), CHF-APE(52), Shock(34), TEP(31). Mortality rate was 9%; 31pts(7%) admitted to ICU. Conclusions: Departmental Critical Area allowed us to manage a large number of "critical" patients, ensuring both a high intensity of care that an integration of different expertise to the bedside.

## ★ Two atypical presentations of Giant Cell Arteritis (GCA)

P. Novati, L. Castelnovo, F. Saccardo, G. Monti

Uo Medicina Interna - Ospedale di Saronno - Ao Busto Arsizio (Va)

**Introduction** GCA mainly affects the external carotid artery and its branches causing symptoms related to ischemic cranial involvement, often associated with polymyalgia rheumatica (PMR). Involvement of the extracranial great vessels, aorta and its branches, is unusual.

**Case report 1** 77 years old woman who developed 2 months low-grade fever, pain and stiffness of cervical spine, jaw claudication and headache. PET revealed active involvement of the subclavian arteries, thoracic and abdominal aorta and carotid and femoral arteries.

**Case report 2** 73 years old woman who presented 2 months evening fever with chills, fatigue and joint pain unresponsive to antibiotic therapy. PET showed vasculitis of the thoracic aorta, with no signs of dissection, confirmed by angiography and chest MRI.

**Results** Patients were treated with prednisone 50 mg sliding scale with resolution and suspension within the first year.

**Conclusion** Atypical presentation of GCA are rare although autopsy studies have shown a higher frequency than expected. They are often associated with PMR or nonspecific systemic symptoms. Diagnosis of atypical GCA should be considered when we found fever of unknown origin in the elderly. In our experience, as reported in literature, 18FDG PET is the test of choice for diagnosis.

## Chromogranin assay in the diagnosis of neuroendocrine tumours

V. Nuzzo<sup>1</sup>, T. Ferrara<sup>1</sup>, M. Masone<sup>2</sup>, L. Nocerino<sup>2</sup>, A. Zuccoli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Internal Medicine San Gennaro Hospital Naples,

<sup>2</sup>Nuclear Medicine E. D'Aosta Hospital, Naples

Chromogranin A (CgA) is considered a specific marker of neuroendocrine differentiation. A CgA immunostaining is one of the main finding to achieve the diagnosis of neuroendocrine tumour (NET). The usefulness of serum CgA assessment for the diagnosis of NET is unclear. The aim of this prospective study was to evaluate the usefulness of CgA assay for the diagnosis of NET. CgA was assessed in 158 patients admitted to the Department of Medicine; 28 subjects had a diagnosis of NET, 48 of non NET tumour and 82 of non tumour disease, including 26 chronic atrophic gastritis. CgA assay was performed by IRMA (CIS BIO INT.). To recognize a diagnosis of NET, CgA assay had a sensitivity of 64% a specificity of 37% and a diagnostic performance of 42%. Serum CgA assessment is unable to be used to achieve the diagnosis of NET. GgA assay is subjected to high incidence of false positive results especially in patients on therapy with proton pump inhibitors. When the diagnosis of NET is obtained, serum CGA measurement has to be considered as an useful parameter for tumour monitoring. When the diagnosis of NET is suspected, serum CGA measurement may be required only for locally advanced or metastatic tumors, after exclusion of all the pathological and pharmacological conditions that can be associated with the release of CGA.

## Celiachia nell'anziano e neoplasie: una associazione non sempre chiara

L. Olivetto, M.C. Bertoncelli, A. Varese, M. Francese, E. Delsignore, L. Bellan, R. Cantone

Sc Medicina Interna - Ospedale Sant'Andrea - Vercelli

Il caso descritto riassume le difficoltà diagnostico-terapeutiche e di interpretazione eziopatogenetica dell'associazione tra celiachia e neoplasie gastrointestinali, che suscita interesse per il crescente riscontro di

casi di celiachia ad espressione atipica. La progressione da malattia celiaca a neoplasia è discussa ma solo in parte compresa, poiché la diagnosi è raggiunta con tempi e modalità diverse, specie nell'anziano, sovente indagato *in primis* per una neoplasia occulta o monitorato per prevenire la trasformazione neoplastica, più raramente testato insieme per la celiachia e per la malattia tumorale. In una paziente di 65 aa affetta da grave sintomatologia digestiva (anoressia selettiva per i farinacei, vomito, calo ponderale) in cui era stata posta diagnosi di celiachia, l'assenza di risposta alla *gluten-free-diet*, la progressione del quadro clinico e la documentazione di un'ascite ingravescente ha sostenuto un profondo ripensamento e un articolato percorso diagnostico basato su molteplici esami endoscopici, radiografici, tomografici e su ripetute indagini cito-istologiche (su tessuto gastrico, duodenale, omentale, liquido peritoneale) con formulazione della diagnosi finale di morbo celiaco dell'anziano associato a carcinosi peritoneale da carcinoma indifferenziato (a verosimile partenza gastrica), a prognosi infausta.

## Sitagliptin e ipokaliemia

L. Olivetto, M.C. Bertoncelli, R. Cantone, E. Delsignore

Sc Medicina Interna - Ospedale Sant'Andrea - Vercelli

Il sitagliptin, ipoglicemizzante orale che mima le incretine gastrointestinali, è ritenuto sicuro e ben tollerato nella terapia *add-on* del diabete, ma occorre monitorarne gli effetti quando usato con altri farmaci. Riportiamo un caso di ipokaliemia in un paziente diabetico giunto per dolore toracico e addominale, a risoluzione spontanea. Ex fumatore, affetto da BPCO e policitemia vera, portatore di PM cardiaco, in cura con sitagliptin-metformina, atenololo-clortalidone, teofillina, tiotropio, furosemide, oncocarbide, allopurinolo, ASA, lansoprazolo, riferiva di aver perso 16kg dall'avvio della terapia con sitagliptin. Si documentavano ipokaliemia (2.3 mmol/L), ipomagnesiemia (0.82 mg/dL), lieve riduzione dei cloruri (96 mmol/L), normosodiemia, kaliuria ai limiti inferiori del range (27 mmol/24h).

Le basse dosi di furosemide e idroclorotiazide già usate in precedenza non avevano mai provocato disturbi né ipokaliemia e il disordine ematologico era rimasto sempre ben controllato. Sulla scorta degli accertamenti eseguiti, in assenza di altre cause, imputammo l'ipokaliemia al sitagliptin, forse per effetto additivo alla terapia diuretica, ma non esistono al riguardo segnalazioni in letteratura. Con la correzione dell'ipokaliemia e la sospensione del sitagliptin il paziente poté altresì recuperare il peso corporeo.

## Un LES misconosciuto: un invito al problem solving

M. Onesta, L. Corvatta, M. Gasparini, S. Giori, M. Candela

U.O.C. Medicina Interna Asur Marche Zt6 Fabriano (An)

Il problem solving in medicina interna suggerisce la rilettura delle prove e la riformulazione di ipotesi in corso di malattie con manifestazioni proteiformi e aggiuntive.

**Caso clinico** Un uomo di 69 anni si presentava per dolore toracico. La TC torace sembrava escludere segni di diretto interessamento embolico polmonare, mentre pseudo-micronodulazioni submantellari indirizzavano verso l'ipotesi di eteroplasia. Note anamnestiche meritevoli invece di considerazione una pregressa embolia polmonare idiopatica ed un reumatismo infiammatorio poliarticolare sieropositivo con pleuropericardite sincrona, mentre attualmente rilevabili incremento dell'aPTT con lieve piastrinopenia. La compatibilità delle lesioni polmonari con segni di pregresse embolie inducevano ad approfondire l'immunità antifosfolipidica che, confermata in associazione ad elementi sierologici e biomorali compatibili, permetteva di ricondurre l'episodio attuale ad un'eziologia embolica in corso di sin-



drome antifosfolipidica come manifestazione aggiuntiva di un LES finora misconosciuto.

**Conclusioni** Nel paziente internistico è fondamentale una riformulazione in itinere delle ipotesi diagnostiche con revisione critica di dati clinici e strumentali attuali in condizioni quali il LES in cui il quadro clinico può assumere carattere aggiuntivo anche a distanza di anni.

### **Ipertensione arteriosa polmonare associata ad HIV: descrizione di un caso**

P. Onorati, F. Ravallese, M. Belbusti, C. Santini

U.O.C. Medicina Interna - Ospedale Vannini - Roma

**Premessa** L'ipertensione arteriosa polmonare (PAH) in corso di infezione da HIV o di epatopatia cronica è una complicanza ben definita, nell'ambito delle forme associate (APAH). Il trattamento è quello delle altre PAH, ma la prognosi è peggiore.

**Caso clinico** Uomo di 45 aa, ricoverato per dispnea da sforzi lievi e astenia da alcune settimane. Storia di infezione da HIV trattata in modo discontinuo e di epatite HCV correlata, trattata con interferone e ribavirina con buon controllo della replicazione virale. Recente riscontro di insuff. renale lieve e anemia secondaria trattata con EPO. Es.obb.: freq. card. 110/min, atti resp. 22/min, reflusso epato-giugulare, non edemi declivi, fegato a 3 cm dall'arco costale, soffio tricuspideale 3/6 e sdoppiamento del II° tono. Lab.: anemia macrocitica, trombocitopenia, ipergammaglobulinemia mista, sierologia per HIV +. All'EGA: ipossiemia lieve con alcalosi respiratoria e acidosi metabolica; non ortodeossia. Angio TC: assenza di embolia polmonare. Ecografia addome: non segni di ipertensione portale. Ecocardiogramma con contrasto: cuore polmonare con grave PAH (PASP > 90 mmHg) e shunt dx-sin. Ecodoppler arti inf.: assenza di trombosi venosa profonda.

**Conclusioni** L'assenza di embolia polmonare e di epatopatia di grado avanzato hanno portato alla diagnosi di APHA associata ad infezione da HIV.

### **Un modello organizzativo per intensità di cure in Medicina Interna**

F. Orlandini, M. La Regina, M. Nardini, L. Scutro, A.M. Ceraudo, F. Ceccarelli

Sc Medicina Interna - Presidio Ospedaliero Unico del Levante Ligure - La Spezia

**Premessa** L'organizzazione per intensità di cure mira ad ottenere la migliore efficacia con costi sostenibili. Il nostro ospedale conta 5 posti letto (pl) di UTI, 11 di medicina d'urgenza, 4 di OBI nel Dip. di Area Critica e 46 pl di Medicina Interna (MI) nel Dip. Medico. Il 95% dei ricoveri in MI avviene dal PS.

**Metodi** Previo training, è stato introdotto un sistema di TRIage Infermieristico di Corridoio (TRICO) per stratificare i pz in ingresso e assegnarli alla sezione ad alta intensità (AI, 10 pl) o per acuti (36 pl). Tale sistema, basato su criteri di severità clinica (SC) e complessità assistenziale (CA) con cut-off predefiniti, ha assegnato i pz con alta SC e/o CA all'AI.

**Risultati** In 3 mesi sono stati processati 673 pz. Il 48% è risultato ad AI in base alla SC; il 5% in base alla CA. Il controllo del TRICO ha evidenziato una non corretta assegnazione per il 27% dei pz nel 1° mese e per l'8% nel 3°.

**Conclusioni** Il TRICO è stato facilmente acquisito dal personale infermieristico. I criteri di CA, risultati non adeguati alla nostra popolazione, sono in corso di revisione. Il tasso di pz ad AI è risultato superiore ad altre casistiche. Ciò è da attribuire a: dimensioni e flusso attraverso l'area critica del nostro ospedale, dislocazione della geriatria in altro presidio non protetto, cut-off clinici utilizzati.

### **Stato di avanzamento del percorso integrato ospedale-territorio per la diagnosi di TVP: criticità e vantaggi**

E. Pacetti<sup>1</sup>, P. Malasoma<sup>1</sup>, F. Orlandini<sup>1</sup>, E. Romano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>S.C. Medicina Interna Sp,

<sup>2</sup>S Risk Management

Abbiamo costruito un percorso integrato ospedale-territorio per la diagnosi TVP, rivolgendoci direttamente ai MMG con lo scopo di evitare accesso in PS delle TVP e di evitare ricoveri impropri. La fase d'elaborazione è condivisa con i rappresentanti MMG. La fase di divulgazione e aggiornamento obbligatorio per MMG. Su 227 MMG: 180 hanno partecipato alla parte teorica e 127 hanno partecipato agli incontri operativi. A maggio 2011 è prevista la valutazione degli indicatori. Al momento registriamo: coinvolgimento dei MMG, annullamento dei ricoveri per TVP nel 2° semestre 2010, incremento cus urgenti, media 5 settimana. Non adeguata selezione dei pazienti, nel 50% dei casi diagnosi TVP è stata esclusa.

### **SIADH ed organomegalia da leishmaniosi viscerale**

A. Pagetto, C. Donati, G. Aiosa, M. Pastorino, S. Prina Cerai, P. Galvani, S. Gandolfi, M. Leonardi, P. Davio

Medicina Interna, Dipartimento Internistico, Aso "Ss. Antonio e Bigio e Cesare Arrigo", Alessandria

**Premessa** La leishmaniosi (L.) viscerale viene descritta nel 25% delle infestazioni da leishmania nell'uomo.

**Caso clinico** Uomo di 67 anni con inappetenza, calo ponderale (22 Kg), astenia, sudorazione notturna, pan citopenia da mesi. TC toraco-addominale: linfonodi mediastinici di 1 cm, epatomegalia, splenomegalia di 23 cm. Biopsia osteomidollare (BOM): ipercellularità, iperplasia trilineare, dismielopoiesi, plasmocitosi. Immunofenotipo: esclusione di clone B.

Elettroforesi siero: proteine totali 10,3 g/dl, albumina 1,9 g/dl, gammopatia policlonale. Iposodiemia 127 mEq/l associata ad osmolalità plasmatica bassa e normale quella urinaria compatibile con la presenza di una sindrome da inappropriata secrezione di ADH (SIADH).

Riscontrata una lesione cutanea di 1 cm con escara centrale al braccio destro, risultata presente da 8 mesi. Il paziente riferiva di aver soggiornato durante l'estate precedente in zona endemica per L. canina.

Anticorpi anti leishmania: titolo 1:5120

PCR per ricerca del genoma della leishmania è risultata positiva sia su un frammento della lesione cutanea che sulla BOM. Guarigione del paziente dopo trattamento con anfotericina B liposomiale endovena.

**Conclusioni** La L. viscerale deve essere considerata quando le cause dell'organomegalia ed il progressivo decadimento dello stato generale del paziente risultano sconosciute.

### **Use of Rituximab in refractory Wegener's Granulomatosis: report of six cases**

I. Paglione, M. Bonifazi, M. Lucci, L. Manfredi, A. Kafyke, A. Gabrielli, P. Fraticelli

Sod Clinica Medica, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università Politecnica delle Marche, Ancona

**Introduction and objective of the study** Wegener's Granulomatosis (WG) is a primary systemic ANCA associated vasculitis with a predilection for the respiratory tract and kidney. The combination of glucocorticoids and cyclophosphamide remains the standard therapy, but WG has a high relapse rate and some patients do not respond satisfactorily to this treatment. We describe six patients with localized WG

refractory to first line standard therapy, treated successfully with Rituximab (RTX).

**Patients and methods** We enrolled six male patients (median age 40yr). All had c-ANCA (reacting with proteinase-3) positivity and resistance to cyclophosphamide. The remission regimen consisted of four weekly infusions of RTX (375mg/m<sup>2</sup>).

**Results** All patients well tolerated RTX and they have been evaluated at 12 months from first infusion. Five of them achieved a complete clinical remission. One patient required retreatment to maintain remission.

**Conclusions** RTX was well tolerated and induced an effective remission for severe localized refractory WG. It could represent a promising therapy after cyclophosphamide failure or when contraindicated.

### Un caso raro di claudicatio intermittens in un giovane sportivo

U. Paliani

Medicina Generale, Dipartimento di Medicina, Ospedale di Città di Castello (Perugia)

Ragazzo di 21 anni giungeva al ricovero per parestesie e senso di freddo al piede destro durante attività fisica e seguite da claudicatio intermittens al polpaccio destro, dopo 200 metri in pianura. All'ingresso si segnalava iposfigmia della tibiale posteriore e della pedidia destra. Un ecodoppler faceva apprezzare trombosi dell'arteria poplitea destra al tratto distale con riabilitazione della tibiale anteriore e del tronco tibio-peroniero. Una AGF con prove dinamiche confermava il quadro ecografico; positive le manovre evocative di entrapment arterioso popliteo a sinistra soprattutto alla iperflessione del piede. Il paziente iniziava enoxaparina (0.9 ml x 2 al di) e veniva trasferito in Chirurgia Vascolare ove veniva sottoposto a tomia di un tralcio miofibroso a partenza capo medio del muscolo gastrocnemio destro che comprimeva l'arteria poplitea omolaterale, con completa risoluzione del quadro clinico.

### Un singolare caso di ipopotassiemia

G. Palumbo, S. Biagiotti, M. Rondena, A. Mazzone

Medicina Interna Ospedale di Legnano

Uomo di 72 anni senza alcun precedente anamnestico né assunzione cronica di farmaci; giunge in DEA per edema polmonare acuto associato a crisi ipertensiva e a ipopotassiemia spiccata (K<sup>+</sup> 1,86). Necessaria terapia con nitroderivato e.v. associato a nitroprussiato e a x antiipertensivi per via orale per controllo della pressione arteriosa (PA) in UTIC. Traferito in Medicina dopo svezzamento da nitroprussiato; controllo pressorio sempre difficoltoso e necessità di risparmiatore di potassio ad alto dosaggio associato a supplementi di potassio dapprima e.v. e poi per os per mantenere potassiemia nei limiti di norma. TAC addome senza espansi surrenalici. Il dosaggio di renina e aldosterone effettuato in seconda giornata di ricovero ha mostrato bassi valori di entrambi gli ormoni come da sindrome da apparente eccesso di mineralcorticoidi; vista l'età del pz non è apparsa verosimile una forma congenita da deficit di 11betaidrossilasi. Ad un'anamnesi accurata il pz ha ammesso di far uso di liquirizia pura negando tuttavia abuso. A circa 2 mesi dall'evento acuto, importante riduzione della PA testimoniata anche dal monitoraggio delle 24 ore e necessità di ridurre la terapia; a 3 mesi dal ricovero potassiemia normale senza spironolattone.

### Early electrocardiographic evaluation of atrial fibrillation risk in beta-thalassemia major patients

B. Pannone<sup>1</sup>, V. Russo<sup>2</sup>, A. Rago<sup>2</sup>, M. Rosato<sup>2</sup>, A. Mattera Iacono<sup>2</sup>, M.C. Mayer<sup>2</sup>, A. Spasiano<sup>2</sup>, M.G. Russo<sup>2</sup>, P. Golino<sup>2</sup>, R. Calabrò<sup>2</sup>, G. Nigro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna 4 - Az Osp Cardarelli Napoli,

<sup>2</sup>Cardiologia - II Università Napoli

**Background** Although previous studies have documented a variety of electrocardiogram abnormalities in beta-thalassemia major, little is known about P wave dispersion (PD), an independent risk factor for development of atrial fibrillation. The aim of our study was to evaluate the P-wave dispersion in beta thalassemia major patients with conserved systolic and diastolic function.

**Materials and methods** The study involved 40 β-TM patients (age 37,48 ± 10,21; 33 M) and 40 healthy subjects used as controls, matched for age and gender. PD was carefully measured using a 12-lead electrocardiogram. Cardiac iron levels were measured by cardiac magnetic resonance T2 star (CMR T2\*) imaging.

**Results** Compared to the healthy control group, β-TM group presented increased values of the PD (40,1 ± 12,9 vs 24 ± 7 ms; P<0,004) and reduced values of the CMR T2\* imaging (29 ± 15 vs 55 ± 13 ms; P=0,03). We found a significant correlation between PD and T2\* values.

**Conclusion** Our study showed a significant increase of P wave dispersion in beta thalassemia major patients with conserved systolic or diastolic cardiac function. According to our results, PD is correlated to myocardial iron deposit, assessed by CMR T2\* imaging.

### An unusual and life threatening presentation of pelvic mass

D. Paola, S. Caiiffi, F. Crotti, C. Doderò, R. Durante, M. Gianfreda, A.M. Rebuttato, T. De Franceschi

S.C. Medicina Interna, Dip. Medicina Interna, Asl 2 Savonese Osp. Riuniti di Pietra Ligure ed Albenga

**Background** Diagnosis of DIC and DVT should always prompt a search for an underlying tumors.

**Case report** A (83yo) woman with right abdominal pain and mild fatigue. Chest rx and abdominal echography were negative. Lab: WBC 3.1×10<sup>9</sup>/L, Hb 13 g/dL PLT 71×10<sup>9</sup>/L, LDH 2668 IU/L. A coagulation test showed DIC: PT >120 sec PT-INR >15, aPTT >240 sec, fibrinogen <40 mg/dL, D-dimer 8913 µg/L, and AT III 65%. In the next five day whitout clinical signs, hemoglobin became 8.0 g/dL, a blood smear revealed rare schistocytes, Thoracic and abdominal CT scans visualized a vaste area of parenchymal consolidation in the right lower lobe, with CRP 2 mg/dL and WBC 3.4×10<sup>9</sup>/L, D-dimer level 3640 µg/L. Patient was treated with oral quinolones, omologous blood and vit.k, all test became normal in three day. Patient was discharged well with prophylactic dosage of Arixtra. A week later the patient experienced DVT, ct scan revealed massive trombosys of bilateral femoral, iliac, and cava veins, patient was treated with warfarin and discharged after a week. MRI scan showing a 30 mm nodular immagine on right annessial structure.

**Conclusions** The presence of DIC or DVT cause should prompt a search and treatment for malignancy, surgery is the first choice because every therapy can be dangerous for so different effects that tumoral cytokines can trigger.

### Case report: nonsecretory multiple myeloma in the elderly

M. Pascucci, A. Lizio, D. Barra, V. Gianturco, M.A. Pappadà, C. Saccomandi, G. Troisi, C. Lo Iacono, V. Marigliano

Dipartimento di Scienze Cardiovascolari, Respiratorie, Nefrologiche e Geriatriche, Policlinico Umberto I, "Sapienza" Università di Roma

**Introduction** Multiple myeloma (MM) is a plasma cell neoplasm that accounts for approximately 10% of hematologic malignancies. The incident is over 25/100.000 in the elderly, and usually evolves from a premalignant condition clinically known as monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS).

Case presentation An 83-year-old man with confusional status, weakness, anemia, cephalalgia and bone pains, was referred to our department. Hypercalcemia and renal insufficiency were present, but the M protein was unmeasurable on electrophoresis studies. Serum free light chains assay showed high levels of monoclonal components, and all these pathological findings were compatible with nonsecretory MM diagnosis.

**Conclusions** Among patients with MM, 3% have no detectable M protein on serum or urine immunofixation, and are considered to have nonsecretory MM. In these patients (and in patients in whom the serum and urine M protein levels are low), the serum free light chain (FLC) assay, which measures the level of free (unbound) and light chains in the serum, is helpful for diagnosing.

### Bosentan treatment improves microcirculation involvement in patients affected by systemic sclerosis

M. Pastorelli, F. Bruni, N. Di Pietra, V. Bocchi, V. Donati, L. Puccetti, P. Papakostas, A. Montella, N. Giordano

Dipartimento Medicina Clinica e Scienze Immunologiche, Università di Siena

Raynaud's Phenomenon (RP) and cutaneous fibrosis are the distinctive manifestations of systemic sclerosis (SSc). Endothelin-1 (ET-1) plays a fundamental role in the pathogenesis of SSc. Bosentan, an ET-1 receptor antagonist is efficacious to decrease the number of new SSc digital ulcers (DU). Our study shall verify the effect of Bosentan on RP and skin fibrosis in SSc patients. 14 SSc outpatients, affected by PAH and RP without DU, were enrolled [13 donne, 1 uomo, mean age  $60 \pm 7.5$ , 10 with limited, 4 with diffuse SSc]. They received Bosentan for more than 1 year. Patients were evaluated for presence or absence of RP per day, duration of RP attacks and skin thickness, using modified Rodnan total skin score (MRSS), at baseline (T0) and after 4 (T1), 12 (T2), 24 (T3) and 48 (T4) weeks. Videocapillaroscopy (VCP) was performed at T0 and T4. Bosentan treatment reduced significantly the number and daily duration of RP attacks, beginning at T2 ( $p < 0.05$ ). VCP showed that some qualitative parameters (visibility and sludging) improved significantly at T4 ( $p < 0.05$ ); MRSS decreased from T1 and reached the statistical significance at T3-T4 ( $p < 0.01$ ). We conclude that Bosentan is effective to reduce significantly number and duration of RP attacks, to stabilize the microcirculation involvement and to improve skin fibrosis in SSc patients.

### Desensibilizzazione Rapida con Irinotecan, in Pazienti con Storia di Shock Anafilattico con Protocollo FOLFIRI

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

<sup>1</sup>UOSD di Allergologia e Immunologia Clinica del Dipartimento di Medicina, Ospedale Civile di Agropoli, Asl Salerno,

<sup>2</sup>UOSD Di Medicina Trasfusionale, Ospedale Civile di Agropoli, Asl Salerno

**Premesse e scopo dello studio** Pazienti con storia di shock anafilattico dopo protocollo FOLFIRI, 5 Fluorouracile-acidofolico-Irinotecan, sono stati sottoposti ad un innovativo protocollo di desensibilizzazione rapida. **Materiali e metodi** Due pazienti AM e GB di 73 e 66 anni, maschi con diagnosi di adenocarcinoma con recidiva linfonodale, alla seconda somministrazione AM e GB alla quarta con protocollo FOLFIRI avevano sviluppato una reazione di IV Grado (criteri comuni di tossicità, *NCI*). **Risultati** I test allergologici epicutanei erano positivi con Irinotecan diluito 1:1000 (++) ; 1:100 (+++) e il test di tolleranza per il 5 Fluorouracile e l'Acido folico era negativo per entrambi i pazienti. Veniva attuato un protocollo di desensibilizzazione rapida con soluzioni diluite di Irinotecan pari a 500 mg somministrati con pompa per infusione. La soluzione A (0,05 mg/ml) a 2, 5, 10 e 20 ml/h; la soluzione B (0,5 mg/ml) a 5,

10, 20 e 40 ml/h e infine la soluzione C (5 mg/ml) a 10, 20, 40 tutte ogni 15 minuti rispettivamente e infine a 75 ml/h per 64,4 minuti, successivamente monoterapia con Irinotecan in 90 minuti per 3 settimane.

**Conclusioni** L'episodio di shock anafilattico con Irinotecan, nonostante le gravi manifestazioni, non ha indotto alla sospensione del farmaco ed è stato possibile proseguire con successo la terapia oncologica.

### Fatal lactic acidosis in erlotinib-induced hepatitis

M. Pellegrinotti, A. Franco, F. Nourbakhsh, R. Pastorelli

Uoc Medicina Po Colferro, Roma

**Objective** To report a case of erlotinib-induced hepatitis complicated by fatal lactic acidosis (LA) in an elderly patient with lung tumor (LT) and diabetes mellitus (DM).

**Summary** A 77 year-old man with stage IIIB LT and DM, on metformin therapy, was treated with erlotinib 100 mg/day, an epidermal growth factor receptor inhibitor. Few days after the start of erlotinib therapy, he developed acute hepatitis complicated by renal deterioration (AST 1400 U/L, ALT 1299 U/L, creatinine 4.4 mg/dL, BUN 55 mg/dL). Viral causes of hepatitis were excluded and a recent CT scan had ruled out liver metastases. The erlotinib-related hepatitis was classified as probable. Patient's condition was complicated by LA and death occurred.

**Discussion** LA was promoted by erlotinib-related hepatitis, initial liver failure, concomitant metformin treatment and acute renal deterioration. This is the second case of fatal erlotinib-induced liver toxicity. In the previous case, death was entirely due to fulminant hepatitis, whereas in our patient, the liver injury initiated a drug-disease interaction that caused fatal LA.

**Conclusions** Liver function should be monitored during erlotinib treatment, particularly in elderly and frail patients on multiple medications; people commonly encountered in the real world, but often excluded from trials.

### Hepatic abscesses

M.A. Perretti<sup>1</sup>, P. Lepore<sup>2</sup>, V. Liroy<sup>2</sup>, M.T. Livi<sup>2</sup>, A.M. Santoro<sup>2</sup>, M.C. Zaccaria<sup>2</sup>, R. Schirripa<sup>3</sup>, D. Terracina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uocmed. Int. 2 - Dip. Medicina - Osp. S. Pertini - Roma,

<sup>2</sup>Med. Int. 2 - Dip. Medicina - Osp. S. Pertini - Roma,

<sup>3</sup>Med. Urg. - Dip. Emergenza - Osp. S. Pertini - Roma

#### Another case of parasitic hepatic abscesses

K.S.J., male, aged 51, Indian nationality, no pre-existing diseases, alcohol habits, complaining about a pain in the right hypocondrium. At the First Aid (on the 18<sup>th</sup> of February) he underwent liver echography that showed two neo-formations (60 mm in the 6<sup>th</sup> segment; 70 mm in the 7<sup>th</sup> one) with central fluid areas. Tc total body detected :right pleural effusion with atelectasis; four liver oval neo-formations with fluid-corpouscular content and moderately thickened walls (just like in parasitic cysts); caecal wall was thickened too, enlargement of the left thyroid lobe (ecography for multi-nodular goitre). Colonoscopy: in caecal bottom, tissue of suspected heteroplasic nature: biopsy showed an ulcer similar to that of infectious colitis. On February, 26 two per-cutaneous liver drains were placed (and removed on March, 3) with purulent fluid exit.

Colonoscopy check on March, 5: light reduction of the caecal bottom lesion. Blood tests: WBC:17.850, SGOT 57, SGPT 92, anti-Echinococco Ab:1:8, anti-Ameba Ab:1:32

Diagnosis: Liver amoebic abscesses. Therapy: Tazocin 2g/day+Deflamon 500mg four times a day for almost 15 days. The abdomen Tc control on March, 17 showed an evident reduction in volume and number of liver neo-formations.

## Un caso di medulloblastoma con ripetizioni extra-assiali

A. Petrioli, D. Bartoli, D. Mannini, L. Betti, C. Marrani, A. Tesei, R. Innocenti

Medicina Interna, Careggi, Firenze

**Introduzione** Il medulloblastoma è una neoplasia maligna del sistema nervoso centrale che colpisce prevalentemente l'infanzia ed è molto raro nell'età adulta. Le metastasi si riscontrano prevalentemente all'interno del SNC, molto rare le extra-assiali.

FB, anni 33, sottoposta un anno fa ad asportazione neurochirurgica di medulloblastoma dell'angolo ponto-cerebellare, a seguito trattato con RT e CT neoadiuvante. Ricovero per forte dolore all'arto inferiore destro e all'e.o. riscontro di linfadenopatia inguinale. La TC addome evidenzia interessamento linfoadenopatico diffuso in fossa iliaca destra infiltrante i vasi iliaci. Presenza di infiltrazione ossea a livello del bacino. La RMN encefalo e rachide ha escluso ripresa di malattia in tale sede. Eseguita pertanto biopsia della massa linfoadenopatica positiva per malattia metastatica da medulloblastoma. Per il riscontro di severa pancitopenia eseguita indagine BOM che mostra invasione midollare massiva.

**Conclusioni** Data l'aggressività di malattia, peraltro non responsiva ad un primo trattamento radio e chemioterapico e la rara sede di metastatizzazione, il consulto oncologico ha posto indicazione alla sola terapia palliativa.

## ★ Pain evaluation in geriatric patients admitted to our Unit. Which is the most efficient scale? Preliminary data

S. Peyrov<sup>1</sup>, C. Mugelli<sup>1</sup>, D. Bartoli<sup>2</sup>, I. Miniati<sup>1</sup>, V. Ciambrone<sup>1</sup>, M. Romano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Internal Medicine Unit, Casa di Cura Santa Chiara, Giomi Firenze,

<sup>2</sup>Departments of Medicine and Rehabilitation, Ulivella and Glicini, Giomi Firenze,

<sup>3</sup>Palliative Care Asf, Firenze

**Introduction and aim** Pain evaluation in geriatric patients is often difficult due to cognitive impairment and depression. The aim of this study was to investigate, using four different scales, which one was the most suitable to measure pain in geriatric patients admitted to our unit.

**Materials and methods** Four different scales have been administered to 34 patients (aged over 70), affected by chronic, flogistic or neoplastic pain. The scales that has been used were the following: Visual Rating Scale(VRS), Numeric Rating Scale(NRS), Visual Analogue Scale (VAS) e Pain Measurement Scale (PNS). Patients with severe cognitive impairment were excluded (Mini Mental test< 12).

**Results** PNS was the most suitable test in 16 cases, VRS in 12 cases, NRS in 4 cases and VAS in only 2 cases.

**Conclusion** This preliminary data suggest that, in elderly patients, PNS and VRS are the most efficacious test to evaluate pain as a symptom, while VAS is not suitable.

## ★ Glutathione S-Transferases and Asthma in a multicenter Italian field study

S. Piacentini<sup>1</sup>, R. Polimanti<sup>1</sup>, B. Moscatelli<sup>2</sup>, M.A. Re<sup>2</sup>, D. Manfellotto<sup>2</sup>, M. Fuciarelli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Biology, University of Rome "Tor Vergata", Rome, Italy,

<sup>2</sup>Clinical Physiopathology Center, Afar, "San Giovanni Calibita" Fatebenefratelli Hospital, Isola Tiberina, Rome, Italy

**Background** Asthma is an airway disorder characterized by bronchial inflammation. An imbalance between the oxidative forces and the antioxidant defense systems has been implicated in the pathogenesis of asthma. Glutathione S-transferases play an important role in cellular

protection against inflammation. We assessed whether polymorphisms of several GST genes are associated with asthma among Italian population in a multicenter study.

**Methods** In this study, we performed an association study in the Italian population using two independent case-control groups (group A: 127 pediatric patients with asthma and 126 controls from Chieti, and group B: 200 adult patients with asthma and 200 controls from Rome). We screened single nucleotide polymorphisms at the GSTA1, the GSTO2 and the GSTP1 loci. The effect of GSTM1 and GSTT1 null genotype were also investigated.

**Results** The GSTO2 and GSTA1 polymorphisms are associated with the increased risk of asthma development in both group. Conversely the presence of the GSTM1 null, the GSTT1 null genotype and the GSTP1 polymorphism do not appear to be associated with asthma.

**Conclusions** These findings suggest that the GSTA1 and the GSTO2 genes are asthma susceptible genes involved in a increasing risk of asthma development in Italian population.

## Primary diagnosis in Emergency Department: "COPD-Exacerbation"

F.R. Piantadosi, V. Piedimonte, L. Piccenna, P. Morella, M. Sacco, M. Pisano, F. Ciaburri, C. Piantadosi

Emergency Medicine - Aorn "A. Cardarelli", Napoli

**Aim** COPD is a leading cause of hospitalization because of frequent exacerbations(COPD-E).

Prevalence of Heart Failure (HF) is higher in patients with COPD compared with control subjects.

However most of these findings are clinic-anamnestic data (*self-report*). The aim of the study was to analyze the prevalence of both COPD and HF.

**Methods** We determined in 166 patients with "COPD-E" as primary diagnosis: BMI, smoking habit, hemogasanalysis, BNP, ECG, chest x-ray, spirometry,echocardiography and CT(if necessary).

Confirmatory diagnosis were performed according with GOLD update 2010 and ESC 2008.

**Results** 20 patients were found negative for both COPD and HF,16 were HF diagnosed but not COPD confirmed; 130 patients were COPD confirmed; among these, 44 were also diagnosed for HF(COPD+HF): 24 with HFPEF and 20 with HFSD.

We compared COPD+HF group with the COPD one and we found out:in the former group a significantly increase of( $p<0.01$ ) age, diabetes,BMI, CHD, Atrial Fibrillation, ( $p<0.001$ )BNP, ( $p<0.05$ )Smoking Habit;

**Conclusion** Diagnosis in emergency department of COPD-E includes the majority of real COPD patients but also three groups of patients treated in primary care for COPD: 1) just HF, 2) noCOPD/noHF, 3) COPD+HF.

## BMI e H1N1 in Medicina Interna

R. Pierotello, A. Alessandrì, R. Giovannetti, L. Tonarelli, A. Birindelli, G. Panigada

U.O.C. Medicina Interna Ospedale di Pescia Azienda UsI3 Pistoia

**Premesse e scopo dello studio** Il BMI è un "pesante" fattore negativo nel trattamento di pazienti grandi obesi con infezione da virus influenzale H1N1 con ventilazione non invasiva (NIV) in un reparto di Medicina Interna. Analisi di due casi clinici.

**Materiali e metodi** Due pazienti grandi obese: pz A (peso 155 Kg e altezza 169 cm con BMI 54.3, età 40 aa, nessuna comorbilità); pz B (peso 120 Kg e altezza 159 cm con BMI 47.4, età 70 aa, comorbilità: ipertensione arteriosa, FAC in TAO). Entrambe H1N1 positive, con grave dispnea febbre; quadro radiologico di grave impegno reticolo-nodulare

bilaterale in entrambi i casi, non versamento pleurico. Sottoposte a NIV (Bilevel con maschera perforMax) e terapia antibiotica a largo spettro.

**Risultati** EGA iniziale: A (pH 7.325 pCO<sub>2</sub> 60.2 pO<sub>2</sub> 49.3). B (pH 7.243 pCO<sub>2</sub> 73.1 pO<sub>2</sub> 43.6) Ventilare: A (IPAP 22 EPAP 9 FiO<sub>2</sub> 50%), B (IPAP 20 EPAP 8 FiO<sub>2</sub> 45%); Evoluzione: A (pH 7.22 in peggioramento; ricorso alla IOT in UTI); B (pH 7.30 graduale miglioramento, svezzata dalla NIV e dimessa senza ossigenoterapia).

**Conclusioni** Nonostante la età più giovanile, il pH relativamente più alto e l'assenza di comorbidità, la NIV non è stata efficace per la pz A. Probabilmente il BMI così elevato ha giocato un ruolo importante nell'insuccesso del trattamento.

### Testing PEMA (Emergency Plan for Massive Influx of Injured) ROME Project: preliminary results

F. Pietrantonio<sup>1</sup>, M.R. Fizzano<sup>2</sup>, C. Barletta<sup>3</sup>, D. D'alessandro<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Uoc I Medicina, Ospedale S. Eugenio, Asl Rmc, Roma,

<sup>2</sup>Inail-Master Ingegneria Dell'emergenza, Sapienza Università di Roma,

<sup>3</sup>Uoc Medicina D'urgenza, Ospedale S. Eugenio, Asl Rmc, Roma,

<sup>4</sup>Dipartimento di Ingegneria Civile, Edile e Ambientale, Sapienza Università di Roma

**Background and purpose of the study** The answer to Maxi-Emergencies (ME) requires a strong link between territorial services and hospitals. To highlight strengths and weaknesses of PEMA (Emergency Plan for Massive Influx of Injured) and propose improvements, a representative sample of hospitals nationwide was tested.

**Materials and methods** PROJECT ROME (Maxi Hospital Emergency Response) investigate the degree of application of PEMA hospitals based on their complexity and geographic location through a questionnaire developed jointly by SIMEU-FIMEUC-FADOI and Sapienza University of Rome, compiled on voluntary basis using the online platform of SIMEU by a potential sample of 100 hospitals.

**Results** To date, 35 facilities responded from 15 Regions, Northern Italy (51.5%). 40% were Second Level Emergency Departments (ED), followed by First Level ED (30%) and First Aid Unit (28%). 75% of hospitals refers to carry out a PEMA training, 31% organized a dissemination plan for all staff. Large hospitals are more careful to carry out the training (100% of hospitals with > 80,000 versus 30% for others) for medical personnel (29%) and nurses (25%).

**Conclusions** In progress is the results elaboration about plan activation, operational procedures, logistics. To date, the need for increased knowledge in ME management is a preliminary result.

### Relationship between carotid intima-media thickness (C-IMT) and bone mineral density (BMD) in female patients with Systemic Sclerosis (SSc)

C. Pintaudi, R. Cimino, S. Giancotti, A. Cimellaro, S. Paravati, A. Vitaliano, S. Mazzuca

S.O.C. Divisione Medicina Interna - Az. Osp. "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro

The Aim is to analyze BMD parameters in female patients with SSc and to evaluate the relationship between BMD and C-IMT as a marker of atherosclerosis severity.

**Methods** Seventy-two female pts, all postmenopausal, with SSc, mean age 54.22 ± 7.46 years, mean disease duration 9.69 ± 5.9 years, mean BMI 25.34 ± 3.4 kg/m<sup>2</sup>, were evaluated for their BMD, T-score on lumbar spine and femoral neck by dual x ray absorptiometry (DXA). All the patients underwent bilateral carotid ultrasonography. The results were compared to the same parameters obtained in control group of 50 healthy women. Student's t test, Pearson and Spearman's test were used, as appropriate.

**Results** 22,2% (16 pts) of SSc pts had osteoporosis, while 77,8% (56 pts) had osteopenia. We found lower BMD in SSc pts, compared control group (0,856±0,28 D-SSc vs 0,987±0,21 L-SSc vs 1,129±0,10 control group, p<0,02; T-score: -2,34±1,16 D-SSc vs -1,72±1,62 L-SSc vs -0,30±0,92 control group, p<0,01). The mean common carotid artery intima media thickness (mm) were: 0,96±0,36 D-SSc vs 0,84±0,26 L-SSc vs 0,63±0,32 control group, p<0,01. In five D-SSc pts (6,9%) we found a localized irregular intima media thickening of 1,5mm and were defined as carotid artery plaque and were related lower T-score.

### A case of traumatic cholecystitis

N. Pinto, A. Belfiore, E. Lella, R.C. Sasso, G. Palasciano

Clinica Medica "A. Murri", Policlinico, Bari

**Case study** A 77-year-old man was admitted to the Neurology Department for a orthostatic hypotension syncope. Two days later he was transferred in Medicine for the onset of abdominal pain. The patient was diabetic and hypertensive and took a lot of drugs. On admission he had low blood pressure and oliguria. The laboratory blood tests demonstrated: leukocytosis, hypertransaminasemia (4x), direct hyperbilirubinemia, increase of GGT, amylase, lipase, CA 19.9 (438 U/ml), and myoglobin. Abdominal ultrasound showed an enlarged gallbladder with thickened walls, without stones. Patient was administered antibiotic and fluid therapy; the antipertensive drugs were stopped. In a few days biochemical tests improved. Interestingly, in a few days CA 19.9 was also reduced, and after 2 weeks was back to normal (22 U/ml). Notably, high serum CA 19.9 level can be associated to an acute hyperbilirubinemia. The diagnosis was "Posttraumatic acute acalculous cholecystitis". In our patient, hyperglycemia and hypotension might have predispose gallbladder to posttraumatic injury.

### ★ Liver stiffness correlates with ultrasound parameters of portal hypertension in chronic HCV-disease

S. Piovesan<sup>1</sup>, S. Gaiani<sup>2</sup>, E. Zola<sup>1</sup>, A. Piva<sup>1</sup>, G. Baggio<sup>1</sup>, D. Sacerdoti<sup>2</sup>, A. Alberti<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Generale Azienda Ospedaliera di Padova, <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Università degli Studi di Padova

**Background/Aims** Aim of our study was to compare liver stiffness to U.S. and hemodynamic parameters of portal hypertension. Gender differences were also evaluated.

**Methods/Results** 96 patients (45 M, 51 F) with chronic HCV-infection underwent Doppler-U.S. and Fibroscan. Patients with viral coinfections, liver transplantation, alcohol abuse, or ascites were excluded. We evaluated liver stiffness, liver and splenic hemodynamic parameters (RAT, estimated portal pressure, liver and splenic PI); morphological parameters (margins, profile and liver structure; steatosis; portal diameter and its variability during inhale, splenic diameter), blood and endoscopic parameters. A statistically significant relation was observed between LS and Doppler-U.S. parameters. Among patients who underwent oesophago-gastroscopy, LS was significantly more elevated in patients with oesophageal varices, with a 17,5 kPa cut-off (PPV 73%; NPV 85%; sensitivity 85%; specificity 75%). Our female patients were significantly older with greater RAT and lower BMI, LS and portal diameter compared to males.

**Conclusions** In patients with chronic HCV infection, LS values correlate well with Doppler U.S. parameters of portal hypertension, and could therefore be useful for identifying patients at risk of having/developing clinically significant complications.

### ★ Kidney damage from low-dose methotrexate in rheumatoid and psoriatic arthritis patients: open prospective study

S. Piras

Reparto Medicina Interna Alghero

**Aim** To evaluate renal function by determining plasmatic creatinine and GFR, et damage to renale proximal tubules by measuring urinary levels of early markers like N-acetil- $\beta$ -D-glucosaminidasi (NAG) e la Neutrophil-gelatinase associated lipocalin (NGAL) in patients with active Rheumatoid Arthritis (RA) and Psoriatic Arthritis (PsA) treated with low-dose Methotrexate (MTX)

**Methods** 22 patients with Rheumatoid and Psoriatic Arthritis, MTX *naive*, were given MTX (7.5 and 15 mg weekly). We considered urinary levels of NAG and N-GAL, plasmatic creatinine and GFR at baseline and after at least two months from the enrollment starting.

**Results** Considering all patients, at baseline urinary NAG values were higher than normal ones; N-GAL urinary levels were similar to normal ones.

After MTX therapy GFR did not significantly change; NAG levels showed a significant tendency towards a reduction after treatment. Conversely, N-GAL values had no significant reduction after MTX therapy

**Conclusion** Our study did not show a definite negative influence of low-dose MTX on renal function in patients with Rheumatoid and Psoriatic Arthritis but it might have rather a protective action particularly in early phases of above mentioned disease.

### Is *Mycobacterium avium* subspecies *paratuberculosis* a pathogen involved in the etiology of Crohn's disease?

D. Pistone<sup>1</sup>, P. Marone<sup>2</sup>, M. Pajoro<sup>1</sup>, M. Fabbi<sup>1</sup>, N. Vicari<sup>2</sup>, S. Daffara<sup>3</sup>, C. Dalla Valle<sup>1</sup>, S. Gabba<sup>1</sup>, D. Sasser<sup>4</sup>, A. Verrì<sup>5</sup>, C. Bandi<sup>6</sup>, V. Grazioli<sup>7</sup>, N. Arrigoni<sup>1</sup>, C. Monti<sup>8</sup>, A. Giacosa<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Cdi-Milano,

<sup>2</sup>Malattie Infettive, Policlinico S. Matteo-Pavia,

<sup>3</sup>Microbiologia, Policlinico di Monza, Monza,

<sup>4</sup>Istituto Zooprofilattico, Piacenza,

<sup>5</sup>Microbiologia Cdi-Milano,

<sup>6</sup>Istituto di Veterinaria, Università di Milano, Milano,

<sup>7</sup>Laboratorio Analisi, Cdi-Milano,

<sup>8</sup>Gastroenterologia-Medicina Interna, Policlinico di Monza, Monza

**Introduction** Specific bacterial infections or alterations of the gut microbiota have been proposed as triggers of the immuno-pathological alterations leading to Crohn's disease (CD). In particular, *Mycobacterium avium* subspecies *paratuberculosis* (MAP) is a candidate etiological agent of (CD). PCR identification of MAP has been performed in 25 CD patients as well as in 8 patients with ulcerative colitis (UC) and in 10 normal controls and in 90 tap water samples collected in the study area.

**Methods** All samples (i.e. biopsies, potable waters) were treated for DNA extraction. PCR screening for MAP was targeted on two different genome regions: F57 and IS 900

**Results** 1) MAP prevalence in both the study areas (H1 and H2) was higher in CD or in UC than in controls; 2) drinking tap water samples in the study area were found to contain MAP DNA (3/90). The attempt to isolate MAP from the positive samples was unsuccessful and this result might suggest that MAP was not vital in the water.

**Conclusions** 1) MAP is frequently found in CD and in UC, but MAP cannot be considered as a sufficient cause of IBD due to its frequent finding in controls (30%); 2) MAP DNA finding in tap water is an indicator of the widespread distribution of these bacteria in the environment.

### The "healthy" psychogenic potomania

A.M. Pizzini, M.C. Leone, D. Favali, L. Morini, M. Silingardi, I. Iori

Medicina 1°-Centro Emostasi e Trombosi-Stroke Unit, Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

**Introduction** Lithium is used to treat bipolar disorders and has become the most frequent cause of nephrogenic diabetes insipidus (NDI). Chronic use is associated with resistance of the distal renal tubules to the antidiuretic hormone (ADH) effect. NDI may be revealed in periods of relative water deprivation.

**Case report** A 76-year-old man on chronic lithium therapy for bipolar disorder was referred for confusion. During hospitalization, he developed fever and pneumonia with subsequent dehydration and severe hyponatremia (161 mmol/L), ARF (acute renal failure, Crea 4.2 mg/dl), polyuria (urine volume greater than 300 ml/h) and plasmal hyperosmolality, compatible with NDI. Antibiotics and intravenous free fluids made slow improvements in electrolytic balance and restore normal renal function. Review of history revealed a previous psychogenic polydipsia, probably compensatory to lithium-induced NDI.

**Conclusion** Therefore NDI should be suspected in lithium-treated-patients in periods of relative water deprivation, such as fasting for procedures, acute medical illness or increased water loss. The treatment includes the withdrawal of lithium, free fluids and a salt and protein-restricted diet.

### Cuore e cervello: liaison dangereuse

A.M. Pizzini, M.C. Leone, L. Morini, M. Silingardi, D. Arioli, I. Iori

Medicina 1°-Centro Emostasi e Trombosi-Stroke Unit, Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

**Premesse** Lo stroke ischemico nel giovane (18-45 anni) comporta un approccio diagnostico non sempre immediato. Un deficit neurologico può risultare del tutto indistinguibile dagli attacchi di emicrania, dalle crisi epilettiche o dai disturbi funzionali. Tra le cause principali di ictus giovanile si considerano le vasculiti, le dissecazioni arteriose, l'embolismo paradossale, gli stati trombofilici e l'abuso di sostanze, tuttavia in molti casi lo stroke rimane criptogenetico.

**Descrizione del caso** Una giovane di 26 anni, dopo rapporto sessuale, presenta afasia completa ed ipostenia all'arto superiore destro. In terapia estroprogestinica, ha storia di fumo. Negativa TC encefalo e Doppler TSA. In assenza di fattori di rischio aterotrombotico, effettuiamo una RMN che esclude trombosi venose cerebrali, mentre mostra una sofferenza ischemica nel territorio della cerebrale media sinistra. Il test con Microbolle è positivo per shunt ds  $\rightarrow$  sin e l'ECOCARDIO TE è suggestivo per un DIA tipo ostium secundum. Negativa la ricerca di fonti di embolia paradossale, così come non si registrano turbe del ritmo cardiaco. Normale lo screening trombofilico.

**Conclusioni** Le cause di stroke nel giovane sono diverse rispetto all'adulto e devono essere attentamente ricercate in quanto richiedono un approccio terapeutico specifico caso per caso.

### Inflammatory Bowel Disease (IBD) and Acquired von Willebrand disease (AvWD): a new association?

A.M. Pizzini<sup>1</sup>, M.C. Leone<sup>1</sup>, A. Pilia<sup>2</sup>, M. Silingardi<sup>1</sup>, I. Iori<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina 1° - Centro Emostasi e Trombosi-Stroke Unit,

Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova, Reggio Emilia,

<sup>2</sup>Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche, Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

**Introduction** AvWD is a bleeding disorder resulting from quantitative

and/or qualitative defects in vW factor. AvWD was associated with lympho-myeloproliferative disorders, neoplasm (renal, gastric, lung), immunological (hypothyroidism, lupus), cardiovascular (aortic stenosis) and other diseases (hemoglobinopathies, uremia, infections, gastrointestinal angiodysplasia). The drugs may be also responsible of AvWD (ciprofloxacin, valproic).

**Case report** A 62-year-old woman was referred for recurrent epistaxis. She had an history of IBD and surgical hypothyroidism for papillary cancer; no previous personal or family history of haemorrhagic diathesis. Platelet counts and PT were normal but aPTT was prolonged (1.97) with normalization on mixing test. The subsequent analysis showed an almost complete absence of RICO (0%) and reduction of vW antigen (26%) and VIII-F (5.5%). Ristocetin-induced platelet aggregation test (RIPA) showed no response and DDVP stimulation reveals a rapid clearance of VIII-F and vWF, compatible with AvWD type II. Negative ANA, ACA, CT scan end Echocardiography; LAC false positive. The treatment with VIII-F-vWF concentrates corrects quickly the aPTT but, despite the prednisone, she re-bleeding, suggesting a non immuno-mediate pathogenetic mechanism.

**Conclusion** Should be hypothesized the IBD a new association with AvWD?

### Incidental asymptomatic true Sarcoidosis: to treat or not to treat?

A.M. Pizzini, L. Morini, M.C. Leone, D. Arioli, M. Silingardi, I. Iori

Medicina 1°-Centro Emostasi e Trombosi-Stroke Unit, Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

**Introduction** The relationship between Sarcoidosis and cancer is intriguing: non-necrotizing granulomas have been described in malignancy (hematologic and solid) and have been found surrounding the primary tumor or in the draining lymph nodes and reflect an immune response to tumor antigens (*sarcoid like reaction, SLR*). On the other hand Sarcoidosis and cancer may coexist: the chronic inflammation and decreased immune surveillance may predispose to malignant transformation.

**Case report** A 72-years-old man in 2004 underwent radical cystectomy for carcinoma and resection of pelvic adenopathy, compatible with a SLR. In 2010 he underwent cholecystectomy for empyema and splenectomy for suspected metastatic tumour. Histology resulted instead non-caseating granulomas. He has always been asymptomatic for pulmonary disease, however a CT scan showed mediastinal adenopathy, compatible with Sarcoidosis. He also presented an erythematous papular lesion on the left nasal fin, consistent with "lupus pernio".

**Conclusion** We did not attempt to distinguish between SLR and true Sarcoidosis, but the multiple organ involvement and the temporal relationship of lesions, probably suggest the coexistence with systemic granulomatous disease and malignancy. Debate remains open especially as regard the treatment in asymptomatic patient.

### Glutathione S-Transferase variants as risk factor for essential hypertension in Italian patients

R. Polimanti<sup>1</sup>, S. Piacentini<sup>1</sup>, N. Lazzarin<sup>2</sup>, M.A. Re<sup>2</sup>, D. Manfredotto<sup>2</sup>, M. Fuciarelli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Biology, University of Rome "Tor Vergata", Rome, Italy,

<sup>2</sup>Clinical Physiopathology Center, Afar, "San Giovanni Calibita"

Fatebenefratelli Hospital, Isola Tiberina, Rome, Italy

**Background** Involvement of genetic polymorphisms in arterial hypertension has already been reported, including GST genes, with contrasting results. The present research evaluates the possible association between GST genes (GSTA1, GSTM1, GSTO1, GSTO2, GSTP1, GSTT1)

and essential hypertension (EH) in an Italian population sample.

**Methods** 193 hypertensive subjects and 210 healthy controls were recruited. SNPs were determined using the PCR-RFLP method while null polymorphisms were determined using a Multiplex PCR.

**Results** Among GST polymorphisms, only GSTT1 null frequency was significantly higher in hypertensive patients than in normotensive participants. GSTT1 null individuals were significantly associated with increased risk of EH. In sex-based analysis, the risk was significantly higher in female hypertensives but not in males.

**Conclusions** This study analyzed all GST gene that, in other research, have been studied in relation to arterial hypertension and the GSTO polymorphisms, showing an association only with GSTT1. The results for the GSTO genes represent the first analysis of this GST class in relation to hypertension. The association between the GSTT1 null phenotype and EH was confirmed in the overall population and in women, but not in men. These data suggest that GSTT1 could be a sex-specific candidate gene for EH.

### Chronic pain in medical inpatients: an experience from a Medical Division

F. Pomerio, C. Brignone, M. Mellano, E. Panero, M. Gagliasso, C. Serraino, C. Bracco, S. Severini, E. Castagna, A. Giraud, L. Fenoglio

Medicina Interna S. Croce e Carle Cuneo

Chronic non-cancer pain (CNCP) has a 1-month prevalence of 19% in European adults, with important medical and social burdens.

We aimed to study the main characteristics of pain in medical inpatients. We included 57 patients (pts) hospitalized in our Medical Division of the ASO S.Croce e Carle, Cuneo, with a moderate to severe pain (VAS>3) in 2 months and for each one we analyzed type, site, length, intensity, treatment of pain. Pain was considered "chronic" if it had been lasting for  $\geq 1$  month.

Pain was the main cause of hospitalization in 56% of pts and was chronic in 50% of them (median length 70.4 days at the moment of hospitalization). Pain was not cancer-associated in 75%. Somatic and mixed pains were the most frequent types (49% and 33% respectively), while limbs and spine were the most prevalent sites (49% and 26%). Pain was moderate (VAS 4-6) in 66% and severe (VAS 7-10) in 44% of pts. Home-therapy was present in 48% of pts: more often NSAIDs or acetaminophen (30%), while opioids were already used in 12% of pts. Pain relief was gained with acetaminophen, alone or combined with codeine, in 40% and with opioids in 44% of cases, with an overall prevalence of collateral effects of 24% (i.e. constipation, nausea/vomiting, sedation). In medical inpatients CNCP is quite frequent and requires high care as well as cancer pain.

### Colonic metastasis from a primary adenocarcinoma of the lung presenting with acute abdominal pain: a case report

P. Pozzato<sup>1</sup>, A. Salerno<sup>2</sup>, A. Cancellieri<sup>2</sup>, A. Bondi<sup>2</sup>, G. Cavallo<sup>3</sup>, M. Ventrucci<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O. Medicina, Asl Bologna Nord, Ospedale Di Bentivoglio,

<sup>2</sup>U.O. Anatomia Patologica, Asl Bologna Nord, Ospedale Maggiore,

<sup>3</sup>U.O. Oncologia, Asl Bologna, Ospedale Bellaria

Although metastasis to the gastrointestinal (GI) tract are found in as many as 11.9% of autopsies in patients with lung cancer, the reported incidence of symptomatic GI metastases from this tumor detected clinically is very low (0.2-0.5%).

We report the case of a patient with pulmonary adenocarcinoma who, due to advanced stage, had previously been treated by radiotherapy and

subsequently presented to our Unit with acute abdominal pain due to intestinal subobstruction. The clinical work-up included abdominal imaging which raised the suspicion of cancer in the left colon. Therefore, the patient underwent colonoscopy which confirmed the presence of an intraluminal polypoid lesion, 3 cm in diameter, in the left flexure, which the endoscopic suspicion of malignancy. At histology, the lesion consisted of an adenocarcinoma which, at immunohistochemistry, was positive for thyroid transcription factor-1 (TTF-1) and cytokeratin 7 (CK-7), and negative for cytokeratin 20 (CK-20), caudal-related homeobox transcription factor 2 (CDX-2) and sinaptophysin. Accordingly, the lesion was interpreted as metastatic from the lung. The patient was referred to the Oncology Unit for additional chemotherapy. At this time, the patient is alive with progressive disease.

### Ruolo dell'ecografia toracica nel monitoraggio dell'insufficienza respiratoria acuta

L. Praticò, C. Elisabetta, A. Pineo, A. Galioto, F. Quaglia, E. Belloni, C. Del Prato

Pronto Soccorso e Medicina D'urgenza - Dea - Po Sant'andra - La Spezia

È entrato ormai nell'uso routinario l'utilizzo dell'ecografia toracica per lo studio dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria acuta. Il nostro lavoro propone il ruolo non solo diagnostico ma anche di monitoraggio di tale metodica.

Tra giugno e dicembre 2010 sono stati studiati 74 pazienti (44-98 anni) giunti in pronto soccorso per insufficienza respiratoria (P/F < 300). A questi pazienti veniva immediatamente effettuata una ecografia toracica volta allo studio del parenchima polmonare e della pleura. In un secondo tempo 62 pazienti ricoverati in medicina d'urgenza sono stati sottoposti, sempre dallo stesso operatore, ad ecografie toraciche quotidiane volte alla valutazione degli effetti della terapia medica. L'ecografia toracica evidenziava numerose Linee B bilaterali in 31 pazienti, reperto tipico di sindrome interstiziale presente nello scompenso cardiaco, 13 reperti di discontinuità pleurica, 8 dei quali con addensamento parenchimale, compatibili con forme flogistiche, 25 pazienti affetti da BPCO riacutizzata, 5 da versamento pleurico.

Nelle ore successive e nei giorni successivi l'ecografia veniva utilizzata come monitoraggio avendo la stessa (se non maggiore in alcune patologie) accuratezza diagnostica della radiologia tradizionale, permettendo variazioni terapeutiche continue, senza il danno biologico causato dai RX

### Sunitinib-induced thyroid dysfunction: an emerging side-effect?

F. Presotto<sup>1</sup>, F. Vastola<sup>2</sup>, M.G. Schiesaro<sup>1</sup>, G. Bonciarelli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Ospedale di Este (Pd), Ulss 17,

<sup>2</sup>Oncologia Medica, Ospedale di Este (Pd), Ulss 17

**Introduction:** Sunitinib is a multitargeted tyrosine kinase inhibitor with antiangiogenic and antineoplastic activities approved for the treatment of advanced or metastatic renal cell carcinoma (RCC) and gastrointestinal stromal tumor. Retrospective studies indicate that sunitinib may induce thyroid dysfunction.

**Materials and methods** Since 2007 we have followed 7 patients with RCC (5 males and 2 females, mean age at diagnosis 59 yrs) who were receiving 4-wk daily treatment with sunitinib at the dose of 50 mg orally and 2-wk withdrawal. Thyroid function tests (fT3, fT4, TSH) were performed in all and thyroid autoantibodies in 6 patients, at the beginning and every 3 months.

**Results** Six patients developed hypothyroidism after a mean period of 7.5 months of sunitinib therapy (range 1-25). Four developed overt hypothyroidism requiring replacement therapy with L-T4, and 2 had

mild hypothyroidism. One of them was diagnosed as having autoimmune thyroiditis. The last patient developed a destructive thyrotoxicosis after 1 month of therapy.

**Conclusions** All our patients with RCC receiving sunitinib developed thyroid dysfunction, from mild to severe hypothyroidism in the great majority of cases. We strongly recommend thyroid function tests at baseline and during sunitinib therapy in order to recognize and treat promptly thyroid dysfunction.

### Morbo di Addison: descrizione di un caso clinico

B. Provenzano, C. Lombardi Giocoli, V. Nicoletti, M.L. Sicari, D. Disalvo

U.O. Medicina Interna Ospedale di Villa D'agri

**Introduzione** Il morbo di Addison è la forma primitiva di insufficienza corticosurrenale cronica caratterizzata da una severa riduzione dell' in-crezione degli ormoni elaborati dal corticosurrene. È una patologia rara con prevalenza di 1 su 8000 e incidenza di 4-5 casi su 100000. Colpisce gli adulti tra 30 e 50 anni. Il 70% dei casi di morbo di Addison è dovuto ad aggressione auto-immunitaria della ghiandola con autoanticorpi diretti verso la 21 idrossilasi, enzima chiave della steroidogenesi.

**Caso clinico** A.F. di anni 20, maschio. A.P.R. negativa per patologie degne di nota. Giunge alla nostra attenzione per ipotensione, squilibrio elettrolitico (↓Na; ↑K) ed astenia. Indagini di laboratorio e strumentali: RX Torace, RM sella turcica con mdc, TC addome-pelvi+mdc, ECT addome: nei limiti. ECG: tachicardia sinusale. Ecocardiogramma: Insufficienza mitralica di grado lieve. Test al Synacthen: TO: 8.2 – T30: 6.5 – T60: 7.0; NNA (anticorpi antisurrene): negativi. ACTH: 1500. Cortisolo: 5.3. Nell'ipotesi della concomitante presenza di altre malattie autoimmuni sono stati eseguiti: APCA: ass; GH: 0.28; DHEAS: 56; LH: 2.0; FSH: 0.8; Testosterone: 4.1; D4androstenedione: 1.2; PTH: 23; funzionalità tiroidea con autoanticorpi: nei limiti. Attualmente è in corso terapia sostitutiva con Cortone Acetato e follow-up clinico e di laboratorio.

### Impact of 2 years of therapy with anti-TNF $\alpha$ on subclinical atherosclerosis in patients with Psoriatic Arthritis

M. Puato<sup>1</sup>, G. Balbi<sup>1</sup>, M. Zanon<sup>1</sup>, R. Ramonda<sup>2</sup>, M. Zanardo<sup>1</sup>, E. Faggin<sup>1</sup>, A. Lo Nigro<sup>2</sup>, M. Rattazzi<sup>3</sup>, A. Doria<sup>2</sup>, P. Pauletto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Clinica Medica 4, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale.

Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova,

<sup>2</sup>Reumatologia, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale.

Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova,

<sup>3</sup>Medicina I, Oc Treviso - Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Padova

**Aim** To evaluate the impact of anti-TNF $\alpha$  therapy on structural and functional properties of arteries in psoriatic arthritis patients (PsA) stratified according to the presence/absence of hypertension.

**Methods** We studied 42 PsA (23 hypertensives). 40 normotensives (NC) and 22 hypertensives (HTC) served as controls. We evaluated carotid intima media thickness (IMT) expressed as mean-IMT (mean of mean-IMT measured in common, bulb, and internal carotid artery, bilaterally) and as M-MAX (mean of maximum-IMT). Endothelial function was evaluated by post-occlusion flow mediated dilation (FMD) of the brachial artery.

**Results** PsA had higher mean-IMT compared to NC. Hypertensive PsA displayed higher M-MAX versus both HTC and normotensive PsA. FMD was significantly lower in PsA than in NC (8.9%), whereas there was no difference between hypertensive PsA (6.1%), normotensive PsA (5.7%), and HTC (6.3%). The TNF $\alpha$  level was higher in PsA than controls. IMT was related to TNF $\alpha$  levels, blood pressure and lipids, where-



as FMD was inversely related to TNF $\alpha$  and blood pressure, but not lipids. At follow up, although clinical status improved, IMT progressed equally in both normotensive and hypertensive PsA, and FMD remained impaired.

**Conclusions** PsA *per se* implies a pro-atherogenic remodelling which was not affected by 2 years of anti-TNF $\alpha$  therapy.

### ✱ Medical Intermediate Care Unit (MICU) as the appropriate setting for the care of critical patients with multiple comorbidities

A. Puleo<sup>1</sup>, G. Triolo<sup>2</sup>, S. La Carrubba<sup>2</sup>, C. Cicatello<sup>2</sup>, G. Nicolosi<sup>2</sup>, C. Rinollo<sup>2</sup>, S. Di Rosa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uos Terapia Medica Semi-Intensiva - Uoc Medicina Interna, Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello. Palermo,

<sup>2</sup>Uoc Medicina Interna, Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello. Palermo,

<sup>3</sup>Direzione Generale. Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello. Palermo

**Background and aim** The rate of complications and mortality in elderly patients (pts) admitted to medical wards is increased because of comorbidity. Medical Intermediate Care Unit (MICU) has been proposed as a dedicated setting for the care of pts at risk for multi-organ failure requiring 24-hour monitoring. The MICU of our hospital is located within the Department of Internal Medicine and consists of four beds. It became operative since March 2009. We report the case series of our MICU of the last 12 months.

**Materials and methods** Clinical data were grouped and classified according to the Guidelines for Admission and Discharge for Adult Intermediate Care Units (Crit Care Med 1999).

**Results** 187 patients were admitted. 14 died. 173 were discharged or transferred to other wards. Average length of stay was 7.8 days. 62 pts were admitted for a primary conditions affecting the cardiac system and 15 the pulmonary system, 48 pts had neurological, 28 gastrointestinal and 23 endocrine disorders. 11 were codified as "other acute conditions". Length of hospitalization and mortality were lower to that of pts with the same conditions admitted in the department of internal medicine in the previous year.

**Conclusions** These results suggest that MICU is an effective and efficient model for the care of frail elderly pts with multi-organ disease.

### Diabetes insipidus: a rare complication of Wegener's granulomatosis. A case report

C. Quaglio, P. Agostinis, D. Cappello, V. Di Piazza

Soc Medicina Interna, Ospedale di Tolmezzo, Udine

88-year old man affected by essential hypertension, type 2 diabetes mellitus with nephropathy, diagnosis of undifferentiated inflammatory polyarthritis six months earlier.

**On admission to hospital** Cutaneous vasculitis similar to a leukocytoclastic vasculitis, fever (38°C), right pulmonary consolidation with pleural effusion, HGB=9.0g/dl, creatinine=5.2mg/dl, CRP=183.9mg/l. Blood and urine cultures were negative.

He was treated with ceftriaxone iv. Among autoantibodies, cANCA was positive with high titre, which led to a diagnosis of Wegener's granulomatosis (WG) (pulmonary consolidation with pleural effusion, kidney failure, cutaneous vasculitis and polyarthritis). Initially affected by oliguria, the patient suffered high daily urine output for 3 days with a urine specific gravity of 1002: the diabetes insipidus (DI) was treated with desmopressin. WG was treated with methylprednisolone and cyclophosphamide. After 15 days, treatment with desmopressin was interrupted without any relapse of DI, cutaneous vasculitis and pulmonary consolidation have receded and creatinine has dropped to 2.8mg/dl.

DI is a rare complication of WG and as its first manifestation it is even more unusual. If the etiology of DI is unknown, it *can be hypothesized* that a vasculitis is occurring (also by examining the presence of auto-antibodies, including ANCA).

### Diplopia and pneumonia in course of sepsis. A case report

C. Quaglio, P. Agostinis, D. Cappello, V. Di Piazza

Soc Medicina Interna, Ospedale di Tolmezzo, Udine

42-year old man, headache and fever in the last 4 days, diplopia the day before.

**On admission to hospital** Fever (40 °C), paresis of the left cranial nerve III, periodontal disease and caries, CRP=75.6mg/l, WBC=10.000/microL (neu=80%), chest X-ray: negative, cerebral contrast-enhanced CT scan: negative, lumbar puncture (LP): normal cerebrospinal fluid (CSF). Imipenem was started. As symptoms persisted, after 72 hours LP was repeated: normal CSF. After 96 hours a pulmonary consolidation with pleural effusion was detected (physical exam., X-ray, CT scan). Blood and urine cultures, cerebral NMR and echocardiography were negative. As fever and diplopia persisted, he was treated with imipenem plus teicoplanin and, for 10 days, with methylprednisolone too. After 15 days diplopia had disappeared, CRP normalized, chest X-ray improved. Hypothesis: sepsis originated from oral cavity.

As a matter of fact, in course of sepsis and multiple organ dysfunction syndrome, a peripheral muscle and nerve dysfunction (critical illness myopathy CIM and polyneuropathy CIP) can occur. An autoimmune mechanisms in CIP pathogenesis has been hypothesized. With regard to our patient, the paresis of the cranial nerve has resolved with a combination therapy of antibiotics and steroids, thus confirming the autoimmune pathogenesis of neuropathy in course of sepsis.

### Clinical and biochemical features at presentation may predict the outcome of PBC

C. Quarneri, S. Righi, C. Parisi, V. Cipriano, P. Muratori, L. Muratori

Medicina Interna Bolondi Ff, Policlinico Sant'orsola-Malpighi, Bologna

**Background** Primary biliary cirrhosis (PBC) is a progressive cholestatic liver disease which develops over decades. The progression rate varies greatly, but the factors associated to a poor outcome are mostly unknown.

**Aim** To evaluate the impact of clinical, biochemical, immunological features at onset, and response to ursodeoxycholic acid (UDCA) on the outcome of the disease.

**Methods** We selected 92 PBC patients with a follow-up longer than 5 years, and compared patients showing histological and/or clinical progression (group A) to those with stable disease (group B).

**Results** Group A patients had significantly higher levels of aspartate aminotransferase, alkaline phosphatase, total bilirubin, IgG levels, and a significantly higher prevalence of symptoms (fatigue, pruritus, sicca syndrome); anti-mitochondrial and antinuclear antibodies, including subspecificities such as rim-like, multiple nuclear dots and anti-centromere patterns, anti-sp100, and anti-gp210 were comparably detected in both groups. The biochemical response to UDCA (Barcelona criteria) was similar in both groups

**Conclusions** Symptomatic PBC patients with a florid biochemical picture at onset are more likely to have a rapidly progressive disease. This subset of patients require a stricter follow-up and a more intensive treatment regimen.

## When temperature hides pitfalls

M. Renis, V. Salvatore, A. Schiavo

U.O.C. Medicina Interna, Plesso di Cava De' Tirreni,  
A.O.U. "S. G. di D. E R.D'a." Salerno

**Premise and purpose** A symptom, often considered banal, such as fever may hide many pitfalls. The AA. describe a complex clinical case started with fever.

**Materials and methods** G.V. male, 70 y.o. Medical history: NIDDM, high blood pressure, Alzheimer's disease. The patient applies to E.R. complaining that he has been suffering with vomit for a few days. Body temperature (38,5 °C), WBC (17000) and HR (105), already allow a SIRS diagnosis. The chest parenchymal thickening at X-rays allows to consider sepsis (SIRS + infectious process) and the contemporary presence of renal and respiratory failure and the increase of transaminase, lead to think about a MODS diagnosis which, associated to Sepsis, reveals all the gravity, suggesting therefore to adopt an associated antibiotic therapy immediately, according to the guidelines. Hypokalemia picked out at patient's Acid-Base Balance is a consequence of the prolonged vomit. Rhabdomyolysis and arrhythmia in the first phases of his hospitalization, are a consequence of hypokalemia.

**Results** Patient discharge with normalization of all parameters.

**Conclusions** Following carefully the guidelines, despite the presence of few records, it's possible to arrive rapidly to a diagnostic and prognostic framing, carrying out a quick suitable treatment, also in case of complex clinical cases.

## A "particular" carotid stenosis

C. Renzi, S. La Placa, M.A. Passaniti, C. Muscat, A. Grossi

Medicina Interna Riccione, Ausl Rimini, Modulo di Angiologia

Echo-color Doppler sonography (ECDS) is an accurate, noninvasive method to assess arteriosclerosis of the carotid artery, thus ideal for the study of patients candidate for carotid surgery. However, digital angiography (DA) and magnetic resonance angiography (MRA) are still the gold standard. Here we report a 72-year-old male, asymptomatic, referred for carotid ECDS due to the presence of multiple cv risk factors. The exam showed a hemodynamically significant (HS) left internal carotid stenosis (>70%, ECST criteria).

Both subsequent MRA and DA showed a NON-HS left internal carotid stenosis, thus excluding indication for surgery.

Meanwhile, the patient (pt) had transitorial diplopia, compatibile with left carotid disease.

Re-evaluation by ECDS with the vascular surgery consultant confirmed that imaging and flow velocimetric parameters of the left carotid were evident for significant stenosis, with subsequent indication to surgery, that confirmed the presence of significant carotid stenosis. Our pt is a limit case report. Usually, there is a very good concordance between ECDS, MRA and DA for evaluation of carotid stenosis in our setting.

**Conclusion** The millimetric maximum carotid stenosis in our pt was correctly evaluated by the flow velocimetric parameters of ECDS, but was underestimated by MRA and DA, thus giving a false neg result.

## Off balance in diabetic patients with and without neuropathy

A. Riccardo<sup>1</sup>, F. Sirico<sup>1</sup>, G. Iolascon<sup>1</sup>, M. D'Avino<sup>2</sup>, A. Iardi<sup>1</sup>,  
R. Gimigliano<sup>1</sup>, D. Caruso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze Ortopediche, Traumatologiche,  
Riabilitative e Plastico-Ricostruttive della II Università Di Napoli,

<sup>2</sup>Medicina 2 - A.O.R.N. "Antonio Cardarelli" Napoli,

<sup>5</sup>Medicina D'urgenza - A.O.R.N. "Antonio Cararelli" Napoli

**Background** The peripheral neuropathy represents an important cause of disability and one of the most common complications of the Diabetic Disease. The patient is off balance, he reports numbness, paresthesias, pain and shows limitations in the carrying out of the *Activities of Daily Living* (ADL). The principal purpose of our study has been that to compare the alterations of the equilibrium in diabetic patients with and without neuropathy.

**Materials and methods** During 2010 we have recruited twenty diabetic patients (Diabetes type 2, age middle 63 years). In ten, a diagnosis of peripheral neuropathy had been made. All of them had been submitted to the following tests: 1. Unipedal Stance Time Test; 2. Tinetti Scale; 3. Get Up and Go Test.

**Results** In comparison to the patients without neuropathy, the neuropathic subgroup has manifested a worse middle performance to every-one of three tests.

**Conclusions** In diabetic patients, a particular attention should be reserved to search of the alterations of the equilibrium, kind in those with peripheral neuropathy. For this subgroup, it is necessary to program an appropriate therapeutic run, that includes specific exercises.

## Hairy cell leukemia: beneficial effect of refracted once a week doses of cladribine

A. Ridolfi, A. Zullo, M. Ricciotti, G. Lalli, D. Parisi, D. Di Michele

U.O.C. di Medicina Interna Ospedale "G. Mazzini" Asl104 Teramo

**Case report** A 85-year-old man was referred to our Department because of anemia (Hb 8,7), thrombocytopenia (PLT 25000). Physical examination revealed splenomegaly (Ø long. 30 cm).

**Peripheral Blood Smear Examination** GB: 7,5X 10<sup>3</sup>, 11% neutrophils, lymphocytes 89%. Most of the lymphocytes stained by May Grunwald-Giemsa showed hair-like surface cytoplasmic projections.

**Bom** The Immunohistochemical staining of the bone marrow biopsy with usual antibodies showed these elements positive for CD20,  $\alpha$ -CD79, BCL, DBA44 and locally for IgM, while negative for CD10, CYCLIN D1, CD5, CD3, CD23. The histological picture was suggestive of B chronic lymphoproliferative disorder, compatible with hairy cell leukemia.

**Characterization with immunophenotyping flow cytometry** CD23 negative, CD19+ 7 +68 FMC7, CD103 + 56,2, CD19 + 7 CD11 + 56,2. The patient started once a week treatment scheme of 0,14 mg/kg of cladribine for 5 weeks. At the end of the therapeutic cycle, we observed reduction in splenomegaly (Ø long. 22 cm), improvement of anemia and thrombocytopenia. After 60 days further reduction of splenomegaly.

**Conclusions** The therapeutic effect of our scheme gave similar results of the daily administration of the same dose of cladribine for 5 consecutive days with better compliance, less myelosuppression and absence of nephrotoxicity.

## A controversial case of acute hepatitis

S. Righi, C. Quarneti, C. Parisi, V. Cipriano, L. Muratori

Medicina Interna Bolondi Ff, Policlinico Sant'orsola-Malpighi, Bologna

A 46-year old woman developed nausea, painless jaundice and pruritus. She was teetotaler, and reported use of Herbalife® supplements. The diagnosis of esotoxic acute hepatitis was made on the basis of the normalization of the liver tests after the withdrawal of Herbalife® products. As the patient resumed consumption of Herbalife® supplements, liver tests showed: bilirubin 13.7 mg/dl, aspartate-aminotransferase 1684 U/L, alanine-aminotransferase 1246 U/L, alkaline phosphate 486 U/L. Most common causes of acute hepatitis were excluded. High-titre antinuclear antibodies and anti-smooth muscle antibodies were

detected. Liver biopsy showed hepatic necrosis with marked lymphoplasmacytic and granulocytic infiltrate and ductular proliferation. Despite Herbalife® products withdrawal, liver enzymes remained persistently elevated. The patient fulfilled the criteria for a probable diagnosis of autoimmune hepatitis and methylprednisolone plus azathioprine induced the complete normalization of liver tests. Female sex, autoantibodies and a dramatic response to immunosuppression are consistent with autoimmune hepatitis. Liver histology, particularly ductular proliferation and eosinophilic infiltrate, points to the concomitant role played by Herbalife®, a well known hepatotoxic agent, in the pathogenesis of this case of acute hepatitis.

### ★ Acquired hemophilia: a clinical case report

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

<sup>1</sup>Uod Metabolica, Aorn Monaldi-Cotugno-Cto, Napoli,

<sup>2</sup>Uoc Medicina ad Indirizzo Dismetabolico, Aorn Monaldi-Cotugno-Cto, Napoli

**Premises and aim of the study** Acquired hemophilia (AH) is to rare coagulopathy. Diagnosis must be suspected in pts with cutaneous hemorrhage, no personal/familial history of coagulative disease and isolated lengthening of aPTT (PT normal).

**Materials and methods** IA, F, 74 yrs, affected by hypertension, DMT2, Obesity. January 2010 left hip prosthesis followed by LMWH sc until April 2010 when right lumbar pain appears. Patient assumes NSAIDs (i.m./os). After 5 days hematoma at right gluteus followed by right popliteus pain and hematoma. May 2010 left forearm wide hematoma. Pt is hospitalized. Lab data: aPTT 83%, Hb 10 g/dl, Factor VIII 4%; correction test: (incubation with equal parts of normal plasma doesn't correct aPTT), Factor VIII (1%) ab-anti FVIII (7.9 BU/ml) confirm the presence of ab anti FVIII, LAc title weakly present. Diagnosis of AH is made.

**Results** Prednisone and Ciclofosamide 50 mg/bid die and immune therapy with FVIII (5000 U tid ev) are started. FVIII is increased to 7500 U after 1 wk, leading to normal FVIII values; it is increased once/wk to 1000 U/day. September 2010: FVIII 121%, normal aPTT. Prednisone is weekly reduced, coagulation lab exams (twice/wk) normal.

**Conclusions** AH is a rare illness that must be suspected in patients with cutaneous hemorrhage, lengthened aPTT, normal PT.

### La terapia della artrite reumatoide e il profilo di sicurezza dei farmaci nel paziente anziano

C. Rinollo, A. Pitini, M. Spataro, V. D'antoni, M.C. Ferrante, G. Provenzano

Uos Reumatologia, Ao Or Villa Sofia-Cervello, Palermo

La artrite reumatoide (AR) è una malattia frequente. In 1/3 dei casi i sintomi esordiscono dopo i 60 anni e la prevalenza di malattia negli ultrasessantenni è del 2%. La prognosi nelle forme ad esordio tardivo è simile agli altri casi ma età avanzata e comorbidità possono indurre un atteggiamento terapeutico meno aggressivo. Abbiamo valutato retrospettivamente tollerabilità di methotrexate (MTX) e farmaci anti-TNF nei pz con AR seguiti presso il nostro Centro.

In atto sono in follow up 392 pz, 62% dei quali con età ≥60 anni, 47% ≥70 anni, 15% ≥80 anni.

Il 38% ha avuto un esordio sintomi dopo i 60 anni.

Questi i risultati: tot. pz trattati con MTX: 314/392(80%); pz <60 anni trattati con MTX: 103/148(69%); pz ≥60 anni: 211/244(86%); pz ≥70 anni: 87/94(92%); pz ≥80 anni: 54/58(93%). Tot. pz che hanno sospeso MTX per intolleranza: 46/314(15%); pz <60 anni: 21/103(20%); pz ≥60 anni: 25/211(12%); pz ≥70 anni: 15/94(16%); pz ≥80 anni: 5/54(10%). Differenze non significative.

Tot. Pz trattati con anti-TNF: 78/392(20%); pz <60 anni trattati con anti-TNF: 33/148(23%); pz ≥60 anni: 45/244(18%); pz >70 anni: 20/94(21%); pz ≥80 anni: 4/58(7%).

Tot. pz che hanno sospeso anti-TNF per intolleranza: 12/78(15%); pz <60 anni: 5/33(15%); pz ≥60 anni: 7/45(15%); pz ≥70 anni: 6/20(30%). Differenze non significative.

### Pubalgia severa come modalità di presentazione di artrite psoriasica con ottima risposta alla terapia con adalimumab

C. Rinollo<sup>1</sup>, M. Spataro<sup>1</sup>, V. D'antoni<sup>1</sup>, M.C. Ferrante<sup>1</sup>, F. Gioia<sup>2</sup>, G. Provenzano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uos Reumatologia, Ao Or Villa Sofia-Cervello, Palermo,

<sup>2</sup>Uo Radiologia, Ao Or Villa Sofia-Cervello, Palermo

Riportiamo il caso di un pz con presentazione atipica di artrite psoriasica (APs) ed ottima risposta ad adalimumab. Un uomo di 47 aa, con psoriasi lieve da 7 aa e senza precedente sintomatologia articolare, è venuto alla nostra osservazione per la comparsa da 2 mesi di severa pubalgia con irradiazione inguinale e progressiva limitazione alla deambulazione. Prima della nostra osservazione il pz aveva eseguito: 1) es.ematochimici con evidenza di aumento di VES e PCR e HLA B27 negatività; 2)Rx,TC bacino e scintigrafia ossea senza evidenza di sacroileite; 3)RM rachide dorso-lombare con evidenza di discopatie multiple. L'esame obiettivo mostrava severa dolorabilità pubica, marcata limitazione funzionale delle anche, psoriasi lieve a cuoio capelluto e gomiti. La RM con sequenze STIR e con mdc ha mostrato marcate alterazioni di segnale delle branche ischio-pubiche e della sinfisi, compatibili con fenomeni infiammatori attivi estesi ai muscoli contigui. Il quadro complessivo ci ha indotto a formulare diagnosi di APs, inquadrando la pubalgia come espressione clinica di entesite. Per la severa sintomatologia e l'assenza di risposta a precedenti terapie con FANS e steroide, abbiamo intrapreso terapia con adalimumab a dose standard (40mg/2settimane), con rapida risposta clinica (a 1 mese) e netto miglioramento radiologico (RM a 2 mesi).

### Un caso di malattia di Still dell'adulto responsivo alla terapia con tocilizumab

C. Rinollo, M. Spataro, V. D'antoni, M.C. Ferrante, G. Provenzano

Uos Reumatologia, Ao Or Villa Sofia-Cervello, Palermo

La malattia di Still dell'adulto (AOSD) è una variante di artrite reumatoide (AR) con caratteristiche cliniche peculiari. Riportiamo un caso con decorso atipico ed eccellente risposta al tocilizumab (monoclonale anti-IL6 recentemente approvato per la AR).

Il caso riguarda una donna di 53 anni con diagnosi di AR e resistenza a numerosi DMARDs tradizionali (MTX, LEF) e biologici (adalimumab, rituximab).

A ottobre '10 si è ricoverata per febbre alta intermittente, rash, severe artromialgie, faringodinia, compromissione dello stato generale. A 35 anni la paziente era stata ricoverata in altro ospedale per sintomatologia simile, ma negli anni successivi la sua malattia aveva presentato sintomi solo articolari. All'esame obiettivo all'ingresso non vi era flogosi articolare. Gli esami mostravano leucocitosi neutrofila (GB 29.650, N 93%), marcato incremento di VES, PCR, ferritina, transaminasi, fosf.alc., gammaGT. Negativi autoanticorpi, esami microbiologici, striscio periferico, eco addome e ginecologica, TC torace-addome, ecocardiogramma.

Abbiamo formulato diagnosi di AOSD. In considerazione della mancata risposta alla terapia cortisonica ad alto dosaggio (3 boli di metilprednisolone 500 mg), della compromissione generale, della resistenza ad altri DMARDs, abbiamo iniziato terapia con tocilizumab (8 mg/kg/mese) con pronta risposta clinico-umorale.

## Lazatioprina nella Malattia di Crohn. Nostra esperienza

R. Riscato, C. Arcoraci, C. Castagnino, E. Valvo, B. Zazzaro, M. Stornello

U.O.C. Medicina Interna Ospedale di Siracusa

**Premesse e scopo dello studio** Le tiopurine sono i più comuni immunosoppressori utilizzati nella malattia di Crohn(MC).Gli autori hanno valutato efficacia e sicurezza dell'Azatioprina (AZA) in un piccolo gruppo di pazienti affetti da MC.

**Materiali e metodi** Sono stati reclutati 10 pazienti affetti da MC ileale(8) e colica (2). Nessuno dei pazienti aveva malattia anale, né fistole. Esordio del MC con colite acuta (2 pz.), addome acuto (6 pz.), anemia e dolori addominali (2 pz.). Eseguiti: colonscopia + istologia, TC., u.s., esami bio-umorali.

**Risultati** Lo steroide è stato rapidamente shiftato con AZA. Il periodo di osservazione è stato finora, di circa due anni. La risposta è stata ottimale in 6 pazienti e parziale in 2 pazienti. Gli indici bio-umorali di flogosi, l'emocromo, sono stati monitorizzati, così come gli indici epatici, pancreatici e renali. Abbiamo registrato 1 caso di iperamilasemia/ipertilipemia ed 1 caso di leucopenia <3000 (AZA sospesa). Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad esame u.s. addominale alla diagnosi e durante il follow-up.

**Conclusioni** L'AZA conferma, nella nostra piccola casistica e nel breve periodo, efficacia e sicurezza nel MC ileale e colico. Si conferma l'utilità dell'ecografia nel follow-up di questi pazienti. Si ritiene opportuno e si consiglia l'inizio precoce della terapia con AZA.

## Pseudocisti pancreatica

R. Riscato<sup>1</sup>, C. Arcoraci<sup>2</sup>, C. Castagnino<sup>3</sup>, E. Valvo<sup>4</sup>, B. Zazzaro<sup>5</sup>, M. Stornello<sup>6</sup>

U.O.C. Medicina Interna Ospedale di Siracusa

**Premesse e scopo dello studio** La pseudocisti pancreatica (PP) è una raccolta di natura infiammatoria, che generalmente insorge come complicanza di una pancreatite acuta (PA). Scopo del lavoro è sottolineare l'importanza del corretto approccio diagnostico-terapeutico in casi di PA, che nell'anziano, può decorrere in modo atipico.

**Materiali e metodi** Uomo di 79 anni, in Ospedale per dolore addominale e crisi ipertensiva. Rilevato incremento severo di citolisi pancreatica. No: iperglicemia, ipocalcemia, dolore dorsale, compromissione sistemica. Il paziente è stato sottoposto ad accertamenti (ecografia in Reparto, TC) e monitoraggio di indici bio-umorali.

**Risultati** Miglioramento clinico rapido e normalizzazione degli indici di citolisi in 4°giornata. Compenso emodinamico. In contrasto col dato clinico e bio-umorale, l'ecografia evidenziava complicanze locali (raccolte, edema persistente, aree necrotiche), confermate dalla TC. Al controllo u.s. in 6° giornata, veniva rilevata la presenza di una PP. Il paziente veniva sottoposto ad ecoendoscopia. Condizioni generali buone. Prosegue follow-up.

**Conclusioni** La PP è una complicanza della PA. Il caso evidenzia il forte contrasto fra esiguità clinica/laboratoristica, e quadro strumentale. Proposto un percorso diagnostico-terapeutico nella PA.

## Su un caso di ematemesi

R. Riscato, C. Arcoraci, C. Castagnino, E. Valvo, B. Zazzaro, M. Stornello

U.O.C. Medicina Interna Ospedale di Siracusa

**Premesse e scopo dello studio** Gli autori descrivono un caso di grave anemizzazione a seguito di emorragia digestiva superiore insorto in una signora di 70 anni, ricoverata in urgenza dopo EGDscopia.

**Materiali e metodi** Descritto il caso di una signora di 70 anni, che manifestava, in a.b.s., improvvisa ematemesi, per cui veniva accompagnata al P.S., e quindi ricoverata. Subito dopo la stabilizzazione emodinamica, la paziente veniva sottoposta ad EGDscopia, che evidenziava la presenza di Angiodisplasia dello stomaco e del duodeno. L'anamnesi era negativa per assunzione di FANS e farmaci gastrolesivi, e per epatopatia. Non era riferito alcun precedente emorragico.

**Risultati** Veniva prontamente praticata terapia infusione reidratante, emotrasfusioni, IPP, e, in corso di EGDscopia, veniva praticata terapia endoscopica, con arresto del sanguinamento. Le condizioni cliniche sono sensibilmente migliorate con la stabilizzazione dei parametri bioumorali ed emodinamici.

**Conclusioni** Il caso permette agli autori di descrivere il percorso diagnostico-terapeutico dell'emorragia digestiva superiore, e di descrivere una rara patologia della mucosa gastrica.

## Un caso di iponatriemia iatrogena

R. Riscato, C. Arcoraci, C. Castagnino, E. Valvo, B. Zazzaro, M. Stornello

U.O.C. Medicina Interna Ospedale di Siracusa

**Premesse e scopo dello studio** Gli autori descrivono un caso di grave iponatriemia insorto in una signora di 78 anni, con manifestazioni neurologiche ed emodinamiche, di natura iatrogena.

**Materiali e metodi** Descritto il caso di una signora di 78 anni, sottoposta a resezione colica per ca. colon l'anno precedente, che, in corso di preparazione per la colonscopia, ha manifestato astenia intensa e sensazione di mancamento. La signora stava ingerendo un preparato del commercio per la pulizia intestinale che precede la colonscopia, a base di sodio piro-solfato, magnesio ossido leggero, acido citrico anidro.

**Risultati** Riscontro di grave iponatriemia (116 mmol/l), con marcata ipotensione, turbe del sensorio, e fini tremori all'ingresso. Le condizioni cliniche sono sensibilmente migliorate con la progressiva reintegrazione del sodio e dei liquidi.

**Conclusioni** Il caso si presta alla descrizione in quanto dovuto ad un raro effetto collaterale di una soluzione utilizzata per la pulizia intestinale prima di esami endoscopici del colon, e per la severa iponatriemia, che può avere molteplici cause e conseguenze anche gravi.

## La Gestione del Rischio Clinico in Medicina Generale: Presentazione di un Progetto Aziendale

E. Romano<sup>1</sup>, C. Rossi<sup>2</sup>, L. Sanna<sup>2</sup>, E. Ceragioli<sup>2</sup>, G. Poletti<sup>2</sup>, A. Pratici<sup>2</sup>, A. Romeo<sup>2</sup>, M. Santilli<sup>2</sup>, A. Conti<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Clinical Risk Manager - Asl 5 - La Spezia,

<sup>2</sup>Medico di Medicina Generale - La Spezia,

<sup>3</sup>Direttore Sanitario Aziendale - Asl 5 - La Spezia

**Premesse** i MMG hanno posto alla SS Rischio Clinico dell'ASL 5 "Spezzino" il problema della sicurezza in Medicina Generale e individuano la necessità di ridurre il rischio clinico e ottimizzare le risorse disponibili, valorizzando le proprie competenze e attuando strategie organizzative condivise con i Medici Ospedalieri.

**Obiettivi** Sviluppo di strumenti di Clinical Governance relativi alla sicurezza del Paziente in Medicina Generale e diffusione del sistema di Incident Reporting per identificare le criticità emerse e definire eventuali percorsi di miglioramento, monitorando e valutando successivamente i risultati ottenuti.

**Metodologia** Istituzione di un Gruppo di Lavoro Permanente per la Gestione del Rischio Clinico in Medicina Generale, costituito da MMG indicati dalle Società Scientifiche operanti sul territorio aziendale, coordinati dal Direttore Sanitario Aziendale e dal Responsabile del Ri-

schio Clinico dell'ASL. Il progetto si articola su 4 aree di intervento (Comunicazione-strumenti informatici, Organizzazione, Integrazione ospedale-territorio, Farmaceutica) assegnando precise responsabilità nella pianificazione e programmazione degli interventi.

**Conclusioni** Individuare nodi critici e identificare obiettivi strategici migliora qualità e sicurezza delle cure.

### ★ Control of impaired fasting glycaemia with *Cynara Scolymus* extract: a double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial

M. Rondanelli<sup>1</sup>, A. Opizzi<sup>1</sup>, S. Perna<sup>1</sup>, P. Sala<sup>1</sup>, A. Riva<sup>2</sup>, P. Morazzoni<sup>2</sup>, E. Bombardelli<sup>2</sup>, C. Monti<sup>3</sup>, A. Giacosa<sup>3</sup>

<sup>1</sup> University of Pavia, Health Sciences Department, Section of Human Nutrition, Azienda di Servizi alla Persona, Pavia, Italy;

<sup>2</sup> Indena S.p.A., Milan, Italy;

<sup>3</sup> Department of Gastroenterology, Policlinico di Monza, Milan, Italy

**Introduction** The aim of this study is to evaluate the efficacy of an highly standardized extract from *Cynara scolymus* flowering heads (Cs) on the glucose pattern in patients with impaired fasting glycaemia (IFG).

**Methods** A randomized, double-blind, placebo-controlled trial has been performed in overweight subjects with IFG ( $6.1 \pm 0.6$  mmol/l). IFG subjects ( $54.3 \pm 10.1$  y) were randomly assigned to supplement their diet with a Cs extract (600 mg/d) (26 subjects) or placebo (24 matched subjects) for 8-ws. The reduction of the FBG was the primary endpoint, the assessment of Homeostatic Metabolic Assessment (HOMA), glycosylated hemoglobin (A1c), A1c-Derived Average Glucose (ADAG), lipids, BMI were the secondary.

**Results** Cs group had significant decreases of FBG (-9.6%,  $p < 0.001$ ), HOMA (-11.7%,  $p < 0.01$ ), A1c (-2.3%,  $p < 0.03$ ), ADAG (-3.1%,  $p < 0.01$ ), total, total/HDL, LDL cholesterol (C) ( $p < 0.01$ ,  $p < 0.05$ ,  $p < 0.01$ ), BMI ( $p < 0.001$ ). Placebo group did not show any significant difference, except for BMI reduction ( $p < 0.01$ ). Compared with placebo group, Cs group showed a significant difference in FBG ( $p < 0.001$ ), HOMA ( $p < 0.01$ ), total C ( $p < 0.001$ ), total/HDL C ( $p < 0.01$ ), LDL C ( $p < 0.01$ ), BMI ( $p = 0.003$ ).

**Conclusion** These data demonstrate the efficacy of Cs extract on the reduction of glycometabolic parameters in overweight subjects with IFG.

### ★ Clinical characteristics and prognostic factors among patients hospitalized for pneumonia

A. Rosato, M. Galiè, C. Santini

U.O.C. Medicina Interna - Ospedale Vannini - Roma

**Objective** Health care-associated pneumonia (HCAP) is frequent among pts hospitalized. Compared to CAP, HCAP is associated with higher mortality. Prognosis could be related to inappropriate initial empiric therapy or to severity of illness.

**Method** Clinical characteristics, etiology and outcomes of CAP and HCAP hospitalized since Jan to Nov 2010 were compared.

**Results** 59 pts (38 CAP and 21 HCAP) were included. Compared to CAP, HCAP pts had higher mean age (78.5 vs 73.8 yrs), higher rate of comorbidities (100 vs 76.3%) and higher PSI score (171 vs 107). Etiology was determined in 13.1% of CAP (*S. pneumoniae* and *Legionella* the leading pathogens) and in 23.8% of HCAP (oxacillin-resistant *S. aureus*, *E. coli* and *S. pneumoniae* the leading pathogens). All CAP pts were treated according to guidelines; among HCAP pts 6 were treated as CAP (2 deaths), 12 with anti-*Pseudomonas* regimens (6 deaths), 3 according to the HCAP guidelines (3 deaths). Pts with HCAP had a longer duration of treatment (18.6 vs 13.6 days) and of hospital stay (18.9 vs 10.4 days)

In-hospital mortality was higher in HCAP (52.3% vs 10%) and was associated with higher PSI values (171 vs 131).

**Conclusion** Severity of illness was the main predicting factor for mortality; a more aggressive antibiotic treatment doesn't seem to modify the prognosis in HCAP group.

### ★ A case of pharmacovigilance: Iatrogenic Rhabdomyolysis

C. Rosi<sup>1</sup>, G. Bacci<sup>2</sup>, F. Cappelli<sup>1</sup>, M. Genovesi<sup>1</sup>, S. Manetti<sup>1</sup>, M. Mazzetti<sup>1</sup>, M.P. Rosito<sup>1</sup>, M. Sikora<sup>1</sup>, S. Stanganini<sup>1</sup>, A. Tufi<sup>1</sup>, E. Santoro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sc Medicina Interna Ospedale del Casentino, Bibbiena, Ausl8, Arezzo,

<sup>2</sup>Medico di Medicina Generale, Poppi, Arezzo

**Background** Rhabdomyolysis is a syndrome characterized by a loss of skeletal muscle with subsequent release into the circulation of the components of the myo-cell. The damage may cause a spectrum of clinical pictures ranging from the simple sub-clinical dismission of enzymes to a syndrome that represents a true medical emergency.

**Case report** We describe a case of a patient of 84 y.o. that came for the appearance of intense fatigue, associated with significant functional impairment; blood tests carried out in ER showed an increase in liver enzymes and creatinine; subsequent increased values of CPK were revealed during the hospitalization. Along with the onset of symptoms the patient had begun therapy with LMWH in combination with a statin treatment and allopurinol already in his therapy from a long time. With appropriate medical therapy set the patient gradually improved with normalization of bio-humoral data and general conditions.

**Conclusions** Literature describes few cases of heparin-induced rhabdomyolysis, but it seems likely that combination therapy with heparin, allopurinol and statine may have facilitated this effect by inducing the reaction

### Cholestatic jaundice in the course of anticoagulant therapy with LMWH

C. Rosi<sup>1</sup>, G. Bacci<sup>2</sup>, F. Cappelli<sup>1</sup>, M. Genovesi<sup>1</sup>, S. Manetti<sup>1</sup>, M. Mazzetti<sup>1</sup>, M.P. Rosito<sup>1</sup>, M. Sikora<sup>1</sup>, S. Stanganini<sup>1</sup>, A. Tufi<sup>1</sup>, E. Santoro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sc Medicina Interna Ospedale del Casentino, Bibbiena, Ausl8, Arezzo,

<sup>2</sup>Medico di Medicina Generale, Poppi, Arezzo

**Background** The iatrogenic hepatotoxicity (about 6%) causes acute liver failure, especially in the elderly subjects. The association between drug-induced liver injury (DEF) and anticoagulants deserve attention as the patients treated are increasing and the potential seriousness of adverse reactions: from asymptomatic elevated aminotransferase levels to clinically manifested hepatitis and fatal liver failure.

**Case report** SF, 78 y.o., who suffer from AH, polymyalgia rheumatica, hospitalized for jaundice with dark urine and acholic feces. Blood tests shows increase in transaminases, alkaline phosphatase, gamma-GT and direct bilirubin. Reported prophylactic therapy with LMWH for 3 months and absence of "pothos". Hepatotropic virus serology, autoimmunity, martial asset, ECT and CT scan of the abdomen were made to exclude alternative causes of liver injury and the results were normal. After pharmacological dechallenge gradual normalization and resolution of the clinical manifestation and laboratory pattern at 2 months after the onset.

**Conclusion** DEF-induced anticoagulation has an incidence of 5% for UFH and for 4.3 to 13% for LMWH. Desirable screening of liver function in patients with previous liver disease and close follow-up in all those treatments that have DEF.

## A proposito di cardiotoxicità catecolaminergica: un caso atipico?

F. Rossetti<sup>1</sup>, F. Rondoni<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ambulatorio Cardiologico P.O. di Assisi,

<sup>2</sup>D.S. Residenza Protetta "A. Rossi" Assisi

Una paziente di anni 83, ipertesa, diabetica e distiroidea, viene ricoverata il 3.5.2010 per eseguire un intervento chirurgico di ernioplastica inguinale sinistra. La valutazione cardiologia pre-operatoria ha evidenziato una sostanziale normalità dei parametri cardiologici. Dopo alcune ore si esegue, in condizioni di normalità per il momento post-operatorio, un ecg che mostra onde T negative profonde in sede anteriore, suggestive per sindrome coronarica acuta. La paziente viene trasferita in UTIC ove giunge asintomatica e con normali parametri vitali. L'ecocardiogramma esclude turbe cinetiche confermando i reperti precedenti all'intervento. I markers di necrosi miocardica risultano negativi.

Nelle giornate successive, assenza di sintomi di deficit emodinamico o angor. L'ecg mostra ancora le anomalie descritte, per cui viene programmata una angiografia coronarica che mette in evidenza coronarie indenni. Le anomalie ecg sono regredite lentamente; dopo alcuni mesi il quadro strumentale ha riacquisito l'aspetto precedente all'intervento chirurgico. Nella disfunzione ventricolare da catecolamine il quadro clinico può assumere aspetti diversi, tuttavia, l'età, il sesso, lo stress pre-operatorio, nonché l'integrità coronarica e la completa restitutio ad integrum possono far ipotizzare una forma di S. di Tako Tsubo.

## Diarrea cronica

C. Rossetti<sup>1</sup>, G. Santoro<sup>1</sup>, L. Schiavon<sup>1</sup>, M. Armigliato<sup>1</sup>, M. Mazzolo<sup>1</sup>, A. Mazza<sup>1</sup>, S. Cuppini<sup>1</sup>, E. Ramazzina<sup>1</sup>, D. Reale<sup>2</sup>, G. Del Favero<sup>3</sup>

<sup>1</sup>M.I. Dip. Medicina Ulss 18 Rovigo,

<sup>2</sup>Anatomia Patologica Dip. Patologia Clinica Ulss 18 Rovigo,

<sup>3</sup>Gastroenterologia Dip. Medicina Ulss 18 Rovigo

**Background** Chronic diarrhea is a real test for the internist, the causes are too much.

**Material and methods** In January 2011 a woman of 37 years old come to our observation for 3 months watery diarrhea (7-8 stools/day). The objectivity evidenced general dehydration and a package right inguinal lymph node. The biochemical investigations and the remaining tests were completely negative. We therefore subjected the woman to endoscopic examinations that showed: duodenitis and colitis. X-ray examinations showed a severe intestinal invasion of lymph nodes without lymph node uptake of the tracer. The patient was put under treatment with mesalazine 2400 mg / day, with gradual resolution of symptoms. Given the non-unique interpretation of the results, we decided to put it to the right inguinal lymph node biopsy and then to discharge.

**Results** Outcome of lymph node and duodenal Histological findings: compatible with Whipple's disease. It 'been established therapy with ceftriaxone 2 g/day for a month and follow by Bactrim 160/800 mg cpx2/die. With the molecular diagnostic PCR we have found *Tropheryma whipplei* DNA in duodenum.

**Conclusion** The clinical case confirms the complexity of this disease and only close cooperation between medical specialists can resolve the clinical case.

## Una rara associazione tra neurofibromatosi di tipo 1 e GIST di tipo pediatrico

M. Rossi<sup>1</sup>, C. Facchini<sup>1</sup>, C. Doroldi<sup>1</sup>, L. Angelillis<sup>1</sup>, R. Di Virgilio<sup>1</sup>, L. Tartaglia<sup>1</sup>, V. Favero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Medicina Interna Azienda Ulss 9 Treviso,

<sup>2</sup>Dipartimento di Pediatria Azienda Ulss 9 Treviso

**Introduzione** I tumori stromali del tratto gastrointestinale (GIST) esprimono un recettore di membrana con attività tirosinchesica alterata. I GIST rappresentano l'1-2% dei tumori gastrointestinali. L'associazione tra GIST e Neurofibromatosi (NF) di tipo 1 (macchie caffelatte, gliomi dell'ottico, meningiomi) è rara.

**Caso clinico** Paziente maschio di anni 26, affetto da NF tipo 1 ricoverato per rettorragia e anemizzazione. Gastroscoopia e colonscopia negative. All'endoscopia con capsula lesione ulcerata nell'ultimo tratto dell'ileo. La TC addome confermava lesione solida di 5 cm, sottosierosa. È stata eseguita un'enteroscopia con biopsia. Il paziente è stato sottoposto ad intervento chirurgico con resezione della lesione. L'esame istologico ha documentato neoplasia a cellule fuse con alto indice mitotico compatibile con GIST. Immunostochimica: CD117+ e DOG1+, succinatodeidrogenasi B+. Negativa la ricerca mutazionale nei geni KIT (esoni 9, 11, 13, 17), PDGFRA (esoni 12, 14, 18) e BRAF (esone 15). Il paziente è stato trattato con imatinib mesilato.

**Considerazioni** La lesione va inquadrata in un GIST di tipo pediatrico. A differenza della forma dell'adulto non vi sono mutazioni nei geni KIT o PDGFRA.

**Conclusioni** L'associazione NF e GIST è rara ma va sospettata in caso di sintomi anche aspecifici a carico del tratto digerente.

## Influence of ancient Egypt on development of Greek medicine

M. Rossi<sup>1</sup>, V. Favero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna 2, Azienda Ulss 9, Treviso,

<sup>2</sup>Dip. di Pediatria, Azienda Ulss 9, Treviso

**Introduction** This work intends to focus on Homerus, Herodotus and Plutarchus's letters and remark the importance of Egypt for greek medicine.

**Homerus** In Odyssey, Helen offers Thelemachus some wine mixed with a medication (opium?) able to relieve anger and pain. Helen learned the recipe from Polydamna, an Egyptian queen. Omerus says that in Egypt physicians are descendant of Paeon, the gods of Olympus' physician.

**Herodotus** Herodotus in the II book of "Histories" makes exhaustive descriptions.

Practice of circumcision to prevent genitourinary infections. Prohibition of eating broad beans, probably related to "favism". Divination through analysis of internal organs. Prescription of enemas and emetics; influence of climate on health. Physicians in Egypt studied single pathologies; the priest's caste decided the specialization of doctors. Common diseases were ocular (cataract), dermatological, rheumatic and infective ones (schistosomiasis).

**Plutarch** In "Virtues of Sparta" and "Life of Lycurgus", Plutarch describes an energy beverage (Nepente), that young Spartans were used to drink. Nepenthe was made by meat broth, blood of ox, ram or pig, medical herbs and "Egyptian drug" (opium, myrrh?).

**Conclusions** The Egyptian medicine foresaw the Greek medicine. The study of literature can give a great support to understand ancient diseases.

## Una strana massa mediastinica

E. Rottoli<sup>1</sup>, A. Grechi<sup>1</sup>, G. Bonardi<sup>1</sup>, H. Mobargha<sup>1</sup>, L. Pavan<sup>1</sup>, A. Sciascera<sup>1</sup>, M.G. Cimpanelli<sup>1</sup>, M. Rondena<sup>2</sup>, A. Mazzone<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna A Pneumologia Legnano,

<sup>2</sup>Med Int A Legnano,

<sup>3</sup>Medicina Interna Ospedale di Legnano

**Anamnesis** A 71 year old male, C.C., was affected by alcohol related hepatopathy, blood hypertension, hiatus hernia and had a pacemaker for a total atrioventricular block. He went in Legnano Hospital First Aid Station because of chest pain and effort dyspnoea without fever: it was discovered a hypoxiemic hypocapnic respiratory failure. Chest X Ray showed bilateral pleural effusion. He was hospitalized in Internal Medicine Unit - A.

**Course** He was treated with i.v. diuretics with advantage. Respiratory failure disappeared. Blood tests and spirometry did not show important reports. Abdomen US pointed out hepatosteatosis and a small prostatic adenoma. Echocardiogram showed a dilated left ventricle with a reduced systolic function. In particular chest CT pointed out a mass in front mediastinum. Tumoral markers, bronchoscopy and thoracentesis proved quite negative so the patient was discharged. It was organized a day hospital admission, during which the mass was subjected to a CT-guided fine needle aspiration. It turned out that the mass was a mesothelial cyst. Because of its bigness, the case was evaluated by the Chest Surgeon who decided the extirpation. The patient was operated on without any complication.

At the present time he is in good health but periodically evaluated in the Heart Failure Department.

### Systolic heart failure: new approaches to diagnosis and treatment

S. Rotunno<sup>1</sup>, F. Cardoni<sup>2</sup>, C. Cianfrocca<sup>2</sup>, R. Cesareo<sup>2</sup>, L. Corbi<sup>2</sup>, P. Del Duca<sup>2</sup>, V. D'alfonso<sup>2</sup>, F. Marrocco<sup>2</sup>, F. Paoletti<sup>2</sup>, G. Straface<sup>2</sup>, G. Tommasi<sup>2</sup>, T. Virgilio<sup>2</sup>, C. Savà<sup>2</sup>, G. Campagna<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O.C. Medicina 1, Dipartimento Area Medica, Ospedale Civile S. M. Goretti, Latina; Università di Roma Tor Vergata, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dip. Neuroscienze, Sez. Alimentazione e Nutrizione Um,

<sup>2</sup>U.O.C. Medicina 1, Dipartimento Area Medica, Ospedale Civile S. M. Goretti, Latina

**Case report** A 77 year-old woman, no-smoker, was admitted with fatigue, symptom distress, diarrhea, abdominal pain for one week and edema of severe slopes columnar entities. Past medical history consisted of hypertension, ischemic heart disease (previous MI, dual-coronary artery bypass graft, angioplasty and subsequent PTCA), permanent AF. She had no family history of cardiovascular diseases. Blood chemistry: mild hyponatremia, mild increase in AST, ALT, GGT, amylase and lipase levels, thrombocytopenia. Ultrasound abdomen flap ascites. Chest X-ray: bilateral pleural effusions, enlarged cardiac shadow. Echocardiography: dilated cardiomyopathy and diffuse hypokinesia of the walls (FE 33%), moderate IM and IT, PAPs 50 mmHg. Hemodynamic study: obstructive efforts of the bypass and stent on DA, with no possibility of re action. Treatment: hypertonic saline (HSS) infusion with high-dose furosemide, beta blockers, anti-aldosterone, nitrates. Results in 5 days: resolution of dyspnea and edema of the slopes, weight loss of 9 kg, restoration of blood sodium levels. She was also treated with ventricular resynchronization (CRT). The patient was followed regularly in the clinic according to the Chronic Care Model.

### Un caso di ipercortisolismo subclinico

G. Ruotolo<sup>1</sup>, A. Merante<sup>1</sup>, E. Bonacci<sup>1</sup>, C. Patrizia Rita<sup>1</sup>, A.M. Condito<sup>2</sup>, M. Arvaniti<sup>3</sup>, D. Galasso<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Soc Geriatria Ao "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro,

<sup>2</sup>Soc Medicina D'urgenza e Accettazione Ao "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro,

<sup>3</sup>Specializzanda Università degli Studi "Federico II" Napoli,

<sup>4</sup>Direttore Emerito S di Medicina Interna Ao "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro

Uomo di 66 aa giungeva alla nostra osservazione per la comparsa da

circa 3 mesi di edemi arti inferiori e tumefazione al volto. L'anamnesi e l'es. obiettivo era negativi. PA 150/100, F.C. 60 b/m ritmica., Kg 96,7, H 175 cm, IMC 31,5 Kg/m<sup>2</sup>, CA 109 cm, CF 103 cm. Gli esami di laboratorio di base, l'Hb glicata, l'insulinemia e gli ormoni tiroidei erano normali ad eccezione di Colesterolo 231 mg/dl (HDL 53, LDL 150). Ecoaddome presenza di massa rotondeggiante ipoecogena di circa 2,5 cm in corrispondenza della loggia dx. TC addome: massa omogenea, rotondeggiante, a margini netti, senza enhancement dopo mezzo di contrasto. Si procedeva al dosaggio di ACTH 35,6 pg/ml (v.n. <47), cortisolo plasmatico 28,04 µg/dl (v.n. 4,3-22,4), cortisolo libero urinario 1045 µg/24h (v.n. 35,5-181,2). Il paziente era il test di soppressione con desametasone 1 mg overnight e la mancata soppressione del cortisolo urinario e del cortisolo dopo test di soppressione con desametasone 2 mg/die per 2 giorni. Il paziente veniva dimesso con diagnosi di "Incidentaloma surrenalico con Ipercortisolismo Subclinico. Iperensione arteriosa. Ipercolesterolemia. Obesità I grado" e terapia con ramipril/idroclorotiazide e dieta 1300 Kcal. Si decideva per un follow-up con controlli diagnostici per immagini e test di soppressione con desametasone annualmente per almeno 4 anni.

### Clinical case: chronic diarrhoea in patient affected by corticoadrenal insufficiency

L. Sacchetti, L. Marani, C. Arduini, R. Rossi, M.C. Lattanzi, R. Ruffini, M. Bellocchi

U.O. Medicina Interna - Ospedale "Sacra Famiglia" di Novafeltria (Rn)

We describe the clinical case of a 76 old man suffering from chronic diarrhoea. The diagnosis of corticoadrenal insufficiency was done only two years after the beginning of the symptoms. This disease is very difficult to be diagnosed early because symptoms are of gastroenterological type. This case is worthy to be considered to avoid belated diagnosis and the death of patient.

The patient suffered from chronic diarrhoea the first time in 2008 with the diagnosis of ulcerous proctitis. In October 2010, the patient was affected by dyspeptic syndrome and anaemia and EGDS revealed the occurrence of gastric ulcer (deltacortene with no gastric covering). Celiac disease was excluded.

The colonoscopy excluded an inflammatory intestinal disease and therefore the cortisone therapy was suspended. Gastroenterologists supposed a diarrhoea derived by protonic pump's inhibitor. The diarrhoea was go on and the patient was increasingly debilitated.

Low values of cortisolemia and ACTH permitted to make the diagnosis of (secondary due using corticosteroids?) corticoadrenal insufficiency.

Only after giving *Cortone acetato* we obtained an improving of clinical picture.

Concluding, we believe that the patient since the beginning was affected by corticoadrenal insufficiency (primitive?) and not by an inflammatory, intestinal process.

### Cardiac Myxoma: still a diagnostic challenge

E. Sagrini, A. Gianstefani, C. Crespi, S. Flori, L. Bolondi

Uo di Medicina Interna, Dipartimento di Malattie dell'Apparato Digerente e Medicina Interna, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

Cardiac myxoma may present with mitral valve obstruction, constitutional symptoms and systemic (cerebral or peripheral) embolism.

**Case report** We describe a 55 years old woman, initially assessed for transient painful erythematous rash to the legs, suspected for skin vasculitis although antibodies screening tested negative. Four months later, she returned for right hemianopsia and dysarthria, lasted 20 minutes, followed by left occipital-frontal headache. On her arrival neurologic ex-

am was negative. Head CT scan showed two small hypodense right frontal and left occipital lesions while carotid ultrasound was normal. Electrocardiography showed sinus rhythm. She was put on antithrombotic therapy, in the hypothesis of cerebral ischemic attack. Transthoracic echocardiography detected a left atrial mass, highly suggestive for mixoma, the probable source of systemic (cerebral and lower limbs) embolization. After surgical excision, histology and immune-histochemical analysis confirmed mixoma. The patients is still experiencing well on the 4th month of follow-up.

**Conclusions** Patients with unexplained systemic symptoms suggestive of systemic embolization, should receive accurate cardiac imaging, in search of possible site of origin. Atrial mixoma, although rare, should be included in the differential diagnosis.

### Gestione integrata del paziente diabetico tipo 2: presentazione di un Progetto Sperimentale di percorso assistenziale nell'ASL 5

L. Sanna<sup>1</sup>, E. Ceragioli<sup>1</sup>, G. Poletti<sup>1</sup>, A. Pratici<sup>1</sup>, A. Romeo<sup>1</sup>, C. Rossi<sup>1</sup>, M. Santilli<sup>1</sup>, S. Carro<sup>2</sup>, A. Zappa<sup>1</sup>, E. Romano<sup>3</sup>, A. Conti<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medico di Medicina Generale - Asl 5 La Spezia,

<sup>2</sup>Ssd Centro Diabetologico Asl 5 La Spezia,

<sup>3</sup>Clinical Risk Manager Asl 5 La Spezia,

<sup>4</sup>Direttore Sanitario Asl 5 La Spezia

**Premesse** Valutati i documenti "Progetto IGEA 2008" e "La rete orizzontale diabetologica 2009" della Regione Liguria, che fissano i criteri per la gestione integrata del paziente con diabete mellito tipo 2, si adottano questi strumenti come riferimenti per realizzare un Progetto Aziendale sperimentale che, in relazione alla realtà territoriale, sia facilmente attuabile con massima adesione dei MMG, utilizzi un sistema di audit periodici, renda più accessibili e semplici i percorsi di cura, consenta la formazione del personale, promuova l'educazione sanitaria, riduca i tempi di attesa, migliori la compliance e l'autocontrollo dei pazienti.

**Obiettivi** Ottimizzazione ed ampliamento delle risorse, adozione di LG condivise, strutturazione delle modalità di comunicazione, implementazione dell'utilizzo di Millewin, accesso preferenziale per consulenze.

**Metodologia** 67 MMG hanno aderito al progetto, partecipando alla Formazione (tutti usano Cartella Clinica MILLEWIN). Il CAD ha attivato un servizio di Help desk telefonico dedicato e una Cartella clinica Informatica Millewin-compatibile, interfacciata con repository aziendale. 4 Aree di intervento: Nota Compliant, Nota Non Compliant, Non Nota a Rischio, Non Nota con presenza di criteri diagnostici senza diagnosi codificata. Verifica semestrale delle criticità.

### Un sanguinamento fantasma

F. Santi<sup>1</sup>, S. Negro<sup>1</sup>, I. Zanotti<sup>1</sup>, R. Re<sup>2</sup>, E. Catania<sup>2</sup>, F. Bobbio<sup>2</sup>, M. Campanini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina D'urgenza Aou Ospedale Maggiore della Carità, Novara,

<sup>2</sup>II Medicina -Aou Ospedale Maggiore Della Carità, Novara

La diverticolosi del piccolo intestino costituisce un evento abbastanza raro ed è, nella stragrande maggioranza dei casi, del tutto asintomatica; può tuttavia manifestarsi con dolore addominale cronico, malassorbimento, anemia, o, più raramente, dar luogo a complicanze severe. Vi presentiamo un caso di diverticolosi del duodeno esordita con grave emorragia intestinale di non facile diagnosi. Si tratta di un paziente maschio, di 69 anni affetto da BPCO, ipertensione arteriosa e senza altre patologie di rilievo. Negava alterazioni dell'alvo, dolore addominale o abuso alcolico. Riferiva benessere soggettivo fino a tre giorni prima del ricovero, quando era comparso episodio lipotimico con sudorazione improvvisa e vertigine. Due giorni dopo, tre scariche di melena. Giungeva in

Pronto Soccorso per nuovo episodio di marcata astenia associata a nausea, dispnea a riposo, cardiopalmo e percezione pulsazione addominale. Gli ematochimici mostravano severa anemia (Hb: 6g/dl), con necessità di emotrasfusioni. Durante la degenza si è ripetuto episodio di melena, associato shock emorragico e nuova grave anemizzazione. Ha eseguito EGDS, colonscopia videocapsula ed angio-TC, tutte risultate negative; soltanto l'intervento chirurgico in laparotomia, eseguito in regime d'urgenza, ha rivelato la presenza di un diverticolo duodenale sanguinante.

### Un caso di fascite necrotizzante

F. Santi, E.R. Rinaldi, C. Bentivenga, E.R. Cosentino, A. Spighi, E. Stocchi, F. Imola, C. Borghi

Medicina Interna Prof. Borghi, Dipartimento Medicina Interna, dell'Invecchiamento e Malattie Nefrologiche, Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola-Malpighi, Bologna

**Premesse** La fascite necrotizzante è un'infezione rapidamente progressiva, con conseguente necrosi, delle fasce e dei tessuti molli.

**Materiali e metodi** CR, uomo di 62 anni, veniva ricoverato per alterazioni dello stato di coscienza, dispnea e diabete mellito di tipo II scompensato. In base a segni clinici e laboratoristici veniva posta diagnosi di fascite necrotizzante. Il paziente veniva trattato con fasciotomia del braccio sinistro e poi trasferito in terapia intensiva per edema polmonare lesionale da shock settico. Si è quindi resa necessaria l'amputazione del braccio sinistro. Il post-operatorio è stato complicato da infarto miocardico non Q. La fascite, estesa anche agli arti inferiori, ha portato a estesa perdita di tessuto della coscia destra, trattato dapprima con antibiotico-terapia complessa, drenaggio delle raccolte purulente e, infine, con innesto di tessuto cutaneo.

**Risultati** Il paziente è stato dimesso a domicilio dove avrebbe completato il trattamento riabilitativo intrapreso durante la degenza ed è stato seguito in follow up tramite imaging e rivalutazione clinica.

**Conclusioni** La fascite necrotizzante è una malattia rara e potenzialmente mortale, tuttavia la diagnosi precoce permette un trattamento adeguato seppur complesso.

### Infarto miocardico in giovane manager con bulimia nervosa

G. Scanelli, E. Mari, M. Coletti, M. Gallerani, A. Bolognesi, E. Manzato

Dipartimento Medico Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

**Premesse e scopo dello studio** La bulimia nervosa (BN), se associata ad altri fattori di rischio, può avere un ruolo importante nel verificarsi di complicanze cardiovascolari, per la grave deplezione di elettroliti che i comportamenti purgativi possono determinare. Scopo dello studio è focalizzare l'attenzione sull'importanza di un adeguato inquadramento diagnostico, internistico e psichiatrico dei disturbi del comportamento alimentare (DCA).

**Materiali e metodi** Paziente di 45 anni sofferente da 28 anni di BN purgativa associata a disturbo dell'umore, inviato al nostro centro per dolori addominali. Il DCA era iniziato in età adolescenziale a seguito della morte dei genitori: a quell'epoca il paziente obeso (BMI 35.6) aveva iniziato una dieta restrittiva che in tre anni gli aveva fatto perdere 47.5 kg (BMI 19.5). A seguito della dieta erano iniziate le pratiche purgative alle quali si erano aggiunti episodi di alimentazione incontrollata. La bulimia era rimasta grave e stabile. A 31 anni, con kaliemia 1 mEq/l, il paziente aveva avuto un infarto miocardico complicato da arresto cardiaco.

**Conclusioni** I DCA tendono a cronicizzare in più del 30% dei casi anche se curati adeguatamente. Anche una situazione stabilizzata di grave bulimia può portare a gravi complicanze organiche se non individuata e trattata adeguatamente.



## Binge eating disorder, depressione e diabete mellito tipo 2

G. Scanelli, E. Mari, M. Coletti, M. Gallerani, E. Manzato

Dipartimento Medico, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

**Premesse e scopo dello studio** I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono una complicanza per la gestione del diabete. I pazienti con DCA spesso sono incapaci di seguire una prescrizione rigida e vanno incontro a fallimenti: circolo vizioso che peggiora il DCA. Lo studio valuta la prevalenza di Binge Eating Disorder (BED) e di Depressione nei pazienti con Diabete Mellito tipo 2 (DM2).

**Materiali e metodi** Lo studio ha coinvolto 88 soggetti con DM2 con progressivo deterioramento dei valori glicometabolici.

Test psicologici somministrati, oltre agli esami di laboratorio, prima e dopo terapia:

- Eating Attitudes Test (EAT);
- Binge Eating Scale (BES);
- Beck's Depression Inventory (BDI).

**Risultati** Il 45,2% dei soggetti risulta positivo alla BES, il 38% al BDI e il 28,57% all'EAT. 11 pazienti su 88 avevano BED. Nei BED il trattamento psico-comportamentale ha migliorato i parametri metabolici e il risultato dei test.

**Conclusioni** Nessuno di questi pazienti aveva mai ricevuto un inquadramento diagnostico adeguato. Una verifica del comportamento alimentare è consigliabile in tutti i DM2 in cui non si riesce ad ottenere un adeguato controllo metabolico. L'individuazione di un DCA o di depressione e il loro trattamento può avere riflessi su aderenza alle cure e compenso metabolico, con miglioramento della qualità della vita.

## Lesioni nodulari epatiche come inusuale manifestazione di mieloma multiplo in progressione: descrizione di un caso clinico

C. Scavariello<sup>1</sup>, G. Carnevale Maffé<sup>2</sup>, E. Travaglino<sup>1</sup>, E. Pagani<sup>1</sup>, G. Bertolino<sup>1</sup>, C. Pieresca<sup>1</sup>, P. Gobbi<sup>3</sup>, R. Invernizzi<sup>1</sup>, C.L. Balduini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Medica III, Università degli Studi di Pavia, Fondazione Irccs Policlinico San Matteo, Pavia,

<sup>2</sup>Ambulatorio Ecografia Clinica Medica I, Fondazione Irccs Policlinico San Matteo, Pavia,

<sup>3</sup>Clinica Medica I, Università degli Studi di Pavia, Fondazione Irccs Policlinico San Matteo, Pavia

Localizzazioni extramidollari in corso di mieloma multiplo (MM) sono rare. Possono interessare qualsiasi tessuto ed il loro riscontro si associa ad una malattia più aggressiva. Particolarmente atipico sembrerebbe l'interessamento epatico in pazienti in vita. Nell'articolo descriviamo un caso di lesione epatica diagnosticato mediante agobiopsia come localizzazione extramidollare di malattia in corso di mieloma multiplo in fase avanzata. Da studi post mortem il riscontro di coinvolgimento epatico in MM ha una prevalenza maggiore rispetto ai dati su pazienti in vita; appare pertanto necessaria una valutazione critica e clinica per confermare se davvero tale evento sia così insolito come precedentemente riportato.

## Embolie polmonari recidivanti in paziente con trait falcemico misconosciuto

C. Scavariello, F. Lodo, F. Quaglia, R. Invernizzi, C.L. Balduini

Clinica Medica III, Università degli Studi di Pavia, Fondazione Irccs Policlinico San Matteo, Pavia

Sono almeno 300 milioni i portatori di anemia falciforme nel mondo distribuiti con maggior prevalenza, tra il 30 ed il 40%, nell'Africa sub-Sahariana. Nei pazienti affetti da trait falcemico si osserva cronicamente uno stato di ipercoagulabilità ed una tendenza a disturbi dell'emostasi, eppure sono poco noti altri fattori genetici di rischio tromboembolico nelle popolazioni di colore, visto che i fattori di rischio tromboembolico comuni nei bianchi sono raramente osservati nei neri. Riportiamo il caso di un giovane paziente di origine camerunense, con pregressi multipli eventi di tromboembolismo polmonare ad eziopatogenesi ignota, ricoverato per trombosi venosa profonda nella Nostra Clinica all'età di 36 anni. La presenza di un trait falcemico è stato il principale fattore trombofilico identificato.

mente uno stato di ipercoagulabilità ed una tendenza a disturbi dell'emostasi, eppure sono poco noti altri fattori genetici di rischio tromboembolico nelle popolazioni di colore, visto che i fattori di rischio tromboembolico comuni nei bianchi sono raramente osservati nei neri. Riportiamo il caso di un giovane paziente di origine camerunense, con pregressi multipli eventi di tromboembolismo polmonare ad eziopatogenesi ignota, ricoverato per trombosi venosa profonda nella Nostra Clinica all'età di 36 anni. La presenza di un trait falcemico è stato il principale fattore trombofilico identificato.

## Schonlein-Henoch: rare case due to insect bite in an old man

M. Schettino, R. Giorgio, A. Gargiulo

U.O.C. Medicina Interna, Dipartimento di Medicina, A.O.R.N. S. Anna e S. Sebastiano, Caserta

Incidence of Schonein Henoch (HSP) is 1/6.660 in children and is rare 1/1.000.000 in adults. The presence of two criteria of American College of Rheumatology consent to exclude one another vasculites (sensitivity 87%, specificity 87.7%). In adults prognosis is often poor for frequent renal impairment due to rapidly progressive glomerulonephritis. We present a rare case of HSP in patient 71 years old, due to insect bite, with a positive outcome despite renal and visceral involvement.

Legs purpura was present one month prior to admission with colic after meals. Then purpura has been extended to thighs, trunk and upper limbs with hemorrhagic vesicles and superficial skin necrosis in perimalleolare seat. During hospitalization recurrent purpura on the trunk and the limbs, two episodes of abdominal angina, transient migrants arthralgias, transient increase of blood pressure (treated with clonidine im), two episodes of epistaxis and peri-malleolar edema, increased of creatinine serum up to 2.7 mg/dl with hyperkalaemia, proteinuria and hemoglobinuria. The treatment with prednisone 1 mg/ kg/day and appropriate supportive care led to gradual remission of purpura and arthralgias, and to renal function improvement that persists 6 months after discharge.

## Primary Sjogren Syndrome: rare case of polyneuropathy as onset in male

M. Schettino, R. Giorgio, A. Gargiulo

U.O.C. Medicina Interna, Dipartimento di Medicina, A.O.R.N. S. Anna e S. Sebastiano, Caserta

Incidence of Primary Sjogren Syndrome (PSS) is 0.3 -1.5%. PSS is much more common females (F/M 9 /1). Polyneuropathy occurs in 1.8% of patients with Sjögren Syndrome; usually is a late event associated with systemic disease. We present a rare case of PSS (according to Revised European-American Classification Criteria) in 46 years old man began with sensory motor polyneuropathy.

Admission to U.O.C. Neurology for recent onset of mild fever, ataxia and predominant lower limb dysesthesia and evidence of increased VES,  $\alpha$ 2 and Yglobulin; and negative cranial CT scan. No history of significant events or conditions. Following, electromyographic evidence of diffuse axonal degeneration, negative cryoglobulins, positive ANA and ENA with the presence of SS-A /Ro and SS-B/La. Painless palpable parotids with ultrasound confirmed enlargement and the presence of periductal inflammatory infiltrate composed of lymphocytes, histiocytes and plasmacells on biopsy; positive.

Schirmer test. Exclusion of frequently associated systemic autoimmune diseases and cancer with total body Tc, colon endoscopy and specific laboratory investigations.

Sensory motor polyneuropathy may occur as well as atypical onset of subclinical primary Sjogren in male.

## Hepatic portal venous gas caused by cardiogenic shock

A.M. Schimizzi, M. Burattini, S. Fabrizi, P. Agostinelli

Department of Internal Medicine, Asur 5 - Jesi (Ancona)

An 88-year-old man was admitted to the Internal Medicine Department with a pneumonia. One week later, after an appropriate Antibiotic therapy, he recovered. His stay was complicated with a thoracic and severe abdominal pain followed by progressive abdominal distention and hypotension. Physical examination revealed a distended abdomen with tenderness over the right side of the abdomen and absent abdomen sounds. Blood investigations was remarkable for elevation of amylase and lipase (793 IU/l and 972 U/l respectively). The total white count was  $15,490 \times 10^3/\text{mcl}$ . An ECG showed under level ST in leads V2-V6. Serum Troponin T was 0.11ng/ml.

Abdominal CT with contrast media showed an over-distended stomach and small intestine and air in the bowel wall (pneumatosis intestinalis) without thrombus or occlusion of the superior mesenteric artery. The gas was expanded within the intrahepatic portal vein and superior mesenteric vein. Patient was transferred to Intensive Cardiology Unit, and his further course was complicated by progressive cardiogenic shock and death.

In our patient, cardiogenic shock is likely to have resulted in poor mesenteric perfusion, which led to the non-occlusive mesenteric ischemia. Urgent laparotomy and bowel resection were indicated but unfortunately his condition did not allow him to undergo surgery.

## Diagnosi di Sindrome dell'intestino Irritabile: è sempre appropriata?

R. Schirripa<sup>1</sup>, S. Ziyada<sup>2</sup>, A. Perretti<sup>3</sup>, M.C. Zaccaria<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina D'urgenza Ospedale Sandro Pertini Roma,

<sup>2</sup>Dipartimento Emergenza Ospedale Sandro Pertini Roma,

<sup>3</sup>Medicina Interna 2 Ospedale Sandro Pertini Roma

**Introduzione** La sindrome dell'intestino irritabile IBS è una comune patologia che colpisce prevalentemente il colon. La prevalenza di tale malattia varia dal 2,4% al 22% variabilità probabilmente dovuta ai criteri diagnostici utilizzati.

**Materiali e metodi** C.G. 42 anni, ricoverato per epigastralgia e vomito biliare da 5 giorni, concomitava recente assunzione di nimesulide, all'EGDS diffusa iperemia, mentre emocromo evidenziava leucocitosi neutrofila. Ecografia e TAC addominale evidenziavano notevole versamento in sede periepatica e scavo pelvico, con ansa dell'ileo descritta a pareti spesse. Un tenue seriato, dimostrava la presenza di un tratto di intestino in regione iliaca ispessito a "pila di piatti". Il gastroenterologo deponeva diagnosi di IBS. Altre indagini tra cui la sierodiagnosi (Tifo) positiva per l'antigene O > 1:160 permetteva di chiarire il quadro infiammatorio.

Dcografia addome che rivelava: eccetto una diffusa iperemia con erosioni croniche in sede di antro e corpo circa 7 giorni in coD gbliscussione La diagnosi di Salmonellosi è giunta totalmente inaspettata; la IBS pareva essere la più attendibile vista l'aspecificità osservata.

**Conclusioni** Il caso è esempio di errata diagnosi di IBS mentre l'intuizione di possibile causa infettiva ha guidato verso la corretta diagnosi.

## La mucormicosi

A. Sebastianelli, M. Stoppo, V. Loguerchio

Uoc Medicina Interna, Azienda Ospedaliera S. Andrea, Roma

**Introduzione** La mucormicosi è una rara infezione granulomatosa cronica causata da miceti.

**Caso clinico** Uomo, 67 anni, cardiopatico, diabetico scompensato e complicato, giunge alla nostra osservazione per episodio sincopale. La TC cerebrale mostra riassorbimento delle strutture osteocartilaginee nasali con subtotale scomparsa del setto nasale osseo e dei turbinati, di parte delle cellule etmoidali e della parete mediale di entrambi i seni mascellari, con obliterazione con materiale ipodenso dei seni mascellari e sfenoidali. Nel sospetto di mucormicosi, si richiede RMN encefalo che conferma il quadro tc. Viene quindi sottoposto ad intervento chirurgico di detersione del cavo naso-etmoide-basi cranio e a terapia con amfotericina B.

**Conclusioni** I miceti possono essere assunti per inalazione, ingestione o inoculazione in seguito a un trauma lieve. La forma più frequente è quella cranio-facciale con infezione nasale o dei seni paranasali, infiltrazione e grave danno da parte delle ife fungine nel palato duro, nelle guance e nel cervello. Altra manifestazione può essere a carico del polmone con trombosi e infarti.

## Gender effect on the relation between diabetes and hospitalization for heart failure

C. Seghieri<sup>1</sup>, M. Rapanà<sup>2</sup>, S. Del Prato<sup>3</sup>, G. Seghieri<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Scuola Superiore S. Anna, Laboratorio Mes, Università di Pisa,

<sup>2</sup>Sezione di Epidemiologia, Usl3, Pistoia,

<sup>3</sup>Dpt. di Endocrinologia e Metabolismo, Sezione Malattie del Metabolismo e Diabetologia, Università di Pisa,

<sup>4</sup>Uo Medicina 2, Spedali Riuniti, Pistoia

**Aim of the study** Cardiovascular risk among diabetic patients is twice as much the one for non-diabetic individuals and even greater when diabetic women are considered and heart failure (HF) is a common unfavorable outcome of cardiovascular disease in diabetes. However, a comparison among sexes of the prevalence of HF in hospitalized diabetic patients remains limited.

**Materials and methods** We evaluated the association diabetes-HF by reviewing the medical records of all subjects discharged from the Internal Medicine and Cardiology Units of all hospitals in the Tuscany region during the period January 2002 through December 2008.

**Results** Patients discharged by Internal Medicine were older, more represented by women, and had a lesser number of individuals coded as diabetic ( $p < 0.05$  for all). Relative risk for HF (95% CI) was significantly higher in patients with diabetes, irrespective of gender [1.39 (1.36-1.41) in males; 1.40 (1.37-1.42) in females]. When the diabetes-HF association was analyzed according to decades of age, a "horse-shoe" pattern was apparent with an increased risk in 40-59 years old in female patients discharged by Internal Medicine.

**Conclusions** Although there is not a difference in the overall HF risk between hospitalized male and female diabetic patients, women have an excess risk at perimenopausal age.

## ★ Carcinoid with and without syndrome

M.G. Serra, G. Cassati, Y. Hadad, A. Piccinni, M. Polo, L. Sansone

U.O.C. Medicina-Az.Osp."Cardinale Panico"-Tricase (Le)

**Introduction** Carcinoid tumors are rare tumors, benign or malignant, developing from enterochromaffin cells, 65% in the gastrointestinal tract, 25% in the lung, 10% anywhere. Carcinoid is diagnosed by endoscopy, barium x-ray, capsule enteroscopy. Rectal carcinoid tumors are often discovered incidentally at the time of <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=327> colonoscopy.

**Case report** 80 years old man was admitted to Medicine for persisting diarrhea and weakness. Normal blood cell count, renal and hepatic function. No infective disease. Colonoscopy showed a polyp on stalk (< 1

cm). Polypectomy was performed. Histology revealed a carcinoid tumor. The urinary excretion of 5-HIAA was normal, mild increased chromogranin and serotonin. Patient was discharged asymptomatic in octreotide therapy. No recurrence at three years follow up.

**Discussion** Carcinoid syndrome (flushing, diarrhea, wheezing) is rare in rectal carcinoid tumors. Carcinoid syndrome diagnosis can be confirmed by measuring of 5-HIAA in urine/24 hour. The carcinoid syndrome can be controlled with medication. CT and MRI, Indium111, octreotide scans, bone scan for metastasis diagnosis, surgery, cryotherapy, radiofrequency ablation, interferon therapy, chemotherapy, radiotherapy for management. Chromogranin A is used for predicting prognosis. Patients with high chromogranin A levels have worse survival than those with lower levels.

### La semeiotica nel dolore addominale

C. Serraino, C. Brignone, C. Bracco, S. Severini, E. Castagna, A.V. Giraud, F. Pomero, A. Silvestri, D. Ferrigno, L.M. Fenoglio

S.C. Medicina Interna, Aso S. Croce e Carle, Cuneo - Scuola Specializzazione Medicina Interna, Università Di Torino

Uomo, 66 aa: addominalgia da circa 1 mese con recente esacerbazione. Ricovero c/o Gastroenterologia 1 mese prima: dimesso con diagnosi di enterite acuta, incidentaloma surrenalico e piccolo aneurisma iliaco sx. Alle immagini TC apprezzabile aterosclerosi aortica. All'osservazione iconografica: manicotto periaortico non meglio definibile. Anamnesi patologica remota: ipertensione arteriosa, nefrectomia dx per neoplasia ureterale. All'E.O. non elementi di rilievo, fatta eccezione per il dolore addominale terebrante con sospetta patologia di parete aortica, per cui prontamente ricoverato e sottoposto a studio tomografico addominale urgente: rottura di parete aortica. Riscontro intraoperatorio di rottura settica dell'aorta: esclusione endoprotecnica aorto-monoiliaca sx, esclusione di arteria renale in monorene, bypass femorale sx-dx e iliaco comune dx-renale sx. In prima giornata occlusione del graft renale sx e avviamento a emodialisi. Nel post-operatorio: positività emocolturale a Salmonella Choleraesuis. La prevalenza di arteriti microbiche nella popolazione adulta è 0.06-0.65%, con insorgenza su arterie generalmente non aneurismatiche. Localizzazione caratteristica è l'aorta intrarenale e i microrganismi più frequentemente responsabili sono Staphilococco Aureus e Salmonella. Fattori eziopatogenetici sono: aterosclerosi e batteriemia

### Profilassi del TEV con fondaparinux in Medicina Interna

F. Silvestri<sup>1</sup>, A. Labombarda<sup>1</sup>, A. Barbi<sup>1</sup>, R. Burri<sup>1</sup>, M. Desideri<sup>1</sup>, P. Guidi<sup>1</sup>, A. Rogato<sup>1</sup>, M. Zaramella<sup>1</sup>, S. Pasca<sup>2</sup>, G. Barillari<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Soc Medicina Generale, Ospedale di Latisana(Ud),

<sup>2</sup>Sos Malattie Emorragiche e Trombotiche, Dipartimento di Medicina Trasfusionale Av Udinese, Aou Smm. Udine

**Premessa e scopo dello studio** Alcune patologie internistiche hanno un livello di rischio tromboembolico moderato/alto e richiedono profilassi. Scopo del presente studio: esplorare nella pratica clinica efficacia, sicurezza e tollerabilità del fondaparinux nel setting internistico.

**Materiali e metodi** Inclusi pazienti consecutivamente ricoverati in medicina con: scompenso cardiaco NYHA III/IV, malattia respiratoria riacutizzata, malattie infettive, autoimmuni, oncologiche e infiammatorie, e con allettamento previsto  $\geq$  4 giorni. Criteri di esclusione: metastasi cerebrali, doppia antiaggregazione, malattia emorragica, endocardite, stroke, neurochirurgia e chirurgia oculistica. Profilassi con fondaparinux 2,5 o 1,5 mg 1 volta/die (determinato su N. piastrine, INR, clearance creatinina) fino a termine ospedalizzazione. Interviste telefoniche fino a 3 mesi dalla dimissione.

**Risultati** Arruolati 109 pazienti (54 M e 55 F), età media 77, mediana

79, range 32-98. Nel 61% dei casi usata dose di 2,5 mg/die. Durata media della terapia 12 giorni. Principali indicazioni: scompenso cardiaco 38%; malattie respiratorie 35%; malattie oncologiche 14%. TEV sintomatico o emorragie maggiori: mai riscontrati. Un caso di emorragia minore: emoftoe in K polmone.

**Conclusioni** Fondaparinux si è dimostrato efficace, sicuro e tollerabile nella profilassi del TEV anche nel setting internistico.

### Gastric intramural hematoma with hemorrhage in a patient with primary amyloidosis

M. Sorlini<sup>1</sup>, G. Damiani<sup>2</sup>, G. Montani<sup>2</sup>, M. Patelli<sup>1</sup>, C. Pirali<sup>1</sup>, A. Salvi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università di Brescia,

<sup>2</sup>Medicina Generale 3 - Ospedale Civile di Brescia

**Introduction** Intramural hematoma of the gastrointestinal tract is an uncommon disorder. Gastric hematoma is very rare and can result from endoscopic therapy, coagulopathy, trauma, and amyloidosis. Amyloidosis of the gastrointestinal tract is a rare disease. Amyloidosis of stomach is uncommon, fatal hemorrhagic accidents appear to be rare

**Case report** A 61-year-old woman known to have primary AL amyloidosis and ischemic heart disease, on treatment with dual antiplatelet therapy, developed hematemesis. Gastroscopy disclosed a huge intramural hematoma on the middle body of the stomach. Dual antiplatelet therapy was suddenly discontinued and the patient was treated conservatively. A subsequent gastroscopy revealed complete resolution of the gastric hematoma. Low dose of aspirin was restarted but patient suffered recurrent formation of huge gastric hematoma with bleeding. Therapeutic arterial embolization was successfully completed. Nevertheless the patient didn't improve.

**Discussion** This is a case of gastric intramural hematoma with hemorrhaging in a patient with primary amyloidosis who was on antiplatelet therapy for ischemic heart disease. These data suggest that whenever possible anticoagulant and antiplatelet therapy should be avoided in patients with amyloidosis of gastrointestinal tract to prevent fatal hemorrhagic accidents.

### Transient loss of consciousness in Emergency Department: a retrospective review

A. Spada, A. Ulissi, R. Maida

<sup>1</sup> Medicina per l'Urgenza, A.O. San Giovanni Addolorata, Roma

Syncope is a prevalent disorder, accounting for high percentage of ER referrals and hospital admissions each year.

A 3 month retrospective review was undertaken in our ER department. 132 pts were hospitalized for syncope (admission rate approx 50% of ER visits): 35 pts were diagnosed as syncope (out of 35, 17 pts had cardiac syncope), 17 as pre-syncope, 14 as epilepsy, 6 had TIA, 23 pts had metabolic disorders (hypoglycaemia in diabetes, hypoxia in COPD), vertigo or accidental falls. Unexplained transient loss of consciousness associated to co-morbidities, such as chronic cerebrovascular disease, was referred in 36 pts. Among the 132 pts, 83% were elderly (age > 65 yrs). The mean in-hospital stay was 11 days. All pts underwent clinical evaluation (history/physical), BP assessment, 12-lead EKG, routine blood tests. Up to 93% underwent Brain TC-scan or NMR and ~ 50% EEG, echocardiogram, Holter monitoring and carotid doppler ultrasonography. These tests were diagnostic respectively: EEG 28%, Holter 20%, echocardiography 2%, carotid Doppler 7% and TC/MNR 3%. Diagnosis was achieved in 60% of pts with detailed history and physical examination. International guidelines for diagnosis of syncope are still incompletely applied in clinical practice and diagnostic tests are often used inappropriately

### **Cuore e sclerodermia: quando prevale il danno valvolare**

T. Spadafina, T. Diana, T. Sciancalepore, C. Volpe

U.O. Cardiologia P.O. Molfetta

Presso la nostra UTIC giunge donna di 55 anni con precordialgie; segni obiettivi di scompenso cardiaco congestizio. Affetta da sclerosi sistemica a interessamento cutaneo, articolare, polmonare, gastrico, fenomeno di Raynaud, AMA positiva, in terapia steroidea.

Troponinemia, gammaGT, fosfatasi alcalina aumentate, emocromo, VES, PCR nei limiti.

ECG: tachicardia sinusale, onda P polmonare, anomalie tratto ST in sede anteriore.

Ecocardiocolordoppler: disfunzione ventricolare severa FE20%, stenosi aortica moderato-severa, lieve ipertensione polmonare.

Si praticano diuretici, ASA, clopidogrel, enoxaparina.

DGS di IMA NONQ complicato da EPA, prognosi sfavorevole.

Nella SS danni cardiaci più comuni sono: disfunzione ventricolare diastolica, turbe della conduzione, versamento pericardico.

In questo caso inusuale, l'instabilità cardiovascolare non deriva da un cuore polmonare cronico bensì dalla grave degenerazione valvolare aortica tale da sfiancare il VS e provocare ischemia miocardica.

### **Dalla gestione della FA alla fine diagnosi di mieloma: l'essere internisti anche in UTIC**

T. Spadafina, T. Diana, T. Sciancalepore, C. Volpe

U.O. Cardiologia P.O. Molfetta

Le recenti linee-guida sulla Fibrillazione atriale enfatizzano la profilassi tromboembolica nei soggetti ad alto e medio rischio, ma ogni caso ha le sue peculiarità.

Viene trasferito presso nostra UTIC uomo di 69 anni obeso, iperteso, nefropatico per recidiva di F.A. a alta frequenza, che viene cardiovertita con amiodarone ev.

Escluso un danno ischemico, alle dimissioni per distiroidismo si prescrive in prevenzione il dronedarone, ma non la terapia anticoagulante orale!

Scopriamo infatti che il pz proveniva da ambiente internistico ove era ricoverato per grave broncopolmonite, allettato per frattura patologica D12. TAC rachide rileva lesione osteolitica D9; all'ELF piccola componente monoclonale tipizzata lambda, positiva proteinuria di Bence-Jones (catene leggere libere kappa e lambda in urine).

Caso fortemente suggestivo di mieloma multiplo micromolecolare, viene avviato rapidamente a biopsia osteomidollare; si soprassedie temporaneamente saggiamente alla TAO.

### **Un anno di embolie polmonari: revisione critica della casistica UTIC Molfetta**

T. Spadafina, F. Amoroso, A. Balzano, V.M. Bonfantino, T. Diana, G. Gatti, M. Magistro, G. Valente, R. Villoni, T. Sciancalepore, C. Volpe

U.O. Cardiologia P.O. Molfetta

L'embolia polmonare si manifesta variamente, anche in rapporto all'età dei pazienti.

Abbiamo analizzato i casi di embolia polmonare ricoverati presso l'U.O. di Cardiologia P.O. di Molfetta nel 2010.

2% dei casi ricoverati nell'anno, età media 79 aa.

Sette casi su 12 erano pazienti allettati, con involuzione cerebrale senile, due di essi reduci da pochi gg da intervento ortopedico per frattura di femore; gli altri 5 erano embolie paraneoplastiche in pz terminali. All'esordio hanno prevalso turbe del sensorio e/o dispnea; i ddimeri

sempre elevati (in media 15 volte la norma). ECG e ecocardiogramma sono risultati patognomonicamente di danno delle sezioni dx solo in un terzo dei casi; ANGIOTAC sempre diagnostica.

Praticata tx con EBPM, non trombolisi, con un solo evento emorragico maggiore.

Prognosi peggiore nei giovani neoplastici.

L'embolia polmonare ci risulta pertanto patologia geriatrica, paucisintomatica all'esordio, raramente massiva, meno aggressiva nell'anziano.

### **Il paziente con scompenso cardiaco ricoverato in medicina interna viene sottoposto a procedure interventistiche cardiologiche?**

W. Spagnolli, M. Bontorin, F. Giannini, E. Sarò, V. Di Pietro, A. Fracalossi, M.T. Calari, L. Giuditta, M. Giampiccolo, S. Garavelli

U.O. di Medicina Interna Ospedale di Borgo Valsugana, Trento. Apss del Trentino

**Premessa** Nel paziente con scompenso cardiaco (HF) deve essere definita la cardiopatia di base (c.) per verificare la necessità di terapie interventistiche.

**Scopo del lavoro** Studiare la casistica di pazienti con SC di una UO di Medicina Interna (MI) in termini di cardiopatia e di procedure interventistiche adottate.

**Materiale e metodi** È stata valutata la casistica di HF della UO di MI dell'Ospedale di Borgo Valsugana, struttura con meno di 100 posti letto cui afferisce una utenza di 50.000 abitanti, UO di MI attiva in rete con la UO di Cardiologia (UO Ca) di Trento.

**Risultati** Sono stati valutati 306 casi di HF, età media 78±10 anni, 49% maschi; c. di base: 36% (n.109) ischemica, 31% (n.96) valvolare, 21% (n.65) ipertensiva, 7% (n.21) cuore polmonare, 6% (n.18) dilatativa. Nel 53% dei casi era presente una FE >45% e nel 57% una FE <45%. Nel 13% (39 casi) è stato fatto un approccio interventistico: 28 casi (9%) rivascularizzazione miocardica, 5 casi (1.6%) sostituzione valvolare, 9 casi (3%) impianto di pace maker, 5 casi (2%) impianto pacemaker biventricolare, 1 caso trapianto cardiaco, 2 casi ablazione per aritmia.

**Conclusioni** In tutti i soggetti con SC è stata identificata la cardiopatia di base e nel 13.0% dei casi è stata data indicazione ad una procedura interventistica nonostante l'età media elevata dei pazienti.

### **Strategies of management of acute coronary syndrome in an Internal Medicine Division of a Trentino Valley Hospital**

W. Spagnolli, F. Giannini, V. Di Pietro, L. Giuditta, M. Giampiccolo, P. Marini, S. Costa, S. Garavelli, E. Sarò

U.O. di Medicina Interna Ospedale di Borgo Valsugana, Trento. Apss del Trentino

**Background** The acute coronary syndrome (ACS) is frequently admitted into Internal Medicine Division (IM).

**Aim of the study** to evaluate the management and mortality of ACS cases admitted in a IM of a Hospital of a Trentino Valley.

**Methods** We evaluated cases of ACS in a IM of Borgo Hospital, a structure with fewer than 100 beds in a mountainous area; this Hospital is active in the network system with the Cardiology Division of Trento.

**Results** N. 85 cases of ACS were studied during last year (N. 8 STEMI and N. 77 NSTEMI), age 75 ± 11 years, 51% male. Patients with STEMI were sent to the Cardiology Division for primary coronary angioplasty. Patients with NSTEMI were hospitalized in IM Division, some of these, 47 (55%), received medical therapy (Group A), the others, N. 38 (45%), were sent to coronary angiography (Group B). The hospital mortality was 8% (4 cases) in Group A, all patients were aged > 87 year, no deaths were detected in Group B. The mortality at one year was 15% (7 cases) in Group A and 3% (one case) in Group B.

**Conclusion** The SCA is a clinical problem frequently found in the IM Division, so it is necessary that the internist has expertise in clinical cardiology. A reflection should be made on cases of one year mortality in the group of NSTEMI, that has not undergone a coronary angiography.

### The use of low doses of simvastatin and ezetimibe may be useful in case of prior myopathy due to antilipidic drugs

V. Spagnuolo<sup>1</sup>, F. Cetraro<sup>1</sup>, R. Cutrupi<sup>1</sup>, T. Bartolillo<sup>1</sup>, N. Greco<sup>1</sup>, M. Sprovieri<sup>1</sup>, M. Ferraro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uoc di Medicina Interna, So "Annunziata", Ao Di Cosenza,

<sup>2</sup>Uoc Di Medicina Interna, So "Beato Angelo", Acri, Asp Di Cosenza

The use of lipid-lowering drugs can significantly reduce the occurrence of morbidity and mortality. Currently there is a tendency to use more powerful drugs than before in order to achieve a greater reduction in cardiovascular risk. Unfortunately, some patients show intolerance to the use of lipid-lowering drugs primarily for the appearance of myopathy.

We report the case of a male, 61 years old, with severe hypercholesterolemia (334 mg/dl, LDL 251 mg/dl) associated with atherosclerotic carotid stenosis. Over time, the patient received treatment with statins and fenofibrate. In all cases the patient experienced myalgia and increased CPK levels.

We treated patient with ezetimibe 10 mg and, due to onset of myalgia, with increased CPK, with nicotinic acid+laropirant. Also this treatment was associated with myalgia and increased CPK. For this reason, was prescribed therapy with ezetimibe+simvastatin 5 mg+5 mg. After 8 weeks, patient showed cholesterol:193 mg/dl, LDL: 117 mg/dl, CPK: 384 mg/dl without myalgia.

We reported this case because the treatment with low doses of two lipid-lowering drugs was able to significantly reduce lipid values. In the era of aggressive treatment with lipid-lowering drugs, the low-dose should be considered in patients who would otherwise remain untreated due to side effects.

### Non high density lipoprotein cholesterol is more strongly associated to carotid plaques than LDL cholesterol in Italian hypertensive patients

V. Spagnuolo<sup>1</sup>, F. Cetraro<sup>1</sup>, R. Cutrupi<sup>1</sup>, N. Greco<sup>1</sup>, T. Bartolillo<sup>1</sup>, M. Sprovieri<sup>1</sup>, M. Ferraro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uoc di Medicina Interna, So "Annunziata", Ao di Cosenza,

<sup>2</sup>Uoc Di Medicina Interna, So "Beato Angelo", Acri, Asp Di Cosenza

Several reports have recently showed the prognostic utility of non high-density lipoprotein-cholesterol (non-HDL-c) levels. Non-HDL-c level is determined by subtracting the high-density lipoprotein cholesterol level from the total cholesterol level and thus encompasses not only low-density lipoprotein cholesterol (LDL-c), but also the cholesterol contained in atherogenic, triglyceride-rich particles like remnants.

Our study compares non-HDL-c and LDL-c with the prevalence of carotid plaques, that is a marker of subclinical atherosclerosis, in a group of Italian hypertensive out-patients.

Biochemical measurements of non-HDL-c and LDL-c and echo of carotid artery were determined in 84 hypertensive patients, aged 70.56±11.51 years. We evaluated the prevalence of carotid plaques (defined as intima-media lesions ≥ 1.2 mm) in all this patients.

Patients with increasing levels of non-HDL-c (≥ 130 mg/dl) showed higher prevalence of carotid plaques (expressed as number of plaques/patient) vs patients with lower values of non HDL-c (rate 1.28 vs 0.94).

Patients with higher LDL-c levels (≥ 110 mg/dl) showed similar prevalence of carotid plaques vs patient with lower LDL-c levels (rate 0.92 vs 1).

Our data support the use non-HDL-c above LDL-c for identifying hypertensive patients with atherosclerotic plaques of carotid arteries.

### A case of Adult Still's disease

A. Spighi, C. Bentivenga, S. Bacchelli, N. Malavolta, E. Tartagni, F. Santi, C. Borghi

Dipartimento di Medicina Interna, dell'Invecchiamento di Malattie Nefrologiche, Università di Bologna

F.S., 39 years old, Caucasian, was admitted in our Hospital Division for a persistent fever, which was resistant to antibiotics, NSAIDs and steroids, cutaneous lesions and odynophagia. We observed small erythematous papules localized especially in acral regions, far from bouts of fever. Furthermore there was functional limitations involving especially inferior limbs, headache, weakness and a severe pain.

After stopping steroids, we observed fever and pain remission.

Laboratory exams showed an alterations of acute phase indexes, neutrophilic leukocytosis, an increase of muscle cytonecrosis indexes and an increase of ferritinemia.

The remaining rheumatologic and microbiological exams were negative. Also Bone marrow biopsy and abdominal sonography were negative. EMG and muscle biopsy didn't show a clear inflammatory muscle disease.

Appearance of hand arthritis signs, confirmed by Doppler ultrasound, indicated the suspect of an Adult Still's disease.

The presence of 4 major criteria (fever, arthralgia, erythema, neutrophilic leucocytosis) and 2 minor criteria (negativity of ANAs and RF) suggest the diagnosis.

Rarely a myositis goes with systemic signs; thus we cannot exclude an iatrogenic effect.

### The FADOI Tuscany Stroke Registry

S. Spolveri<sup>1</sup>, R. Innocenti<sup>2</sup>, G. Panigada<sup>3</sup>, G. Landini<sup>4</sup>, R. Laureano<sup>5</sup>, A. Morettini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Ospedale San Ggiovanni di Dio Firenze,

<sup>2</sup>Medicina Aou Careggi, Firenze,

<sup>3</sup>Medicina Ospedale Della Valdinievole Pescia (Pt),

<sup>4</sup>Medicina Ospedale S.M. Nuova Firenze,

<sup>5</sup>Medicina S.M. Annunziata Firenze

From 1 July 2010 the FADOI Tuscany Stroke Registry is on-line. It 's a database designed to collect clinical information and management of stroke patients admitted to hospitals in the region, both in Department of Internal Medicine that of Neurology and Geriatrics. The Registry is hosted on a server connected to the Internet. Access to the register is allowed only to registered users via password, passing the site [www.fadoitoscana.org](http://www.fadoitoscana.org). The data of all stroke patients are placed anonymously in accordance with the laws of privacy, after informed consent. The purpose of the registry is to assess the current state of management of acute stroke in Tuscany, seeking information on the timing of admission, diagnosis and treatment in the emergency and in-hospital phase, and information concerning the destination at discharge, the prescribed therapies and outcome at 3 months follow-up. In this way we can also get useful informations about economic evaluation that will be submitted to regional authorities. In the registry you can use a statistical application that allows for real-time values (mean and absolute) relative to its center and how they relate to the average value of the region, enabling a function of internal auditing and monitoring standards. So far have been recorded more than 600 patients.

## Prevalence of depression in Type 2 Diabetes

P. Sposito, A. Iacopino, A. Orlando

Uo Medicina Interna, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Papardo-Piemonte, Messina

**Aim** As well known, depression represents a clinical condition frequently found in diabetics. The purpose of this study was to evaluate the prevalence of depression in the diabetic population admitted in our Unit and to assess whether it was higher than the general population as reported by several studies already published.

**Materials and methods** Have been examined all 3145 patients (1481 men equal to 47.1% and 1664 women equal to 52.9%) hospitalized in our Division. Of these, 1163 (37%) were suffering from diabetes. Moreover, all the patients with diabetes were evaluated with the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale to evaluate if they were suffering from depression.

**Results** Of these diabetic subjects, 437 (37.5%) showed no signs of depression, 401 (34.5%) were suffering from mild depression, 203 (17.5%) from moderate depression and 122 (10.5%) from severe depression.

**Conclusions** Assessing patients hospitalized in our Division in 2007–2009, depression was common in the diabetic population. It seems to have higher prevalence than the general population. Furthermore, it seems to be a prevalence of depression in diabetic women compared to men suffering from diabetes. It confirms the observation that it is more frequent in diabetic population treated with insulin therapy

## Evaluation of cardiovascular risk in non-diabetic individuals, first-degree relatives of patients with type 2 diabetes

P. Sposito, A. Orlando, A. Iacopino

Uo Medicina Interna, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Papardo-Piemonte, Messina

**Aim** To evaluate the degree of risk for cardiovascular events in first-degree relatives of patients with type 2 diabetes.

**Materials and methods** We studied the non diabetic relatives of patients. The screened population was composed of 385 subjects, 207 males (53.7%) and 178 females (46.3%). All the subjects enrolled in the study had fasting glucose levels (measured 2 times) less than 110 and were not suffering from other endocrine disorders.

**Results** The pathologies observed were: alterations of body weight [204 overweight (53.0%) 94 obese (24.4%)] hypertension 237 (61.5%) and dyslipidemia 219 (56.9%). In 76 patients (19.7%) were found electrocardiographic alterations suggestive for ischemic heart disease and 68 patients (17.6%) showed arrhythmias. 21 patients (5.4%) related symptoms suggestive of claudicatio intermittens that was present in 16 of them (4.1%) after evaluation to ecocolor Doppler.

**Conclusions** The first-degree relatives of individuals with type 2 diabetes seem to show a prevalence of diseases responsible for the increased cardiovascular risk than the general population. And this, despite the absence of concomitant diabetes. Probably, genetic predisposition but also environmental conditions as lifestyle, socioeconomic and cultural backgrounds of the analyzed population, affect in determining these data.

## Un caso di pancitopenia e polineuropatia

S. Spoto, C. Taibi, S. Fazzina, F. Cucciniello, E. Sgambato, E.R. Campanale, B. Curcio, L. Botticella, M. Cortigiani, G. Grasso, D. Cavalieri, A.G. Cecere, M. Boscolo, L. Manfredonia, S. Costantino

Area di Medicina Interna, Policlinico Campus Bio-Medico di Roma

**Background** La carenza di vitamina B12 provoca anemia macrocitica e

può danneggiare il sistema nervoso, provocando una sindrome midollare che coinvolge le colonne posteriori e corticospinali laterali. I meccanismi alla base del danno non sono noti ma potrebbero essere correlati al deficit di S-adenosilmetionina, necessaria alla sintesi della mielina. La terapia con vitamina B12 parenterale arresta la progressione della malattia se viene instaurata precocemente; tuttavia il danno avanzato del sistema nervoso non è completamente reversibile.

**Caso clinico** Uomo di 68 anni con dolore ipogastrico ricorrente, parestesie acrali e sincopi ricorrenti da sei mesi, si ricovera per ritenzione urinaria totale. Alle indagini si evidenziano pancitopenia con anemia perniciosa, polineuropatia sensitiva di tipo assonale e neuropatia autoimmune Helicobacter pylori positiva.

**Conclusioni** La tempestiva somministrazione della terapia sostitutiva con vitamina B12 parenterale e della terapia antibiotica eradicante l'Helicobacter pylori hanno condotto alla regressione dei sintomi a sei settimane.

## Un caso di dolore addominale trafittivo

S. Spoto, C. Taibi, S. Fazzina, F. Cucciniello, E. Sgambato, E.R. Campanale, B. Curcio, L. Botticella, M. Cortigiani, G. Grasso, D. Cavalieri, A.G. Cecere, E. Valeriani, C. Spina, S. Costantino

Area di Medicina Interna, Policlinico Campus Bio-Medico di Roma

**Background** Gli aneurismi dell'arteria renale sono rari e spesso rappresentano reperti radiologici occasionali. Quando non secondari a disordini congeniti, essi sono di natura degenerativa o post-traumatica. Raramente essi sono sintomatici. L'ischemia renale è stata descritta in casi sporadici. Il trattamento rimane controverso.

**Caso clinico** Uomo di 32 anni con dolore lombare grave irradiato anteriormente in fianco e fossa iliaca omolaterale e Manovra di Giordano positiva. Alla TC addome effettuata nel sospetto di nefrolitiasi non rilevabile all'ecografia, evidenza di ischemia renale da pseudoaneurisma dell'arteria renale di 1.5 cm. Egli ha effettuato il posizionamento per via percutanea di stent-graft con esclusione dello pseudoaneurisma in assenza di complicanze.

**Conclusioni** Questo caso clinico mostra l'anomala presentazione clinica di un aneurisma dell'arteria renale che simula una colica renale in un giovane adulto. Si testimonia inoltre l'efficacia del relativo trattamento percutaneo.

## Un caso di poliendocrinopatia

I. Stefani, L. Marchionni, S. Biagiotti<sup>3</sup> M. Cimpanelli, M.T. Lavazza, A. Mazzone

U.O. Medicina Interna - Ospedale di Legnano

Le Sindromi Poliendocrine Autoimmuni sono definite come uno stato di insufficienza endocrina multipla associato ad un quadro fisiopatologico autoimmune. Descriviamo il caso di un uomo di 47 anni giunto alla nostra osservazione per scompenso glicometabolico in paziente affetto da Diabete Mellito di tipo 1. In anamnesi patologica remota si segnala diagnosi di Sarcoidosi non ulteriormente specificata. All'esame obiettivo generale rilievo di Vitiligine. Le indagini di laboratorio e strumentali sono state pertanto indirizzate anche allo studio di eventuali ulteriori associazioni con patologie a genesi autoimmune. È stata riscontrata Tiroidite di Hashimoto ancora in quadro di eutiroidismo. Ad esame ecografico e tomografico addominale riscontro di ipertrofia surrenalica sinistra senza alterazione dei valori di cortisolemia e cortisolemia e del test di stimolo con ACTH, normalità del dosaggio di renina e aldosterone e dei metaboliti urinari delle catecolamine. Negativa inoltre la ricerca di anticorpi anti-cellule parietali gastriche e anticorpi anti-transglutaminasi, nella norma i valori di Testosterone così come normali sono risultati i valori di calcemia e paratormone. Abbia-

mo concluso con diagnosi di Sindrome Poliendocrina Autoimmune classificata nel terzo gruppo secondo i criteri modificati di Neufeld del 1980.

### Call centre clinic: an innovative model for hospital/territory integrated care

I. Stefani<sup>1</sup>, E. Porazzi<sup>2</sup>, E. Foglia<sup>2</sup>, B. Marzia<sup>2</sup>, C. Poesio<sup>3</sup>, M.V. Calloni<sup>4</sup>, P. Perrone<sup>4</sup>, A. Mazzone<sup>5</sup>, C. Dotti<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna-Dipartimento Medico-Ao Legnano (Mi),

<sup>2</sup>Crems-Università Cattaneo-Liuc-Castellanza (Va),

<sup>3</sup>Servizio Attività Territoriali-Ao Legnano (Mi),

<sup>4</sup>Neurologia-Dipartimento Medico-Ao Legnano (Mi),

<sup>5</sup>Dipartimento Medico-Ao Legnano (Mi)

Progressive aging and growing incidence of chronic disease produce a “fragile” catchment area, in terms of health, social and care conditions. To design organisational models to ensure continuity of care, protected resignations and Hospital/Territory integration, we propose a Call Centre Clinic of multi-specialist care for Internal Medicine. Objectives are to support protected resignation of “fragile” patients, continuity of treatment, reduction of repeated hospital admissions, improvement of patient and family satisfaction. This was achieved through a dual clinic/phone management, the definition of a case manager, a personalised care plan, the involvement of caregiver and the patient’s GP. Between September 2010 and January 2011 there were 1122 health services provided and 145 evaluated patients. Although limited by reduced observation time, efficacy results obtained from tests have proved higher with respect to other organisational models relating to heart failure and chronic diseases (respiratory failure, OCBP), showing a percentage of the re-admissions within 30 days, for the same diagnosis on the total patients taken in care, equal to 8,5% (12,8% within 90 days). In a customer satisfaction rating scale of 1 to 7, it is shown a mean score of overall rating equal to 6.3, with 6.5 for information and ability to be involved.

### ★ Thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis (THPP): a challenge for the Internal Medicine physician

F. Stella, L. Gottardo, S. Pianetti, M. Busetto, A. Semplicini

Medicina Interna 1, Ospedale Ss. Giovanni e Paolo di Venezia; Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Padova

Thyrotoxic hypokalemic periodic paralysis (THPP) is an emergency showing up with sudden onset of acute muscle hypo-asthenia associated with hypokalemia, due to sudden intracellular potassium shift. It develops in 2-3% of thyrotoxic Asian patients. It is often undiagnosed in Western countries because of subclinical thyrotoxicosis at onset. Polymorphism of the CACNA1S gene (coding for a calcium channel) has been demonstrated in Asiatic THPP patients; the genetic pattern in Western patients is unknown. Standard treatment includes  $\beta$ -blockers and thyrostatic drugs. Hypokalemia should not be treated with high potassium doses due to the risk of hyperkalemic rebound

We report the clinical outline in a 43 year old Caucasian man presenting at ED with onset of tetraparesis. EKG and blood gas analysis were unremarkable, but serum potassium was 1,9 mEq/L. Clinical examination revealed only tetraparesis affecting the lower limbs more than the upper. Slow potassium infusion was administered. On day 3, because of the evidence of high T3 and T4 levels with suppressed TSH.  $\beta$ -blocking and thyrostatic therapy was administered with complete regression of all the neurological signs.

This clinical case, the third reported in an asymptomatic hyperthyroid Caucasian, underlines the importance of studying thyroid function in case of hypokalemic paralysis.

### Thyroiditis: a case report of our Hospital ward

E. Stellitano<sup>1</sup>, A. Nucera<sup>1</sup>, B. Carerj<sup>1</sup>, F. Caserta<sup>1</sup>, F. Demetrio<sup>1</sup>, P. Lipari<sup>1</sup>, G. Meduri<sup>1</sup>, A. Scordo<sup>1</sup>, I. Tarzia<sup>1</sup>, A. Stellitano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O.C. Medicina Interna P.O. Melito Porto Salvo(Rc),

<sup>2</sup>U.O.C. Medicina Interna D.U. Medicina Interna A. O. U. Università Di Messina thyroperoxidase (TPO), thyroglobulin (Tg)

**Background** We evaluated patients discharged from our hospital ward from 1/1/2009 to 12/31/2020; 11 patients discharged with diagnosis of “Thyroiditis” were included in our study.

**Methods** We considered: age, sex (10 F, 1 M), range of age (33-93 years old), average age (65 years old). First classification was: thyroiditis without goiter (5/45,5%); thyroiditis with goiter (6/54,5%); thyroiditis with hyperthyroidism (4/36,36%); thyroiditis with hypothyroidism (3/27,27%); thyroiditis with euthyroidism (4/36,36%). Second classification considered: thyroiditis TPO-Ab positive (2/11 – 18,18%); thyroiditis Tg-Ab positive (3/11 – 27,27%); thyroiditis both TPO-Ab and Tg-Ab positive (6/11 – 54,5%).

**Results** Thyroiditis-linked pathologies in our case-report were: 1) hypertensive cardiopathy (36,36%), 2) atrial fibrillation (18,8%), cerebral vasculopathy (18,19%), 4) asthma bronchiale 18,8%, 5) heart failure (9,09%), 6) pulmonary fibrosis (9,09%), 7) respiratory failure (9,09%), 8) hypertension (9,09%), 9) Crohn’s disease (9,09%).

**Conclusions** The results of our little case-report agree with international literature ones and shows female sex is more susceptible to thyroiditis.

### Crohn’s disease, thyroiditis and Keratoconus: clinical case

E. Stellitano<sup>1</sup>, A. Nucera<sup>1</sup>, B. Carerj<sup>1</sup>, F. Caserta<sup>1</sup>, F. Demetrio<sup>1</sup>, P. Lipari<sup>1</sup>, G. Meduri<sup>1</sup>, A. Scordo<sup>1</sup>, I. Tarzia<sup>1</sup>, A. Stellitano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O.C. Medicina Interna P.O. Melito Porto Salvo (Rc),

<sup>2</sup>U.O.C. Medicina Interna D.U. Medicina Interna A.O.U. Università di Messina

B.F. 33 years old, female. One year ago discharged with diagnosis of “Severe sideropenic anemia. Multinodular goiter with hyperthyroidism. Hepatic steatosis. Ulcerous colitis going into remission”; treated with mesalazin and thiamazole. Current hospitalization because of diarrhea and rectal bleeding. Pale skin and mucous membranes, sight disorder (right eye) with decreased visual sharpness. At the entry: neutrophil leukocytosis, haemoglobin 10.6 g/dl, MCV 72.1 fl (80-99), FT3 4.35 pg/ml (2.20-4.20), FT4 2.87 ng/dl (0.80-1.70), TSH 0.00 mIU/L (0.30-3.60), anti-thyroglobulin Ab 482.00 ng/ml (0.20-70). Negative anti-TPO Ab, ANA, ENA, anti-gliadin IgA and IgG. Instrumental examinations: ileoscopy: multiple deep ulcerations of the end-ileum and the ileocecal valve; Colonscopy: pseudopolypoid ulcerations of the entire colon and rectum; Surgical consulting: perianal fistulae; ophthalmological visit: aftereffect of keratoconus. Negative EGDscopy, and abdominal echo. Diagnosis: Crohn’s disease with perianal fistulae, multinodular goiter, thyroiditis with hyperthyroidism, right keratoconus. Therapy: pantoprazole, methylprenisolone, mesalazin, ferro glycine sulphate, thiamazole, ciprofloxacin.

**Conclusions** In the international scientific literature the association between Crohn’s disease, thyroiditis and keratoconus is not common.

### Complicanze della terapia anticoagulante orale in un paziente con fibrillazione atriale non valvolare

M. Stoppo, V. Loguercio, A. Sebastianelli

Reperto di Medicina Interna Ospedale Sant’andrea, II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Roma

**Introduzione** La Fibrillazione atriale è un importante fattore di rischio per eventi tromboembolici cerebrali. L’uso della terapia anticoagulante

orale riduce del 65% il rischio di eventi tromboembolici cerebrali esponendo però ad un maggior rischio di sanguinamenti.

**Caso clinico** Uomo di 65 anni affetto da FA persistente non valvolare, in trattamento con warfarin, giungeva alla nostra osservazione per cefalea e disequilibrio. All'ingresso si presentava disorientato, PA 180/80 mmHg. Al torace azione cardiaca aritmica, FC 78 bpm. Esame obiettivo neurologico negativo per segni focali. INR 1.38. La TC encefalo documentava area di ischemia in fase sub-acuta. La TC a 24 ore vedeva un quadro di infarto rosso. Si decideva pertanto di sostituire la terapia anticoagulante orale con eparina a basso peso molecolare in mono somministrazione. Il paziente veniva dimesso in terapia domiciliare con eparina. Dopo 8 giorni la TC di controllo mostrava un marcato incremento dell'infarcimento emorragico della lesione precedentemente descritta. Veniva sospesa la terapia anticoagulante e il paziente veniva dimesso con terapia antiaggregante.

**Conclusioni** Questo caso clinico è un esempio dell'importanza di uno scrupoloso bilancio rischio/beneficio fatto sul singolo paziente e su quando indicato dalle recenti linee guida secondo l'algoritmo CHA2DS2VASc.

### ✦ The importance of clinical pretest in the diagnosis of pulmonary embolism

G. Straface, F. Cardoni, R. Cesareo, V. D'Alfonso, P. Del Duca, S. Rotunno, G. Tommasi, B. Virgilio, L. Grasso, L. Corbi, F. Marrocco, C. Cianfrocca, G. Campagna

U.O.C. Medicina 1 Osp. Civile S. M. Goretti Latina

We report the cases of 13 subjects arrived at our emergency department with clinical signs and symptoms compatible with Pulmonary Embolism (PE) but for which the dosage of D-dimer was normal, while the execution of clinical pretest and subsequent Angio-CT scan have enabled us to reach the diagnosis of PE and to take early and specific therapy. PE is a fairly common disease in the hospital setting and can be life-threatening. Delays in diagnosis and treatment often result in a high mortality rate. There are established criteria (Wells' criteria), to assess a clinical pretest of pulmonary embolism, then it's necessary a confirmation of the diagnosis by imaging examinations. D-dimer testing has a noninvasive character and an high negative predictive value, but it should be used in combination with a clinical pretest probability assessment, since pulmonary embolism can be safely excluded only in the case of an unlikely clinical probability test result together with a normal d-dimer test result. Our observations indicate that it is of most importance to first examine the patient and assess the clinical probability, after which the d-dimer test result can be taken into account. This strategy may prevent physicians from being influenced by a normal d-dimer test result when they evaluate the clinical probability.

### Do educational meetings serve to reduce health care associated infections? Insights from a *Pseudomonas aeruginosa* outbreak

P. Taddei, P. Pasquinelli, O. Marino, M.C. Mandolesi, S. Giuntoli, N. Mumoli, A.M. Crestini, R. Guglielmini, G. Bassano, R. Pardelli, M. Cei

Medicina Generale 1 Livorno

**Background** and aim of the study Health Care Associated Infections (HCAI) still represent a major threat to hospitalized patients. In our Hospital various measures to reduce HCAI were implemented in recent years, such as meetings, posters, dissemination of hand washing procedures, and disinfectants are widely available.

**Methods** As a part of a registry study (Regimen Study) we recorded and analyze all the bloodstream infections occurring in our Medicine ward, so we were able to detect any possible outbreak of HCAI.

**Results** In November 2010 we detect five consecutive *Pseudomonas aeruginosa* (PA) bloodstream infection. We hypothesize that the index case was a man with an orthopedic wound infection from the same strain of PA, as judged from the susceptibility results. All patients were successfully treated and discharged.

**Conclusions** Warnings and meetings could be regarded as insufficient measures to obtain a drastic diminution of HCAI. More efforts should be made in staff training and patient surveillance to reduce the risk of hospital acquired infections.

### Cirrosi biliare secondaria iatrogena

M. Talamo, G. D'Allesio, A. Sepe, A. Glielmo, L. Forgiione, A.S. Megna

Malattie Infettive A.O. "G. Rummo" Benevento

**Premesse e scopo dello studio** Dimostrare necessità di stringente integrazione anamnesi-farmacologia clinica.

**Materiali e metodi** F 74 anni. Iperotesa. Assume integratori alimentari (sei diversi), lassativi, inibitore di pompa protonica, fermenti lattici, indapamide, ticlopidina. Si presenta itterica, Murphy +. Il laboratorio mostra: iperGOT/GPT (x10vn), iperbilirubinemia diretta, aumento degli indici di colestasi, markers epatici virali-, cupremia, cupruria, Ig, autoanticorpi nella norma, markers oncologici -. Ecografia addominale: colecisti a pareti ispessite ed ectasia della VBP con fegato disomogeneo. TC addome con mdc, Colangio-RM e duodenoscopia risultano. La biopsia epatica dimostra un quadro di colangite cronica colestatica con aspetti di cirrosi. Veniva sospesa già all'ingresso ogni terapia e/o integrazione tranne l'indapamide (che la pz assumeva da anni) attenționando in particolare la ticlopidina (segnalazione all'ISS).

**Risultati** Dimessa come: colangite cronica secondaria iatrogena. Ai controlli normotransaminasemia ed indici di colestasi nella norma.

**Conclusioni** È importante l'integrazione tra le varie discipline internistiche con la farmacologia clinica.

### Singular case of chest pain

F. Talarico, O. Gigliotti, M. Mirante Marini, C.M. Pullano

U.O. Medicina D'urgenza, Dipartimento Emergenza e Accettazione, A.O. "Pugliese-Ciaccio", Catanzaro

**Case report** We present a case of a 43-year-old woman with typical chest pain. ECG was normal. Echocardiogram: severe aortic regurgitation due to a type A aortic dissection. The patient presented synchronous lingual and cutaneous granular cell tumor (GCT). The treatment was surgical. During repair, multiple masses were found on the surface of the heart, which later were identified to be GCT. There was no evidence of recurrence after a period of ten months of follow up. This is a rare case of multicentric GCT of the skin, tongue and heart, presenting with aortic dissection.

GCT is an uncommon benign lesion, presenting as an asymptomatic mass, less than two centimeters in diameter. The origin is still unknown, although its suspected to be neural (Schwann cell), because of immunohistochemical studies. It can appear in any part of the body, but the head and neck region is the most common (50%). In the head and neck, the tongue is the most usual location for GCT, followed by the skin, larynx, respiratory and digestive system. In the histological study is characteristic the presence of pseudo-epitheliomatous hyperplasia, and the overlying epithelium is usually preserved. Immunohistochemical analysis reveals positive reaction to S-100 protein, neuronal enolase, myelin protein as PO and P2.



## Peculiar case of palpitations

F. Talarico, M. Mirante Marini, O. Gigliotti, P. Masciari, C.M. Pullano

U.O. Medicina D'urgenza, Dipartimento di Emergenza e di Accettazione, Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio", Catanzaro

**Case report** A 33-years-old-man with frequent palpitations. ECG: sinus bradycardia. Echocardiogram: round mass of 1.2 cm at the level of the interatrial septum. Confirmation by transesophageal echo. Holter ECG: phases of complete atrioventricular block. Coronary angiography: epicardial vessels free from injury.

The patient underwent surgery for removal of the lesion. Histological diagnosis of cystic tumor of the atrio-ventricular node. Was therefore performed total body CT scan, with evidence of rounded area with a diameter of 3 mm, hyperdense in T2, at the level of the caudate nucleus.

The cystic tumor of the atrioventricular node is a very rare neoplasm. In all, about 80 cases are described in the literature. This is the second case in our experience; the first case, a few years ago, involved the sister of the patient.

It is due to an incorrect morphogenetic development. It's a small tumor, but it's capable of producing major symptoms. In most cases it is asymptomatic or is a source of benign disorders of rhythm. In a few cases it can cause a conduction block between the atrium and ventricle, which may cause sudden death. Treated in the past by ventricular pacing, which often was not resolution, it's now treated by definitive modern surgical treatment of arrhythmic syndromes. Genetic studies on our patients are ongoing.

## Multiorgan dysfunction in the elderly

F. Talarico<sup>1</sup>, M. Mirante Marini<sup>1</sup>, L. Orlando Settembrini<sup>1</sup>, C.M. Pullano<sup>1</sup>, D. Galasso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O. Medicina d'Urgenza, Dipartimento Emergenza e Accettazione, A.O. "Pugliese-Ciaccio", Catanzaro,  
<sup>2</sup>Rsa "Madonna di Porto", Gimigliano (Cz)

**Background and purpose of the study** The presence of systemic inflammatory response syndrome in the elderly is a serious problem, leading to frequent cases of multiple organ dysfunction (MOD) dramatically evolving. Diagnosis is quite simple. Early identification and proper treatment can improve the prognosis even in the elderly.

**Materials and methods** The study was conducted from February 2009 to January 2011. We diagnosed and treated 75 cases of MOD, discussed by Clinical Audit and confirmed by clinical-laboratory and instrumental data, including vital signs, rhythm, blood gases, urine output, blood urea nitrogen, creatinine, blood count, bilirubin, AST, complete coagulation, Glasgow Coma Scale, tissue factor, activated factor VII, plasminogen activator inhibitor, IL-6, IL-1, IL-2, TNF- $\alpha$ . We then performed a comparative assessment with the cases of MOD diagnosed and treated during February 2007-January 2009.

**Results** The protocol for diagnosis and therapy we achieved allowed us to significantly increase the number of cases treated early, with statistically significant effects on survival of patients.

**Conclusions** The clinical cases, reviewed by clinical audit, enabled the preparation of a diagnostic-therapeutic protocol for early identification and proper treatment of patients, improving clinical risk management.

## ★ Prognostic stratification of patients with suspected acute pulmonary embolism

F. Talarico, L. Orlando Settembrini, F. Talarico, P. Masciari, C.M. Pullano

U.O. Medicina d'Urgenza, Dipartimento Emergenza e Accettazione, A.O. "Pugliese-Ciaccio", Catanzaro

**Background** Pulmonary embolism (PE) is a serious disease with high mortality. Risk stratification in acute phase may identify patients who need more aggressive treatment.

**Purpose of our study** was to identify a set of clinical, instrumental and blood tests for an immediate prognostic stratification of patients with suspected acute PE.

**Materials and methods** The study was conducted from January 2007 to January 2011 in our Department. In 132 consecutive patients with PE, a clinical index was calculated and supplemented by: 12-lead ECG (21 criteria of right ventricular overload); chest X-ray; echocardiogram with criteria of right ventricular dysfunction, blood gases, D-dimer, troponin T and atrial natriuretic peptide. Predictive value of mortality and clinical deterioration of the examined parameters was calculated by multivariate analysis. The diagnosis of PE was confirmed by CT pulmonary angiography.

**Results** The index of severity of PE we adopted showed a sensitivity of 99%, specificity of 99%, positive predictive value of mortality rate of 99% and predictive value of clinical deterioration 96%.

**Conclusions** Risk stratification in acute phase allowed us to identify patients who needed more aggressive treatment and monitoring. Statistical analysis showed a high sensitivity and specificity of all parameters we adopted.

## Primary aldosteronism in young woman: a case clinical Assay with surgery robotics

B. Tarantini<sup>1</sup>, S. Lenti<sup>2</sup>, F. Sbrana<sup>3</sup>, C. Vezzosi<sup>4</sup>, M. Angelini<sup>3</sup>, M. Del Tongo<sup>2</sup>, C. Frigerio<sup>2</sup>, R. Nassi<sup>4</sup>, M. Felici<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Section of Endocrinology Hospital San Donato Usl8 Arezzo,

<sup>2</sup>Centre Hypertension Internal Medicine and Geriatrics Hospital San Donato Usl8 Arezzo,

<sup>3</sup>Surgery Robotics Hospital San Donato Usl8 Arezzo,

<sup>4</sup>Section of Endocrinology Hospital San Donato Usl8 Arezzo

Primary aldosteronism has a relatively high prevalence in hypertensive patients and an high cardiovascular morbidity and mortality.

We report a 40 years old woman who had a family history of hypertension and presented hypertension afterwards her second pregnancy (blood pressure > 140/90 mmHg): at that time she was 36 years old. Because a poor control of hypertension she was on three antihypertensive drugs and she had mild hypokaliemia (3.4 mmol/l). The renal arteries stenosis and pheochromocytoma were excluded; after washout of all interfering antihypertensive medications, a plasma aldosterone and rennin assay was performed. The patient had suppressed plasma renin and high plasma aldosterone standing and laying. A saline infusion loading test showed an inappropriate increase of plasma aldosterone and not suppressed plasma renin, whereas an adrenal 15 mm large mass was found at the adrenal MRI. A left adrenalectomy was performed and the histology report showed an adrenocortical adenoma. After Surgery Robotics the patient is fine, she does not need of replacement glucocorticoid therapy and antihypertensive drugs; her blood pressure is normal.

We recommend the primary aldosteronism screening in young people with drug resistant hypertension regardless of hypokaliemia and family history of hypertension.

## Subclinical hyperthyroidism in a metastatic renal cell carcinoma patient during sorafenib treatment

B. Tarantini, M. Turrini, C. Gasparri, R. Mastriforti, R. Nassi

U.O. Medicina Interna, Ospedale della Valtiberina, Sansepolcro, Arezzo

Since 2008, we have treated five patients with sorafenib or sunitinib in our hospital; one of these had a gastrointestinal stromal tumor (GIST)

and four had metastatic renal cell carcinoma. All of them had advanced metastatic disease, one patient had not blood test for the thyroid function. Remaining 4 patients had normal thyroid function before initiation of sorafenib or sunitinib treatment. The patient with GIST received four cycles of therapy with sunitinib; the thyroid function done after 2 and 3 months was normal. One patient had seven cycles of sunitinib and his thyroid function tests were normal after 4, 6 and 7 cycles of therapy. Another patient had seven cycles of sunitinib and one cycle of sorafenib; he had normal thyroid function during sunitinib treatment and an abnormal isolated increase of free-thyroxine after starting sorafenib. No signs and symptoms of thyrotoxicosis were recorded. The last patient had sorafenib and he developed subclinical hyperthyroidism after four months of therapy without symptoms of hyperthyroidism. The patient does not receive treatment for hyperthyroidism and the follow up is carrying on. In patients treated with sorafenib and sunitinib the incidence of thyroid function test abnormalities is high; clinically significant thyroid dysfunction is rare but the follow up is warrant.

### History and physical examination: the cornerstones of the third millennium in medicine

N. Tarquinio<sup>1</sup>, L. Falsetti<sup>2</sup>, W. Capeci<sup>3</sup>, A. Gentile<sup>3</sup>, A. Balloni<sup>3</sup>, G. Rinaldi<sup>3</sup>, F. Pellegrini<sup>4</sup>

<sup>1</sup>U.O. di Medicina Interna - Ospedale "M. Montessori", Chiaravalle (An),

<sup>2</sup>U.O. di Medicina d'Urgenza - Ospedali Riuniti di Ancona,

<sup>3</sup>U.O. di Medicina Interna - Ospedale Di Osimo (An),

<sup>4</sup>Dipartimento di Medicina Interna Asur Marche Zona Terroriale N. 7 - Ospedale Di Osimo (An)

Woman, 76aa, log on to first aid point of for fever, sore throat and polyarthralgia 2 weeks EO: right knee arthritis, palpable cervical-axillary lymphnodes, soft ankle edema, functional impairment with pain in shoulder blades, small flat scar interscapular hepatosplenomegaly confirmed by US. Lab tests: marked phlogosis (VES: 57 mm/h; PCR: 35mg/dl) with rise ferritin and procalcitonin (0,89 pg/ml), anemia, neutrophilic leucocytosis (20000/ml), 3 out of 3 blood cultures pos for MSSA, pos RF, no consumption of complement, immune serology negative CT chest-abdomen: structural upheaval right subscapularis muscle to cystic degeneration, with uptake of contrast medium (measures: 13 x 12 cm). Smaller similar injury to the left of the subscapularis (7x6 cm), with colliquativa of deltoid and infrapinatus TTE: thickened anterior mitral cusp TEE: small non-mobile vegetations on mitral valve, in resolution.

After review of anamnesis, previous month excision of small lipoma interscapular, without sequelae and surgical wound in order to follow-up. We therefore posed diagnosis of sepsis with infection of soft tissues of shoulder girdle, associated with bacterial endocarditis by MSSA. After 1 month of continuous IV infusion prolonged antibiotic therapy, patient's overall conditions were satisfactory. Emblematic case of soft tissue infection secondary to the front door by contiguity

### Un caso di emofilia acquisita

L. Tartaglia, C. Facchini, R. Di Virgilio, C. Doroldi, L. Angelillisi, V. Favero, M. Rossi

Dipartimento Di Medicina Interna, Azienda Ulss 9 Treviso

**Introduzione** L'emofilia A acquisita è un raro disordine dovuto a presenza di anticorpi anti F VIII con gravi emorragie. Le cause più comuni sono: politrasfusioni con F VIII, gravidanza, neoplasie, malattie linfoproliferative ed autoimmuni.

**Caso clinico** Donna di 60 anni con sclerosi multipla, con grave anemia e ematoma retro peritoneale. L'aumento del PTT (132") ha indotto al

sospetto di emofilia A acquisita, confermato dal dosaggio dell'inibitore del F VIII pari a 60 unità Bethesda (rischio emorragico grave se > 5 u.B.). Con terapia immunosoppressiva con prednisone (1 mg/kg di peso), Ig ad alte dosi e ciclofosfamida, si è ottenuto un calo dell'inibitore (30 u.B.) pur persistendo sindrome emorragica controllata da infusione di F VII attivato).

Il rituximab (ac monoclonale anti CD 20) ha determinato remissione clinica, normalizzazione del PTT e dell'inibitore circolante del F VIII (0.35 u. B.).

**Conclusioni** Bisogna sospettare l'emofilia acquisita in caso di emorragie e aumento spontaneo del PTT. In diversi case reports il rituximab si è dimostrato efficace. Se gravi emorragie, è necessario somministrare F VII o complesso protrombinico attivati. Il F VIII ricombinante è efficace solo se la concentrazione di inibitore è inferiore a 5 u.B.. A differenza dell'emofilia A ereditaria, nella forma acquisita l'emarto è infrequente.

### ★ Differences in clinical profile and management of patients with atrial fibrillation between Cardiology and Internal Medicine settings

L. Teghini<sup>1</sup>, G. Chesi<sup>2</sup>, M. Capitelli<sup>3</sup>, G. Fabbri<sup>4</sup>, S. Baldasseroni<sup>4</sup>, C. Nozzoli<sup>5</sup>, D. Panuccio<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Medicina Generale, Ospedale della Valdinievole, Pescia (Pt),

<sup>2</sup>Divisione di Medicina-Area Internistica, Ospedale "Magati", Scandiano (Re),

<sup>3</sup>Divisione Di Medicina Generale, Ospedale di Pavullo Nel Frignano (Mo),

<sup>4</sup>Centro Studi Anmco, Firenze,

<sup>5</sup>Medicina Interna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, Firenze,

<sup>6</sup>Medicina Interna B, Ospedale Maggiore, Bologna

**Background.** Atrial fibrillation (AF) is often treated by either Cardiologists or Internists.

**Aims** To identify differences in epidemiology, clinical profile and treatment of AF patients in Cardiology (C) or Internal Medicine (IM) settings.

**Methods** Data from 7148 in- or out-patients with current or previous AF were collected by 164 C and 196 IM centers.

**Results** Hospitalized patients were 57.2% in C and 79.3% in IM. The main reasons for admission were AF (58.8% in C vs 25.2% in IM, p<0.0001), heart failure (24.5% in IM vs 14.5% in C, p<0.0001) and non-cardiovascular disease (33.9% in IM vs 3.0% in C, p<0.0001). Patients in IM had more frequently permanent AF (62.4 vs 37.8%, p<0.0001), older age (>75 yr in 71.3 vs 44.6%, p<0.0001), greater risk of stroke (CHADS<sub>2</sub> score ≥2 in 71.4 vs 64.7%, p<0.0001), and more comorbidities (>1 in 71.8 vs 49.7%, p<0.0001). A rhythm-control strategy was adopted in 39.8% of patients in C vs 12.9% in IM, and rate control was used more in IM (60.6%) than C (43.6%). In 1515 cases, no antiarrhythmic drug was given (16.6% in C vs 26.6% in IM, p<0.0001). Oral anticoagulants were prescribed at discharge in 67.0% of patients from C and 49.1% from IM.

**Conclusions** AF patients treated by cardiologists or internists have often different characteristics, which may explain differences in therapeutic approaches.

### Compartmental syndrome

D. Terracina<sup>1,2</sup>, F. Aragona<sup>1</sup>, A. D'uva<sup>1,2</sup>, M. Fiorani<sup>1,2</sup>, P. Lepore<sup>1,2</sup>, V. Liroy<sup>1,2</sup>, M.A. Perretti<sup>1,2</sup>, F. Pirone<sup>1,2</sup>, M.C. Zaccaria<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Uocmed. Int. 2 - Dip. Medicina - Osp. S. Pertini - Roma;

<sup>2</sup>Dip. Medico e delle Specialità mediche - UOC Medicina Interna 2 - Osp. S. Pertini - Roma

E.G.M., male, aged 44, Egyptian nationality, admitted for acute gastroenteritis with severe dehydration, shock and multi organ failure such to

need mechanical ventilation via oro-tracheal intubation. From the first days of his stay in Intensive Therapy he manifested a compartmental syndrome with periferic deficiency, both of motility and sensivity, to upper and lower limbs for acute, severe ischemia. After hospitalization he underwent tendon surgery with incomplete restoration to previous functionality. On December 2009 new hospital admission for lipothymy and severe hypotension (during an episode of fever and pharyngitis): blood tests revealed polycythaemia. After another admission in a foreign hospital diagnosis was: "Systemic capillary leak syndrome" with lowering blood pressure and haemoconcentration for sudden increase of capillary permeability. Then he began immunoglobuline treatment. Still now he comes at regular intervals c/o our D.H, having got from this therapy the almost complete normalisation of blood tests and clinical recovery.

### Caso di linfoma di Hodgkin a sclerosi nodulare ad esordio contemporaneo in due fratelli di 25 e 19 anni

A. Tesei, L. Betti, C. Marrani, D. Mannini, D. Bartoli, R. Innocenti

Medicina Interna, Careggi, Firenze

**Introduzione** Dalla letteratura è nota la tendenza familiare a sviluppare linfoma di Hodgkin. Riportiamo il caso di due fratelli con diagnosi di LH ad esordio contemporaneo.

R.R. 25 anni, portatore di trait talassemico, giungeva presso il DEA per comparsa da alcuni mesi di sudorazione notturna, tosse persistente e per rilievo di tumefazione ascellare sinistra. Alla TC di collo, torace e addome presenza di linfadenopatie multiple (laterocervicali, ascellari, mediastiniche ed addominali), captanti ad un successivo esame PET. L'esame istologico eseguito su biopsia di linfonodo ascellare documentava la presenza di tessuto linfomatoso tipo Hodgkin a sclerosi nodulare. È stata quindi posta diagnosi di linfoma di Hodgkin stadio III A. Nello stesso periodo è stato seguito presso l'Ambulatorio di Day Service anche il fratello D.R. di 19 anni, anch'egli portatore di trait talassemico, per comparsa di linfadenopatia laterocervicale ed inguinale non sintomatica ad esordio quasi contemporaneo a R.R. Al termine dell'iter diagnostico anche nel suo caso è stata posta diagnosi di linfoma di Hodgkin a sclerosi nodulare in stadio III B. Dall'anamnesi patologica dei due fratelli non risultano né familiarità, né esposizione a fattori di rischio per neoplasie. Attualmente i due fratelli eseguono cicli di chemioterapia in regime di DH.

### ★ The postacute patient: characteristics and outcomes of patients transferred from an Internal Medicine Department to a Post Acute Care

F. Tiraterra<sup>1</sup>, A. Gemma<sup>2</sup>, A. Laudisio<sup>2</sup>, U. Recine<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ospedale S. Spirito, Uoc Medicina Interna, Asl Roma E,

<sup>2</sup>Uos Accesso e Presa in Carico, Uoc Percorsi Distretto 18°, Asl Roma E

**Aim** Admission of comorbid elderly patients in Internal Medicine Departments (IMD) is increasing. The introduction of the DRG system prompted short-term stay. Often, complex and unstable patients are transferred from IMD to Post-Acute Care (PAC). The aim of the present study was to describe the main characteristics and outcomes of these patients.

**Methods** Medical records of patients consecutively transferred between 2007 and 2009 from IMD to PAC were analyzed. Collected data included age, sex, education level, marital status, first discharge diagnosis, number of comorbid conditions, 60-day mortality after transfer in PAC.

**Results** 281 patients were transferred in PAC; their mean age was 80.5 years; 176 (62.6%) were female; education: none 2.8%, 0-5 yrs

44.8%, 6-8 yrs 27.8, 9-13 yrs 18.9%, > 13 yrs 5.7%. Marital status: widowed 50.2%, married 28.1%, bachelor 16.7%, separated 2.5%, divorced 2.5%. 50.2% of patients had five or more comorbid conditions in addition to the first discharge diagnosis. Sixty-day mortality following PAC admission was 40.9%.

**Conclusions** Patients transferred to PAC were older, most frequently with several comorbid conditions; they were often widowed. The outcome of PAC admission was characterized by exceedingly high 60-day mortality.

### ★ Celiac disease associated with neurological disorders: description of a case and literature review

D. Tirota, G. Eusebi, V. Durante

Medicina Interna, Cervesi Cattolica (Asur Rn)

**Introduction** The spectrum of neurologic disorders in celiac disease (CD) is broad, including minor disorders, as chronic headache and major disorders, as epilepsy.

**Case report** A 24 year-old woman presented with a 3-year history of abdominalgia, chronic headache, episodes of lost of consciousness, tremors.

Discharge diagnoses varied: biliary colic, dyspeptic syndrome.

Exams revealed malabsorption, positive IgA antiTG; duodenal biopsy CD. EEG showed minimal abnormalities, brain MRI was negative.

Only abdominalgia responded to gluten-free diet after 1 month. EEG after sleep deprivation revealed irritative bilateral abnormalities. The patient received anticonvulsants. After 3 months she improved clinically, EEG was aspecific.

**Discussion** CD should be ruled out in differential diagnosis of neurological disorders of unknown cause, especially in case of malabsorption. A gluten free diet, the mainstay of treatment in literature, in our case failed to improve neurological disability.

### Mortality and resource utilization in critically ill cirrhotic patients admitted in a internal medical unit: a prospective cohort

D. Tirota, G. Eusebi, V. Durante

Medicina Interna, Ospedale Cervesi Di Cattolica (Asl Rn)

**Background and Aims** Critically ill cirrhotic patients are associated with high mortality rates and high resource utilization. This work seeks to identify specific predictors of hospital mortality.

**Methods** Prospective study of consecutive critically ill cirrhotic patients admitted in a peripheral internal medical unit during a 1.5-year period. Some ICU prognostic models on the first day of admission (APACHE II, SOFA, OSF, RIFLE), liver-specific scores (CTP, MELD) and demographic, clinical and laboratory variables were evaluated. Student's t-test was used. Total cost per case was obtained.

**Results** A total of 26 patients with advanced cirrhosis, without previous liver transplantation, was enrolled. The overall in-hospital mortality rate was 26%. There was a significative increase in mortality based on SOFA score (mean 5.5±2.4; 7.5±3.2, p<0.005) and MELD score (mean 21±1.3; 35±7.5, p<0.001). Elevated LDH, PT, CTP, SOFA, RIFLE and APACHE II score were associated also with high mortality. Average length of stay was 22 day and minimum cost per case was 11000 euro.

**Conclusions** Mortality rate was very lower than in the published literature. Both SOFA and MELD category showed discriminative power in predicting hospital mortality in patient with advanced cirrhosis. The results shed some light into a more rational use of resources.

## Trombolisi sistemica in Stroke Unit internistica

L. Tonarelli, R. Giovannetti, M. Straniti, R. Pierotello, L. Teghini, G. Panigada

U.O.C. Medicina Interna Ospedale di Pescia Azienda UsI3 Pistoia

**Premesse e scopo dello studio** La trombolisi è la terapia più efficace dell'ictus in fase acuta, in grado di salvare la penombra ischemica, ridurre il volume finale dell'infarto; migliorare l'outcome clinico. Tuttavia le difficoltà organizzative connesse con la breve finestra terapeutica e le problematiche relative al rischio di trasformazione emorragica sintomatica ne limitano l'utilizzo.

**Materiali e metodi** Analisi della casistica dell'ultimo anno effettuata in Stroke Unit mediante percorso caratterizzato dalla rapida presa in carico da parte dell'internista.

**Risultati** Pazienti trattati 12, età media 67a, maschi 6, aterotrombotici 4, cardioembolici 6, lacunari 1, NIHSS media 14, deceduti 1, molto migliorati 4, migliorati 4, immo modificati 3, complicanze emorragiche 2, follow-up a 3 mesi: Rankin 0-1: 6, 2-3: 3, > 3 : 2.

**Conclusioni** La trombolisi è un'opportunità per il paziente con stroke ischemico efficace, ma ancora troppo poco utilizzata. È fondamentale la predisposizione di un percorso territorio-ospedale e intraospedaliero efficace ed efficiente per creare le condizioni per un più largo utilizzo. Richiede impegno costante medico infermieristico necessario per l'adeguata selezione e monitoraggio ed è tuttavia possibile anche nelle U.O. Medicina Interna con spazi e competenze dedicate alla cura dello stroke.

## Sindrome di Ogilvie: descrizione di un caso clinico

S. Tonelli, G. Cioni, G. Carrieri

U.O. Medicina Interna Presidio Ospedaliero di Pavullo nel Frignano Ausl Modena Italia

Donna di 74 anni, ricoverata per addominalgia e stipsi acuta. Anamnesi: epilessia, schizofrenia, BPCO, pregressa resezione del sigma per volvolo, intervento di lisi di aderenze, stipsi cronica, episodi subocclusivi multipli, stenosi anastomotica inveterata.

Le indagini biomorali mostravano: PCR 10.40 mg/dl, sodiemia 128 mEq/L. Rx addome: distensione gassosa prevalentemente ileale con segni di sofferenza delle anse, senza livelli idroaerei, coprostasi. Rx torace: sollevamento dell'emidiaframma sx. Veniva valutata in ambiente chirurgico con diagnosi di ileo paralitico su base iatrogena e trattata con terapia medica ottenendo miglioramento clinico e soggettivo. Dopo poco il quadro precipitava con addominalgia acuta e riscontro radiologico di distensione meteorica del colon con grossolani livelli idroaerei; Rx clisma opaco: sospetto volvolo incompleto del grosso intestino. Colonscopia: a 20 cm dal canale anale substenosi in sede di pregressa anastomosi, facilmente superata dallo strumento. L'endoscopia determinava detensione del colon, ponendo diagnosi di pseudoostruzione intestinale acuta o sindrome di Ogilvie.

Le pseudoostruzioni intestinali si dividono in croniche secondarie, idiopatiche e acuta (sindrome di Ogilvie). La risoluzione della malattia di base permette di ripristinare una funzione colica normale.

## Il dolore nel paziente ematologico

S. Tonelli, G. Cioni, G. Carrieri

U.O. Medicina Interna Presidio Ospedaliero di Pavullo nel Frignano Ausl Modena Italia

Il dolore interessa i pazienti ematologici nel 20-30% dei casi. Studi riportano come sia presente nel 38% dei linfomi e nel 5% delle leucemie. Altri studi mostrano che nei pazienti con linfoma e leucemia il

dolore è presente nell'83% dei casi con un grado moderato-severo nel 64% di questi.

**Metodi** Riportiamo lo studio su 8 pazienti affetti da emopatia, seguiti dal 2008 al 2010, 6 per mieloma multiplo, 1 per linfoma non hodgkin B e 1 per leucemia mieloide acuta. Sono state utilizzate alla diagnosi e durante la terapia le scale del dolore NRS unidimensionale, ESAS multidimensionale e la scala per ansia e depressione HADS.

**Risultati** Degli 8 pazienti, 4 presentavano un dolore fisico moderato-severo che durante la terapia antitumorale associata a quella antalgica, diventava di grado lieve mentre aumentava quello dovuto al distress emozionale legato alla consapevolezza che la malattia, originando dalle cellule ematiche, è ovunque e difficilmente isolabile. I farmaci più utilizzati sono stati: tramadolo e codeina associata a paracetamolo, ossicodone e morfina solfato, fentanyl e buprenorfina. In alcuni casi veniva assunta anche terapia adiuvante.

**Conclusioni** Il dato sulla sofferenza nel paziente ematologico è rilevante e meritevole di ulteriori studi. Si ribadisce l'importanza di iniziative atte a formare gli operatori sanitari.

## La valutazione della prognosi nella malattia neoplastica

A. Toto, P. Candela, E. Selli, A. Mannisi, S. Cervelli

Uoc Tsa, Asl Rm/B, Roma

**Premesse e scopo dello studio** La prognosi della malattia neoplastica in fase terminale è definita dal performance status mediante vari sistemi di valutazione. Nella regione Lazio istituzionalmente è stato utilizzato l'indice di Karnofsky (KS) per una sopravvivenza media di 90 giorni. Lo scopo è stato quello di verificare l'attendibilità della scala utilizzata.

**Materiali e metodi** Nel 2010 sono stati valutati dall'UOC TSA 296 pazienti (149 maschi e 147 femmine) con 216 presi in carico e 80 non assistiti. L'indice di KS è variato da 50 a 10, con una prevalenza delle valutazioni fra 40 e 30.

**Risultati** Su 216 pazienti presi in carico i deceduti sono stati 136 con una sopravvivenza media di 30.49 giorni, passando da 50.08 giorni per KS 50, 32.83 giorni per KS 40, 22.16 giorni per KS 30, 15.62 giorni per KS 20 ed infine a 5 giorni per KS 10; 80 pazienti rimangono ancora in assistenza.

**Conclusioni** Da questi dati preliminari emerge il dato che il solo KS non permette di valutare con buona attendibilità la prognosi della malattia neoplastica in fase terminale. Pertanto rimane ancora fondamentale l'aspetto clinico associato ad una valutazione multidimensionale del paziente, considerando che la maggioranza dei casi studiati ha avuto un'età superiore ai 65 anni.

## La nutrizione enterale: il punto di forza nella continuità assistenziale per lo stroke

D. Tozzuoli, C. Bozzano, B. Rossi, E. Ceccherini, C. Pedace

Uos Nutrizione Clinica, Arezzo,

<sup>2</sup>Zona-Distretto, Arezzo

Prima causa di invalidità permanente e terza causa di morte, lo Stroke necessita di clinical-pathway che garantiscano la continuità nei vari setting assistenziali. Considerata la disfagia una delle complicanze più frequenti dell'ictus, l'intervento nutrizionale riveste un ruolo fondamentale nella gestione della patologia a domicilio. Nel periodo compreso tra 01/01/2005 e 31/12/2009, il Servizio di Nutrizione Clinica dell'Azienda USL8-Arezzo ha attivato nutrizione enterale artificiale (NET) per 194 pazienti affetti da esiti di ictus, con età compresa tra 28 e 97 anni. Nel corso di 5 anni sono stati registrati 115 decessi (59%), con maggior incidenza nella fasce di età più avanzata (69% al di sopra di 80 anni). Dei 79 casi in vita il 40% ha ripreso ad alimentarsi per os con tempistiche variabili rispetto all'evento acuto: nel 62% in tempi

precoci (0-90 giorni, età media 77 anni) e nel 6,3% anche tardivamente (15-66 mesi, età media 70 anni). I dati mostrano che la capacità di recupero è migliore a breve termine nei soggetti più anziani e che il processo di riabilitazione nutrizionale può avere risultati positivi anche nelle fasi più stabilizzate della malattia. Dati preliminari, inoltre, suggeriscono miglioramento della qualità di vita dei pazienti in NET sia come riduzione dei ricoveri che come durata dell'ospedalizzazione.

### Is bedside US useful?

P. Trucco, G.M. Santamaria

Medicina, Asl, Valenza

**Introduction:** Bedside thoracic ultrasound can speed up and improve diagnosis and therapeutic decisions. We introduce 2 cases where we changed our decisions after a thorax US done at the moment of the first visit. Materials and methods: 1) woman affected by lymphoma in complete remission admitted for fever and cough. Rising in inflammation values. Negative cultures. Negative chest XR. Chest US: pleuric effusion. Therapy for community pneumonia. US check with resolution of effusion. 2) woman with cough and sepsis. Normal chest XR. Negative cultures. Repeated chest US: rising of pleural effusion, pulmonary consolidation. Chest CT: multifocused pneumonia. Therapy for community pneumonia with severe sepsis. Therapy stop when chest US was better. **Conclusions** Thorax US can be an effective way to complete diagnosis, to check different diseases and to help invasive procedures. Bedside lung US is also prompt available, harmless, fast, reproducible, cheap, with the same sensibility as CT to detect pleural effusion.

### Sindrome Uremico Emolitica Atipica... a pensarci prima!!

P. Trucillo, M. Norpoth, N. Scopetani, S. Meini, M.L. Barone, L. Mangano, A. Tafi

U.O. Medicina Interna Avc - Usl 5 Pisa

**Premessa** La Sindrome Uremico-Emolitica Atipica (aHUS) è una patologia causata dall'anomala attivazione della via alternativa del complemento cui consegue un corredo di manifestazioni micro-vascolari responsabili della comparsa di insufficienza renale acuta (IRA), anemia emolitica microangiopatica e trombocitopenia (TCP).

**Caso clinico** Maschio di anni 43, fumatore di circa 40 sig/die, con riferito abuso di FANS nelle ultime settimane per intensa cefalea, giunge alla nostra osservazione per la comparsa di una profonda astenia. Agli esami ematochimici si rileva una IRA ( $Cr_s=10,7$ mg/dl), una severa anemia ( $Hb=5,6$ gr/dl) poi identificata come emolitica, piastrine inizialmente nella norma, che si riducono a 90000/dl nei 3 giorni successivi, C3 ridotto. Si esegue biopsia renale che mostra una GN membranoproliferativa tipo I e biopsia midollare che rileva una iperplasia eritroide. Si inizia trattamento emodialitico sostitutivo, terapia antipertensiva e steroidea 1gr/die e.v. x 3 giorni, poi 75 mg/die x os.

**Risultati** Dopo un mese di terapia cortisonica, il paziente non presenta più segni di emolisi: Nella norma LDH, aptoglobina, piastrine; no schistociti in circolo. Non sono state più necessarie emo-trasfusioni. La funzione renale rimane compromessa per cui continua dialisi.

**Conclusioni** Pensare alla aHUS in presenza di IRA, anemia e TCP.

### Agenzia OspedaleTerritorio intesa come collaborazione attiva della SC Medicina Casentino nella integrazione socio-sanitaria territoriale

A. Tufi<sup>1</sup>, A. Balestri<sup>2</sup>, F. Cappelli<sup>1</sup>, M. Genovesi<sup>1</sup>, M. Matteo<sup>1</sup>, S. Manetti<sup>1</sup>, C. Rosi<sup>1</sup>, M.P. Rosito<sup>1</sup>, B. Giacomo<sup>3</sup>, M. Sikora<sup>3</sup>, E. Santoro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sc Medicina Interna Ospedale Del Casentino, Bibbiena, Arezzo,

<sup>2</sup>Medico Responsabile Asc Casentino,

<sup>3</sup>Medico Di Medicina Generale Asl8

**Premesse e scopo dell'esperienza** Stiamo sperimentando un progetto che impegna un medico della SC Medicina Interna Ospedaliera per 18 ore settimanali nella zona distretto del Casentino al fine di rendere più snella e mirata la continuità assistenziale in collaborazione con l'UVM. È previsto l'utilizzo della Cure intermedie e della assistenza domiciliare integrata in collaborazione con i MMG con la possibilità di usufruire dei percorsi assistenziali territoriali.

**Strumenti e metodi** Sono disponibili 8 posti letto all'interno di due RSA con assistenza di tipo infermieristico 24/24 ore e medica da parte del MMG. L'accesso può avvenire dal domicilio su proposta del MMG. o dal presidio ospedaliero per le dimissioni difficili.

**Risultati** Periodo ottobre 2010-gennaio 2011: 54 ricoveri, 447 giornate di degenza, con una media di 17 giorni ed un tasso di occupazione 90%. 47 pazienti provenivano dall'ospedale e 7 dal territorio.

**Conclusioni** Le cure intermedie rappresentano una valida soluzione alla continuità assistenziale dei pazienti fragili e con comorbilità. Offrendo assistenza di tipo low care è possibile stabilizzare, riabilitare e supportare anche il disagio sociale prima di organizzare in sicurezza il ritorno al proprio domicilio o trovare altre soluzioni assistenziali.

### Ictus cerebrale nella SC Medicina Interna del Casentino

A. Tufi<sup>1</sup>, M. Mazzetti<sup>1</sup>, F. Cappelli<sup>1</sup>, M. Genovesi<sup>1</sup>, S. Manetti<sup>1</sup>, C. Rosi<sup>1</sup>, M.P. Rosito<sup>1</sup>, S. Stanganini<sup>1</sup>, G. Bacci<sup>2</sup>, E. Santoro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sc Medicina Interna Ospedale Del Casentino, Bibbiena, Asl8, Arezzo,

<sup>2</sup>Medico Di Medicina Generale Asl8

**Premesse e scopo dello studio** L'Ictus in Italia rappresenta la terza causa di morte e principale d'invalidità con prevalenza negli anziani del 6,5% (7,4 negli uomini, 5,9 nelle donne). 30% dei 35.000 residenti casentinesi oltre 65 anni.

**Pazienti e metodi** Nel 2010 148 ricoverati per cause cerebrovascolari, 69 maschi (M) e 79 femmine (F).

**Risultati** Emorragia cerebrale/sub aracnoidea: 7 pazienti (4,7%), 2M età media 78 aa, 1 deceduto; 5F età media 83 aa, 3 decedute. Ischemia cerebrale con infarto: 76 pazienti (51,3%), 36M età media 77,2 aa, 2 deceduti; 40F età media 80,9 aa, 6 decedute. Ischemia cerebrale transitoria: 22 pazienti (14,8%), 11F età media 78,2 aa. 11M età media 78,09 aa. Vasculopatie cerebro-vascolari croniche con esiti di pregressi ictus: 43 pazienti (29,05%), 23F età media 78,76 aa, 1 deceduto; 20 M con età media 76,7, 1 deceduto.

Fisiocinesi terapia fu imposta per tutti: 16 (19,28%) pazienti, su 83 ictus, hanno proseguito il percorso riabilitativo in regime di ricovero. 12 decessi per ictus: 4 (57%) dei 7 ictus emorragici, 8 (10,52%) dei 76 ischemici

**Conclusioni** Osservazioni in linea con i dati nazionali, tranne che per la prevalenza femminile.

### Iperparatiroidismo primitivo: non solo calcio!

G. Ursini<sup>1</sup>, S. Caruso<sup>1</sup>, I. Stefani<sup>2</sup>, L. Marchionni<sup>2</sup>, M.T. Lavazza<sup>2</sup>, P. Gini<sup>3</sup>, A. Galimberti<sup>3</sup>, P. Secchi<sup>4</sup>, A. Ferrara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O. Gastroenterologia - Ospedale Di Legnano,

<sup>2</sup>U.O. Medicina Interna - Ospedale Di Legnano,

<sup>3</sup>U.O. Chirurgia Generale - Ospedale Di Legnano,

<sup>4</sup>U.O. Neurologia - Ospedale Di Legnano

Nell'iperparatiroidismo primitivo l'ipercalcemia (>10.5 mg/dl) è spesso modesta e duratura nel tempo. Un uomo di 44 anni, noto per epilessia, pregressa ulcera gastrica, duodenite e nefrolitiasi, è pervenuto

al PS Chirurgico ripetutamente negli ultimi 8 mesi per coliche addominali. Sottoposto a indagini di laboratorio, Rx standard e TC dell'addome e terapia sintomatica. Un ricovero Chirurgico per pancreatite (diagnosi TC, senza movimento di amilasi né colelitiasi). Ultimo accesso in PS (gennaio 2011) con ricovero Gastroenterologico per ispessimento ileale alla TC (colonscopia negativa). Calcemia ripetutamente alterata (11.16 – 11.32 – 11.76 mg/dl) e dosaggio di Paratormone patologico (237 – 264 – 255 pg/ml con v.n. 15-65 pg/ml). Alla TC del collo e Scintigrafia delle Paratiroidi lesione ad alta cellularità nel lobo tiroideo destro. Il paziente è stato sottoposto a intervento chirurgico con asportazione dell'adenoma paratiroideo. La revisione anamnestica del caso, con riscontro di calcemia patologica (>10.5 mg/dl e < 11.5 mg/dl) fin dal 2008, ci ha portato a riconsiderare l'eziologia di alterazioni neurologiche episodiche e sfumate impropriamente imputate alla terapia antiepilettica in corso oltre che a ricondurre all'unica patologia i sintomi di dolore addominale, pancreatite, nefrolitiasi e malattia peptica.

### Un caso clinico di polmonite complicata da pneumotorace omolaterale

D.L. Urso, D. Vincenzo, L. Formaro, F. Pignataro

U.O. Pronto Soccorso P.O. V. Cosentino di Cariati

Il pz S.M., di 5 aa, giunge in PS per la comparsa da alcune ore di difficoltà respiratoria a riposo e dolore toracico. Da circa 7 gg presentava iperpiressia (TC > 38°C) con tosse secca e stizzosa. È stato trattato a domicilio con Amoxicillina sosp 50 mg/kg/die e Paracetamolo 500 mg al bisogno con scarso beneficio. All'ingresso in PS il pz visibilmente sofferente presentava i seguenti parametri: PA: 120/80 mmHg; FC: 113 batt/min, FR: 20 atti/min; SaHbO<sub>2</sub> in aa: 86%; TC: 38,3°C. L'E.O. del torace evidenziava un MV ridotto in sede apicale sinistra e crepitazioni medio basali a sinistra. L'ECG dimostrava un RS con frequenza 120 batt/min, BB destro incompleto. La radiografia del torace evidenzia un addensamento parenchimale medio-basale sinistro con piccola falda di pneumotorace apicale omolaterale in assenza di versamenti pleurici. L'esame emocromocitometrico documenta una leucocitosi neutrofila (WBC 14.790 cell/mmc - Neutr: 82%) Il pz, in PS, è stato trattato con O<sub>2</sub>-terapia 3 L/min con progs (SaHbO<sub>2</sub>: 95%), Metilpredisone 20 mg ev, Ceftriaxone f 500 mg im e trasferito in Pediatria dove ha proseguito il trattamento con l'aggiunta di Claritromicina 15 mg/kg/die. Le condizioni del paziente sono progressivamente migliorate con risoluzione del quadro clinico entro 10 gg. senza necessità di dover drenare la falda di pneumotorace.

### La sindrome dell'arteria spinale anteriore: un caso clinico

C.A. Usai, A.G.P. Loi, A. De Santis, F. Lasio, F.M. Tanchis, L. Addis

Reparto Medicina Interna, Ospedale P. Dettori, Tempio Pausania (Ot)

**Premesse:** sindrome data dall'occlusione dell'arteria spinale anteriore che può complicare la dissecazione dell'aorta.

**Caso clinico** Donna di 81 anni con violento dolore dorsolombare e paraplegia. E.O. neurologico: plegia arti inferiori con assenza di riflessi. Ipertensione arteriosa, diabete mellito tipo 2. TC cranio senza mdc, Rx rachide in toto e RMN midollo con mdc: negativi. AngioTC aorta toraco-addominale: "dilatazione aorta ascendente e carotidi comuni con ispessimento parietale esteso all'intera circonferenza di arco aortico ed aorta toracica, come da ematoma intramurale". V. Cardiocirurgica sconsiglia intervento per elevato rischio operatorio. La paziente inizia riabilitazione neuromotoria. Persistono plegia arti inferiori con recupero dell'ipotesia e controllo del dolore. Dopo 10 giorni nuovo episodio di dolore dorsolombare con plegia arto superiore sinistro. Ripete angioTC

aorta toraco-addominale: "presenza di aneurisma dell'aorta ascendente con dissecazione dell'arco aortico a livello della carotide sinistra esteso all'aorta toracica". La paziente viene trasferita in Cardiocirurgia per intervento.

**Conclusioni** La dissecazione acuta dell'aorta deve essere considerata nella diagnostica differenziale dei pazienti con paraplegia per il possibile coinvolgimento midollare che può configurare la sindrome dell'arteria spinale anteriore.

### Equivalenti comiziali e coma in esordio di Porfiria Acuta Intermittente

E. Valvo, R. Risicato, B. Zazzaro, C. Arcoraci, C. Castagnino, M. Stornello

U.O. Medicina, P.O. Umberto I, Siracusa

**Premessa** La P.A.I. è una malattia rara del gruppo delle porfirie, a trasmissione ereditaria (autosomica dominante), con esordio tra i 15 ed i 30 anni (specie donne) dovuta a deficit di porfobilinogeno-deaminasi e conseguente maggior escrezione di acido delta-aminolevulinico (ALA) e porfobilinogeno urinario (PBG).

**Materiali e metodi** Giovane donna di 18a, giunta alla nostra osservazione per dolori addominali, disuria, pollachiuria e valori elevati di PA (150/100mmHg) ed FC (120m/min). Al 3° giorno di degenza improvvisa chiusura dell'alvo a feci e gas, insorgenza di crisi comiziali subentranti, insufficienza respiratoria e coma con trasferimento all'U.O. Rianimazione. Dopo scomparsa dei segni neurologici e miglioramento del respiro e dell'alvo rientro a reparto. Sono state dosate ALA e PBG sulle urine 24h prima e dopo trattamento con ciclo di emina (3mg/Kg/24hx4giorni). Alla dimissione test genetico per Porfiria.

**Risultati** Sodiemia all'ingresso 138mmol/l; durante crisi 113mmol; alla dimissione 141mmol. ALA bas 48.5mg/24h, PBG bas 68.3mg. Dopo trattamento ALA 3.7mg PBG 5.2mg. PA alla dimissione 110/70.

**Conclusioni** LA P.A.I., spesso sottodiagnosticata, con crisi potenzialmente mortali, può essere diagnosticata tramite dosaggio urinario di ALA e PBG. La somministrazione di emina è risultata efficace a controllare i sintomi e le complicanze.

### Febbre di origine sconosciuta: un caso di linfocitosi emofagocitica acquisita

V. Vannucchi, F. Rocchi, F. Pieralli, F. Bacci, M. Zerini, M. Castelli, O. Para, C. Nozzoli

Medicina Interna e D'urgenza, Aou Careggi, Firenze

**Premessa** La linfocitosi emofagocitica è una rara causa di febbre di origine sconosciuta, caratterizzata da un stato "iper-infiammatorio" con livelli elevati di citochine determinanti una disfunzione della risposta immunitaria.

**Motivo del ricovero** Donna di 57 anni, febbre ricorrente da 2 aa trattata a domicilio con cicli di steroidi a basso dosaggio, associata a pancitopenia (ipoplasia midollare alla BOM).

EO all'ingresso: epatosplenomegalia e linfoadeopatie palpabili a livello femorale bilateralmente.

Es. ematici: pancitopenia e incremento dei valori di LDH, transaminasi, trigliceridi e ferritina. Negative le emoculture e la sierologia per virus e batteri. Autoanticorpi negativi.

Es. strumentali: ecocardiogramma nei limiti; Tc collo-torace-addome: linfadenopatie ascellari e femorali bilateralmente.

Alla BOM: quadro di ipoplasia mieloide ed iperplasia megacariocitaria a morfologia displastica. Alla biopsia linfonodale: sindrome emofagocitica.

**Conclusioni** Nei pazienti con febbre prolungata, non rispondente ad antibiotici e associata a citopenia ed epatosplenomegalia, la diagnosi

di linfocitocitosi emofagocitica dovrebbe essere presa in considerazione. Il riconoscimento precoce della malattia è importante per intraprendere rapidamente una terapia con immunosoppressori.

### Un caso di linfoma primitivo cardiaco in paziente immunocompetente

V. Vannucchi, V. Verdiani, F. Pieralli, M. Grazzini, V. Turchi, E. Antonielli, T. Fintoni, C. Nozzoli

Medicina Interna E D'urgenza, Aou Careggi, Firenze

**Introduzione** I linfomi cardiaci primitivi sono estremamente rari nei pazienti immunocompetenti e sono caratterizzati da una prognosi infausta per la loro paucisintomaticità, che porta ad un ritardo nella diagnosi, e per la localizzazione della malattia.

**Motivo del ricovero** Uomo di 81 anni giunge al DEA per dispnea da sforzo associata a dolore toracico.

**Anamnesi** Pregressa esposizione tabagica. Non ipertensione arteriosa, non diabete mellito, non storia di cardiopatia.

**Decorso** ECG ed enzimi cardiaci negativi. All'ecocardiogramma presenza di versamento pericardico circonfenziale e di massa atriale dx di circa 5 cm di diametro. Alla RM cardiaca presenza di tumefazione mammellonata con invasione della parete infero-posteriore dell'atrio dx. Non alterazioni a Tc torace addome con mdc. Il paziente è stato quindi sottoposto ad intervento cardiocirurgico in urgenza con dimostrazione alla biopsia di linfoma a grandi cellule B.

**Commento** Il linfoma cardiaco dovrebbe essere preso in considerazione in quei pazienti con evidenza di massa cardiaca e versamento pericardico. In considerazione del suo quadro rapidamente evolutivo e dei suoi danni a carico del cuore dovrebbe essere considerato un'emergenza oncologica da trattare con chemioterapia o chirurgia.

### ★ Castleman's Disease: a rare cause of F.U.O.

A. Varriale, F. Molinaro, A. De Cata, S. Errico, I. Notarsanto, M. Damato, G. Pietrapertosa

Medicina Interna "Casa Sollievo Della Sofferenza San Giovanni Rotondo (Fg)

Fever of unknown origin remains a challenging exercise in internal medicine. We present the case of a 33 years old man complaining of one year fever, night sweats, fatigue and weight loss. No signs were detected on physical examination. Laboratory tests showed elevated inflammatory markers, anaemia. All the tests aimed to reveal an infectious or autoimmune etiology were negative. Abdomen US and CT scan showed peripancreatic lymph nodes, metabolically active on PET scan. The patient underwent diagnostic laparoscopy with lymph node biopsy: histological examination revealed a lymphadenitis with follicular plasma cells, suggesting Castleman's disease. Therefore a therapy with steroids and Rituximab was performed. Castleman's disease is a rare benign lymphoproliferative disorder of unknown etiology. Clinically it may present as a localized or multicentric form, with more lymph node involvement and systemic signs resulting eventually in death due to severe infections, multiple organ failure or malignant evolution. FUO is an intriguing challenge for the internist because of differential diagnosis. Only by the interaction between his clinical skills and modern imaging techniques and other specialist support i.e. pathologist, is possible to get to correct diagnosis.

### Is there a clinical -pathological condition that can be defined as chronic appendicitis?

F. Vecchi<sup>1</sup>, C. Gollini<sup>1</sup>, G. Carluccio<sup>1</sup>, S. Pederzoli<sup>1</sup>, B. Manni<sup>1</sup>, S. Neri<sup>2</sup>, G. Gibertini<sup>2</sup>, M. Grandi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O. Complessa di Medicina Interna (Direttore: M. Grandi) Nuovo Ospedale Civile Di Sassuolo,

<sup>2</sup>U.O. di Chirurgia (Direttore: G. Gibertini), Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo

**Background** Chronic pains of the right lower quadrant of the abdomen remain a challenging problem worldwide; chronic appendicitis is still a subject of controversy; usually the internists do not believe in chronic appendicitis.

**Case report** A 33 year-old male, suffering intestinal chronic constipation, abdominal pain, strangury and rectal bleeding. US and CT showed thickening of the intestinal wall with compression of the bladder. Colonoscopy showed only two polyps with low grade dysplasia. With these symptoms, he underwent an exploratory laparotomy, that showed a long and displaced medially chronic appendicitis, adhering to the bladder wall. The histopathological report corresponded to chronic appendicitis.

**Discussion** Criteria for chronic appendicitis include: symptoms lasting longer than 4 weeks, confirmation of chronic swelling through histopathological examination, improvement of symptoms after appendectomy. The US, CT images and colonoscopy could be suggestive for diagnosis, but the diagnostic laparoscopy is still often necessary. Our case suggest that chronic appendicitis should be included in the differential diagnosis of chronic right lower quadrant pain.

### Is common variable immunodeficiency useful and can it provide an earlier diagnosis?

F. Vecchi<sup>1</sup>, C. Gollini<sup>1</sup>, G. Carluccio<sup>1</sup>, S. Pederzoli<sup>1</sup>, C. Benatti<sup>1</sup>, B. Manni<sup>1</sup>, G. Partesotti<sup>1</sup>, R. Dallari<sup>2</sup>, M. Grandi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O. Complessa Di Medicina Interna (Direttore: M. Grandi), Nuovo Ospedale Civile Di Sassuolo,

<sup>2</sup>U.O. Di Pneumologia Nuovo Ospedale Civile Di Sassuolo

**Overview** Common variable immunodeficiency (CVID) is a chronic condition characterised by a defect of antibody production; the main clinical features of CVID are chronic and relapsing infections. CVID patients may also develop neoplastic and autoimmune diseases. The prevalence of CVID is 1 case per 50,000 population A 20-year survival rate is 65%.

**Case presentation** A 31-year-old woman with pneumococcal pneumonia was admitted to her local hospital in 12/2010. Her initial hospital course was complicated by mild haemoptysis and subclinical DIC. Her medical history was notable for at age 19 years diagnosis of reumatoide arthritis, frequent pneumonias, also in the last pregnancy, surgery for bilateral mastoiditis and bilateral nasal poliposis, bronchiectasis, frequent episodes of diarrhea, chronic anemia. Politransfused in the first pregnancy. Pre-eclampsia.

**Discussion** CVID were first described in childhood; several of the primary immunodeficiency diseases can present at any age, and commonly have their initial clinical presentation in adults.

**Conclusion** Physicians who care for adults should maintain a high index of suspicion for primary immunodeficiency diseases because early diagnosis should improve long-term prognosis.

### Ipfosite autoimmune: case report

I. Ventre, F. Zerella, G. Piccirillo

Dipartimento Scienze Mediche A.O. "G.Rummo" Benevento

**Premesse e scopo dello studio** Ipofisite linfocitaria o autoimmune: case report.

**Materiali e metodi** Donna di anni 35, con iperprolattinemia da alcuni anni; riferisce astenia ed episodi lipotimici ricorrenti; cortisolemia bassa; IGF1 al 50° percentile. Si richiedono: 1) RMN sella turcica; 2) ricerca anticorpi anti-ipofisi (APA) in immunofluorescenza; 3) test all'ACTH per cortisolo.

**Risultati** RMN sella turcica: area disomogenea di non univoca interpretazione; APA: presenti; test all'ACTH per cortisolo: negativo.

**Conclusioni** Ipofisite autoimmune determinante iperprolattinemia ed ipocorticosurrenalismo secondario o centrale.

### ★ Clostridium difficile infection survey in NHS Hospitals of Bologna

M. Ventrucci<sup>1</sup>, P. Farruggia<sup>2</sup>, P. Pozzato<sup>1</sup>, M. Panico<sup>2</sup>, C. Descovich<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dept Of Internal Medicine, Bentivoglio Hospital,

<sup>2</sup>Infection Control Team, Dept Of Clinical Governance, Ausl Bologna

Clostridium difficile infection (CDI) as a comorbidity is the most important cause of in-hospital diarrhoea worldwide. Its prevention depends on hygiene policy and antimicrobial stewardship. We studied risk factors for CDI in inpatients seen in 2010 in 9 NHS hospitals in Bologna. After having tested positive for CD toxin in the stool, 148 patients (62 males and 86 females, median age 83 yrs, 2.5-97.5 percentile range 63-97) were referred to the Infection Control Team. The incidence of CDI in 2010 was 0.25%, higher than that of 2009 (0.21%) and 2008 (0.17%). We have currently analysed the records of 30 out of the 145 patients for risk factors. The origin of patients was the home in 20, nursing homes in 8, and hospitals in 2. The main diagnoses were heart failure in 6, cerebrovascular disease in 7, bone diseases in 2, pneumonia in 2, other acute diseases in 10 and other chronic diseases in 3. Chronic renal failure was present in 7. Prior to the study, PPIs and antibiotics had been administered in 8 and in 7 cases, respectively. Four patients had private bathrooms, bedpan cleaners were available in 18, and macerators in 12. Preliminary results suggest the following risk factors for CDI: age and poor adherence to hygienic rules. The role of previous PPI and antibiotic therapy in CDI is still questionable.

### Undifferentiated spondyloarthritis

F. Venturino<sup>1</sup>, R. Brittelli<sup>1</sup>, S. Galasso<sup>2</sup>, N. Marigliano<sup>3</sup>, F. Mazzei<sup>4</sup>, D. Galasso<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Casa di Cura Reumatologica "Oliveti" Cotronei,

<sup>2</sup>Specialista in Fisiatria,

<sup>3</sup>Specialista in Farmacologia Clinica,

<sup>4</sup>Specialista in Geriatria,

<sup>5</sup>Direttore Emerito di Medicina Interna AO Pugliese-Ciaccio, Catanzaro

**Aim** Spondyloarthropathies are chronic inflammatory rheumatic diseases of unknown etiology. We focus on undifferentiated forms do not meet criteria for diagnosis of ankylosing spondylitis, Reiter syndrome and reactive arthritis, psoriatic arthritis, arthritis associated with ulcerous colitis and Crohn disease; they have a prevalence of 1-2% and may look like a seronegative oligoarthritis of lower limbs, dactylitis, enthesitis, early sacrum ileitis.

**Materials and methods** We observed 42 patients with seronegative spondylarthritis in one year. Positive were index of inflammations with negativity of RF, ANA, and study of HLA-ABC class I and DR-DQ class II. Conventional radiology, ultrasound of joints, MRI of sacroiliac joints and spinal cord completed examinations. We used NewYork criteria modified.

**Results** 18 patients with SpA, 15 patients with uSpA, 7 patients with ankylosing spondylitis and 2 patients with ankylosing arthropathy enteropathic, one of which with undifferentiated pancolitic form and psoriatic family history. Many undifferentiated forms remain over time, in 4 cases appeared psoriatic arthritis, with positivity HLA Cw6, B13 and B38.

**Conclusions** Early diagnosis of seronegative spondylarthritis, can avoid spinal complications especially in young males with positive B27.

### ★ Hospitalist: a new answer to an "old" question

D. Venuti<sup>1</sup>, M. Ginogi<sup>1</sup>, B. Rebagliati<sup>2</sup>, P. Lazzoni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ortopedia Ospedale S.Carlo Asl 3 Ge,

<sup>2</sup>Direzione Sanitaria Asl3 Ge

**Background and purpose of the study** The increase of age of hospitalized patients, the presence of co-morbidity, the clinical instability secondary to surgical procedures moves innovative care models necessary to offer a multidisciplinary approach. The "hospitalist" model is based on a dedicated Internistic practitioner.

The objective of this study was to evaluate the effectiveness of this model through pre-defined indicators.

**Materials and Methods:** Since March 2010 an Internist Practitioner has been dedicated to the Orthopedic Department and has been providing ongoing assistance for 5 - 6 mornings / a week.

**Results:**

- reduction in overall average hospital stay;
- reduction in global mortality;
- reduction in medical advice (Neurology / Cardiology);
- reducing in pharmaceutical expenditure for antibiotic - prophylaxis;
- reduction in transfers to Medical Area Departments;
- monitoring surgical site infections, monitoring bacterial population and resistance patterns.

**Conclusions** The integration of an Internistic practitioner in the Orthopedic team improved care of multi - pathologic patients, reduced overall mortality significantly and gave satisfactory results to the healthcare professionals involved.

### Scompenso cardiaco nell'anziano ricoverato in una lungodegenza: traiettorie di malattia e sintomi disturbanti il tenore di vita

T. Vetrò, D. Ferrari, P. Golotta, G. Battaglia

U.O. Di Lungodegenza P.O. Soriano Calabro

**Premesse e scopo dello studio** Descrivere traiettorie di malattia, carico sintomatologico e trattamenti al termine della vita in anziani con scompenso cardiaco cronico giunto in fase terminale, in un reparto di Lungodegenza.

**Materiali e metodi** *Caso 1* - Donna di 88 anni, con cardiopatia ipertensiva, FE 40%, si ricovera lamentando asma cardiaco e oliguria. Viene trasferita dall'UTIC. Durata della degenza: 44 giorni. Decorso: insufficienza renale acuta e shock cardiogeno con versamento pleurico Dx importante non responsivo alla furosemide.

*Caso 2* - Uomo di 81 anni, con miocardiopatia dilatativa post-ischemica e pregresso intervento di by-pass aorto-coronarico: si ricovera in fase terminale. Fino a un mese prima del decesso, era in grado di deambulare e presentava l'autonomia degli atti del vivere quotidiano. Durata della degenza: 5 giorni. Decorso: shock cardiogeno non responsivo alla furosemide. Fase terminale: Idrocortisone ad alte dosi, senza sollievo.

**Conclusioni** I casi clinici sono paradigmatici sulla traiettoria di terminalità dello scompenso nell'anziano, l'elevato carico sintomatologico, la refrattarietà dei sintomi in fase avanzata/terminale ai trattamenti convenzionali e la necessità di un approccio integrato tra terapia convenzionale dello scompenso e trattamenti appartenenti ad un formulario farmaceutico palliativo.

### ★ A case of hyponatremia due to SIADH treated with tolvaptan, a new selective vasopressin V2-receptor antagonist

C. Vezzadini<sup>1</sup>, C. Cicognani<sup>1</sup>, R. Zoni<sup>1</sup>, M. Faustini Fustini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O.C. Medicina Interna, Ospedale Bellaria, Bologna,

<sup>2</sup>U.O. Di Endocrinologia, Presidio Ospedaliero Maggiore Bellaria, Bologna



Vasopressin receptor antagonists have been recently proposed for the therapy of euvolemic or hypovolemic hyponatremia. Tolvaptan, a selective oral vasopressin V2-receptor antagonist, has been approved for the treatment of hyponatremia due to syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (SIADH).

A 60 y.o. woman was referred to our Unit for confusion and nausea with severe hyponatremia (116mmol/l) developed 3 days after the first course of chemotherapy (cisplatin/etoposide) for small cell lung cancer, stage T4 N2. She was euvolemic. Laboratory showed low serum osmolality (241mosm/l), increased urinary sodium (233mmol/d). SIADH was diagnosed, as paraneoplastic syndrome or secondary to cisplatin therapy. The management included water restriction and infusion of 3% saline. Serum sodium gradually increased and symptoms improved. The hypertonic infusion was stopped after 12 days, but a moderate hyponatremia relapsed (126mmol/l).

Tolvaptan 15 mg was given three times on alternate days, on the basis of serum electrolyte morning determination and sodium levels were corrected. Side effects were dry mouth and episodic dizziness. The patient was able to repeat chemotherapy with no further evidence of SIADH.

### Lo stroke è una patologia acuta, ma non critica?

#### Applicazione del MEWS in una popolazione di pazienti ricoverati in medicina d'urgenza

A. Villa<sup>1</sup>, P. Ascoli<sup>2</sup>, R. Virtuani<sup>3</sup>, S. Cattaneo<sup>4</sup>, A. Kostihova<sup>5</sup>, P. Marino<sup>6</sup>

Medicina D'urgenza, Ao Fatebenefratelli, Milano

Il Modified Early Warning Score (MEWS) permette di riconoscere pz critici con valore predittivo per morte o per destinazione a Unità di cura intensiva (ICU). Riportiamo la casistica di pz ricoverati in Medicina d'Urgenza (MdU), AO Fatebenefratelli, Milano, con particolare attenzione a quelli con stroke (considerato un'emergenza da avviare in ICU specifiche, quali le Stroke Unit).

**Materiale e metodi** Su 564 pz consecutivi (13 mesi) abbiamo registrato: 5 parametri per il calcolo del MEWS (PAS, FC, FR, temperatura e livello di coscienza con AVPU), outcome (sopravvivenza, trasferimento in ICU, morte) e diagnosi finale, considerando "severe": insuff resp, scomp card ac, IMA, coma, TEP, sepsi, shock, stroke ischemico o emorragico. **Risultati** 144/564 (26%) avevano punteggi di alta criticità ( $\geq 4$ ). 43/564 (8%) sono deceduti e 11 (2%) trasferiti in ICU. Il 51% aveva una patologia "severa" con distribuzione omogenea nelle classi MEWS. Tra i pz con punteggi bassi vi è alta % di stroke (il 69% dei pz con punteggio 0 ha stroke). **Conclusioni** La MdU è una struttura semi-intensiva (intermedia tra la Stroke Unit e la Medicina Generale) appropriata per pz con stroke, patologia acuta, ma spesso non critica (con basso MEWS).

### ✦ L'iperglicemia nel paziente acuto: solo stress o diabete misconosciuto?

A. Villa, P. Ascoli, R. Virtuani, S. Cattaneo, A. Jachetti, P. Marino

Medicina D'urgenza, Ao Fatebenefratelli, Milano

L'iperglicemia nei pazienti (pz) critici è relativamente frequente e viene associata abitualmente allo stress legato all'evento acuto. Riportiamo la casistica di pz ricoverati in Medicina d'Urgenza con patologie acute e l'analisi del loro assetto glicemico.

**Materiale e metodi** Abbiamo studiato 461 pz consecutivi non diabetici ricoverati dal nov.2009 al nov.2010. I pz sono stati classificati per severità del quadro clinico secondo il MEWS; nei pz con glicemia >125 mg/dl è stata determinata l'emoglobina glicata (HbA1c) per definire l'eventuale presenza di diabete mellito misconosciuto (quando >6.5%).

**Risultati** Vi era correlazione positiva fra valori di glicemia all'arrivo e le

classi MEWS (fattore di Pearson=0.33) e fra i pz con glicemia >125 mg/dl e classi MEWS ( $X^2=38.4$ ;  $p<0.0001$ ). 172/461 pz (37%) avevano glicemia >125 mg/dl; in 98 di questi è stato eseguito dosaggio di HbA1c: in 13 pz (13%) è risultata >6.5

**Conclusioni** Il 37% dei pz da noi osservati avevano glicemie elevate; nel 13% di questi il dosaggio di HbA1c ha portato a sospettare una diagnosi di diabete. Riteniamo che si debba porre particolare attenzione a glicemie elevate, non accontentandosi di inquadrare l'evento con la fase acuta e critica della malattia, ma eseguendo ulteriori indagini per definire un diabete che altrimenti verrebbe misconosciuto.

### Metastasi pancreatiche da carcinoma renale: caratteristiche clinico-radiologiche

V. Vincenzi<sup>1</sup>, C. Pasquali<sup>2</sup>, G. Sebastianelli<sup>1</sup>, M. Vincenzi<sup>3</sup>, G. Pasquotti<sup>3</sup>, R. Polverosi<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Uo Medicina Ospedale San Martino Belluno,

<sup>2</sup>Clinica Chirurgica Iv, Azienda Ospedaliera Univesitaria Di Padova,

<sup>3</sup>Istituto Di Radiologia, Azienda Ospedaliera Univesitaria Di Padova,

<sup>4</sup>Radiologia, Istituto Oncologico Veneto (Iov)

**Introduzione** Le metastasi costruiscono meno del 5% delle neoplasie maligne pancreatiche e quelle più frequenti sono causate da carcinoma renale (RCC).

**Materiale e metodi** Sono stati raccolti i dati di 15 pazienti affetti da metastasi pancreatiche da RCC. La diagnosi è stata effettuata in base alla storia clinica, i criteri radiologici, l'esame istologico.

**Risultati** Tutti i soggetti erano stati sottoposti precedentemente a nefrectomia per RCC e l'intervallo medio di tempo intercorso era 8 anni. Il pancreas era l'unica sede di metastasi in 11 pazienti. Solo 4 pazienti presentavano sintomi correlati con le metastasi al momento della diagnosi. Nei rimanenti casi la diagnosi è stata posta mediante le tecniche di imaging effettuate per il follow-up e in tutti questi pazienti il dato caratteristico era costituito dalla peculiare ipervascolarizzazione. In 12 casi è stato eseguito un intervento chirurgico di resezione e nel successivo periodo di osservazione l'intervallo libero da malattia è stato di 26.7 mesi.

**Conclusioni** Le metastasi insorgono generalmente dopo un intervallo di tempo piuttosto lungo dalla asportazione della neoplasia primitiva. La crescita tende ad essere piuttosto lenta e in molti casi il pancreas è l'unico sito metastatico. Per tali motivi la resezione chirurgica può risultare utile in molti casi.

### Bleeding from esophageal or gastric varices (EV/GV) in liver cirrhosis: a casuistic report in Internal Medicine

C. Virgillito<sup>1</sup>, I. Morana<sup>1</sup>, M. Maria Luisa<sup>1</sup>, C. Di Mauro<sup>1</sup>, R.A. D'amico<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento Di Medicina Interna P.O. "Garibaldi Centro", Catania,

<sup>2</sup>M.C.A.U. Dea "Garibaldi Centro", Catania

**Background** Bleeding from esophageal or gastric varices (EV/GV) is severe complication in cirrhosis.

Higher mortality within 5 days, is 10-20% within 6 weeks, then little drops next year and rebleeding is 65%.

We evaluated mortality within 5 days and 6 weeks from bleeding

**Methods** We studied 48 patients (pz), age medium 61: HCV 21, alcohol 8, HCV+alcohol 3, HBV+alcohol 1, HBV 3, HBV+anti-δ 1, HBV+HCV 1, NASH 5, post-cholangitis 1, cryptogenetic 4.

27 pz in C Child-Pugh (CP), 13 in B, 8 in A. MELD medium 16.

26 pz had ascites, 5 spontaneous bacterial peritonitis, 5 hepatic encephalopathy, 7 HCC, 5 hepatorenal syndrome, 9 portal thrombosis, 1 have had liver transplantation (LT).

When pz bled: valuations of vital parameters, laboratory tests, CP,

MELD, plasma expanders, blood transfusions (target Hgb 8 g/dl), ce-falosporines (2 g/die)/quinolones, terlipressin, endoscopic variceal ligation or cyanoacrylate injection within 12 hours

**Results** 40 pz bled from EV, 5 from GV. 4 rebleeded within 5 days (puted *Sengstaken-Blakemore tube*, 1 of these *TIPS* too), 2 within 6 weeks.

Within 5 days mortality was 6.66% (3 pz), within 6 weeks zero. 1 pz few months later had LT. 3 pz from portal hypertensive gastropathy excluded

**Conclusions** We had mortality lower than casuistic report. Mortality and failure of therapy depend on CP and other cirrhosis complications.

### An unusual cause of blood loss in an old cirrhotic woman

F. Vitelli<sup>1</sup>, F. Ficara<sup>1</sup>, D. Nespoli<sup>1</sup>, G. Macri<sup>1</sup>, M. Martinelli<sup>1</sup>, M. Mestriner<sup>1</sup>, E. David<sup>2</sup>, C. Marinone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna 2, Dipartimento Medicina Interna, Aou San Giovanni Battista, Torino,

<sup>2</sup>Anatomia Patologica 1, Dipartimento Di Anatomia Patologica, Aou San Giovanni Battista, Torino

E.C. female 79 years old was admitted in our ward because of ascites and confusion. She had cirrhosis with peritoneal effusion since 2006 and a first endoscopy in 2006 showed presence of an antral ulcer. She was frequently admitted in hospital in the last years because of anemia. The patient was confused due to encephalopathy grade 2-3, she had conspicuous ascites who had to be removed twice (4 liters each). Hb value was 6.1 gr.dl, fecal blood was present and she needed 4 units of blood in ten days.

Endoscopy showed in the antral surface a severe hyperplasia/congestion. Hystologic findings suggested however diagnosis of gastric antral vascular ectasia (GAVE). In a second endoscopy coagulation with argon laser was practised on the ectasyc areas. GAVE is an uncommon source cause of GI bleeding. It is often called also watermelon stomach due to the particular patterns of longitudinal vascular folds. The pathogenesis of the syndrome is not clear, a disfunction of antropyloric motility correlated to denervation of the digestive autonomic nervous system is likely. Endoscopic procedures are preferred to medical options and to surgery.

### Adrenal insufficiency

M.C. Zaccaria<sup>1</sup>, F. Pirone<sup>1</sup>, M.A. Perretti<sup>1</sup>, P. Lepore<sup>1</sup>, M. Fiorani<sup>1</sup>, A. D'uva<sup>1</sup>, S. Ziyada<sup>2</sup>, R. Schirripa<sup>2</sup>, D. Terracina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uoc med. Int. 2, Dip. Medicina - Osp.S. Pertini, Roma;

<sup>2</sup>Uoc med. Urg., Dip. Emergenza - Osp. S. Pertini, Roma

*"A young man with primary adrenal insufficiency caused by tuberculosis"*

A 52 aged man, Romanian nationality, found in the street with a L.C. wound in the occipital region and a wine tasting breath. Admitted in our Department (Internal Medicine) with diagnosis of "Poly-trauma, subdural haemorrhage, rhabdomyolysis associated to a right thigh haematoma, hyponatremia. Body temperature was 36,8°C, heart rate 90bpm, blood pressure: 100/60 mmHg. Laboratory results revealed: hyponatremia (Na 118 mEq/l) and increased value of CPK (1370). Brain angio-Tc demonstrated chronic subdural haematoma; chest and abdomen Tc: bilateral lung calcified nodules. During hospitalization, because of persistent weakness and hyponatremia, blood tests dosing hormones were assayed: ACTH:120 (normal range 0-46), cortisol 10 (n.v.4,5-22,7), aldosterone 22 (n.v.36-273). The patient was treated with cortone showing clinical significant improvement and normalisation of blood electrolytes values.

**Diagnosis** Suprarenal insufficiency of probable tubercular nature.

### Ischemic stroke in a patient with recent splenic infarction and fever

P.F. Zamboni, P. Grossi, M. Massari, M. Tampieri, G. Bellodi, S. Guarino, V. Mazzini, A. La Froschia, L. Lenzi, A. Arcadi, S. Prearo, P. Gruppillo

U.O. Coordinamento ed Integrazione Attività Mediche Internistiche e Specialistiche, Ospedale di Argenta, Ausl di Ferrara

**Background** Causes of splenic infarction: cardiac arrhythmias, intracardiac thrombus, endocarditis, myeloproliferative disorders, hemolytic anemias.

**Case report** A 73 years old man with upper left limb deficit, dysarthria and diplopia. 1 month before splenic infarction and fever. 2 years before aortic valve replacement with a bioprosthesis for severe stenosis. No signs of blood disorders. CRP 12.48 mg/dl. ECG: SR, first degree AVB (PQ 0.32 s). CT brain: normal. TT Echo: normal bioprosthesis. MRI brain: multiple cerebral ischemic lesions. TE Echo: endocarditis on right coronary cusp of bioprosthetic aortic valve. In the early days: neurological deficits resolved. 7° d: fever; blood cultures: Streptococcus intermedius, treated with levofloxacin 500 mg/day and ceftazidime 1 g x 3/day. 15° d: supraventricular tachycardia treated with intravenous amiodarone. 21° g: transferred to cardiac surgery; aortic valve replacement performed with a bioprosthesis; post-surgery: severe bradycardia; permanent pacemaker implanted.

**Conclusions** 1) Streptococcus intermedius endocarditis on bioprosthetic aortic valve complicated by multiple cerebral embolization, splenic infarction and arrhythmias. 2) It would have been important an early differential diagnosis, after the occurrence of splenic infarction, to avoid later complications of endocarditis.

### ★ Use of antiarrhythmic strategies for atrial fibrillation by cardiologists or internal medicine physicians: the ATA-AF survey

S. Zamboni<sup>1</sup>, F. Russo<sup>2</sup>, M. Muriago<sup>3</sup>, A.P. Maggioni<sup>4</sup>, F. Colombo<sup>5</sup>, G. Mathieu<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Ospedale "S. Maria Della Misericordia", Rovigo,

<sup>2</sup>Medicina Interna, Ospedale "S. Barbara", Rogliano (Cs),

<sup>3</sup>Medicina Interna, Ospedale "S. Bortolo", Vicenza,

<sup>4</sup>Centro Studi Anmco, Firenze,

<sup>5</sup>Medicina Interna 1, Ospedale Niguarda, Milano,

<sup>6</sup>Medicina Interna, Ospedale Di Pinerolo (To)

**Background** Clinical trials did not show superiority of rhythm- (RhyC) over rate-control (RaC) strategy in atrial fibrillation (AF).

**Aims** To compare antiarrhythmic strategies in AF between Cardiology (C) and Internal Medicine (IM) settings.

**Methods** This was an observational, multicenter study of in- or out-patients with current or previous (<12 months) AF.

**Results** 7148 patients (77-yr median age, IQR 70-83, 47% F) were included by 164 C and 196 IM centers. AF was paroxysmal in 24.0% of cases, persistent in 23.6%, permanent in 49.1% and undefined in 3.3%. RhyC was adopted in 27.4% of cases (39.8% in C vs 12.9% in IM, p<0.0001), and RaC in 51.4% (43.6% in C vs 60.5% in IM, p<0.0001). RhyC was adopted more frequently in younger patients (69±12 vs 78±9 yr, p<0.0001) and in patients with fewer comorbidities. For RhyC, electrical cardioversion (CV) or ablation was used more frequently in C than IM (66.8% vs 34.8%, p<0.0001), pharmacological CV more frequently in IM than C (72.6% vs 45.9%). Class III agents were used in 64% of pharmacological CVs and betablockers in 56.2% of RaC patients.

**Conclusions** The choice of antiarrhythmic strategy seems to depend on comorbidities, while in RhyC patients the choice between electrical or pharmacological CV seems to be mostly driven by the ward of admission.

## Un caso di dispnea da sindrome di Parsonage-Turner

E. Zanasi<sup>1</sup>, M. Capitelli<sup>1</sup>, J. Mandrioli<sup>2</sup>, G. Cioni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna Ospedale Di Pavullo Nel Frignano, Modena,

<sup>2</sup>Neurologia Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense, Modena

Uomo, 50 anni. Da 10 gg artralgia spalla destra, limitazione funzionale, scarso beneficio con FANS. Da 3 gg dispnea con ortopnea.

Anamnesi negativa, non fumatore.

All'esame obiettivo del torace basi ipomobili, MV ridotto a sinistra. Peggioramento della dispnea in posizione supina.

Rx torace: stria distelettasica sovrabasale sinistra. Emogasanalisi: lieve ipossiemia con capnia al limite alto. Rx spalla destra, rachide cervico-dorsale: artrosi.

Inizia terapia con antibiotici, come per focolaio polmonitico. Scarso miglioramento.

Tac torace: bande disventilative alle basi, non focolai.

Ecocardio: compatibile con cardiopatia ipertensiva. Evidente risalita degli organi addominali nel torace in posizione semisupina.

Consulenza neurologica urgente: trasferito, per accertamenti, in reparto specialistico, nel sospetto di patologia neuromuscolare.

**Diagnosi** "Amiotrofia nevralgica idiopatica arto superiore destro (Parsonage-Turner), insufficienza respiratoria restrittiva".

Entità nosologica definita, variabile clinicamente. Sintomi: dolore, paresi flaccida, non deficit sensitivo, localizzata al cingolo scapolare e arto superiore. Origine sconosciuta (virus, alterazioni immunità', traumi). FANS, cortisonici e FKT: remissione del dolore, non del deficit motorio. Guarigione totale o subtotale del deficit motorio variabile da settimane a 1-2 anni.

## Ultrasound pattern of non organized pleural effusion can predict protein concentration and macroscopic features of the fluid

A. Zanforlin, E. Ramazzina

Soc Medicina, Dipartimento Di Continuità Assistenziale, Ospedale San Luca, Trecenta (Ro)

**Background and aim of the study** To determine if the ultrasonic pattern of non-organized pleural effusions can predict the macroscopic feature of the liquid and its protein concentration and differentiate exudates and transudates.

**Materials and methods** We have performed 25 ultrasound-guided thoracentesis. We compared the ultrasound pattern (we observed the following: ipo-anechoic, iperechoic, "moving echoic spots" and dense "moving echoic spots") and the matching macroscopic feature of the liquid (we observed the following: bloody, serum-bloody, dull yellow, light yellow) and analysed the fluid to know the protein concentration.

**Results** Ipo-anechoic pattern matched with dull yellow (59%) and serum bloody fluid (35%). Moving echoic spots pattern was mostly light yellow (89%). The relationship was confirmed by protein concentration: dull yellow and serum-bloody  $5.57 \pm 1.07$  g/dl, ipoechoic  $5.5 \pm 1.1$  g/dl; light yellow  $4.33 \pm 1.08$  g/dl, moving echoic spots  $3.86 \pm 0.56$  g/dl.

**Conclusions** Our results show that the ultrasound pattern of a pleural effusion can predict macroscopic features of the fluid and in some cases can also estimate the protein concentration.

## Un subdolo intestino

I. Zanotti<sup>1</sup>, F. Santi<sup>1</sup>, S. Negro<sup>1</sup>, R. Re<sup>2</sup>, F. Bobbio<sup>2</sup>, E. Catania<sup>2</sup>, M. Campanini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina D'urgenza AOU Maggiore Carità Novara,

<sup>2</sup>II Medicina AOU Maggiore Carità Novara

Si tratta di una ragazza di 19 aa ricoverata tra il 2007 e il 2010 per febbre elevata (T 40°C) ricorrente con importante leucocitosi (WBC 40.000) calo ponderale e afte orali. In seguito al riscontro TC di multipli ascessi splenici è stata splenectomizzata, successivamente sono comparsi lieve addominalgia, artralgie di mani e piedi e rari episodi di diarrea. Nel 2009 ha effettuato PET e TC che evidenziavano ascessi epatici risolti con terapia antibiotica e modesta captazione a livello intestinale aspecifica.

Sono state escluse: TBC, sarcoidosi, celiachia, EBV, CMV, Yersinia, Campylobacter, Adenovirus, Coxakie, LUE, Idatidiosi, HIV e Herpes. Inoltre emocolture, coproculture con C. Difficile, autoimmunità, e ecocardiogramma per endocardite sono risultati negativi. Abbiamo usato Piperacillina-tazobactam, Teicoplanina, Azitromicina, doxiciclina e levofloxacina sempre con risoluzione clinica.

L'orientamento si era rivolto ad infezione da Bartonella H. per positività sierologica e l'istologico splenico con cellule giganti mononucleate (nonostante PCR negativa) ma nel 2010 in seguito a diarrea con dolore addominale e afte orali ha eseguito colonscopia che evidenziava ulcere nel colon destro con aspetto "acciottolato" compatibile con M. di Crohn (confermato all'istologico) per cui è stata avviata terapia steroidica con beneficio.

## Emofilia acquisita, descrizione di un caso clinico

B. Zazzaro, C. Arcoraci, C. Castagnino, R. Risicato, E. Valvo, M. Stornello

Medicina Interna, Asp Siracusa, Ospedale Umberto I Siracusa

**Premesse e scopo dello studio** L'emofilia colpisce i maschi ma si trasmette attraverso le femmine, la forma più frequente è l'emofilia A. Viene descritto un caso di emofilia acquisita in una paziente affetta da sarcoma osseo.

**Caso clinico** Donna di 62 anni con sarcoma al femore operato 6 anni prima ricoverata per ulcera arto inferiore e insufficienza renale. All'esame obiettivo ecchimosi agli arti superiori e alle spalle, aPTT 70 sec, INR 1. In corso di degenza presenza alla TAC di ematomi al muscolo psoas e nello scavo pelvico, alla scinti ossea iperfissazione del tracciante in sedi tipiche suggestive per ripresa della malattia, fattore VIII pari al 5% con presenza in circolo dell' inibitore. Dopo trattamento con prednisona ad alte dosi e con complesso protrombinico antiemofilico umano, normalizzazione dell'aPTT.

**Conclusioni** L'emofilia acquisita ha un'incidenza di 1 caso su milione l'anno e stessa prevalenza tra i sessi con un'età media di 60 anni: nella metà dei casi è idiopatica ma può essere associata a malattie neoplastiche, autoimmuni, infezioni, farmaci, e al puerperio, l'andamento clinico è subdolo con la necessità di individuare la reale sede del sanguinamento con una diagnosi e una terapia rapide in quanto la mortalità può superare il 20% nei casi con comorbilità associate.

## Homocysteine and cerebrovascular events

B. Zazzaro, R. Risicato, E. Valvo, M. Stornello

Medicina Interna, Asp Siracusa, Ospedale Umberto I Siracusa

**Background and Purpose** Homocysteine (Hcy) has prothrombotic properties because promotes SMC proliferation, fibrin deposits besides interact with platelets, C and S proteins, thromboxane and prostacyclines. Literature shown as patients with elevated values of Hcy have a worse prognosis of cardio and cerebrovascular events. We investigated if hyperhomocysteinemia was an independent and serious risk factor for the stroke in subjects hospitalized in our division for acute cerebrovascular events.

**Methods** We recruited 120 non diabetic patients affected by TIA or stroke, National Institute Health Stroke Scale (NIHSS) score was calculated for estimated the neurological deficit, the patients were also submitted to a tomography or resonance of brain. Multiple regression analysis was used for statistical elaboration.

**Results** Age and sex was the major determinants for total plasma Hcy levels ( $p < 0.001$  and  $< 0.05$ ); after adjustment for these confounding factors at the regression analysis a direct correlation was observed between Hcy and NIHSS ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion** Hyperhomocysteinemia is an independent risk factor for cerebrovascular events and it's associated with an increased death in stroke.

### Role of Angiotensin converting enzyme (ACE) in celiac disease

R. Zecchini, F. Bassi, C. Bassi

Medicina Terza, Dipartimento Medico I, Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

**Background and aim of the study** Several studies have shown that S-ACE levels are higher in sarcoidosis patients with autoimmune manifestations. It has been described an increased incidence of sarcoidosis in celiac disease (CD). We want evaluate the role of ACE in CD + possible sarcoidosis.

**Materials and methods** Young woman, non smoker, negative history. 11/07: appearance of low-grade fever and lymphadenopathy, inversion of the WBC count, negativity for chest X-ray, abdominal US, CRP, ESR, toxo, HBV, HCV, EBV, CMV, Quantiferon, autoimmunity, LDH, B2microglobulina. S-ACE 108 U/l (nv 18-55). 9/10: persistent low-grade fever, lymphadenopathy, inversion of WBC count and bloating. We suspected CD even in the absence of abdominal symptoms and malabsorption. The patient performed: anti TG Ab, 109 U/ml (vn 0-10), EGDS: severe chronic enteritis with type 3C lesion (sec Marsh and Oberhuber), positivity for DQ2, ACE 101 U/ml.

**Results** 10/10: she begins diet without gluten. 2/11 disappearance of fever, lymphadenopathy reduction, and restoration of the correct WBC count; anti-TG Ab: 6.9 U/ml, ACE 65 U/ml.

**Conclusions** In presence of ACE high levels even in the absence of gastrointestinal symptoms, is useful to exclude CD. Furthermore, the dosage of ACE in patients with CD is useful in the research of associated autoimmune diseases.

### Effetto ipotensivante di Exenatide in diabetici ipertesi

F. Zerella, I. Ventre, I. Carlucci

Dipartimento Scienze Mediche A.O. "G.Rummo" Benevento

**Premesse e scopo dello studio** Effetto ipotensivante di exenatide in diabetici ipertesi.

**Materiali e metodi** Valutazione in 8 pazienti diabetici ed ipertesi dell'effetto sulla pressione arteriosa derivante dalla aggiunta in terapia di exenatide 10 microgrammi sc x 2/die. Monitoraggio Ambulatorio Pressorio all'inizio e dopo 6 mesi di terapia con exenatide.

**Risultati** Riduzione media dei valori di pressione arteriosa di circa 3 mmHg per PAS e circa 3.5 mmHg per PAD.

**Conclusioni** L'exenatide, agonista recettoriale GLP-1 riduce la pressione arteriosa sisto-diastolica.

### La sindrome opsoclono/mioclono correlata a malattia di Creutzfeld-Jacob sporadica

M. Zerini, F. Pieralli, A. Mancini, E. Antonielli, L. Ciucciarelli, L. Sannicelli, F. Luise, C. Noccoli

Medicina Interna e D'urgenza Aouc, Firenze

**Caso clinico** Donna di 79 anni ricoverata per vomito, dolore addominale, disequilibrio con retropulsione e dismetria.

**Decorso** All'ingresso vigile, dismetria sin nella prova indice-naso, ni-stagmo bilaterale multi direzionale suggestivo di opsoclono/mioclono. Eseguite RMN encefalo (encefalopatia vascolare cronica), Tc total body negativa per neoplasia, EGDS con biopsia (negativa). All'EEG presenza di complessi lenti e periodici. AC onconeurali, esami colturali e PCR per virus, autoAC e protoporfirine urinarie negative. Nel liquor bande oligoclonali IgG. Nel sospetto di s. di Creutzfeld-Jacob è stata dosata la proteina 14.3.3 con livelli significativi. Durante le degenza peggioramento clinico con exitus della paziente.

**Discussione** La malattia di C-J determina demenza rapidamente progressiva seguita spesso da segni neurologici focali e da mioclono e conduce sempre al decesso del paziente. La diagnosi certa è confermata dall'esame neuropatologico post-mortem. La diagnosi è probabile se il paziente presenta caratteristiche cliniche compatibili (due dei seguenti: mioclono, disturbi visivi o segni cerebellari, piramidali o extra, mutismo acinetico), ed un tracciato EEG tipico e/o l'identificazione della proteina 14-3-3 nel liquido cefalorachidiano e/o aumento di segnale bilaterale nei nuclei della base nelle immagini di RMN cerebrale.

### Un caso di sindrome uremica emolitica dell'adulto trattata con rituximab

M. Zerini, F. Pieralli, V. Turchi, A. Mancini, V. Vannucchi, C. Matteo, F. Luise, C. Nozzoli

Medicina Interna e D'urgenza, Aouc, Firenze

**Caso clinico** Uomo di 64 anni accede in DEA per comparsa di diarrea ematica, febbre e vomito dopo ingestione di carne cruda. Agli esami ematochimici evidenza di emolisi. Viene ricoverato con sospetto di PTT/HUS in paziente con colite emorragica.

**Decorso** All'ingresso cefalea senza deficit neurologici focali e alterazioni neuroradiologiche. Agli esami ematochimici: anemia, piastrinopenia, insufficienza renale, segni di emolisi. Alla Tc addome distensione delle anse coliche, nodularità renale sospetta per etp. È stata iniziata terapia con plasma, steroidi e plasmaferesi quotidiana ottenendo parziale miglioramento. In 25 giornata iniziata terapia con rituximab (per 3 volte) con incremento dei valori di PLT e riduzione degli indici di emolisi già dalla III giornata. Negative le ricerche microbiologiche (anche per E. coli e Shighella), gli Ab ed i markers etp; normale il dosaggio dell'A-DAMTS 13.

**Discussione** La HUS è una rara sindrome caratterizzata da anemia emolitica, piastrinopenia e insufficienza renale, nel 90% dei casi seguente ad un'infezione da E. coli (O157:H7) o S. dysenteriae. Nel nostro caso il trattamento prolungato con plasma exchange e l'uso di rituximab (off-label) ha permesso un buon recupero clinico, anche se non esistono indicazioni consolidate sul suo utilizzo in letteratura. Dopo 12 mesi paziente in ottime condizioni senza segni di recidiva.

## La medicina interna e la chirurgia: sinergismo per le complicanze diabetiche

E. Zoppis, A. Martone, E. Maduli, C. Cusaro

Ssd Complicanze Piede Diabetico Aso Novara

U.M. uomo di 52 anni. APR:Diabete Mellito tipo 2 con complicanze microvascolari, insufficienza renale cronica stadio IV NKF), non utilizzo dei presidi ortesici podalici consigliati. Ricoverato per sepsi con flemmone al piede dx. Inizialmente eseguito drenaggio del flemmone. Le colture erano positive per flora polimicrobica, trattata con antibiotici mirati. Non lesioni macroangiopatiche. Effettuato subito debridement chirurgico, amputazione del I dito gangrenoso. Alla RMN osteomielite multifocale. Successiva amputazione del I metatarso(chirurgi ortopedici), bonifica dei rimanenti foci con antibioticoterapia; sottoposto ad irrigazione continua con Dermacyn, VAC Instill e Acti-VAC. Dopo comparsa di tessuto di granulazione, intervento di trasposizione di lembo muscolare per sopperire alla perdita di sostanza e ad innesto dermo-epidermico al dorso del piede destro (chirurgi plastici), ottimo risultato clinico con guarigione.

**Conclusioni** Il caso descrive come un grave quadro di sepsi a rischio di amputazione maggiore, è stato risolto con attività multidisciplinare, e sottolinea l'importanza della prevenzione delle complicanze diabetiche, in particolare del piede diabetico.

