

CASO 2.

Anamnesi:

Uomo di 78 anni, iperteso, in terapia con dabigatran 150 mg 2 volte die per fibrillazione atriale parossistica da almeno 6 anni, lamenta astenia, vertigini e emissione di feci scure da 4 giorni, viene in PS per la presenza anche di sangue rosso vivo nelle feci.

Esame obiettivo:

PA 100/60 mmHg, FC 110 bpm ritmico, mucose pallide, addome trattabile, esplorazione rettale: melena. Soffio sistolico aortico rude.

Esami di laboratorio	EGA emogasanalisi
Hb 6.8 g/dL, Hct 22%, MCV 80 fL, PLT 240.000/mm ³ creatinina 1.6 mg/dL, Cockcroft-Gault 36.6 mL/min Na ⁺ 138 mmol/L, K ⁺ 4.3 mmol/L AST 28 U/L, ALT 32 U/L INR 1.1	pH 7.44, pCO ₂ 37 mmHg, HCO ₃ ⁻ 22 mmol/L, lattato 2.5 mmol/L

Imaging:

- ECG: ritmo sinusale.
- RX torace: negativo.
- Gastroscopia e colonoscopia normali

Compito del candidato:

- Considerare una prosecuzione diagnostica durante il ricovero
- Descrivere la gestione terapeutica:
- terapia farmacologica in acuto per stabilizzazione
- trasfusione
- come comportarsi con l'anticoagulazione alla dimissione
- Gestione del follow up.
- Fornire una diagnosi di probabilità

Poco male ormai

Bruno Tassan Belpaoli

CASO 3.

Anamnesi

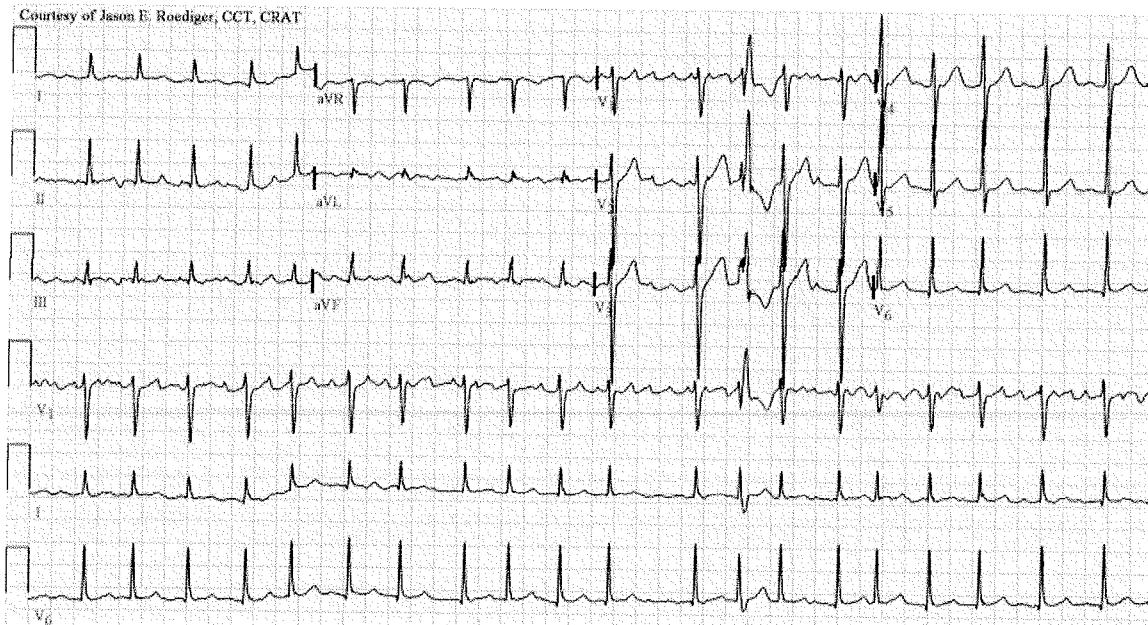
Donna di 68 anni, ipercolesterolemica e ipertesa da anni; recente aumento della terapia con amlodipina 5 mg la sera (in precedenza 2.5 mg). Riferisce negli ultimi mesi notevole variabilità pressoria, episodi di astenia marcata, sensazioni di ipotensione, ridotta tolleranza allo sforzo e comparsa di ortopnea.

Negli ultimi giorni osserva edemi declivi più evidenti. Non febbre, non dolore toracico. Non ha eseguito controlli cardiologici negli ultimi anni; in anamnesi remota un soffio cardiaco ritenuto "benigno". Nessuna terapia per il colesterolo nonostante valori persistentemente elevati (320 mg/dL).

Esame obiettivo: PA 90/60 mmHg, FC 110 bpm irregolare, SatO₂ 86% in aria ambiente, Soffio sistolico rude irradiato ai vasi del collo, più intenso al II spazio intercostale destro, Rantoli crepitanti diffusi bilaterali, Turgore giugulare, Edemi declivi malleolari, Segni generali di ipoperfusione lieve (cute fredda, oliguria riferita)

Esami di laboratorio	EGA emogasanalisi
<ul style="list-style-type: none"> Hb 11.2 g/dL, GB 10.800/mm³, PLT 220.000/mm³ Creatinina 1.5 mg/dL Na⁺ 135 mmol/L, K⁺ 4.8 mmol/L NT-proBNP = 7200 pg/mL , Troponina I 0.04 ng/mL PCR 40 mg/L, 4 mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> pH 7.47 pCO₂ 30 mmHg pO₂ 55 mmHg HCO₃⁻ 21 mmol/L SaO₂ 88%

RX Torace: Congestione polmonare marcata, Presenza di linee di Kerley B, Lieve cardiomegalia



Compito del candidato:

Illustrare il percorso diagnostico differenziale

Descrivere il trattamento iniziale in urgenza

Descrivere i criteri di gravità e le modalità di monitoraggio clinico e laboratoristico.

Fornire una diagnosi di probabilità

Giovanni Antonioli
Summa On B