



Roma, 8-11 novembre 2018

XVII CONGRESSO NAZIONALE AME

Quelli che...l' endocrinologia (oh yes)



ITALIAN CHAPTER



UN INSOLITO CASO DI IPERTENSIONE ESSENZIALE GIOVANILE

Chiara Bima¹, Silvia Gelli¹, Sabrina Chiloiro¹, Felicia Visconti¹, Laura Rossi¹,
Antonella Giampietro¹, Antonio Bianchi¹, Stefano Costanzi², Marco Racioppi³,
Pierfrancesco Bassi³, Alfredo Pontecorvi¹, Laura De Marinis¹

1 UO di Patologia Ipotalamo-Ipofisaria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

2 UO di Nefrologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

3 UO di Urologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma



Roma, 8-11 novembre 2018

XVII CONGRESSO NAZIONALE AME

Quelli che ... l' endocrinologia (oh yes)



ITALIAN CHAPTER



Ai sensi dell'art. 3.3 sul conflitto di interessi, pag 17 del Regolamento Applicativo Stato-Regioni del 5/11/2009, dichiaro che negli ultimi 2 anni NON ho avuto rapporti diretti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario.



Roma, 8-11 novembre 2018

XVII CONGRESSO NAZIONALE AME

Quelli che ... l' endocrinologia (oh yes)



ITALIAN CHAPTER



Storia clinica

T.F., Donna, 25 anni

Anamnesi patologica remota: nessun precedente anamnestico degno di nota

Anamnesi familiare: negativa per ipertensione arteriosa o malattia cardiovascolare, positiva per patologie autoimmuni e tireopatie (gozzo nodulare, tiroidite cronica autoimmune e carcinoma tiroideo)

Anamnesi fisiologica: menarca a 11 anni, cicli mestruali regolari, alvo e diuresi fisiologici, dieta libera, fumatrice, non alcol

Anamnesi patologica prossima: da settembre 2013 cefalea refrattaria alla terapia con anti-dolorifici, associata a cardiopalmo, sudorazione algida ed offuscamento del visus.

Riscontro di ipertensione arteriosa (PA 180/120 mmHg). A maggio 2014 ricovero presso altro Nosocomio:

- esclusione delle principali cause di ipertensione arteriosa secondaria
- diagnosi di disturbo ansioso-depressivo con inizio di terapia ansiolitica
- diagnosi di ipertensione arteriosa essenziale complicata da iniziale nefroangiosclerosi e retinopatia ipertensiva di grado lieve

Anamnesi farmacologica: alprazolam 5 gtt x3/die, barnidipina 10 mg 1 cp x2/die, nebivololo 5 mg 1cp/die, furosemide 25 mg 1 cp x 2/die, clonidina 150 mcg ½ cp in caso di picco ipertensivo



XVII CONGRESSO NAZIONALE AME

Quelli che ... l' endocrinologia (oh yes)



Quando sospettare un' ipertensione arteriosa secondaria

- Ipertensione arteriosa resistente, ossia non controllata dalla terapia con almeno tre farmaci anti-ipertensivi, a dosaggio massimale, di cui almeno un diuretico
- Significativo incremento dei valori pressori
- Insorgenza improvvisa o peggioramento di un'ipertensione pre-esistente
- Danno d'organo sproporzionato alla durata dell'ipertensione
- Presenza di caratteristiche specifiche
- Comparsa in età pediatrica o giovanile, specie in pazienti non obesi e senza familiarità



XVII CONGRESSO NAZIONALE AME

Quelli che ... l' endocrinologia (oh yes)



ITALIAN CHAPTER

Roma, 8-11 novembre 2018

Ricovero presso UOC Endocrinologia (dicembre 2017)

- Conferma all'holter pressorio di quadro di ipertensione arteriosa non compensata dalla terapia in atto
- Sintomatologia parossistica limitante le normali attività quotidiane

Es. laboratoristici	Valori
Emoglobina	14,6 g/dl (12-15)
Globuli bianchi	9,57 x10 ⁹ /l (4-10)
Piastrine	277 x10 ⁹ /l (150-450)
Sodio	139 mmol/l (135-145)
Potassio	3 mmol/l (3,5-5)
Calcio	9,3 mg/dl (8,6-10,2)
Creatinina	0,55 mg/dl (0,5-1)
Glicemia	78 mg/dl (65-110)
ALT	24 UI/l (7-45)
GGT	14 UI/l (5-36)
Sodiuria	65 mmol/l (40-220)
Potassiuria	35 mmol/l (25-100)
Microalbuminuria	negativa
Proteinuria	negativa

RITMO SINUSALE CON ARITMIA SINUSALE
INGRANDIMENTO ATRIALE SINISTRO
ANOMALIE DI ST E DELL'ONDA T ASPECIFICHE
ECG ANORMALE



Ventricolo sinistro di normali spessori, dimensioni endocavitarie e cinesi globale e regionale.
Parametri di funzione diastolica nei limiti della norma.

Atrio sinistro nei limiti della norma.

Trascurabile insufficienza mitralica.

Valve

Bulbi **Sospetto di ipertensione arteriosa renina-mediata** bili.

Sezioni destre nei limiti.

Trascurabile insufficienza tricuspideale. PAPs tecnicamente non valutabile.

VCI di normale calibro, normocollassante all'inspirium.

Assente versamento pericardico.

Wash-out della terapia anti-ipertensiva interferente



Roma, 8-11 novembre 2018

XVII CONGRESSO NAZIONALE AME

Quelli che...l' endocrinologia (oh yes)



ITALIAN CHAPTER



Ricovero presso UOC Endocrinologia (dicembre 2017)

TSH	1,27 mcUI/ml (0,35-3,20)
FT3	3,9 pg/ml (2,4-4,2)
FT4	14,1 pg/ml (8,5-16,5)
Cortisolo	193 ng/ml (60-220)
ACTH	19 pg/ml (10-55)
Aldosterone	478 pg/ml (20-160)
Renina	207 mcUI/ml (1,5-20)
Metanefrine urinarie	51 mcg/24h (50-340)
Normetanefrine urinarie	134 mcg/24 h (90-445)
Adrenalina urinaria	<1 mcg/24 h (2-22)
Noradrenalina urinaria	36 mcg/24 h (12-86)
Dopamina urinaria	178 mcg/24 h (65-400)
Aldosterone urinario	53,6 mcg/24 h (1,5-20)
Acido omovanillico urinario	2,9 mg/24 h (1-8)
Acido vanilmandelico urinario	3,6 mg/24 h (2-7)
Testosterone	0,26 ng/ml (0,1-0,5)
DHEAS	1770 ng/ml (800-3500)
17OH progesterone	0,6 ng/ml

Sospetto clinico di ipertensione arteriosa secondaria a patologia renale nefro-vascolare o nefro-parenchimale

Ecografia apparato urinario/ Ecocolordoppler arterie renali: *reni in sede nei limiti per morfologia e dimensioni*. Vie escretrici non dilatate. Non falde fluide perirenali. *Regolare emoperfusione parenchimale renale all'esame colordoppler*.
Regolari i tracciati arteriosi parenchimali. Pervie le vene renali.



Roma, 8-11 novembre 2018

XVII CONGRESSO NAZIONALE AME

Quelli che...l' endocrinologia (oh yes)



ITALIAN CHAPTER

Ricovero presso UOC Endocrinologia (dicembre 2017)

TC ADDOME SUPERIORE (S/C MDC)

TC RENI (S/C MDC)

Esame eseguito mediante tecnica spirale multistrato, prima e durante somministrazione e.v. di mdc organo-iodato (Ultravist 370 mgI/mL - 120 ml @ 4 mL/s).

Lo studio angio-TC mirato alla valutazione delle arterie renali non ha documentato stenosi nè varianti anatomiche o di decorso a carico delle stesse, che risultano ben opacizzate dal mdc e di calibro regolare. Si osserva doppia vena renale sn, di cui una a decorso retro-aortico. La vena renale sn a decorso anteriore risulta focalmente lievemente ridotta di calibro in corrispondenza dell'angolo aorto-mesenterico ma comunque pervia.

Renii in sede, nella norma per dimensioni e morfologia. Al polo superiore del rene sn, in sede corticale, si apprezza una lesione focale di 9 mm a morfologia tondeggiante, margini regolari e lievemente sfumati, a minimo sviluppo esofitico (senza chiaro clivaggio verso lo psoas) e con enhancement disomogeneo e crescente in arteriosa e portale. Il reperto, in prima ipotesi di significato eterformativo ma non caratterizzabile con il presente esame, è meritevole di videat specialistico e al minimo di stretto monitoraggio ecografico. Focale millimetrica ipodensità lungo il margine dorsale della corticale renale omolaterale al polo superiore non caratterizzabile per le esigue dimensioni (cisti?).

Non evidenti lesioni espansive surrenaliche.

Fegato, milza e pancreas nei limiti per dimensioni e morfologia ed esenti da alterazioni densitometriche. Piccola milza accessoria all'ilo splenico di 9 mm. Non dilatate le vie biliari intra ed extra-epatiche nè il dotto di Wirsung. Colecisti fisiologicamente distesa, esente da alterazioni parietali o formazioni litiasiche endoluminali di evidenza TC.

Angioma vertebrale nel soma di D11.

Corpo iperdenso nel corpo gastrico in sede declive di circa 10 mm.

Consulenza urologica: indicazione ad intervento chirurgico di resezione della lesione renale apicale sinistra.

Terapia antipertensiva con barnidipina 10 mg 1 cp x2/die e clonidina 150 mcg 1 cp/die



Roma, 8-11 novembre 2018

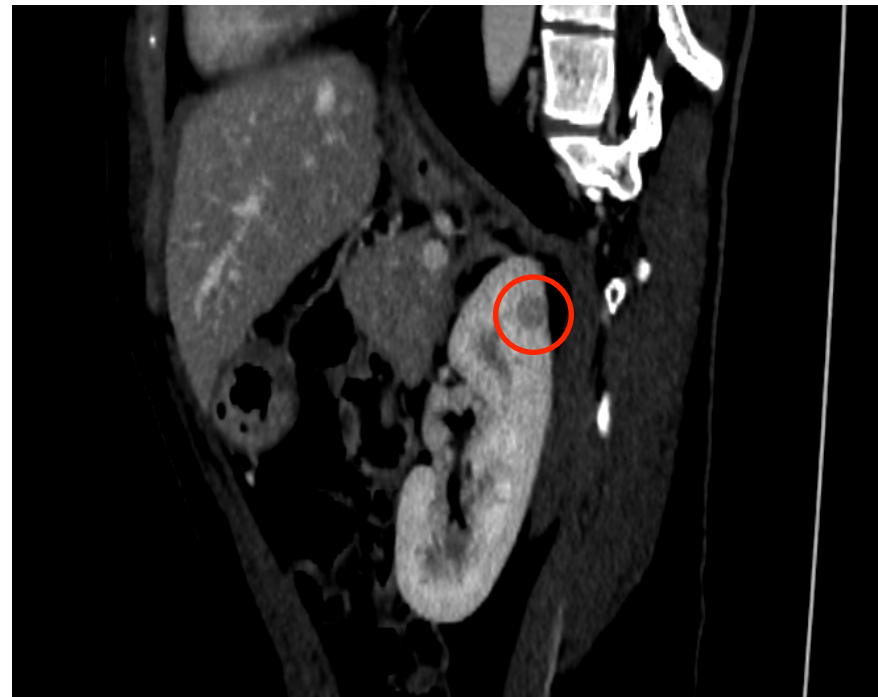
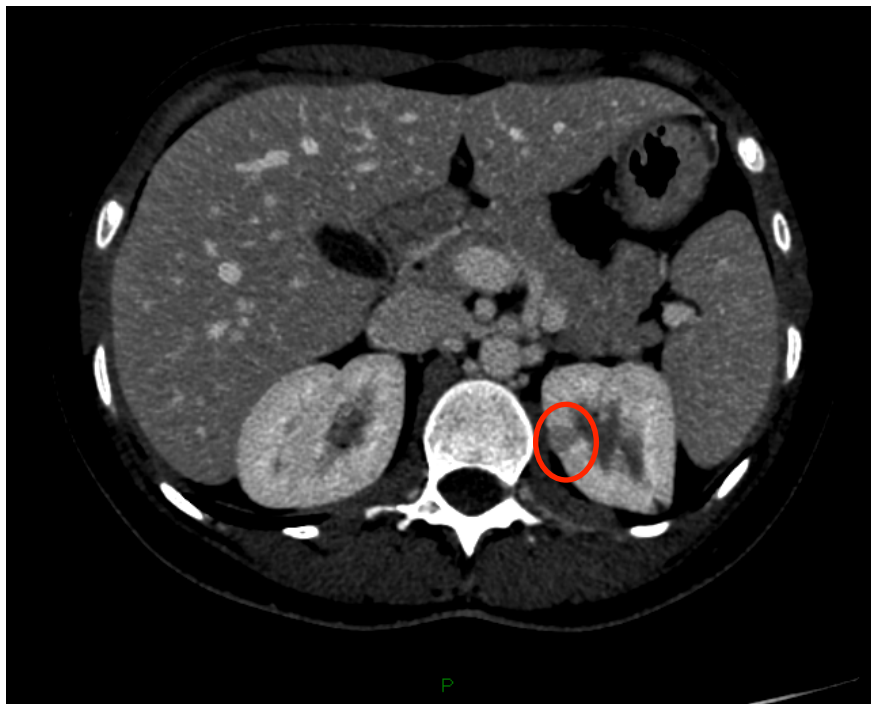
XVII CONGRESSO NAZIONALE AME

Quelli che ... l' endocrinologia (oh yes)



ITALIAN CHAPTER

TC addome superiore/reni con mdc





Roma, 8-11 novembre 2018

XVII CONGRESSO NAZIONALE AME

Quelli che ... l' endocrinologia (oh yes)



ITALIAN CHAPTER



In data 01/02/2018 la paziente veniva sottoposta ad **intervento chirurgico di enucleoresezione della neoformazione renale sinistra**

Esame istologico: neoplasia di 0.7 cm di diametro composta da elementi cellulari di media taglia, di aspetto poligonale o talora allungati, con nucleo rotondeggiante e a cromatina dispersa. Le cellule mostrano una crescita cordonale o a nidi separati da una fine rete vascolare. Le cellule neoplastiche mostrano positività per SMA, CD34, Vimentina, focale per CD117, mentre negative appaiono le colorazioni per citocheratine AE1/AE3, HMB45, MelanA e CD10. Rarissime le mitosi. L'indice proliferativo Ki67 si attesta intorno all'1%. Non si osservano aree di necrosi né emorragiche. Il quadro appare maggiormente coerente **con tumore a cellule iuxta-glomerulari.**

Risoluzione completa del quadro di ipertensione arteriosa con normalizzazione della kaliemia, in assenza di terapia farmacologica.



Roma, 8-11 novembre 2018

XVII CONGRESSO NAZIONALE AME

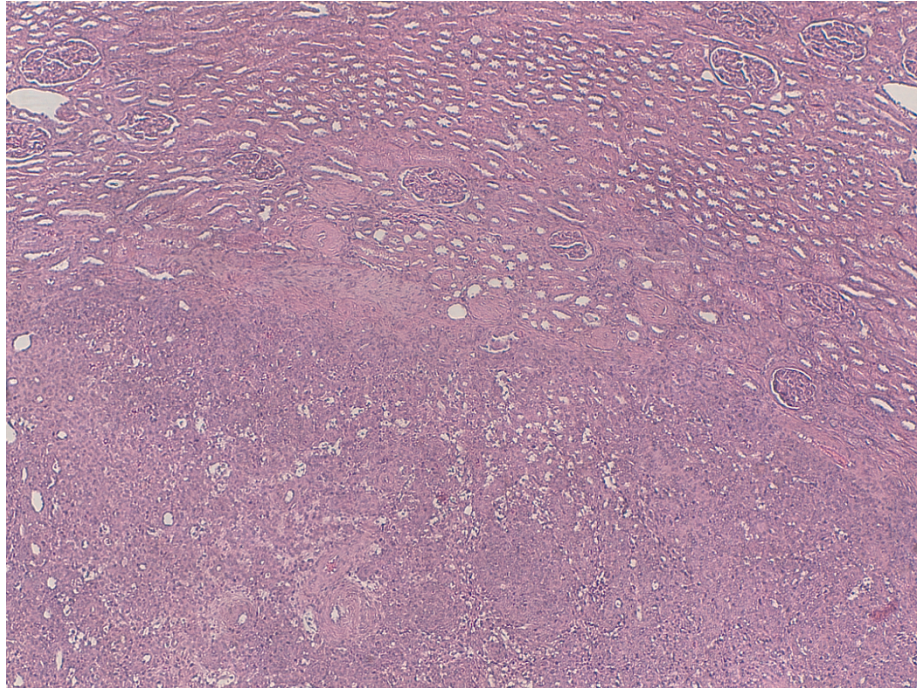
Quelli che ... l' endocrinologia (oh yes)



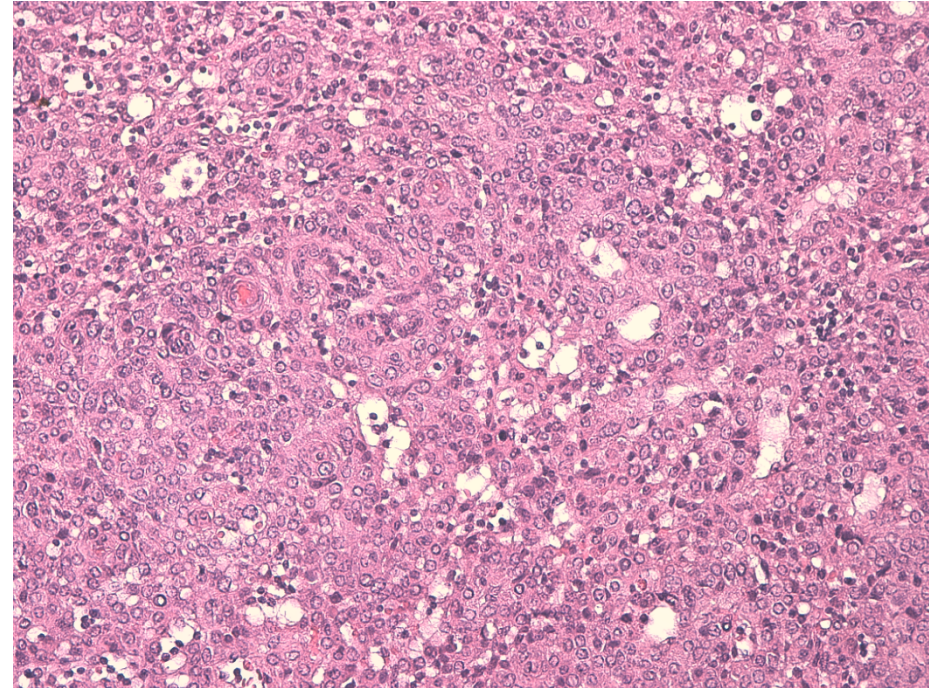
ITALIAN CHAPTER



Esame istologico



50x EE RENINOMA



200x EE RENINOMA



XVII CONGRESSO NAZIONALE AME

Quelli che ... l' endocrinologia (oh yes)

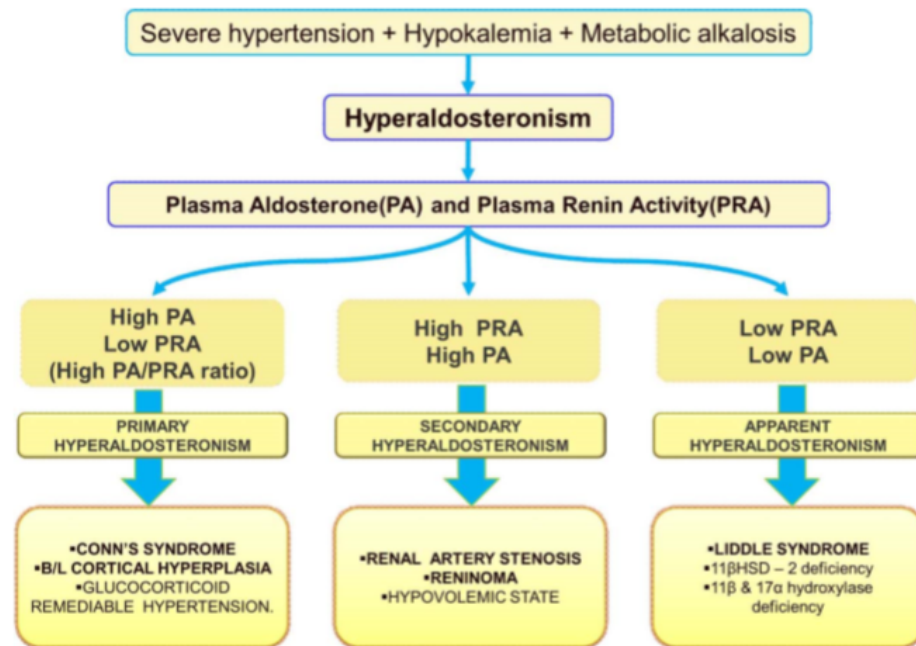


ITALIAN CHAPTER

Roma, 8-11 novembre 2018

Conclusioni - Reninoma

- Rara causa di ipertensione arteriosa secondaria renina-mediata (circa 100 casi descritti in letteratura)
- Adolescenti e giovani adulti con lunga storia di cefalea, ipertensione arteriosa resistente ed ipokaliemia
- Elevati livelli di renina e aldosterone plasmatici supportano la diagnosi
- Gold standard diagnostico: TC o RM addome con mdc
- Terapia chirurgica con approccio «nephron-sparing», con completa normalizzazione del quadro pressorio ed elettrolitico



Venkateswaran R et al, 2013

Trnka P et al, 2014

Kim JH et al, 2018