

Una difficile diagnosi di iposurrenalismo

E. Ingargiola, F. Brignardello, S. Bovio, G. Pivano, G. Reimondo, S. Puglisi, G. Gardini, G. Bentivegna, A. Parisi, A. Mueller, M. Terzolo

*SCDU Medicina Interna 1 – SS Endocrinologia
Dipartimento di scienze cliniche e biologiche – Università di Torino
AOU S. Luigi Gonzaga Orbassano (TO)*





Roma, 9-12 novembre 2017

Conflitti di interesse



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 ho avuto rapporti diretti di finanziamento con i seguenti soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

NESSUNO



Anamnesi



ITALIAN CHAPTER

Roma, 9-12 novembre 2017

Uomo di 75 anni.

In anamnesi:

- Pregresso carcinoma del colon sottoposto emicolectomia sinistra nel 1988 con confezionamento di stomia, successivo follow-up negativo.
- Nel 2014 ictus ischemico con emiparesi brachio-crurale dx, successivo recupero completo.
- Nel corso dell'ultimo anno calo ponderale di circa 10 kg.



Giugno 2017: accede in DEA per intensa astenia e nausea presenti da circa 10 giorni, ad andamento ingravescente.

- PAO 110/65 mmHg
- FC 110 ' R
- SatO2 94% in O2 3 l/min
- T 38 °C
- Diuresi 200 cc in 24 h

Ecoscopia in urgenza: versamento pleurico sinistro e abbondante versamento pericardico con iniziali segni di compressione delle camere destre.

Ematochimici in DEA	
Hb (g/dL)	14,7
GB (*1000/uL)	8,06
Creatinina (mg/dL)	3,71 (GFR 16 ml/min)
PCR (mg/dl)	31
Sodio (mmol/L)	129
Potassio (mmol/L)	5,4
Glicemia (mg/dL)	62

**Ricoverato in
Medicina d'Urgenza**



Roma, 9-12 novembre 2017

Medicina d'Urgenza



ITALIAN CHAPTER

Esami eseguiti nel corso del ricovero:

- Emocolture: negative
- Toracentesi: citologico e colturale negativi
- Screening autoimmune: negativo
- Screening virologico: negativo

Avviata terapia antibiotica e steroidea

Dimesso con diagnosi di versamento pleuropericardico in pleuropolmonite infettiva bilaterale.

Indicazione a proseguire terapia steroidea con dosaggio a scalare per 15 giorni.





Dopo pochi giorni dalla sospensione della terapia steroidea, nuovo accesso in DEA per nausea e astenia marcata.

- PAO 90/70 mmHg
- FC 110 ' R
- SatO₂ 96% AA
- T°38,3°C

Rx torace: piccola falda di versamento pleurico a sinistra

Ecocardiogramma *bed-side*: minimo versamento pericardico non emodinamicamente significativo.

**Ricoverato in
Medicina Interna**

Ematochimici in DEA

Hb (g/dL)	15,9
GB (*1000/uL)	8,05
Creatinina (mg/dL)	2,22
PCR (mg/dl)	25,1
Sodio (mmol/L)	125
Potassio (mmol/L)	4,6
Glicemia (mg/dL)	84



Medicina Interna



ITALIAN CHAPTER

Roma, 9-12 novembre 2017

Ematochimici all'ingresso in reparto	
Hb (g/dl)	15,5
GB (*1000/uL)	7,90
Creatinina (mg/dl)	1,9
PCR (mg/dl)	18,6
Sodio (mmol/L)	130
Potassio (mmol/L)	4,4
Glicemia (mg/dl)	85

Avviata terapia con Idrocortisone 100 mg ev a bolo, seguito da 50 mg x 4

Accertamenti biochimici	
Cortisolo h 8 (mcg/dL)	4,5
ACTH h 8 (pg/mL)	124
Renina (mUI/L)	45
Aldosterone	Non dosabile
ACTH test (ACTH 250 mcg ev) per Cortisolo (mcg/dL)	<ul style="list-style-type: none"> • T0: 10,3 • T30: 13 • T60: 14,5
Ab anti 21 OH	Negativi
Test quantiferon	Negativo
TSHr	1,2 mcU/ml
fT4	1,08 ng/dl
Ab anti-TPO e Ab anti-TG	Negativi
APCA	Negativi



Roma, 9-12 novembre 2017

Medicina Interna



ITALIAN CHAPTER



**Dimesso con diagnosi di
iposurrenalismo primitivo**



Roma, 9-12 novembre 2017

Condizioni attuali



ITALIAN CHAPTER



Buone condizioni cliniche

PA 125/75 mmHg

Terapia in atto:

Cortisone acetato 25 mg 1 co + ½ co

Fludrocortisone 0,1 mg ½ co

Ematochimici recenti

Hb (g/dL)	13,8
Creatinina (mg/dL)	0,65 (eGFR 119)
Sodio (mmol/L)	138
Potassio (mmol/L)	4,1
Glucosio (mg/dL)	70

Grazie per l'attenzione!