

UN CASO DI IPOGLICEMIA IN CONVENTO

V Luotto, M Nestola, F Delle Cese, L Alessandrini, V Del Gatto, S Gelli, A Palombo, CA Rota, A Pontecorvi
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

INTRODUZIONE

La causa di un'ipoglicemia (che si definisce con la triade di Whipple: segni e sintomi; riscontro di valori glicemici < 45-50 mg/dl; regressione dei sintomi dopo somministrazione di glucosio) spesso non è semplice da trovare. Occorre distinguere tra ipoglicemia a digiuno (spontanea) e ipoglicemia reattiva. Nel primo caso l'esame principale da eseguire è il test al digiuno. L'orientamento diagnostico dipende dai valori di insulina e peptide C: per esempio, se l'insulina risulta elevata e peptide C soppresso si tratta di verosimile ipoglicemia factitia; se insulina e peptide C risultano entrambi elevati, possibile assunzione di sulfoniluree oppure insulinoma. Nel caso di ipoglicemia post-prandiale (reattiva), l'esame principale da eseguire è l'OGTT.

DESCRIZIONE DEL CASO

Giungeva a ricovero proveniente dal PS suor Mafalda, di 79 anni. Una mattina verso le 11, durante la messa, episodio di malessere intenso con sudorazione algida e confusione con riscontro di ipoglicemia (DTX 44 mg%) e modesta ipertensione (150/90 mmHg) per cui la paziente si è recata in PS ed è stata successivamente ricoverata nel nostro reparto. Riferiva un episodio analogo pochi giorni prima. In anamnesi: ipertensione arteriosa in terapia con ACE inibitori con riferito scarso controllo dei valori pressori, sovrappeso (BMI 26). Terapia farmacologica: Ramipril 5 mg. Escludeva assunzione di ipoglicemizzanti orali. Durante il ricovero della durata di 5 giorni in cui non si sono mai verificati episodi ipoglicemici, sono stati effettuati: glicemia basale: 105 mg/dl, Hb glicata: 5.5%, Cromogranina A: 77.8 ng/ml; test al digiuno: nessun riscontro di ipoglicemie dopo 72 h di digiuno. OGTT per glicemia ed insulina: glicemia (mg/dl) 0': 71 → 30': 133 → 60': 193 → 90': 214 → 120': 232 → 180': 135; insulina (μUI/ml) 0': 5.5 → 30': 66.5 → 60': 93.2 → 90': 116.1 → 120': 105.2 → 180': 104.5.

La paziente è stata dimessa con neodiagnosi di diabete mellito di tipo 2 con verosimile ipoglicemia reattiva e sono state date indicazioni alle consorelle e alla madre superiora riguardo controllo domiciliare della glicemia e dieta ricca di fibre e senza zuccheri semplici con pasti piccoli e frequenti.

Tre giorni dopo la dimissione, sempre in convento, nuovo episodio mattutino di ipoglicemia grave (28 mg%) per cui la paziente è stata ricoverata in PS, trattata con infusione ev di soluzione glucosata fino al raggiungimento di euglicemia e sottoposta a ecografia addominale "Esame eseguito in difficili condizioni tecniche a causa della scarsa collaborazione della paziente. ... Pancreas non visualizzabile a causa dell'intenso meteorismo intestinale...". E' stata quindi trasferita presso il nostro reparto. Sono stati effettuati: Hb glicata: 5.3%, ACTH: 22 pg/ml, cortisolo: 284 ng/ml, IGF1: < 25 ng/ml, TAC addome: "In riferimento al quesito non si rilevano lesioni focali o aree di abnorme enhancement carico del pancreas, che appare subatrofico ed esente da dilatazione del sistema escretore...". La paziente è stata sottoposta nuovamente a test al digiuno con monitoraggio degli ormoni controregolatori. Alla 68esima ora del test al digiuno, risultato fino a quel momento comunque negativo, una novizia ha chiesto colloquio con il personale medico senza avere il permesso della madre superiora: la terapia delle consorelle più anziane veniva gestita da una suora che, avendo scambiato i blister di due monache (antidiabetico orale nella confezione dell'antipertensivo), somministrava glibenclamide alla paziente. Il test al digiuno è stato interrotto e la paziente è stata dimessa con la diagnosi di ipoglicemia iatrogena.

CONCLUSIONI

Un'accurata anamnesi è indispensabile per la risoluzione dei casi anche più complessi. Nel caso di ipoglicemia occorre sempre escludere l'assunzione di farmaci: dall'insulina agli antidiabetici orali che stimolano la secrezione insulinica, in particolare le sulfoniluree e, fra queste, quelle a più lunga durata d'azione (clorpropamide, glibenclamide).

Una volta risolto il caso, si è posto il problema della comunicazione alla madre superiora...