

volume 11  
SUPPL. 1  
2017 May

pISSN 1877-9344  
eISSN 1877-9352



SOCIETÀ  
SCIENTIFICA  
DI MEDICINA  
INTERNA

**FADOI**

FEDERAZIONE  
DELLE ASSOCIAZIONI  
DEI DIRIGENTI  
OSPEDALIERI  
INTERNISTI

# Italian Journal of Medicine

*A Journal of Hospital  
and Internal Medicine*

Editor in Chief  
Giorgio Vescovo

The official journal of the Federation of Associations  
of Hospital Doctors on Internal Medicine (FADOI)

**XXII Congresso Nazionale della Società Scientifica FADOI**  
Sorrento, 13-16 maggio 2017

*Presidente: A. Fontanella*

*Guest Editors: L. Bellesia, A. Valerio*

**pagepress**

[www.italjmed.org](http://www.italjmed.org)

**Conclusioni:** In accordo con la letteratura la PET/TC è un affidabile strumento per la diagnosi di spondilodiscite.

#### Dall'ascite alla diagnosi: la sindrome di Budd-Chiari

L. Giampaolo<sup>1</sup>, D. Tirota<sup>1</sup>, G. Eusebi<sup>1</sup>, M. Finazzi<sup>1</sup>, L. Ghattas<sup>1</sup>, P. Montanari<sup>1</sup>, L. Poli<sup>1</sup>, A. Salemi<sup>1</sup>, V. Durante<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AUSL della Romagna, Medicina Interna IV, Cattolica (RN), Italy

**Introduzione:** La Sindrome di Budd-Chiari (BCS) è una rara condizione caratterizzata dalla occlusione delle vene sovraepatiche, legata a trombofilia congenita o acquisita. Recenti evidenze suggeriscono una possibile tendenza protombotica in pazienti con psoriasi.

**Case report:** Una donna di 64 aa con ci è stata inviata per il rilievo ecografico di disomogeneità epatiche multiple e versamento ascitico. In Anamnesi veniva riportata la recente insorgenza di una psoriasi palmoplantare ed una uveite anteriore. È stata effettuata una paracentesi ed è stata richiesta in una TC torace+addome. Ripetendo l'eco addome erano assenti i segnali Doppler delle vene sovraepatiche (VS) e del tratto intraepatico della vena cava inferiore (VCI), sospetti per sindrome di Budd-Chiari. Il sospetto è stato confermato in TC ed in CEUS. Sono state ricercate le cause più frequenti (neoplasie ematologiche, emoglobinuria parossistica notturna, Sd da anticorpi antifosfolipidi) risultate negative; lo studio coagulativo ha rilevato solo una eterozigosi G20210A della trombina; la colonscopia era negativa. È stata intrapresa terapia diuretica e con EBPM. Sono stati effettuati controlli ecografici e CEUS a 7-21-30 gg con progressiva completa ricanalizzazione della VCI e vene VS medie e sinistra, una parziale ricanalizzazione della VS dx e riduzione dell'ascite fino alla risoluzione della stessa.

**Conclusioni:** La sindrome di Budd-Chiari è una condizione rara, tuttavia la conoscenza della patologia e dei possibili fattori di rischio ne facilita la diagnosi.

#### La ecografia epatica con mezzo di contrasto nella sindrome di Budd-Chiari

L. Giampaolo<sup>1</sup>, D. Tirota<sup>1</sup>, G. Eusebi<sup>1</sup>, M. Finazzi<sup>1</sup>, L. Ghattas<sup>1</sup>, P. Montanari<sup>1</sup>, L. Poli<sup>1</sup>, A. Salemi<sup>1</sup>, V. Durante<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AUSL della Romagna, Medicina Interna IV, Cattolica (RN), Italy

**Introduzione:** La Sindrome di Budd-Chiari (BCS) è una rara sindrome determinata da trombosi delle vene sovraepatiche per fattori protrombotici acquisiti o congeniti. La Ecografia epatica con mezzo di contrasto (CEUS) è stata raramente impiegata in letteratura per lo studio della trombosi delle sovraepatiche (è disponibile un solo lavoro nella BCS in lingua cinese con studio di 38 pazienti).

**Caso clinico:** Una paziente di 64 anni è giunta alla nostra attenzione per la comparsa di ascite e lesioni epatiche diffuse. In ECO erano visibili disomogeneità diffuse ed ipertrofia del lobo caudato, al Doppler non era rilevabile flusso a vene sovraepatiche media e sinistra e nel tratto intraepatico della Vena Cava Inferiore (VCI). È stata posta diagnosi di Sindrome di Budd-Chiari. È stata effettuata CEUS mediante somministrazione di SonoVue 2.5 cc che ha mostrato un enhancement diffusamente disomogeneo in tutto il parenchima epatico in assenza di aree di focale wash-out. In CEUS era più chiaramente definibile l'estensione della trombosi, rilevando un esile passaggio di mdc nella vena sovraepatica media e nella porzione più ventrale della VCI intraepatica, dimostrando una trombosi parziale. Nessun passaggio di mdc era rilevabile a carico della vena sovraepatica sn, se non in un piccolo tratto alla sua origine. La pz è stata posta a tp con EBPM ed il successivo follow-up è stato effettuato mediante CEUS con documentazione di una progressiva ricanalizzazione.

**Conclusioni:** La CEUS può essere impiegata quale metodica contrastografica per confermare la diagnosi e definire l'estensione della sindrome di Budd-Chiari.

#### Una pancreatite acuta in donna ucraina decisamente non alcol relata: la sindrome da IgG4

L. Giampaolo<sup>1</sup>, M. Finazzi<sup>1</sup>, G. Eusebi<sup>1</sup>, L. Ghattas<sup>1</sup>, P. Montanari<sup>1</sup>, L. Poli<sup>1</sup>, A. Salemi<sup>1</sup>, D. Tirota<sup>1</sup>, V. Durante<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AUSL della Romagna, Medicina Interna IV, Cattolica (RN), Italy

Una donna Ucraina di 53 aa veniva ricoverata per pancreatite acuta (4 mesi prima un episodio analogo da cui esitava una pseudocisti della coda indagate a TC e RMN). All'eco addome riscontro di lesione cefalopancreatica con dilatazione dell'albero biliare, confermata a TC (17 mm) ed associata, a TC, a flogosi del grasso in prossimità della nota cisti. Sono state effettuate 2 EUS+FNAB negative per neoplasia o infiltrazione linfocitaria. Ad esami riscontro di marcato rialzo IgG4 (12xULN). Rivalutazione anamnesi con interprete: rifeti edemi periorbitari e tumefazione sottomandibolare ricorrenti. È stata posta diagnosi di verosimile Sindrome da IgG4 con pancreatite autoimmune tipo 1, fibrosi retroperitoneale, orbitopatia da Ig4 e sialoadenite di Mikulicz; A criteri HISORt mancanza criterio istologico per diagnosi conclusiva, per cui intrapresa terapia steroidea ex adjuvantibus. Dopo 1 mese normalizzazione lipasi, riduzione IgG4, regressione lesione pancreatica, fibrosi retroperitoneale, orbitopatia e sialoadenite. A 7 mesi da inizio tp nuovo episodio di pancreatite acuta, a TC addome comparsa di multiple nuove cisti con aspetti infiltrativi su flessura splenica. È stata ripetuta EUS+FNAB su cisti con riscontro di epitelio mucinoso su parete, sollevando il sospetto di una neoplasia mucinosa. Dopo 2 settimane episodio di addome acuto con aspetti TC addome di rottura di cisti addominale. Paziente sottoposta a pancreatectomia distale. Istologico conclusivo di pseudocisti con presenza su linfonodi regionali di 50% di plasmacellule producenti IgG4, compatibile con Sindrome da IgG4.

#### "Frozen": storia di una ragazza catatonica

A. Giani<sup>1</sup>, I. Bracali<sup>1</sup>, L. Guarducci<sup>1</sup>, E. Calabrese<sup>1</sup>, M. Bertoni<sup>1</sup>, A. Foschini<sup>1</sup>, P. Lotti<sup>1</sup>, R. Martini<sup>1</sup>, G. Mugnaioni<sup>1</sup>, T. Restuccia<sup>1</sup>, F. Risaliti<sup>1</sup>, S. Zanieri<sup>1</sup>, M.E. Di Natale<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina 2, Ospedale Santo Stefano, Prato, Italy

**Premessa:** I disturbi del movimento ad etiologia iatrogena includono il DIP (drug-induced parkinsonism), la discinesia tardiva, la distonia tardiva, l'acatisia, il mioclono ed il tremore; tra queste il DIP è il disordine più comune, prevalentemente quale effetto collaterale di antipsicotici sia tipici che atipici.

**Caso clinico:** Z.H., donna cinese di 36 anni, accedeva al DEA il 30/8/16 per febbre elevata e dolore addominale con aumento delle transaminasi ed inversione ALT/AST, CPK nella norma; ecografia addome ed Rx torace nei limiti. In anamnesi: sindrome depressiva, disagio sociale e familiare; recente ricovero presso SPDC per sindrome acuta da stress con spunti psicotici trattata con paliperidone 150 mg i.m. il 21/8/16. Sierologia per virus epatotropi, emocolture ed urinocoltura negative. Progressivo rallentamento ideo-motorio fino a stato catatonico con rigidità diffusa, incapacità a muoversi, parlare ed alimentarsi, alterazioni disautonomiche (tachicardia sinusale, iperidrosi, ritenzione urinaria acuta) in assenza di febbre. TC e RM encefalo, EEG, rachicentesi nei limiti con evidenza di liquor limpido ed esame chimico-fisico e culturale negativo (positività per bande oligoclonali nel liquor). Trattata con biperidene e diazepam e.v.; inseriti sondino naso-gastrico e catetere vescicale con progressivo miglioramento di eloquio, capacità motoria e deglutizione ma persistenza di episodi di ritenzione urinaria alla rimozione del catetere.

**Conclusioni:** Tale caso clinico deve essere posto in diagnosi differenziale tra DIP e catatonica maligna per gli elementi di disautonomia.

#### Platelet changes in patients with hepatitis C virus-related liver cirrhosis after directly acting antiviral therapy

L. Giannitrapani<sup>1</sup>, A. Terranova<sup>1</sup>, A. Capitano<sup>1</sup>, A. Ferlita<sup>1</sup>, A. Licata<sup>1</sup>, G. Montalto<sup>1</sup>, M. Soresi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento Biomedico di Medicina Interna e Specialistica, Palermo, Italy

**Background and Purpose of the study:** Thrombocytopenia is the most common haematological abnormality in patients with Liver Cirrhosis and it is caused by multiple factors. This study evaluated platelets (PLT) count changes in patients with HCV related LC after DAAs therapy.

**Materials and Methods:** We enrolled 83 patients with LC. In all

patients were evaluated liver function tests and PLT count at baseline (BL), at end of therapy (ET) and three months post treatment (PostT), Elastography and ultrasound (US) at BL, and US at PostT. LC diagnosis was histological in 13 patients, in 71 with liver stiffness >12 kPa. All patients were SVR (58 patients had DAAs therapy without, 25 with Ribavirin). 79% were genotype 1b. US diameter of spleen (DS) was measured. The paired t Student's test was used.

**Results:** PLT at BL were significantly lower compared to both ET and PostT,  $P < 0.0001$ , while in ET were higher than in PostT,  $P < 0.0001$ . In group without Ribavirin PLT at BL were significantly lower compared to both ET and PostT (respectively  $P < 0.001$ ). PLT at PostT were higher than at ET but not significantly ( $P = ns$ ). In Ribavirin group PLT at BL were significantly lower compared to both ET and PostT,  $P < 0.001$ , while in ET were significantly higher than in PostT,  $P < 0.0001$ . DS at enrollment vs PostT didn't show any statistical difference.

**Conclusions:** PLT increase after antiviral treatment in absence of any difference between spleen dimensions before and after therapy confirm that thrombocytopenia in cirrhotic patients is not only due to portal hypertension but also to a direct effect of HCV.

### An unusual calf lesion in an immunocompromised patient

M. Gili<sup>1</sup>, E. Charbonnier<sup>1</sup>, L. Chasseur<sup>1</sup>, F. Chiacchiarini<sup>1</sup>, E. Costantini<sup>1</sup>, S. Gallo<sup>1</sup>, C. Marinucci<sup>1</sup>, S. Morra Di Cella<sup>1</sup>, M. Porta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi, Ospedale S. Giovanni Battista, Torino, Italy

A 71 year old male patient presented in October 2015 with a swollen and tender area in his right calf.

**Past history:** In 2006 chronic lymphatic leukemia was diagnosed, which was still in progression despite many cycles of immune- and chemotherapy. In 2014, a nodule appeared at the left pulmonary apex, increasing in volume over the following radiograms. Further microbial and histological investigations were inconclusive and the lesion was interpreted as pulmonary localization of the disease. A new immunotherapy cycle was then administered but the lesion enlarged.

**Recent history:** In September 2015 the patient reported persisting fever despite wide spectrum antibiotics. In October a tender swelling appeared at the right calf, which was initially considered a spontaneous hematoma but worsened over the following weeks. At the same time a skin lesion appeared on the back, where a transcutaneous biopsy had been performed. The leg lesion was drained and a culture revealed growth of *Nocardia*. Trimethoprim/sulfamethoxazole (1200/240mg tid) was started, leading to rapid improvement. A few months later the germ developed resistance to trimethoprim, which was replaced by ceftriaxone and an aminoglycoside, obtaining complete resolution of the infection. A new course of immunotherapy could be started in May 2016.

**Nocardiosis:** Immunodeficiency states, particularly in hematological patients, is a main risk factor for disseminated Nocardiosis. The infection can spread to almost every tissue and, if not treated with prolonged appropriate antibiotic therapy, the prognosis is poor.

### Connection between abdominal pain, ocular ptosis and cranial surgery: serendipity or medical skill? Case report on a rare, potentially lethal, infectious manifestation of diabetes mellitus

I. Gilotta<sup>1</sup>, G. Tirelli<sup>2</sup>, E. Quatela<sup>2</sup>, F. Mastrobuoni<sup>3</sup>, R. Antonione<sup>1</sup>, R. Burri<sup>1</sup>, A. Cosenzi<sup>1</sup>, E. Costa<sup>1</sup>, P. Della Loggia<sup>1</sup>, G. Di Sopra<sup>1</sup>, M.G. Lentini<sup>1</sup>, D. Belgrado<sup>1</sup>, S. Turchetto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AAS2 Bassa Friulana-Isonzina, SOC Medicina Interna, Ospedale di Monfalcone (GO); <sup>2</sup>Clinica Otorinolaringoiatrica, Università degli Studi di Trieste; <sup>3</sup>Azienda Sanitaria Integrata di Udine, Dipartimento di Chirurgia Specialistica, SOC Otorinolaringoiatrica, Udine, Italy

A 35 year old man with no history of substance or drug abuse was admitted to our hospital for abdominal pain. On examination, the patient was alert and fully oriented. Temperature, blood pressure, pulse, respiratory rate and oxygen saturation were normal. Heart sounds, lung and neurological examination were negative. The ab-

domen was tender but no signs of peritonism were detected. Blood tests showed hyperglycemia with ketoacidosis and elevation of inflammatory markers. Chest radiography was normal. He was admitted to our Medical Department where correction of ketoacidosis and empirical antibiotic therapy were initiated. The next day, right eye ptosis, edema and pain rapidly developed, leading to otorhinolaryngologist consultation and to urgent CT scan of the orbit and maxillary sinus regions. Important orbit cellulitis and optic nerve compression were revealed and a first, urgent, surgery was necessary. Ischemic lesions and hyphae were detected on histological examination and anti-fungine treatment was initiated. In the next few days, retinal necrosis was detected and a subsequent NMR showed ischemic disease progression to the palate. A second extensive surgery was performed (medial maxillectomy, ethmoidal-sphenoidectomy). Clinical conditions further deteriorated and an extensive thrombosis of the right carotid axis was detected, leading not only to low-molecular weight heparin therapy, but to a last, extremely demolishing neurosurgical intervention (bi-frontal craniotomy). Details and evolution of this rare fungal infection are described in our case report.

### Monitoraggio dei pazienti in trattamento con omalizumab presso l'Unità Operativa Complessa di Medicina Interna del Policlinico G. Martino

M.C. Giofrè<sup>1</sup>, F. Napoli<sup>1</sup>, S. Tomeo<sup>1</sup>, N. Laganà<sup>1</sup>, D. La Rosa<sup>1</sup>, A. Caruso<sup>1</sup>, A. Saitta<sup>1</sup>, A.G. Versace<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOC Medicina Interna, Messina, Italy

**Premesse e Scopo dello studio:** Abbiamo valutato il profilo di efficacia dell'omalizumab in una coorte di pazienti arruolati presso la nostra U.O.C.

**Materiali e Metodi:** Abbiamo analizzato dati demografici e clinici di 38 pazienti avviati al trattamento con omalizumab da giugno 2014 a dicembre 2015 reclutati presso gli ambulatori di Medicina Generale, Pneumologia e Medicina Interna. I criteri di inclusione prevedevano positività ad aero-allergene perenne, asma allergico persistente IgE mediato (30-1500UI/ml) non controllato con terapia standard e FEV1 <80%. I pazienti sono stati sottoposti a questionario "Asma Control Test", misurazione del peso corporeo, dosaggio IgE totali, Ab anti-aeroallergeni perenni e spirometria al tempo zero. Posologia e frequenza di somministrazione del farmaco è stabilita in funzione delle IgE e del peso corporeo. I pazienti arruolati sono stati rivalutati dopo 1, 3, 6 mesi dall'inizio del trattamento mediante spirometria e questionario ACT ed è stata rivalutata la terapia praticata (riduzione/sospensione della terapia cortisonica).

**Risultati:** Si è osservato un significativo aumento del FEV1 rispetto al basale già dopo la prima somministrazione. Dopo il sesto mese si è osservato un significativo aumento del punteggio medio ACT rispetto al basale e in 30 pazienti sospensione dello steroide.

**Conclusioni:** Il farmaco ha determinato incremento del FEV1 con conseguente miglioramento della qualità di vita e sospensione del cortisone.

### Lower rate of hypoglycemia with IDegLira versus insulin glargine regardless of dosing time or hypoglycemia definition in patients with type 2 diabetes

C. Giordano<sup>1</sup>, R. Chen<sup>2</sup>, E. Jaekel<sup>3</sup>, I. Lingvay<sup>4</sup>, H. Jarlov<sup>5</sup>, L. Lehmann<sup>5</sup>, G. Lastoria<sup>6</sup>, S. Heller

<sup>1</sup>Diabetologia e Malattie del Ricambio, Università di Palermo, Italy; <sup>2</sup>Concord Repatriation General Hospital, Sydney, NSW, Australia; <sup>3</sup>Hannover Medical School, Hannover, Germany; <sup>4</sup>UT Southwestern Medical Center, Dallas, TX, USA; <sup>5</sup>Novo Nordisk A/S, Søborg, Denmark; <sup>6</sup>Novo Nordisk Medical Affairs Rome, Italy; <sup>7</sup>University of Sheffield, Sheffield, United Kingdom

In the DUAL V trial, patients assigned to insulin degludec/liraglutide (IDegLira) had greater HbA1c reduction (end of trial [EOT] HbA1c 6.6 vs. 7.1%) versus insulin glargine (IG) with a significantly lower confirmed hypoglycemia rate (original definition: plasma glucose [PG] <56 mg/dL or unable to self-treat). This post hoc analysis investigated whether the lower hypoglycemia rate with