



Gruppo di ricerca geriatrica



Journal Club - 3 settembre 2004

METODOLOGIA DI PRESENTAZIONE DEI CASI CLINICI

Marco Trabucchi

Una metodologia con ottimi risultati:

- approfondimento della clinica (linee guida)**
- capacità di adattamento (glide-path)**
- logica (senso del tempo, capacità di scelta)**
- attenzione al meglio per il paziente
(senso del limite e coraggio)**

X.J.Y. 82 anni,

trasferita all'Istituto di Riabilitazione Geriatrica (IDR) dalla Divisione di Medicina dove è stata ricoverata per: *“TIA: disartria, deficit di forza arto superiore sinistro, deviazione rima buccale”*.

Motivo richiesta di proseguimento delle cure in ambito riabilitativo: *instabilità posturale*.

Familiari riferiscono progressivo declino funzionale e cognitivo da qualche mese.

Anamnesi sociale:

17 anni di scolarità; ex ostetrica, nubile.

Prima dell'evento acuto viveva da sola con aiuto familiare (anche IADL intra-moenia).

Anamnesi patologica remota:

- ipertensione arteriosa sistemica e diabete mellito II tipo in trattamento dagli anni '90
- ricovero per frattura femore sx da caduta (osteosintesi), complicata da piaga da decubito tallone e tromboflebite arto inferiore sx; delirium postchirurgico e dismetria secondaria ('95)
- DH: ascesso perianale fistolizzato (toilette chirurgica '97)
- ricovero per diabete scompensato (IO – insulina), insufficienza renale cronica, cardiopatia ischemica cronica, dislipidemia, insufficienza venosa aa ii, deterioramento cognitivo (MMSE 24/30) ('99)
- diagnosi ambulatoriale: steatosi epatica, gastropatia microerosiva, osteoporosi ('01)
- ricovero per verosimile TIA, encefalopatia multinfartuale, aterosclerosi TSA (stenosi 40-50% ACI sx e 30% ACI e ACE dx, '01)

Esami strumentali recenti:

TC encefalo ('01): *"Grossolane alterazioni cortico-sottocorticali sovra-sottotentoriali, più evidenti in sede temporo-parietale.*

Diffusa leucomalacia periventricolare con aumento volumetrico ex-vacuo cavità ventricolari".

ECOcario ('01): *"FE 53%".*

Terapia in atto:

Acido Acetilsalicilico	1c	Cardioaspirin
Perindopril	1c	Procaptan
Atorvastatina	1c	Totalip 20
Fenformina+glibenclamide	2,5c	Suguan
Ca carbonato+colecalfiferolo	1c	Ideos

INGRESSO IN IDRG

Esame obiettivo:

- condizioni generali discrete, vigile, umore depresso, decubito indifferente
- stazione eretta possibile con appoggio, dismetria aa ii, deambula cautelata con grave zoppia
- varici e discromie arti inferiori, sottocute: lieve linfedema
- obiettività cardiaca, polmonare e addome nella norma
- es.neurologico: indenni i nervi cranici, ipertono arti superiori bilaterale, ROT normali, lieve deficit forza emisoma sx, Babinski sx
- incontinenza urinaria cronica da urgenza e stress.

BMI 32

PA: 115/75 mmHg FC 98 bpm NO ipotensione ortostatica

ECG: *tachicardia sinusale (FC 115 bpm). BAV I°. Intervallo QT ai limiti superiori. Onda Q in V1-2. Onde T appiattite in V4-6.*

Diagnosi d'ingresso:

- Disturbo dell'equilibrio e della marcia a genesi mista:
 - encefalopatia multiinfartuale. Recente TIA (emisindrome sx)
 - dismetria art inferiori (esiti osteosintesi per frattura femore sx '95)
 - poliartrosi (rachide e anche)
- Decadimento cognitivo di grado moderato a genesi mista; pregresso delirium postchirurgico ('95)
- Diabete mellito tipo 2 in trattamento con I.O. in fase di complicanze sistemiche: insufficienza renale cronica, ascesso perianale ('97)
- Ipertensione arteriosa sistemica, grado I, a rischio cardiovascolare molto elevato
- Aterosclerosi TSA non emodinamica
- Cardiopatia ischemica cronica; tachicardia ndd
- Dislipidemia II tipo, steatosi epatica, obesità
- Gastropatia microerosiva ('01)
- Anemia da disordine cronico
- Insufficienza venosa arti inferiori; pregressa tromboflebite sx ('95).

Obiettivi:

- 1) Riabilitazione all'equilibrio e alla marcia
- 2) Diagnosi e trattamento tachicardia
- 3) Valutazione decadimento cognitivo

Terapia instaurata all'ingresso:

Acido Acetilsalicilico	1c	Cardioaspirin
Fenformina+glibenclamide	2,5c	Suguan
Sinvastatina	1c	Liponorm 20
<i>Nitroglicerina</i>	<i>1 cer</i>	<i>Nitrodur 10</i>

(sospeso anti-ipertensivo e calcio)

Diario clinico:

1-2° giornata:

tranquilla, parzialmente orientata, cammina con aiuto, ha consapevolezza del rischio di caduta

Normale FC, PA 120/70 mmHg; sospeso monitoraggio ECG applicato all'ingresso

Si richiede consulenza neuropsicologica, RX ginocchia

Assessment:

MMSE 14/30

GDS 8/15

BADL 6/6 perse

Barthel 30/100

IADL 7/8 perse

Tinetti tot. 8/28 PPT 4/28

IPN 24.3

Esami di laboratorio:

<i>G.B.</i>	$9.3 \times 10^3/\text{mm}^3$	<i>Neutrofili</i>	70%	<i>Linfociti</i>	22 %
<i>G.R.</i>	$3.4 \times 10^6/\text{mm}^3$	<i>Piastrine</i>	$268 \times 10^3/\text{mm}^3$	<i>Reticolociti</i>	15 ‰
<i>Hb</i>	11.6 g/dl	<i>MCV</i>	89 fl		

<i>Glicemia</i>	115 mg/dl				
<i>Urea</i>	76 mg/dl	<i>Creatinina</i>	1.4 mg/dl	<i>Sodio</i>	140 mmol/l

<i>Albumina</i>	3.6 g/dl	<i>Colesterolo</i>	197 mg/dl		
<i>Transferrina</i>	217 mg/dl	<i>Ferritina</i>	90 ng/ml		

<i>VES</i>	49 mm/h	<i>PCR</i>	1.5 mg/dl		
------------	----------------	------------	------------------	--	--

Es. urine: rari germi

3-7° gg: iniziata FKT motoria, FC e PA nella norma. Nessun evento acuto.
Edemi declivi (fasciatura compressiva elastica)

8° gg: da alcuni giorni astenia ingravescente e peggioramento resistenza all'esercizio fisico.

FC 108 bpm aritmico. PA 130/85 mmHg. E.O. sovrapponibile all'ingresso.

Durante la giornata più episodi di tachicardia (circa 130 bpm).

Monitor per controllo PA, FC e Sat.O2 (88-90% in aa; 93-94% in O2 1,5 l/min).

Non si applica O2; si richiede RX torace.

ECG: *wondering PM. FC 104 bpm. Non alterazioni ripolarizzazione ventricolare.*

9° gg: persiste tachicardia, nulla di rilevante all'E.O. polmonare.

RX torace: *esteso addensamento parenchimale base lobo inferiore dx. Lieve versamento pleurico bilaterale. Ampliamento vasi polmonari centrali, cuore con aumento diametro trasverso. Crollo D11.*

OD: **pleuropolmonite basale dx. Lieve versamento pleurico bilaterale.**
Stasi piccolo circolo. Crollo osteoporotico D11.

Si richiedono es.ematochimici. Inizia Ceftidoxima 2 g/die.

11° gg: lieve stato soporoso, astenia.

No leucocitosi neutrofila, solo Hb da 11.6 a 10.6 g/dl.

Data assenza dispnea e obiettività toracica no broncodilatatori.

ore 23: dispnea acuta, severo broncospasmo serrato e diffuso.

PA: 140/70 mmHg. FC: 110 bpm. Sat O₂ aa: 84%, 95 % con O₂ 4 l/min.

Praticata ripetutamente terapia broncodilatatrice con beta stimolanti, cortisonici e anticolinergici.

Dato aggravamento broncospasmo: aminofillina e cortisonico ev.

ore 0.30: PA: 140/90 mmHg, FC: 130 bpm, Sat O₂ (3 l/min) 94%.

Ridotto broncospasmo, risolta la dispnea. Si mantiene monitoraggio.

12°gg ore 8.30: PA: 130/80 mmHg; FC: 72 bpm; eupnoica, persiste lieve broncospasmo. Prosegue broncodilatatori + furosemide 25 mg/die.

ore 16: intensa precordialgia. PA 90/60 mmHg.

ECG: *segni di ischemia in V4-5-6.* Somministrato isosorbide dinitrato sbl.

ore 16.30: persiste dolore toracico, ECG invariato.

Si invia la paziente presso la Divisione di Cardiologia.

12°gg ore 22: rientra in IDR.

Consulenza cardiologia:

"Paziente ipertesa, diabetica, affetta da demenza senile, insuff. renale cronica, recente TIA in trattamento riabilitativo, inviata per precordialgia.

Non attendibile, riferisce dolore da 3 giorni, ma successivamente nega. Tranquilla, buon compenso emodinamico.

PA: 130/80 mmHg, ECG: RS, BAV I° con alterazioni aspecifiche ripolarizzazione V4-6, peraltro già evidenti (4/02).

EO: torace MV ridotto alle basi. Non segni di scompenso.

Troponina nella norma.

In considerazione della lunga durata della sintomatologia e della negatività della troponina, il dolore non sembra di origine cardiaca.

Vista l'anamnesi potenzierei la terapia aggiungendo diltiazem 60 ½ c x2.

Ricontrollare troponina per domani".

OD: dolore toracico non cardiaco

13-24° gg:

Persiste grave astenia, non mantiene stazione eretta autonomamente e riesce a deambulare solo con doppio aiuto.

Obiettività respiratoria nella norma. Assente precordialgia.

Non è possibile eseguire FKT. Troponina negativa.

Prosegue con terapia antibiotica; diltiazem 60 ½ c x 2.

PA 95/60 mmHg. FC 100 bpm.

Leucocitosi neutrofila, K 5.6 mEq/l, Hb 10.3 g/dl.

ECG: *persistono onde T negative in V5-6. Positivizzazione in V4.*

RX anche: *osteopenia. A sx esiti frattura consolidata collo femore (vite dinamica). Coxartrosi.*

RX ginocchia: *gonartrosi bilaterale, calcificazioni arterie poplitee.*

RX torace: *completa scomparsa addensamento e versamenti.*

Si incrementa nitrato transdermico a 15 mg/die.

Dato l'elevato rischio tromboembolico inizia eparina 5000 UI x 2.

25° gg ore 1.30: dispnea acuta, rantoli a piccole bolle campi medio-basali bilateralmente. Edemi declivi. PA: 120/70mmHg. FC: 110 bpm

ECG: *non segni di ischemia in atto.*

Somministrato metilprednisolone 40 mg e.v. e praticata aerosol terapia.

Posizionato catetere vescicale. O2 terapia 2 L/min.

ore 2.45: dopo 100 mg furosemide la dispnea si risolve.

PA: 100/85 mmHg. FC: 108 bpm. Stabile sat.O2. Diuresi 600cc.

OD: scompenso cardiaco acuto

26° gg: scarso compenso cardiovascolare, incremento peso 6 Kg rispetto ingresso. Diuresi 2300 cc/24h. Glicemia 500 mg/dl.

Sostituito nitrato transdermico con isosorbide mononitrato 50 mg/die; prosegue furosemide 40 mg/die.

Aggiunta ciprofloxacina 500 mg x 2 e impostata terapia insulinica.

Richiesto ecocardiogramma.

OD: diabete mellito in fase di scompenso

27-30° gg: miglioramento quadro emodinamico, calo ponderale di 6 kg.

Ecocardiogramma: *lieve dilatazione (ipertrofia eccentrica) e disfunzione sistolica V sx (FE=40%); non aumentata pressione telediastolica. Insufficienza mitralica moderata. Probabile aumento pressione A sx. Sezioni dx e A sx nella norma. Ipertensione polmonare (PAPs=40 mmHg). Non aumentata PVC.*

OD: scompenso sistolico, insufficienza mitralica moderata, ipertensione polmonare

Si sostituisce diltiazem con carvedilolo 6,25 mg/die.

Ancora labile compenso glicometabolico, si incrementa terapia insulinica.

31° gg: febbre 38.1°C

Sostituita cefalosporina+ciprofloxacina con imipenem 500 mg x 3 e.v.

Richiesti es.ematochimici, marker neoplastici, Rx torace ed ecografia addominale (sindrome paraneoplastica ?).

34° gg: persiste febbre, condizioni critiche (sopore, astenia)

RX torace: *“sostanzialmente sovrapponibile al precedente”.*

Ecografia addominale: *normalità.*

Persiste leucocitosi neutrofila, grave anemizzazione (Hb 7.1 g/dl)

Marker neoplastici: *Ca 19/9: 34.7 (0-34 U/ml); CEA 4.8 (0-3.4 ng/ml).
TPA, CA15/3 e alfafetoproteina normali.*

Trasferimento presso la Divisione di Geriatria

39°gg: dopo 5 giorni rientra in IDR.

Diagnosi di trasferimento:

Sepsi da infezione vie urinarie

Anemia normocitica di recente insorgenza (3 emotrasfusioni)

Gastrite atrofica diffusa, erosioni duodenali, ernia jatale da scivolamento

Scompenso cardiaco da prevalente disfunzione sistolica

Cardiopatía ischemica cronica

Ipertensione arteriosa sistemica

Recente polmonite basale destra

Diabete mellito tipo 2 (attuale terapia dietetica)

Encefalopatía vascolare (recente TIA)

Decadimento cognitivo moderato-severo secondario, delirium

Artrosi polistazionale (osteosintesi femorale 95)

Colelitiasi

Insufficienza venosa arti inferiori

Pregresso ascesso perianale fistolizzato (1997)

Terapia consigliata:

- Tenacid 500 500 x 4
- Monocinque R 50 1c
- Dilatrend 6.25 1c
- *Antra 20* 1c
- Atem + Pulmaxan 2cc + 1 fiala x 2

Dieta ipoglicidica. (no diuretico, no insulina, no ASA)

40-47° gg: astenia, apiressia, esegue a fatica i passaggi posturali.

Deambula con doppio aiuto umano per brevi tragitti.

Ematuria con oliguria e obiettività polmonare suggestiva di stasi; ripresa terapia diuretica (furosemide 25 mg) e rimosso catetere vescicale.

290 mg/dl glicemia, riprende insulina.

Si programma colonscopia (non è stato possibile effettuare presso la Poliambulanza per incompleta preparazione)

48° gg:

OD: esantema da allergia alle lenzuola (detersivo?)

Sospeso imipenem (dopo 21 gg).

49-57° gg: ridotta astenia, dispnea assente, apiressia, peso stazionario.

Deambula con singolo aiuto umano per brevi tragitti.

Colonscopia: normalità.

Sostituita insulina con IO. Sospesa eparina. Ridotta furosemide a 12,5mg/die. Inizia FKT motoria.

58-66° gg: lieve astenia, dispnea assente (a riposo), apiressia, peso stazionario. Tono dell'umore depresso. Stato funzionale invariato.

Non sufficiente controllo glicemico, si ritorna all'insulina.

Hb 11.4 g/dl, azotemia 68 mg/dl, creatininemia 1.7 mg/dl.

Diagnosi di dimissione:

- Scompenso cardiaco sistolico (NYHA III; intercorrente edema polmonare), insufficienza mitralica moderata, ipertensione polmonare
- Cardiopatia ischemica cronica
- Ipertensione arteriosa sistemica, grado I, a rischio cardiovascolare molto elevato
- Pleuropolmonite basale destra intercorrente con lieve versamento pleurico bilaterale
- Sepsi da infezione delle vie urinarie intercorrente
- Anemia acuta ndd intercorrente (emotrasfusa); pregressa anemia da disordine cronico
- Esantema ndd intercorrente
- Diabete mellito tipo 2 in trattamento con insulina e in fase di complicanze sistemiche: insufficienza renale cronica, ascesso perianale ('97)
- Dislipidemia II tipo, obesità
- Gastrite atrofica diffusa, erosioni duodenali, ernia jatale da scivolamento, colelitiasi
- Insufficienza venosa arti inferiori; pregressa tromboflebite sx ('95)
- Poliartrosi (rachide, anche, ginocchia); crollo osteoporotico D11; dismetria art inferiori (esiti osteosintesi per frattura femore sx da caduta '95)
- Demenza mista, associata a disturbo depressivo; pregresso delirium postchirurgico ('95)
- Encefalopatia multiinfartuale. Recente TIA (emisindrome sx)
- Disturbo dell'equilibrio e della marcia a genesi mista con elevato rischio di caduta.
- Incontinenza urinaria cronica mista.

Assessment di dimissione:

MMSE 11/30 *GDS 6/15*

Valutazione neuropsicologica indicativa per severo deterioramento delle varie funzioni cognitive di tipo prevalentemente degenerativo.

Hachinski *9/19*

Tinetti tot. 10/28 *PPT 9/28*

Terapia consigliata:

- Monocinque R 50 1c
- Opteron 1+1c
- Dilatrend 6.25 1c
- Aldactone 100 1c
- Humulin R 4+4U e 30/70 14U
- Antra 20 1c

Dieta per diabetici 1400KCal/die, calze elastiche

Torna a domicilio.

Follow-up

Casa

Rimane per 1 mese con nipote di supporto durante il giorno

Problema prevalente è la difficoltà di movimento

Ricovero in Lungodegenza.

Obiettivo: migliorare il cammino

Non recupera.

Dopo 2 mesi trasferimento in RSA

RSA

Condizioni cliniche stabili. Non più episodi di scompenso cardiaco né polmoniti; diabete ben controllato.

Non significativo peggioramento funzioni cognitive.

Grave disturbo depressivo

Allettamento completo, piaghe da decubito.

Polmonite

Decesso dopo 15 mesi