

# SEMINARI DEL GRG 2006

22 settembre 2006

CASI CLINICI IN GERIATRIA (III corso)

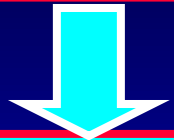
La prognosi come indicatore per  
le scelte terapeutiche nel  
singolo caso.

ANGELO BIANCHETTI

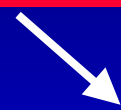
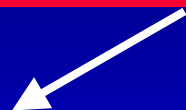
**Segni e sintomi**



**Diagnosi**



**Prognosi**



**vita**

**salute**

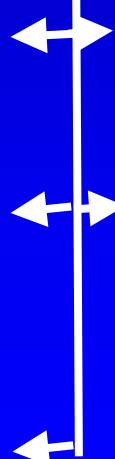
**Durata della  
malattia/convalescenza**

**Funzione  
d'organo/organismo**

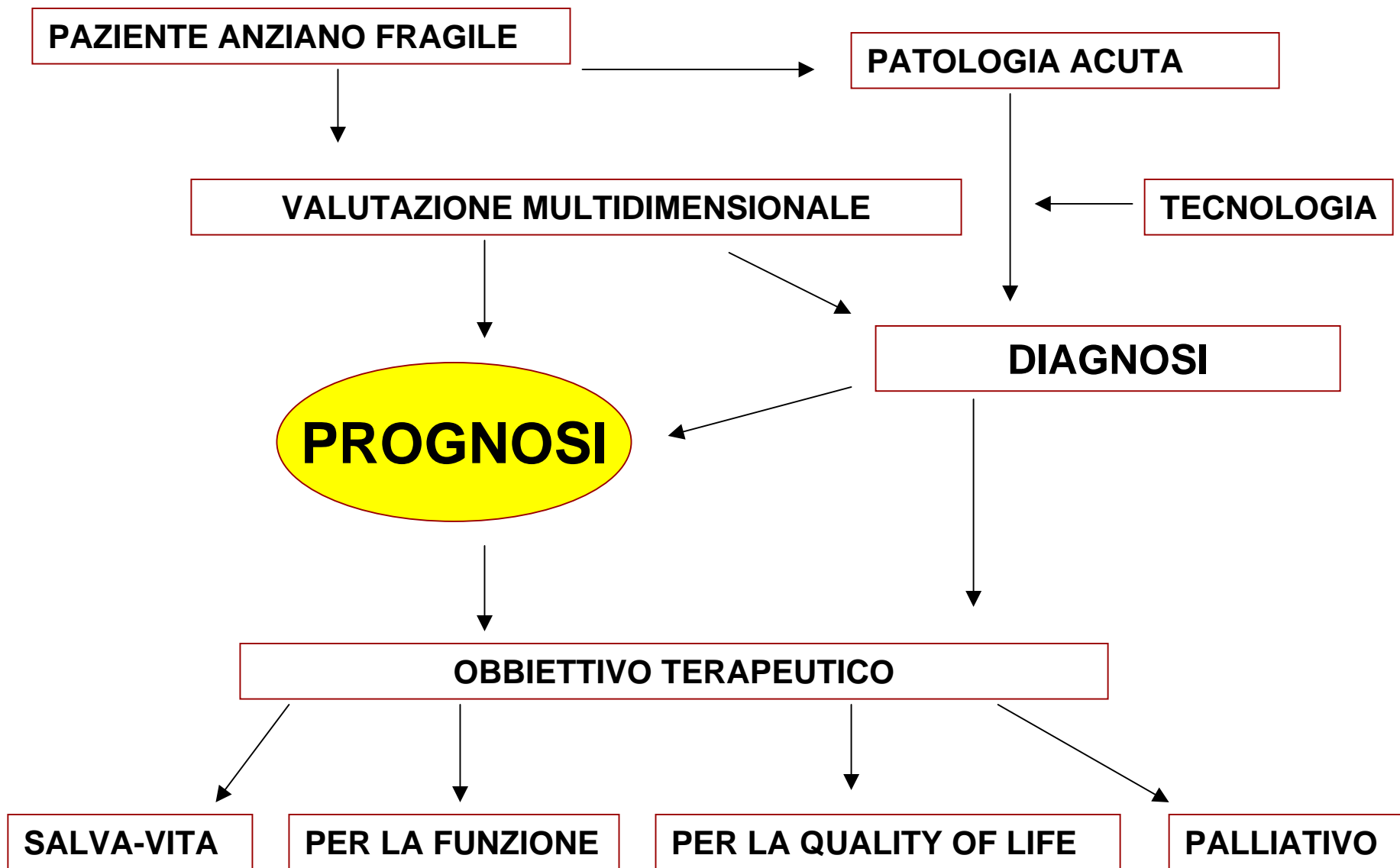
**Funzione globale e  
sociale**

**Guarigione/esiti**

**Complicanze  
patologia/trattamenti**



# MODELLO OPERATIVO GERIATRICO



# CASO CLINICO

- XY, maschio, 90 anni
- Vedovo, due figli viventi coniugati
- Vive al proprio domicilio con assistenza continuativa di una “badante” da circa 4 anni
- buone condizioni economiche
- Scolarità media inferiore, ex operaio

- Non abitudini voluttuarie
- Marcato incremento ponderale (26 kg) negli ultimi 4 anni
- Sonno regolare
- Alvo regolare
- Catetere a permanenza per ritenzione urinaria cronica (vescica neurologica) da 6 anni

# Anamnesi patologica remota

- Sostanziale benessere fino al 2000
- Nel 2000 ricovero in NCH per “Ependimoma spinale”



sono tumori rari di origine neuroectodermica derivati dalle cellule ependimali che si trovano a livello del canale del midollo spinale, del filum terminale, dei plessi corioidei o della materia bianca adiacente alla superficie irregolare dei ventricoli



# Epidemiologia e prognosi degli ependimomi

- In Europa, la sopravvivenza relativa per gli adulti con diagnosi di tumore ependimale negli anni tra il 1990-1994 e' stata dell'82% a 1 anno e del 72% a 5 anni, senza nessuna differenza tra uomini e donne.
- I tassi di incidenza annuale in Europa si aggirano intorno al 2 per milione. E' leggermente più frequente nella popolazione maschile e si riscontra in tutte le fasce di età. Il 15% circa dei casi è diagnosticato nei bambini di età inferiore a 5 anni.
- La sopravvivenza a 5 anni si riduce in modo spiccato con l'età dal 79% al 44% rispettivamente passando dal gruppo di pazienti più giovani (15-45 anni) a quello di età più avanzata (> o = 75 anni)
- Il significato prognostico del grado non è universalmente accettato (ha solo un valore per la proliferazione loco-regionale)
- Scarsi dati (su casistiche molto piccole) sembrano indicare che la chirurgia possa avere un impatto favorevole sulla sopravvivenza, ma i dati sono contrastanti

Shrivastava RK, Epstein FJ, Perin NI, Post KD, Jallo GI.

Intramedullary spinal cord tumors in patients older than 50 years of age:  
management and outcome analysis.

J Neurosurg Spine. 2005 Mar;2(3):249-55.

- **OBJECT:** Intramedullary spinal cord tumors (IMSCTs) in the older-age adult population pose complex management issues regarding the extent of resection and functional outcome, especially in terms of quality of life. Historically, IMSCTs in the older adult population were treated with irradiation alone because it was assumed that functional recovery would be poor. The authors examined their IMSCT database and report the first large series of IMSCTs in patients older than 50 years of age.
- **METHODS:** In this retrospective clinical and chart review there were 30 cases meeting inclusion criteria drawn from databases at three different institutions. A modified McCormick Scale was used to assess functional levels in all 30 patients pre- and postoperatively. The mean age of patients in this cohort was **59.8 years (range 50-78 years), and the mean follow-up period was 10.6 years (range 2-16 years)**. Ependymoma was the most common tumor (83%), and 55% were located in the thoracic spine. The most common presenting symptom was sensory dysesthesia, with rare motor loss. The prodromal period to treatment was 19.4 months. Based on the McCormick Scale score at last follow-up examination **67% of patients were clinically functionally the same, 9% were worse, and 24% were improved after surgery**. There were two deaths due tumor progression (both malignant tumors) and one recurrence (anaplastic astrocytoma). All the patients in whom malignant astrocytomas were diagnosed underwent postoperative radiation therapy.

# Life expectancy in older persons

## Years still to live

	Men						Women					
Age	70	75	80	85	90	95	70	75	80	85	90	95
Healthy	18.0	14.2	10.8	7.9	5.8	4.3	21.3	17.0	13.0	9.6	6.8	4.8
Average	12.4	9.3	6.7	4.7	3.2	2.3	15.7	11.9	8.6	5.9	3.9	2.7
Frail	6.7	4.9	3.3	2.2	1.5	1.0	9.5	6.8	4.6	2.9	1.8	1.7

Based on NCMS Life Tables of the United States 1997,  
 Adapted from Walter LC and Covinsky KE . JAMA 2001;285: 2750-6

# Anamnesi patologica remota

- Sc  
SU

## CLASSIFICAZIONE DI FRANKEL MODIFICATA DALL' ASIA/IMSOP (1996) (ASIA Impairment Scale)

<b>A = COMPLETA</b>	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5
<b>B = INCOMPLETA</b>	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico
<b>C = INCOMPLETA</b>	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3
<b>D = INCOMPLETA</b>	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3
<b>E = NORMALE</b>	Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici, ma possibili alterazioni dei riflessi)



# Anamnesi patologica remota

- Nel 2003 ricovero in cardiologia per “IMA, lieve anemia, *paraparesi* AI”

# Anamnesi patologica remota

- Nel 2004 nuovo ricovero in cardiologia per “Dolore toracico”
- Nel 2005 nuovo ricovero in cardiologia per “TIA”

# Anamnesi patologica remota

- Fino ai primi mesi del 2006 nessuna complicanza specifica della lesione neurologica. Il paziente vive al domicilio con la badante. Funzioni cognitive integre.

# Anamnesi patologica remota

- Il 30/4/06 viene ricoverato in ospedale per frattura “post-traumatica” della gamba sin.” Dimesso il 11/5 con diagnosi di **“Ulcera da decubito sacrale IV stadio. Frattura esposta tibia sin con ulcera piede (IV stadio). Obesita’. Cardiopatia post-infartuale. Paraperse. Vescica neurologica. CV a dimora. Lesione decubito glande. Ipertiroidismo in terapia tireostatica”**

# Anamnesi patologica prossima

- Il 19 maggio alle ore 19.00 si presenta in PS per iperpiressia (comparsa in serata) con brividi, dispnea a riposo, tosse produttiva (da alcuni giorni), nausea ed epigastralgie
- In PS TC 37.1; PA 125/45; FC 80/min; Sat O2 90% in aa
- GB: 14.100; HB 9.7; MCV 79; BUN 62; SGOT 54; SGPT 75
- Durante la notte puntata febbrile (38.5°C), ipotensione (90/50)

# All'ingresso

- Vigile, lucido, orientato
- Paraplegia con CV
- Vasta piaga da decubito sacrale, necrotica
- Frattura esposta tibiale sin con decubito calcaneare
- Al torace reperto di broncostenosi
- Toni cardiaci ritmici e normofrequenti, soffio olosistolico 3/6 su tutti i focolai
- Addome globoso per adipe, trattabile, OI in sede

# Assessment

MMSE (Stato cognitivo)	26/30
GDS (Sintomatologia emotivo-affettiva)	5/15
IADL (funzioni perse alle attività strumentali della vita quotidiana)	7/8
Indice di Barthel premorbo (stato funzionale)	15/100
Indice di Barthel all'ingresso (stato funzionale)	10/100

# Diagnosi di ingresso

- **BPCO riacutizzata**
- **Stato settico secondario a decubito sacrale IV stadio e perimalleolare sin (IV stadio)**
- **Esiti di recente frattura esposta gamba dx, scomposta ed infetta alla gamba sinistra**
- **Paraparesi arti inferiori in esiti di pregresso intervento di asportazione chirurgica di ependinoma spinale**
- **Sindrome da allettamento prolungato (?)**
- **Cardiopatìa ischemica post infartuale**
- **Anemia di grado moderato da disordine cronico**
- **Insufficienza renale acuta di grado lieve da disidratazione**
- **Catetere vescicale a permanenza per vescica neurologica**
- **Iperteroidismo in trattamento tireostatico**
- **Obesità**

- Consulenza Ortopedica (ripetuta): inoperabile, inguaribile, indicazione all'amputazione della gamba...
- Consulenza chirurgica: vasta piaga da decubito sacrale (diam max 20 cm); non operabile.
- Consulenza chirurgia plastica (ripetuta): non indicazioni alla chiusura plastica della ferita esposta

# Gli accertamenti

- **ECG ingresso:** ritmo sinusale a frequenza 83 bpm. Intervallo PQ nella norma. Bassi voltaggi nelle derivazioni periferiche. Iniziali segni di sovraccarico ventricolare nelle derivazioni laterali.
- **RX TORACE (19/5):** l'esame eseguito a paziente supina mostra modesta congestione del disegno vascolare. L'ombra cardioaortica è modicamente ingrandita e mostra note di sclerosi.
- **ESAME COLTURALE ULCERA MALLEOLARE (24/05):** Pseudomonas aeruginosa e Staphylococcus epidermidis
- **ESAME COLTURALE ULCERA TIBIALE (20/05):** Escherichia coli
- **URINOCOLTURA (22/05):** Pseudomonas aeruginosa

# ... i desideri del paziente

- “Voglio morire intero”
- Si attiva ADI e si “istruisce” la badante
- ...

# Trattamento

- Idratazione
- antibioticoterapia (ceftriaxone ev, successivamente teicoplanina ev in associazione a carbapenemico ev)
- Aereosolterapia
- Nitroderivato TTS
- Metimazolo
- Eparina BPM
- Aeresosolterapia
- Ossigenoterapia
- Medicazione decubiti

ingresso dimissione

ingresso dimissione

<b>Peso corporeo</b>	(Kg)	87.9	86.4	<b>Press.art.sistemica</b>	(mmHg)	130/60	160/80
<b>Esami di laboratorio:</b>				<b>Formula leucocitaria</b>			
<b>Globuli bianchi</b>	(4-10mila/mm <sup>3</sup> )	14.1	8.9	neutrofilii	(45-65%)		
<b>Globuli rossi</b>	(4.3-5.8milioni/mm <sup>3</sup> )	3.4	3.1	linfociti	(20-45%)		
<b>Hb</b>	(12.2-17.5 g/dl)	9.7	8.6	monociti	(<12%)		
<b>Hct</b>	(37.5-53.7%)	27.3	24.8	eosinofili	(<6%)		
<b>MCV</b>	(80-94 fl)	79.0	78.0	basofili	(<2%)		
<b>Piastrine</b>	(140-400 mila/mm <sup>3</sup> )	399	461				
<b>Proteine totali</b>				<b>VES</b>	(<14 mm/ora)	100	110
albumina	(55-68%)	42.4		<b>PCR</b>	(<6 U/dl)	np	
alfa1	(1.5-5%)	6.4		<b>Glucosio</b>	(60-110 mg/dl)	158	89
alfa2	(6-12%)	16.6		<b>Urea</b>	(15-50 mg/dl)	80	57
beta	(7-14%)	15.3		<b>Creatinina</b>	(0.6-1.6 mg/dl)	2.1	1.5
gamma	(11-21%)	19.3		<b>Uricemia</b>	(2.5-7.0 mg/dl)	4.7	
<b>Colesterolo</b>	(140-200 mg/dl)	114		<b>Sodio</b>	(132-148 mmol/l)	137	134
<b>Trigliceridi</b>	(50-170 mg/dl)	111		<b>Potassio</b>	(3.6-5.4 mmol/l)	4.9	3.8
<b>AST</b>	(8-45 U/l)	54	34	<b>Cloro</b>	(95-110 mmol/l)	98	99
<b>ALT</b>	(8-45 U/l)	75	38	<b>Calcemia</b>	(9.0-10.8 mg/dl)	9.7	
<b>gamma-GT</b>	(6-50 U/l)	199	109	<b>Fosforemia</b>	(2.5-5.0 mg/dl)	3.7	
<b>Bilirubina totale</b>	(0.2-1.2 mg/dl)	0.5	0.5	<b>Ferro</b>	(60-160 ug/dl)	14	
<b>Amilasi</b>	(< 120 U/L)	56		<b>TIBC</b>	(200-360 mg/dl)	111	
				<b>Ferritina</b>	(18-464 ng/dl)	513	
<b>Clarence creatinina</b>	(80-140 ml/min)	10.4					
<b>Es.urine</b>				<b>PT</b>	(70-130%)	76	106
peso specifico	(1.015-1.025)	1.016		<b>FT3</b>	(2.7-5.2 ng/dl)	3.5	
pH	(5.5-6.5)	8.0		<b>FT4</b>	(0.7-2.2 ng/dl)	2.8	
germi	(assenti)	-		<b>TSH</b>	(0.47-4.7 uU/ml)	0.73	
proteine	(< 20 mg/dl)	+					
Hb	(< 10)	-		<b>Sangue occulto fecale</b>	(neg.)	positivo	
leucociti (assenti)		-					
eritrociti (assenti)		-					
glucosio	(0 mg/dl)	-					

# Diagnosi di dimissione

## (01/06/06)

- **Stato settico secondario a voluminoso decubito sacrale IV stadio, complicato da fistola entero-cutanea in sindrome da allettamento prolungato**
- **Esiti di recente frattura biossea esposta, scomposta ed infetta alla gamba sinistra**
- **BPCO riacutizzata**
- **Paraparesi arti inferiori in esiti di pregresso intervento di asportazione chirurgica di ependinoma spinale**
- **Cardiopatìa ischemica post infartuale**
- **Anemia di grado moderato da disordine cronico**
- **Insufficienza renale acuta di grado lieve su cronica, secondaria a disidratazione e ad infezione delle vie urinarie; catetere vescicale a permanenza per vescica neurologica**
- **Ipertiroidismo in trattamento tireostatico**
- **Obesità**

# Terapia al domicilio

- Tapazole 1 compressa al mattino
- Deponit TTS 5 1 cerotto al giorno
- Peridon sciroppo 1 cucchiaino prima dei  
pasti principali
- Levoxacin 500 1 compressa al mattino  
per 10 giorni

Redelings MD, Lee NE, Sorvillo F.

## Pressure ulcers: more lethal than we thought?

Adv Skin Wound Care. 2005 Sep;18(7):367-72.

- **OBJECTIVE:** To investigate the burden of pressure ulcer-associated mortality in the United States and to examine racial/ethnic differences and associated comorbidities.
- **DESIGN:** A descriptive study with matched odds ratio comparisons.
- **SETTING:** The United States, 1990-2001.
- **PARTICIPANTS:** Pressure ulcer-associated deaths were identified from national multiple cause-coded death records from 1990 to 2001.
- **MAIN OUTCOME MEASURES:** Age-adjusted mortality rates and matched odds ratio comparisons of pressure ulcer-associated deaths with deaths from other conditions.
- **MAIN RESULTS:** Between 1990 and 2001, pressure ulcers were reported as a cause of death among 114,380 persons (age-adjusted mortality rate, 3.79 per 100,000 population; 95% confidence interval [CI], 3.77-3.81). For 21,365 (18.7%) of these deaths, pressure ulcers were reported as the underlying cause. Nearly 80% of pressure ulcer-associated deaths occurred in persons at least 75 years old. Septicemia was reported in 39.7% of pressure ulcer-associated deaths (matched odds ratio, 11.3; 95% CI, 11.0-11.7). Multiple sclerosis, paralysis, Alzheimer disease, osteoporosis, and Parkinson disease were reported more often in pressure ulcer-associated deaths than in matched controls. Pressure ulcer-associated mortality was higher among blacks than among whites (age-adjusted rate ratio, 4.22; 95% CI, 4.16-4.27).
- **CONCLUSION:** Pressure ulcers are associated with fatal septic infections and are reported as a cause of thousands of deaths each year in the United States. Incapacitating chronic and neurodegenerative conditions are common comorbidities, and mortality rates in blacks are higher than in other racial/ethnic groups.

## ... al domicilio

- Prosegue le medicazioni
- Viene portato in PS due volte per episodio di “malore”; non viene ricoverato e rinviato al curante
- Progressiva anemizzazione al domicilio per cui il curante propone il ricovero (15 agosto, +0-)
- Il 23/8 si reca in PS per episodio sincopale

# All'ingresso

- Paziente vigile, lucido.
- PA 75/50, FC 100/min ritmico
- Sat O2 98%
- Esami: leucocitosi (13.300), anemia (Hb 8.9, MCV 78), IRC (creatinina 1.54; clearance 32)
- Rx torace: BPCO senza focolai.  
Cardiomegalia
- ECG: RS (95/min), BEV frequenti, anche in singola tripla. PQ 0,16; QT 0,38

# All'ingresso

- Decubito sacrale enorme, che coinvolge completamente anche lo sfintere anale con distruzione sostanziale delle masse muscolari glutee; bordi peraltro detersi e granuleggianti
- Netto miglioramento della ferita tibiale e del decubito calcaneare sin
- Al torace ronchi diffusi
- Addome globoso, trattabile

# Decorso

- Si imposta terapia (idratazione, antibiotico ev (cefotaxime), aereosolterapia, nitroderivato TTS, IPP ev, metimazolo)
- Il giorno successivo riscontro di tachicardia (150 min) con quadro ECG di flutter atriale 2:1. Non segni di scompenso. PA 90/50
- Inizia amiodarone ev

# Decorso

- Si medica la piaga da decubito
- Il giorno successivo ripristino di RS. Passa a amiodarone per os
- Ecocardiogramma: VS di normali dimensioni. Ipocinesia diffusa (anteriore e setto). Alterato rilasciamento. IM e IT lievi
- Consulenza chirurgia: indicazione a colostomia.

## Elective stoma construction improves outcomes in medically intractable pressure ulcers.

Dis Colon Rectum. 2003 Nov;46(11):1525-30.

- **PURPOSE:** Perineal pressure ulcers are a common and devastating complication for paralyzed or chronically bedridden patients. Controversy exists on the benefit of fecal diversion for the treatment and prevention of these ulcers. This study compared outcomes in bed-bound patients with pressure ulcers who electively underwent fecal diversion with those who did not.
- **METHODS:** A retrospective review was performed on all disabled patients who underwent surgery for medically intractable pressure ulcer from 1993 to 2001. Charts were divided into the colostomy group or non colostomy group. Recurrence rates, healing times morbidity and mortality, and number of reoperations were calculated for each group. Additionally, stoma patients were interviewed for quality of life assessment.
- **RESULTS:** Sixty-seven patients were treated during the study period (colostomy, n = 41; non colostomy, n = 26). The majority of colostomies were performed laparoscopically, with a 9.7 percent incidence of post operative complications. The ulcer recurrence rate was lower in the treated colostomy group (43 percent) compared with the non colostomy group (69 percent;  $P < 0.05$ ). In addition, non colostomy patients had longer healing times (7 vs. 3 months;  $P < 0.05$ ), and this group required more ulcer operations than the stoma patients did. Quality of life and bowel care were much improved by the colostomy.
- **CONCLUSIONS:** Stoma construction is a safe procedure with low morbidity and mortality that helps heal pressure ulcers and decreases the incidence of recurrence. Additionally, laparoscopic stoma construction represents a technical advance that may reduce operative complications that have been previously reported with open fecal diversion.

# ... il paziente

- **“Non voglio essere operato”**
- Si posiziona CVC
- Prosegue terapia medica, medicazione piaga
- ECG Holter (25/8): RS persistente. Extrasistolia SV di modesta entità. Frequentissime salve di tachicardia (max 200 complessi con FVM; 140/min). EV di entità elevata, polimorfa, spesso in coppia, in sequenza bi e trigemina.
- Consulenza cardiologica: prosegua con amiodarone
- Si emotrasfonde (4 u di EC)

# Assessment

MMSE (Stato cognitivo)	22/30
GDS (Sintomatologia emotivo-affettiva)	3/15
IADL (funzioni perse alle attività strumentali della vita quotidiana)	8/8
Indice di Barthel premorbo (stato funzionale)	15/100
Indice di Barthel all'ingresso (stato funzionale)	15/100
Indice di Barthel alla dimissione (stato funzionale)	15/100

# Diagnosi alla dimissione

## (4/9/06)

- **Sincope di origine cardiogena secondaria a flutter atriale ad elevata frequenza ventricolare media**
- **Scompenso cardiaco (NYHA III° classe) in cardiopatia ischemica post-infartuale**
- **Anemia severa di origine mista (disordine cronico, IRC) trattata con emotrasfusioni**
- **BPCO riacutizzata**
- **Insufficienza renale acuta su cronica, secondaria a disidratazione e a verosimile infezione delle vie urinarie; catetere vescicale a permanenza per vescica neurologica**
- **Paraplegia arti inferiori in esiti di pregresso intervento di asportazione chirurgica di ependinoma spinale**
- **Voluminoso decubito sacrale IV stadio, complicato da fistola enterocutanea in sindrome da allettamento prolungato**
- **Esiti di recente frattura tibia-perone scomposta, esposta in corso di guarigione per seconda intenzione**
- **Ipertiroidismo in trattamento tireostatico**
- **Obesità**

ingresso dimissione

ingresso dimissione

<b>Peso corporeo</b>	(Kg)	72	75	<b>Press.art.sistemica</b>	(mmHg)	75/50	90/50
<b>Esami di laboratorio:</b>				<b>Formula leucocitaria</b>			
<b>Globuli bianchi</b>	(4-10mila/mm <sup>3</sup> )	<b>13.3</b>	<b>12.9</b>	neutrofilii	(45-65%)	<b>72</b>	
<b>Globuli rossi</b>	(4.3-5.8milioni/mm <sup>3</sup> )	<b>3.45</b>	4.4	linfociti	(20-45%)	<b>16</b>	
<b>Hb</b>	(12.2-17.5 g/dl)	<b>8.9</b>	12.3	monociti	(<12%)	10	
<b>Hct</b>	(37.5-53.7%)	<b>27</b>	37	eosinofili	(<6%)	2	
<b>MCV</b>	(80-94 fl)	<b>78</b>	84.2	basofili	(<2%)	0	
<b>Piastrine</b>	(140-400 mila/mm <sup>3</sup> )	<b>635</b>	320				
<b>Proteine totali</b>				<b>VES</b>	(<14 mm/ora)	<b>68</b>	<b>56</b>
albumina	(55-68%)	<b>30.2</b>		<b>PCR</b>	(<6 U/dl)	<b>97.9</b>	<b>99.9</b>
alfa1	(1.5-5%)	<b>6.4</b>		<b>Glucosio</b>	(60-110 mg/dl)	<b>219</b>	73
alfa2	(6-12%)	<b>17.5</b>		<b>Urea</b>	(15-50 mg/dl)	41	48
beta	(7-14%)	<b>16.5</b>		<b>Creatinina</b>	(0.6-1.6 mg/dl)	<b>1.54</b>	1.21
gamma	(11-21%)	<b>29.4</b>		<b>Uricemia</b>	(2.5-7.0 mg/dl)	3.3	
<b>Colesterolo</b>	(140-200 mg/dl)	<b>141</b>		<b>Sodio</b>	(132-148 mmol/l)	<b>130</b>	132
<b>Trigliceridi</b>	(50-170 mg/dl)	<b>160</b>		<b>Potassio</b>	(3.6-5.4 mmol/l)	4.28	3.94
<b>AST</b>	(8-45 U/l)	<b>60</b>	22	<b>Cloro</b>	(95-110 mmol/l)	<b>94</b>	97
<b>ALT</b>	(8-45 U/l)	23	20	<b>Calcemia</b>	(8.6-10.8 mg/dl)	8.8	8.9
<b>gamma-GT</b>	(6-50 U/l)	<b>71</b>	43	<b>Fosforemia</b>	(2.5-5.0 mg/dl)	3.25	
<b>Bilirubina totale</b>	(0.2-1.2 mg/dl)	0.6	0.4	<b>Ferro</b>	(60-160 ug/dl)	<b>45</b>	
<b>Amilasi</b>	(< 120 U/L)	31		<b>TIBC</b>	(200-360 mg/dl)	160	
<b>Clarence creatinina</b>	(80-140 ml/min)	<b>32.05</b>		<b>Ferritina</b>	(18-464 ng/dl)	270	<b>1019</b>
<b>Es.urine</b>				<b>PT</b>	(70-130%)	75	82
peso specifico	(1.015-1.025)	1.016		<b>FT3</b>	(2.7-5.2 ng/dl)	2.9	
pH	(5.5-6.5)	5.5		<b>FT4</b>	(0.7-2.2 ng/dl)	1.84	
Germi e miceti	(assenti)	+		<b>TSH</b>	(0.47-4.7 uU/ml)	1.59	
proteine	(< 20 mg/dl)	+/-					
Hb	(< 10)	+					
leucociti	(assenti)	++					
eritrociti	(assenti)	+					
glucosio	(0 mg/dl)	-					

# Terapia alla dimissione

- Tiklid 250 mg 1 compressa dopo pranzo
- Lucen 20 mg 1 compressa la sera
- Deponit TTS 5 1 cerotto al giorno
- Lasix 25 mg 1 compressa la mattina e 1 compressa il pomeriggio
- Kanrenol 100 mg ½ compressa la sera
- Cordarone 1 compressa il pomeriggio escluso sabato e domenica
- Tapazole 1 compressa al mattino
- Aerosol con 1 inalazione mattina e sera
  - Clenil 1 fiala
  - Breva 10 gocce
- Levoxacin 500 1 compressa al mattino per 10 giorni

## .. E poi

- Il giorno 7/9 il paz. Si presenta in PS per episodio sincopale
- PA 85/60, FC 160/min; Sat O2 96%
- ECG: flutter atriale (2:1) FVM 160/min
- Ricovero
- Impostata terapia con dilzene ev
- Monitoraggio

# Decorso clinico

- Il giorno successivo PA 130/80, tachicardia sinusale (130/min) con BEV
- Prosegue con dilzene (30 ml/ora), furosemide, eparina BPM, cordarone per os, aeresolterapia
- 9/9 ritmo sinusale, 90/min. Si riduce dilzene (20 ml/ora). Prosegue terapia.
- 10/9. Al torace rantoli diffusi. Si aumenta furosemide ev, si aggiunge aminofillina ev.
- 11/9) RS con EV sporadiche. PA 120/70. Terapia per os: Cordarone 1, Dilzene 60 1+1.

# Decorso clinico

- 12/9. alle ore 9 nuovo episodio di tachiaritmia 140/min, Rantoli diffusi. Praticato lanoxin  $\frac{1}{2}$  f ev e lasix 2 f ev.
- In serata vomito biliare. Praticato plasil ev
- Durante la notte scompenso cardiaco: praticato lasix, morfina, digitale. Paziente ipoteso, anurico.
- 13/9. Ore 9.30. Decesso

# ... la prognosi che ...

- Quale il ruolo delle scelte del paziente (e della famiglia)?
- Quale il ruolo della comorbidity?
- Quale il ruolo della “malpractice”?
- La “statistica” ci aiuta?
  
- La decisione terapeutica nel molto vecchio è un “atto di sintesi” (approccio gestaltico) nel quale gli elementi della EBM e della epidemiologia sono la “base” per una decisione che tiene in massimo conto il paziente, la sua famiglia, le prospettive e possibilità di successo dei singoli interventi (sulla qualità della vita principalmente), bilanciandoli con i rischi e i possibili danni.