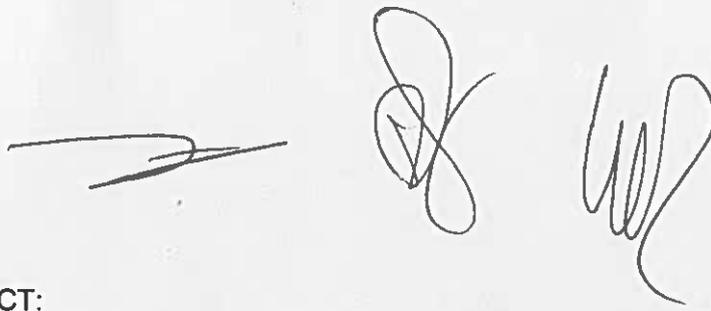
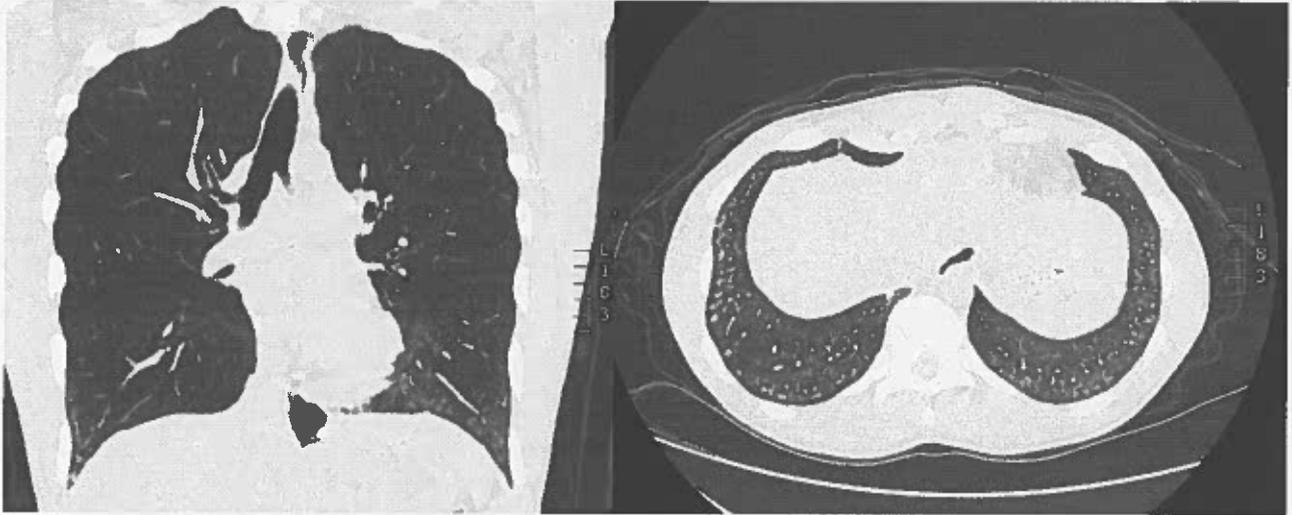


STEP III



TC Torace HRCT:



RX Transito esofageo: riduzione della normale attività peristaltica esofagea associata a ipotonia.

1. Commento degli esiti
2. Ipotesi diagnostiche?
3. Quale trattamento farmacologico imposterebbe?
4. Quale monitoraggio clinico/laboratoristico e strumentale proporrebbe nel tempo?

Caso clinico 2



Prima visita ambulatoriale Reumatologica gennaio 2024

maschio, 25 anni, operaio

A F: Non familiarità per malattie reumatiche, non fumatore

APR: nulla di rilevante se non pregresso trauma calcistico con rottura legamento crociato ginocchio dx.

APP: da settembre 2022 insorgenza di lombalgia ricorrente, peggiorata negli ultimi due mesi

EO: generale nella norma

EO articolare: dolenzia alla palpazione archi vertebrali della colonna dorsale e lombosacrale, manovre di stress per SI dubbie a sx, distanza dita pavimento 10 cm

Non porta in visione esami ematici recenti

RX Bacino (dicembre 2023): iniziale sclerosi ossea e profilo irregolare articolazione sacroiliaca sx, sia su versante sacrale che iliaco

RX Colonna Lombo sacrale (dicembre 2023): nella norma

STEP I

1. Quali ulteriori domande anamnestiche porrebbe al paziente?
2. Quali indagini sierologiche richiederebbe?
3. Richiederebbe altre indagini strumentali?
4. Quali terapie imposterebbe in prima istanza?

STEP II

Controllo successivo: miglioramento solo parziale del dolore con utilizzo di Fans (migliore riposo notturno), ma persiste dolore mattutino con rigidità di oltre un'ora, EO invariato

Esami:

VES 16 mm/h, PCR 16 mg/l.
emocromo, QPE, AST, ALT, GGT, creatinina, es urine, glicemia nella norma
calprotectina fecale nn

Tipizzazione HLA B27: neg

RMN colonna LS: non franche protrusioni discali, alterazioni di segnale degli spigoli somatici antero superiori di D12 e L1 dove si osserva iperintensità dell'osso midollare nelle sequenze T1 e T2 ed un evidente abbattimento di segnale in STIR, possibile espressione di involuzione adiposa (alterazioni riconducibili a pregressa condizione entesitica?)

RMN BACINO (STIR):



1. Commento agli esami

2. Ipotesi diagnostiche?



STEP III

1. Quale terapia di fondo imposterebbe?
2. Con quali esami di screening e successivo monitoraggio?



Caso clinico 3

Paziente caucasica di 37 aa affetta da LES giunge in visita per valutazione in stato di gravidanza, 8° settimana.

Anamnesi familiare/fisiologica: mamma affetta da tiroidite di Hashimoto. Non note allergie.

Anamnesi patologica: diagnosi di LES all'età di 32 aa in altro Centro, con esordio cutaneo diffuso ed in sede malare, versamento pleurico-pericardico, leucopenia, piastrinopenia, artralgie. Non evidenza di impegno renale. Porta in visione parziale documentazione di gennaio 2019: ANA pos omogeneo 1:640, anti-Sm 220, anti-RNP 75. Progressa terapia con ciclosporina interrotta per ipertensione, Attualmente terapia con azatioprina 50mg bid (da un anno) ed idrossiclorochina 200mg/die.

E.O. generale nella norma; peso 74Kg (BMI 27,85); non rash cutanei eritematosi, lieve livido agli arti.

E.O. articolare: dolorabilità dei polsi bilateralmente; non articolazioni tumefatte.

Esami recenti: emocromo con formula, funzionalità epatica e renale nella norma; VES 25 (cut-off > 30), PCR 4,8 mg/L (cut off > 5), C3 0,80, C4 nn, anti-DNA neg, esame urine nn

STEP I

- Quali altre domande anamnestiche farebbe alla Paziente?
- Quali esami di approfondimento chiederebbe e con quale tempistica?
- Modificherebbe la terapia in corso?
- Dopo quanto tempo rivedrebbe la paziente e perché?



STEP 2

Controllo a 4 settimane (12° sett).

Raccordo anamnesi: Prima gravidanza, non aborti spontanei, non storia trombotica

Soggettivamente benessere. Avviato ASA 160mg/die. Incremento ponderale di +2Kg dall'inizio della gravidanza. Porta in visione esami:

Esami ematici: Hb 11,3, GB 4023 con formula nella norma, PLT 145.000, AST, ALT, GGT nn, creat, esame urine nella norma

ANA pos a medio titolo omogeneo, anti-Sm 150, anti-RNP 65, anti-SSA/Ro 150, anti-SSB/La 32; anti-cardiolipina IgG 30, IgM neg; anti-B2GP1 IgG e IgM neg, LAC neg; anti-TPO 80, TSH 0,850, fT3 e fT4 nella norma, anti-DNA neg, C3 0,80, C4 0,10, elettroforesi delle proteine sieriche con gammaglobuline 25% con proteine tot. nella norma

Visita oculistica: non lesioni da idrossiclorochina, può proseguire la terapia

- Cosa suggerirebbe riguardo al monitoraggio ostetrico?
- Aggiungerebbe qualcosa alla terapia in corso?
- Ogni quanto tempo rivedrebbe la paziente e con quali esami di monitoraggio?

