

Caso clinico 1



Prima visita reumatologica ambulatoriale in ottobre 2023:

maschio, 28 anni, operaio, non allergie note, non familiarità per malattie reumatiche, non fumatore

APR: sempre buona salute, da dicembre 2020 insorgenza di fenomeno di Raynaud mani piedi, epigastralgie transitorie

APP: da settembre 2023 peggioramento del vasospasmo periferico con associate artralgie alle mani, comparsa di piccole lesioni ulcerative cute falangi distali di mani e piedi, peggioramento delle epigastralgie con riferita sensazione di pienezza gastrica e reflusso gastro-esofageo, insorgenza di tosse stizzosa.

Esame Obiettivo: cute di aspetto indurito alle falangi distali delle dita delle mani, fredda e anelastica al tatto, con presenza di alcune ulcerazioni superficiali falangi distali (II e III dito a dx, III dito a sx), alcuni crepitii inspiratori bibasali

STEP I

1. Quali approfondimenti anamnestici farebbe nel corso della visita?
2. Quali approfondimenti sierologici e strumentali richiederebbe?



STEP II

Controllo successivo

Esami ematici:

VES 35mm/h, PCR 1mg/l, CPK 212 mg/dl, Hb 13.2 g/dL, restante emocromo normale, elettroforesi proteica nn ad ecc di gammaglobulinemia 24%, AST ALT gammaGT creatinina ed es urine: nn C3, C4 nn

ANA pos a titolo elevato (> 1:640) con quadro di fluorescenza omogeneo, Ab anti nDNA neg, ENA pos SCL70>240 U/ml, ab anti nDNA neg

Esami strumentali:

RX Torace: diffusa accentuazione della trama in particolare alle basi, in assenza di franchi addensamenti, assente versamento pleurico

Spirometria con DLCO: difetto ventilatorio restrittivo moderato, elevata riduzione della DLCO corretta per valori di Hb (45%)

Capillaroscopia: presenza di numerose emorragie periapicali, diffusa tendenza all'ectasia capillare con presenza di alcuni megacapillari, non franche aree desertiche.

Ecocardiogramma TT: non versamento pericardico, FE conservata, non alterazioni valvolari significative, assenti segni indiretti di ipertensione polmonare

Esofagogastroduodenoscopia: lievi segni di ipocinesia esofagea, lievi segni di gastrite cronica

Ecografia addome completo: nella norma

- 1) Commento agli esami ematici

- 2) Commento agli esami strumentali

- 3) Richiederebbe ulteriori approfondimenti?

STEP III

[Handwritten signatures]



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 sacro-iliaca 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

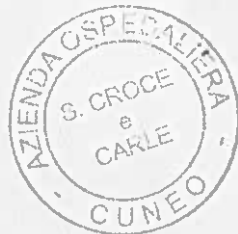
RMN colonna LS: non franche protrusioni discali, alterazioni di segnale degli spigoli somatici antero superiori di D12 e L1 dove si osserva iper intensità dell'osso midollare nelle sequenze T1 e T2 ed un evidente abbattimento di segnale in STIR, possibile espressione di involuzione adiposa (alterazioni 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. Pregressa 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:

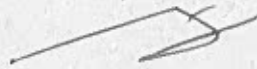
Esami ematici: Hb 11,3, GB 4023 con formula nella norma, PLT 145.000, AST, ALT, GGT nn, creat, esame urine nella norma

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?

STEP 3



Proseguiti controlli ogni 4-6 settimane durante la gravidanza; non ripresa di malattia lupica.

Non problematiche fetali all'ultimo controllo ginecologico.

Visita 34° sett. Soggettivamente benessere.

Esami: ANA pos a medio titolo omogeneo, anti-Sm 120, anti-RNP 40, anti-SSA/Ro 150, anti-SSB/La 18; anti-cardiolipina IgG 12, IgM neg; anti-B2GP1 IgG e IgM neg, LAC neg; anti-DNA neg, C3 0,80, C4 0,10, elettroforesi delle proteine sieriche con gammaglobuline 22% con proteine tot. nella norma.

- Come proseguirebbe l'iter terapeutico ed il monitoraggio reumatologico fino al parto e nel post partum?
- Cosa spiegherebbe alla paziente relativamente al post-partum e all'allattamento?

