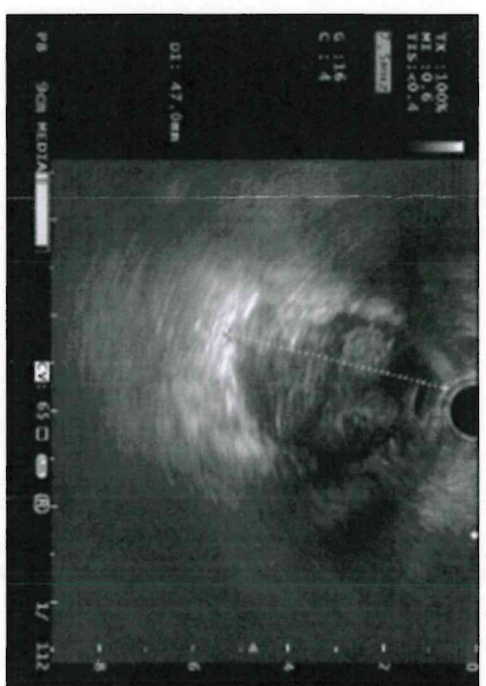


TRACCA 3

### CASO 1

Mario R. Età: 68 anni, Sesso: Maschio, Fattori di rischio: Fumatore, ipertensione, dislipidemia, lieve diabete di tipo 2/2. Nessuna storia familiare di neoplasie pancreatiche. Diabete diagnosticato 3 anni prima, in buon compenso. Gastrectomia parziale per ulcera peptica (20 anni fa). Durante un'ecografia addominale di routine eseguita per dolore epigastrico intermittente, si evidenzia una dilatazione del dotto pancreatico principale. Il paziente viene quindi sottoposto a RMN con colangio-RM (MRCP) che evidenzia: Dilatazione del dotto pancreatico principale diametro 1,2 cm, presenza di cisti comunicanti n il dotto. Viene sottoposto ad EUS.

Qual è l'ipotesi diagnostica? Quali ulteriori esami? Quale atteggiamento terapeutico proporresti?



### CASO 2

Un uomo di 61 anni con cirrosi epatica compensata da epatopatia alcolica si presenta in Pronto Soccorso per comparsa improvvisa di melena e astenia marcata. Riferisce anche lieve confusione mentale. Non ha febbre né dolore addominale. L'ultima EGDs risale a 18 mesi prima e mostrava varici esofagee F2 non trattate. Non assume farmaci anticoagulanti né FANS.

Parametri vitali all'ingresso:	Esami:
<ul style="list-style-type: none"> <li>PA: 95/60 mmHg</li> <li>FC: 108 bpm</li> <li>Temp: 36.8°C</li> <li>SpO<sub>2</sub>: 98% in aria ambiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hb: 7.8 g/dL</li> <li>INR: 1.6</li> <li>Creatinina: 1.3 mg/dL</li> <li>Bilirubina tot: 3.1 mg/dL</li> <li>AST/ALT: 78/66 U/L</li> <li>Sodio: 132 mEq/L</li> <li>Piastine: 72.000/mm<sup>3</sup></li> </ul>

1. Quale dovrebbe essere la priorità nella gestione iniziale di questo paziente?
2. In base al caso clinico, quale delle seguenti condizioni rappresenta una complicanza frequente e temibile associata a questo tipo di sanguinamento in paziente con cirrosi?
3. Quale tra i seguenti è un criterio fondamentale per la valutazione prognostica e decisionale in questo contesto?



ESPRAVA

# TRACCIA 1

Uomo, 58 anni Cirrosi epatica HCV correlata (Child-Pugh B). Ipertensione portale. Ascite trattata con diuretici. Nessun precedente episodio di emorragia digestiva Non in terapia con beta-bloccanti Il paziente si presenta Pronto Soccorso con:

Ematemesi massiva (vomito con sangue rosso vivo)

Melena (feci nere, picee)

Capogiri e lipotimia

PA: 90/60 mmHg

FC: 110 bpm

Saturazione O<sub>2</sub>: 96% in aria ambiente

Esame obiettivo: cute pallida, segni di cirrosi (asterixis, spider nevi), ascite modesta

Hb: 7.2 g/dL ↓

Hct: 21% ↓

PLT: 90.000 /mm<sup>3</sup>

INR: 1.7 ↑

AST/ALT: moderatamente aumentate

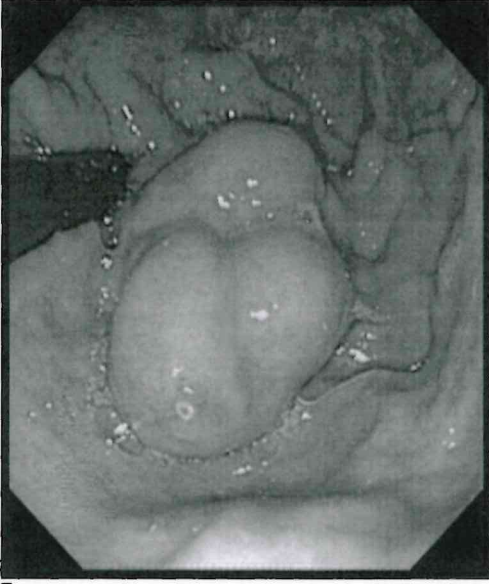
Bilirubina totale: 3.2 mg/dL ↑

Creatinina: 1.4 mg/dL

Lattato: 3.1 mmol/L ↑

Ammoniemia: 80 µmol/L

## CASO 1



CASO 1



Come procederesti da un punto di vista terapeutico e cosa faresti per inquadrare meglio il paziente ?

## CASO 2

Uomo di 60 anni, fumatore (circa 15 sigarette die), obeso, con s. metabolica.

Sintomi tipici da reflusso gastroesofageo ricorrenti.

Esegue EGDS



Non ESTIMAZ  
feci

Descrivere il quadro endoscopico e formulare una possibile ipotesi diagnostica  
Indicare le varie possibilità di trattamento  
Indicare il follow up se necessario





TRACCIA 2

### CASO 1

Uomo di 72 anni in anamnesi IDDM in trattamento antidiabetico orale e cardiopatia scleroipertensiva

Accesso in P.S. per episodio sincopale, Hb 11 g/dl all' ingresso, tachicardia sinusale (120/min) all' ecg con PA 110/70 e SpO2 94% in AA.

Successivi episodi di rettorragia con compromissione emodinamica in P.S.

Si stabilizza emodinamicamente il paziente e si esegue EGDS

**Descrivere il quadro endoscopico e formulare una possibile ipotesi diagnostica**

**Indicare le varie possibilità di trattamento**

**Indicare se ritenete opportuno eventuali ulteriori esami diagnostici, specificandone il razionale**



NON ESTRATTA  
Keri

### CASO 2

Un paziente, già noto per essere affetto da cirrosi HCV-correlata complicata da ascite viene ricoverato per peggioramento clinico. Nei giorni successivi alla paracentesi, riferisce febbre (38.2°C), dolore addominale diffuso e stato confusionale. Non assume alcol né nuovi farmaci. Non presenta segni di encefalopatia conclamata, ma è disorientato nel tempo.

Esami ematochimici:

- Leucociti: 12.000/mm<sup>3</sup>
- Creatinina: 1.8 mg/dL (↑ rispetto a 1.2)
- Na<sup>+</sup>: 126 mEq/L
- INR: 1.6
- NH<sub>3</sub> (ammoniemia): 90 µg/dL

Paracentesi:

- Aspetto liquido: torbido
- PMN: 410/mm<sup>3</sup>
- Coltura: in attesa

1. Qual è la diagnosi più probabile in questo scenario?
2. Quale è l'approccio terapeutico più appropriato?
3. Qual è la causa più probabile del peggioramento della funzione renale in questo paziente?

