

M.A. ♂ **81 aa**

Anamnesi:

Iperensione arteriosa da circa 15 aa
(nifedipina)

Ca prostata (analogo GnRH)
Pregressi episodi di ritenzione acuta d'urina,
CV

Iperuricemia ("cicli" di allopurinolo)

AAA

P.S.

- Edemi declivi
- Dolenzia anca sinistra

Verbale PS

- Ca prostata in terapia ormonale. Da 1 mese dolore all'anca sin. Inviato dal Curante con richiesta di ricovero per edemi agli arti.
- Scadute condizioni d'igiene.
Cuore e torace ndp
addome petecchie sparse, trattabile
Edemi ai quattro arti

Esami PS

- Rx anca sx:

Immagine di radiotrasparenza in sede sottocapitata, suggestiva per frattura

- Rx torace (1P):

campi polmonari poco inspirati, reperti pleuroparenchimali nei limiti per l'età; salienza della marginale mediastinica alta a dx verosimilmente su base vascolare.

Cuore ingrandito

- Ematochimici:

GB 12.3, PLT 90000, glicemia 331, K 1.7, LDH 563, creat 2.5, ALT 46

Ricovero in ortopedia

- Frattura di femore e ipokaliemia

ortopedia

- Fis. 500 cc + KCl 40 mEq
- **Visita internistica:** iperglicemia di primo riscontro e grave ipocaliemia. EO: petecchie al tronco, ecchimosi diffuse, lesione ulcerata in parombelicale. Importanti edemi ai 4 arti. Terapia: Fis+ KCL, antialdosteronico, insulina rapida, eparina bpm. Urocoltura. Da trasferire in medicina.

EGA: pH 7.63, pO₂ 66, pCO₂ 32, ac lattico 3.2, HCO₃ 35

- **Visita cardiologica:** in attesa di trasferimento in medicina. cardiopatia ipertensiva e diabetica, non stasi polmonare, sostituiti nifedipina con ACE I
utile ecocardio

Esami in medicina

- **Ematochimici**: GB11000 (N88%), PLT 70000, Hb 11.5, prot tot 4.6 (alb 2.1), Ca 1.77, K2,5, Na 144, LDH 773, ferritina 1047, PCR 25, creat 1.75, GGT 523, HbA1c 9.9%, CEA 81, ALT 44, Fibrinog 554, D-dimero 2565. HBsAg, HCV Ab neg. PSA 3.8.
- **Urine**: glucosio >300, albumina > 150, Hb > 0.75
colturale: E. coli (carica 1000000).

Ipotesi diagnostiche

?

- DM tipo 2
misconosciuto, IRC
con sd nefrosica
- Cirrosi epatica
- Ipercortisolismo

Esami ematici

- ACTH 350 pg/mL, cortisolo 918 mg/mL

CLU

- 6489 – 3757 - 7329 /24h

?

- **Sindrome di Cushing**
- **Malattia di Cushing**
- **Sd di Cushing da ACTH ectopico**

Distinzione tra forma ipofisaria
(eutopica) o malattia di Cushing
e sindrome di Cushing ectopica

“sfida”

EAS

- 10% delle sd Cushing
- 20% ACTH dipendenti
- M:F=1:1
- Rappresentazione più severa e “rapida”
- ↑↑ ACTH e CLU (ACTH >200 pg/mL)

Quali accertamenti?

- TAC torace e addome
RMN ipofisi
- Octreoscan
Cateterismo SPI
broncoscopia
- CRH test
desmopressina
Test soppressione

Test dinamici

- Desametasone 8 mg = F 958ng/mL ACTH 365 pg/mL

- | CRH: | -15 | 0 | +30 | +60 | +90 | +120 |
|------|-----|-----|-----|------|-----|------|
| ACTH | 349 | 365 | 383 | 380 | 367 | 374 |
| F | 918 | 958 | 973 | 1020 | 987 | 919 |

- Cateterismo SPI

TC toraco addominale

T: versamento pleurico bilaterale.

Non addensamenti né linfonodi

A: fegato di dimensioni moderatamente incrementate. Disomogeneo ispessimento dei surreni senza focali impregnazioni contrastografiche. Multipli e grossolani linf. pelvici (3cm). Esteso processo eterof prostatico infiltrante vescichette e vescica.

Trombosi femorale comune sx. AAA sottorenale a clessidra (44mm-38mm)

RMN ipotalamo ipofisi

in sede mediana paramediana posteriore dx si osserva dopo contrasto un'immagine di circa 5 mm, di attenuazione di enhancement, possibile espressione di microadenoma.

Octreoscan: disponibile a 10-15 gg (2)

- Cromogranina A, NSE normali

Esami ematici

- Hb 9.7, PLT 77000, creat 2.11, k 2.1, ALT 440, GGT 2110,

Urologo

nn

Che fare

?

Terapia chirurgica

?

preparazione medica

comorbidità

Terapia medica

- Mitotano
- Ketoconazolo
- Metopirone
- Mifepristone
- Octreotide

Contatto farmacia

Contatto Collega di Ospedale Universitario

Protocollo con mifepristone

Trasferito

- Octreoscan: negativo

Inizia mifepristone e si programma
surrenectomia

ACC: rianimazione

Nuovo arresto

exitus