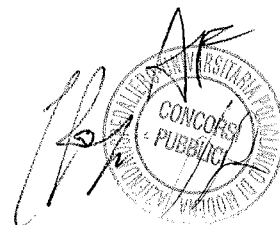


PROVA PRATICA 1



Alfredo 59 anni si presenta in PS per rallentamento cognitivo, astenia ingravescente.

In anamnesi patologica remota non elementi di rilievo: appendicectomia all'età di 21 anni. Frattura traumatica di tibia e perone all'età di 31 anni (infortunio sciistico).

Impiegato amministrativo, pratica regolare attività fisica (nuoto).

Altezza 173 cm Peso 75 Kg Non altri reperti di rilievo all'esame obiettivo.

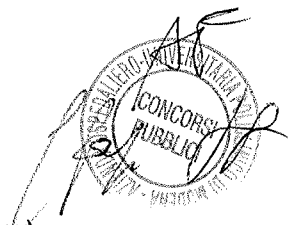
Dal Datawarehouse (DWH) aziendale emerge un recente (due settimane prima) accesso in PS per lieve trauma cranico a seguito di caduta in bicicletta. La TC eseguita nell'occasione non evidenziava raccolte emorragiche né altre lesioni focali; veniva unicamente segnalato "aspetto globoso dell'ipofisi e dubbio slivellamento del pavimento sellare". Pr tale riscontro posta indicazione a consulenza endocrinologica non ancora eseguita.

Esami bioumorali:

sodiemia 118 mmol/l , potassiemia 4.6 mmol/l, glicemia 111 mg/dl, creatininemia 1.1 mg/dl, Emocromo nei limiti (GB 5.770/ul, Eritrociti 4.73 milioni/ul, HB 13.4 g/dl, HCT 40.5%, VCM 85.6 fl)

Indicare le indagini necessarie all'inquadramento diagnostico e le eventuali indicazioni terapeutiche

PROVA PRATICA 2



Clara, 48 anni accede in PS per addominalgia e vomito (sospetta colica epato-biliare).

sodiemia 134 mmol/l, potassiemia 3.3 mmol/l glicemia 78 mg/dl, creatininemia 0.85 mg/dl, Emocromo nei limiti (GB 9.770/ul, Eritrociti 5.24 milioni/ul, HB 15.1 g/dl, HCT 45.5%, VCM 85.6 fl) AST/ALT 88/92, gammaGT 88 U/l.

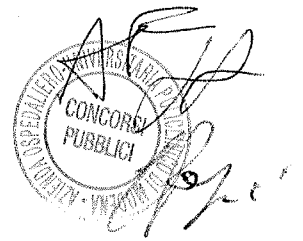
EO: dolorabilità all'ipocondrio dx. Altezza 164 cm Peso 69 Kg.

La TC addome, oltre ad evidenziare calcoli della colecisti, segnala la presenza di una lesione espansiva a carico del surrene destro con aspetti cistici, dimensioni 34 x 27 x 19 mm, densità compresa fra 20 e 30 UH nelle scansioni di base, caratterizzata da intensa ed eterogenea impregnazione post-contrastografica nelle fasi arteriosa e venosa.

Anamnesi familiari negativa per nota patologia surrenalica. In anamnesi, storia di ipertensione arteriosa in terapia con beta bloccanti (bisoprololo 2.5 1 cp x due/die) e con associazione Olmesartan+ Amlodipina. Non successivi riscontri di valori pressori elevati.

Indicare le indagini necessarie all'inquadramento della lesione e le eventuali indicazioni terapeutiche

PROVA PRATICA 3



Marta 53 anni, asintomatica, inviata in visita endocrinologica urgente dal MMG per "ipofosforemia in paziente con osteoporosi". Un figlio di 21 anni. Lavora come cassiera di supermercato.

Esami ematici: Emocromo GB 4.970/ul, Eritrociti 3.82 milioni/ul, HB 11.5 g/dl, HCT 36.5%, VCM 71.6 fl). Sideremia 58 ug/dl, sodio 135 mmol/l, potassio 3.8 mmol/l, glicemia 82 mg/dl, Calcio: 8.9 mg/dL. Fosforo: 1.6 mg/dL,

EO: altezza 171 cm, peso 59 Kg. Non elementi di rilievo.

Dal Datawarehouse (DWH) aziendale risulta un precedente valore di fosforemia risalente a 4 mesi prima: 0,9 mg/dL non indagato ulteriormente. Nello stesso referto laboratoristico, riscontro di ipovitaminosi D (25 OH vit D 13 ng/ml), PTH modicamente elevato (62 pg/ml, vn 6-40), calcio 9.1 mg/dl. Creatininemia 1.2 mg/dl eGFR 58 ml/min/1.73 m²

Inoltre, dal DWH che Marta è stata sottoposta ad infusione di multiple dosi di ferrocarrbossimaltosio (ultima somministrazione 6 mesi prima) per "anemia sideropenica in paziente con menometrorragie ricorrenti". Una DEXA risalente a circa 18 mesi prima evidenzia: T score lombare -2.8, T score femorale -2.6

Terapie attualmente in corso: Colecalciferolo 25.000 UI/21 gg.

Quale inquadramento diagnostico e quale indicazione terapeutica?