

## PROVA PRATICA 1

### Prima parte

Paziente maschio di 83 anni affetto da BPCO enfisematosa severa in ossigenoterapia domiciliare a lungo termine, fibrillazione atriale in terapia con edoxaban e portatore di endoprotesi aorto-bisiliaca per pregresso aneurisma dell'aorta addominale, con noto endoleak in follow-up.

Da circa 2-3 settimane riferisce progressivo peggioramento della dispnea, ormai presente per minimi sforzi e durante l'eloquio, associata a ortopnea ed edemi declivi ingravescenti. Durante gli episodi dispnoici riferisce inoltre comparsa di bruciore retrosternale e fastidio agli arti superiori e alle spalle.

Due giorni prima dell'accesso in Pronto Soccorso era stato sottoposto a visita cardiologica. L'ECG documentava fibrillazione atriale con frequenza ventricolare di 104 bpm, sottoslivellamento del tratto ST in sede infero-laterale e onde Q antero-settali. All'ecocardiogramma: frazione di eiezione del 45%, acinesia dell'apice e del segmento medio-apicale della parete antero-laterale, lieve-moderata insufficienza mitralica e tricuspidalica. Era stata prospettata l'esecuzione di coronarografia dopo valutazione degli esami ematici.

Il paziente riferisce inoltre da tempo episodi di ematochezia di modesta entità.

Agli esami ematochimici eseguiti prima dell'accesso in Pronto Soccorso:

- Hb 5,6 g/dL
- Ht 18,3%
- MCV 72,9 fL
- RDW 19,7%
- piastrine 118.000/mm<sup>3</sup>
- leucociti 6.360/mm<sup>3</sup>
- creatinina 1,12 mg/dL
- Na 143 mEq/L
- K 3,6 mEq/L
- PCR 0,9 mg/dL.

All'ingresso: paziente vigile, dispnoico a riposo, in decubito ortopnoico; PA 120/80 mmHg, FC 105 bpm, SatO<sub>2</sub> 96% con O<sub>2</sub> 3 L/min. All'auscultazione toracica murmure vescicolare diffusamente ridotto con sibili espiratori bilaterali. Edemi declivi bilaterali improntabili.

EGA: pH 7,46; PaCO<sub>2</sub> 39 mmHg; PaO<sub>2</sub> 93 mmHg.

All'ER assenza di melena

### **Quesito 1**

**Individuare i principali problemi clinici del paziente, definirne le possibili relazioni reciproche e indicare le priorità diagnostico-terapeutiche iniziali.**

---

### **Seconda parte**

Due mesi prima dell'accesso in PS, per precedente anemizzazione e positività del sangue occulto fecale, erano state eseguite:

**EGDS:** multiple millimetriche erosioni gastriche a fondo ematinico; restante esame senza reperti significativi.

**Colonscopia:** alcune piccole ulcere aftoidi dell'ileo terminale e del colon ascendente; asportazione di polipo sessile del colon ascendente; restante colon nella norma. Non identificata una sicura fonte di sanguinamento.

In Pronto Soccorso il paziente viene sottoposto a trasfusione di una unità di emazie concentrate.

Il dosaggio dell'attività anti-Xa per edoxaban risulta pari a 360 ng/mL (vn 19,4–62 ng/mL).

Durante la valutazione in PS viene inoltre eseguita angio-TC torace-addome. Si conferma la presenza dell'endoprotesi aorto-bisiliaca; la sacca aneurismatica presenta incremento dimensionale da 65 a 83 mm, in assenza di evidente rifornimento attivo. Non vengono documentati segni radiologici di fistola aorto-enterica né versamenti pleurici. È presente avanzato enfisema polmonare bilaterale.

### **Quesito 2**

**Alla luce dei nuovi dati, indicare come proseguire l'iter diagnostico e terapeutico, con particolare riferimento alla gestione dell'anemia e del sanguinamento, della terapia anticoagulante e del concomitante quadro cardiologico.**

**In base alla storia clinica è, a vostro avviso indicato, lo studio coronarografico proposto dal Collega cardiologo e in quale tempistica?**