

20/07/2023 GUGUCELMA NA VERONICA

Caso 1 Prova non estratta

ALLEGATO 1

Paziente maschio di 42 anni, consulente finanziario con madre trattata in passato per un linfoma marginale. Viene inviato dal medico di base allo specialista ematologo per la presenza di febbre da circa un mese.

Anamnesi remota

Il paziente è un modesto fumatore. Da anni presenta una piccola componente monoclonale IgA lambda che viene monitorata annualmente dal medico di base, riscontrando sostanziale stabilità. Il paziente ha goduto in questi anni di pieno benessere.

Anamnesi patologica recente

Da circa 1 mese è comparsa febbre, associata a calo ponderale e astenia progressiva. Dopo una settimana di febbre, il curante ha impostato una terapia antibiotica ottenendo una remissione completa della febbre, ma di breve durata.

Questi ha inoltre prescritto esami del sangue di routine, i cui reperti salienti sono: leucociti, 8620/mmc; emoglobina, 11.9 g/dL; piastrine, 259000/mmc; PCR, 119 mg/L, LDH, 316 U/L; componente monoclonale IgA kappa, 0.9 g/dl. Alla Rx del torace non lesioni presenta lesioni pleuro-parenchimali. Ecografia dell'addome: splenomegalia omogenea pari a 17.8 cm.

Il paziente viene inviato all'ematologo per ulteriori accertamenti.

Esame clinico dello specialista ematologo

Lo specialista prende visione dell'esito degli esami prescritti dal medico di base, quindi procede alla visita. Il paziente è eunotico a riposo, conferma astenia, dispnea dopo sforzi modesti e perdita di peso. Alla visita non presenta edemi declivi, non adenopatie superficiali, ma è palpabile una splenomegalia debordante 5-6 cm dall'arco costale. Infine, presenta extrasistolia con frequenza cardiaca di 90 bpm e P.A 130/80 mmHg.

Quesito

1. Quali ipotesi diagnostiche possono essere formulate?
2. Quali accertamenti si propongono per giungere ad una diagnosi?
3. Quale è la diagnosi più probabile?
4. Qualora le indagini confermino la diagnosi clinica formulata, quali saranno i provvedimenti terapeutici?

20/07/2023 GUGUELMANA VERONICA

Caso 2

Prova estratta

Paziente maschio di 64 anni, artigiano.

Viene inviato dal medico di base allo specialista ematologo per sospetta progressione di gammopatia monoclonale.

Anamnesi remota

Il paziente è un modesto fumatore. Da anni presenta una piccola componente monoclonale IgG lambda che viene monitorata annualmente dal medico di base, riscontrando sostanziale stabilità. Il paziente ha goduto in questi anni di pieno benessere.

Anamnesi patologica recente

Da circa 8 mesi è comparsa astenia progressiva e dispnea dopo sforzi modesti. Ha anche osservato una perdita di peso di circa 5 Kg. Ha quindi consultato il medico curante. Questi ha prescritto esami del sangue di routine i cui reperti salienti sono: una C.M. IgG lambda di 1,4 g/dl, catene leggere libere nel siero kappa 12,5 mg/L, lambda 214 mg/L, comparsa di proteinuria. Non anemia. Calcemia, glicemia, creatinina, ALT/AST nella norma. Alla Rx del torace non lesioni pleuro-parenchimali. Una radiografia di cranio, colonna, bacino e femori non evidenzia osteolisi. Una gastroscopia ed una colonscopia eseguite nei 3 mesi precedenti erano risultate negative.

Il paziente viene inviato all'ematologo per ulteriori accertamenti.

Esame clinico dello specialista ematologo

Lo specialista prende visione dell'esito degli esami prescritti dal medico di base, quindi procede alla visita. Paziente eupnoico a riposo. Conferma astenia, dispnea dopo sforzi modesti e perdita di peso. Aggiunge di aver avuto recentemente alcuni episodi lipotimici (che lo specialista attribuisce ad ipotensione ortostatica). Alla visita: edemi declivi, fegato aumentato di volume di consistenza parenchimatosa con margine inferiore debordante 4 cm dall'arco costale. Non splenomegalia né adenopatia superficiale. Toni cardiaci parafonici, frequenza cardiaca 80 bpm, P.A 110/60 mmHg.

Quesito

1. Quali ipotesi diagnostiche possono essere formulate?
2. Quali accertamenti si propongono per giungere ad una diagnosi?
3. Quale è la diagnosi più probabile?
4. Qualora le indagini confermino la diagnosi clinica formulata, quali saranno i provvedimenti terapeutici?

ALLEGATO 2

20/07/2023 GUGUELMANA VERONICA

Caso 3

Prova non estratta

Paziente maschio di 62 anni, impiegato. Viene inviato dal medico di base allo specialista ematologo per la presenza di una componente monoclonale non meglio caratterizzata.

Anamnesi remota

Il paziente ha sempre goduto di pieno benessere.

Anamnesi patologica recente

Da circa 1 mese, in pieno benessere, ha effettuato esami di routine (benefit aziendale), i cui reperti salienti sono: Emocromo, creatinina nei limiti di norma. Proteine totali 8 gm/dL, presenza di una componente monoclonale in zona Gamma (23%), con anomalia (picco) del tracciato. Ecografia dell'addome: compatibile con steatosi epatica lieve. Assenti altri rilievi. Il paziente viene inviato all'ematologo per ulteriori accertamenti.

Esame clinico dello specialista ematologo

Lo specialista prende visione dell'esito degli esami prescritti dal medico di base, quindi procede alla visita. Il paziente è in ottime condizioni generali. Segnala una dolenzia in regione lombosacrale attribuita all'uso frequente dell'auto. Alla visita non presenta adenopatie superficiali, epatosplenomegalia. L'immunofissazione su siero identifica una componente monoclonale di tipo IgG-L e il mieloaspirato documenta una quota di plasmacellule del 13%. Il paziente chiede una second opinion per decidere quali ulteriori accertamenti effettuare e quale strategia di terapia.

Quesito

1. Quali accertamenti, di laboratorio e strumentali, per definire la diagnosi?
2. Quali ipotesi diagnostiche possono essere formulate?
3. Quale è la diagnosi più probabile?
4. Qualora le indagini confermino la diagnosi clinica formulata, quali saranno i provvedimenti terapeutici?

ALLEGATO 3