

CONGRESSO INTERREGIONALE SIIA

PIEMONTE - LIGURIA - VALLE D'AOSTA

10 OTTOBRE 2020



SOLAMENTE UNA PIELONEFRITE ?

Marco Pappaccogli

Centro per la Cura e la Diagnosi dell'Ipertensione Arteriosa
Dipartimento di Scienze Mediche
Città della Scienza e della Salute
Università di Torino



CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO

P.S. ♂, 50 anni.

AFF: impiegato, fumatore attivo (~10 sigarette/die)
Allergia all'acido acetilsalicilico.

APR: pregressa uretrite, emorroidectomia.

APP: In data 15/01 singolo episodio di febbre (TC 39°)
senza sintomatologia organo-specifica per cui assunta
Nimesulide. In data 19/01 comparsa di dolore al fianco dx, di
tipo continuo. Non disuria, stranguria, ematuria, alterazioni
dell'alvo, febbre e/o altra sintomatologia.
Per persistenza di dolore al fianco dx, il paziente accedeva in
PS in data 20/01.

CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO

Valutazione in PS:

PAO 120/80 mmHg, FC 80 bpm R, eutermico.
Dolore al fianco dx. Obiettività nei limiti di norma.

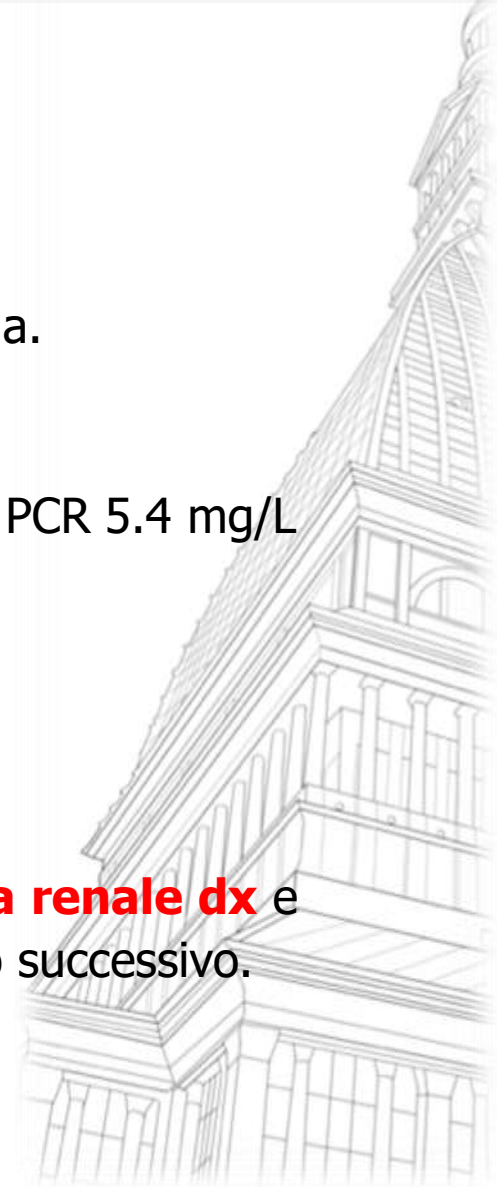
Ematochimici:

WBC 10740/mcL (N 72.8%), creat 1.15 mg/dL, PCR 5.4 mg/L

Ecografia renovescicale: ndr

Urocoltura: negativa

Il paziente viene dimesso con sospetto di **colica renale dx** e viene programmata visita urologica per il giorno successivo.



CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO

Visita urologica:

Riscontro di cisti mesorenale di non univoca interpretazione. Utile approfondimento radiologico con TC addome con mdc.

In data 23/10 il paziente accede nuovamente in PS per persistenza di dolore al fianco dx e comparsa di febbre.

Valutazione in PS:

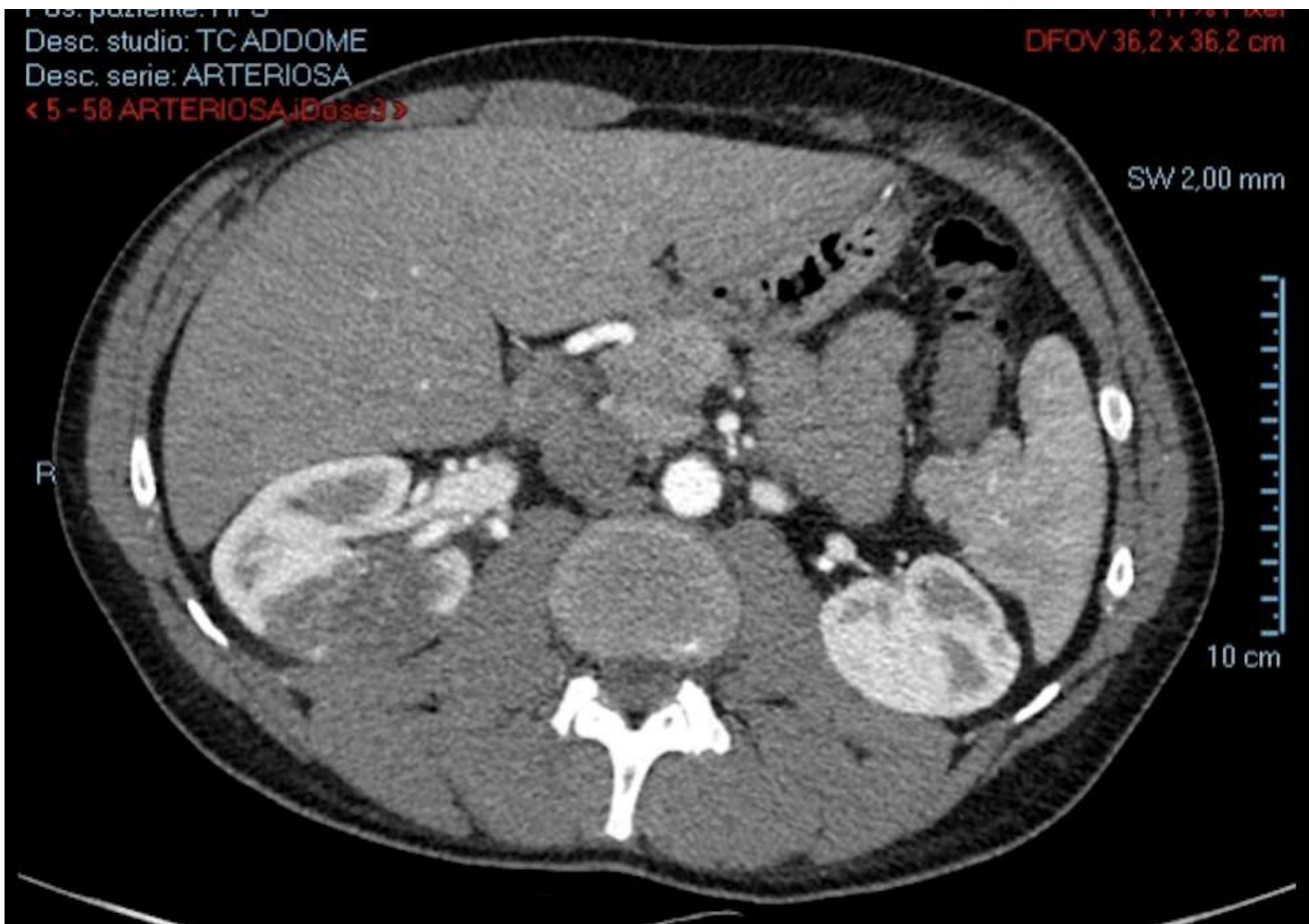
Parametri e obiettività nei limiti di norma.

Uro-TC: estesa area di ipodensità parenchimale in corrispondenza del terzo medio-inferiore del rene dx riferibile a focolaio pielonefritico. Restanti reperti nei limiti di norma.

Il paziente viene ricoverato in Nefrologia per sospetta **pielonefrite dx.**

CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO



CASO CLINICO

Ricovero c/o Nefrologia:

Avviata ATB-terapia con Ceftriaxone (9 giorni) e Levofloxacin (21 giorni).

Paziente sempre eutermico. Eseguiti i seguenti esami:

Ematochimici: funzionalità renale e indici di flogosi di norma

Esame urine: modesta leucocituria

Urocoltura: negativa

Ecografia reno-vescicale + ECD aa renali (25/01):
aspetto ipoecogeno della corticale al III inferiore del rene dx
priva di flusso ECD di vascolarizzazione, **compatibile con
esito ischemico**. Restanti reperti ecografici di norma.
Arterie renali pervie con IR 0.5-0.6 bilateralmente.

CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO

RM addome superiore con mdc (30/01): estesa area di alterato segnale coinvolgente il III medio-inferiore del rene dx compatibile con estesa area ischemica.
Rene sin e restanti reperti endoaddominali di norma.

Nel sospetto di trombosi arteriosa/embolia arteriosa, eseguiti:

ECG 24 ore sec. Holter: RS

Ecocardiogramma TT: negativo per trombi endocavitari

Negatività per mutazione Fattore II e Fattore V di Leiden

Stante la negatività degli accertamenti diagnostici, nel sospetto di **infarto mesorenale dx**, veniva avviata terapia antiaggregante con Ticlopidina e richiesta rivalutazione angiografica.

CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO

Rivalutazione angiografica (01/02):

“... confermata presenza di infarto mesorenale di dx con evidente amputazione del ramo lobare tributario di dubbia interpretazione compatibile con **trombosi arteriosa** più che a embolizzazione. Arteria renale dx pervia con ectasia sacciforme all'origine del ramo lobare superiore e **piccolo flap dissecativo endoluminale**. Arteria renale sin pervia. Aorta addominale regolare, priva di dilatazioni aneurismatiche. Tripode celiaco uniformemente ectasico; a livello della biforcazione con l'**arteria splenica** aspetto a **corona di rosario** per 3 cm con stenosi multiple di grado serrato. ”

DISPLASIA FIBROMUSCOLARE

CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO

Durante il ricovero, episodio di lipotimia con sdoppiamento del visus, per cui eseguiti:

Visita neurologica (06/02): obiettività neurologica di norma. In considerazione del reperto renale, utile approfondimento con Angio-TC cerebrale.

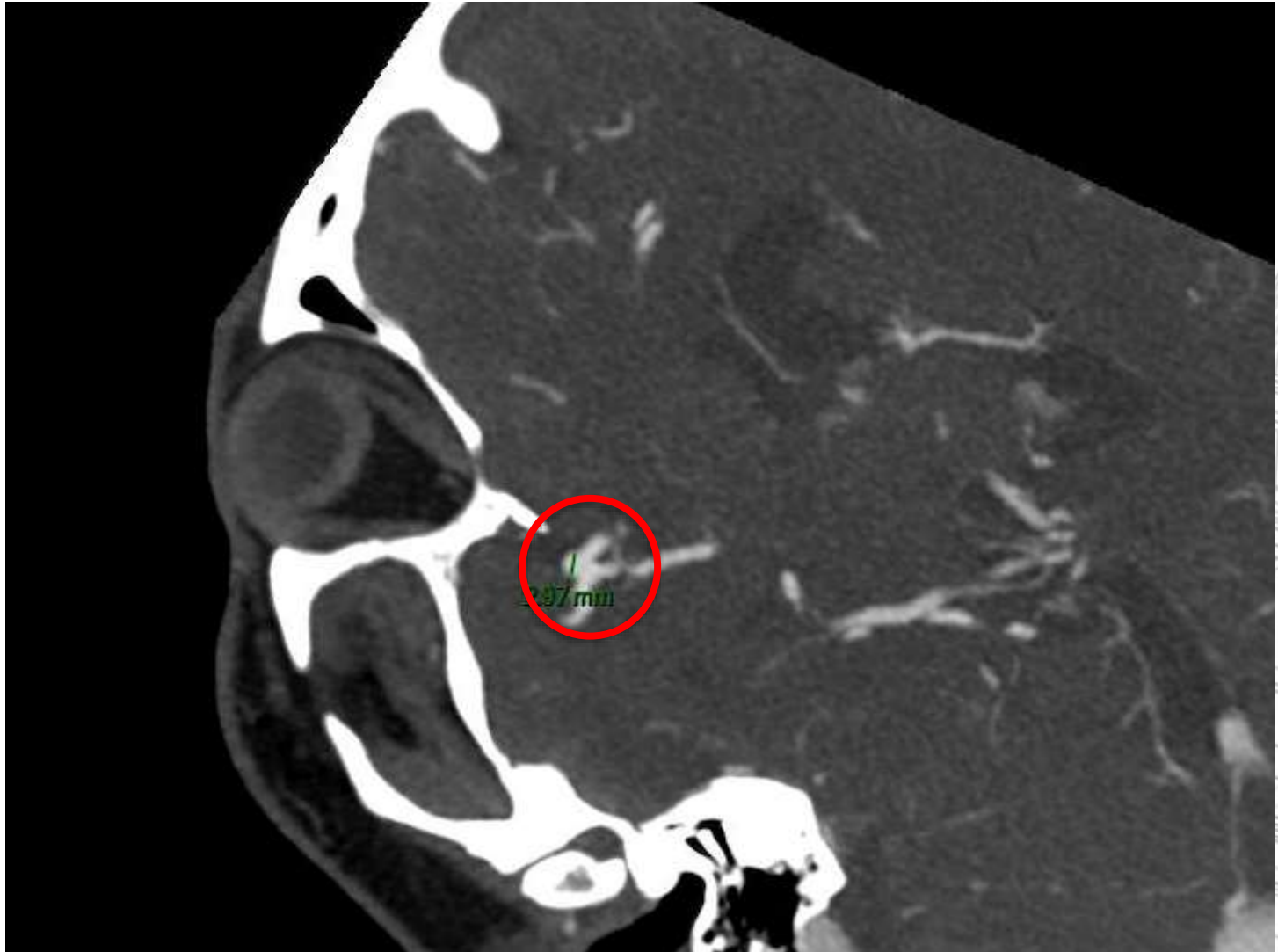
ECD TSA (06/02): negativo per stenosi.

Angio-TC cerebrale (06/02): non lesioni ischemiche focali o emorragiche. A livello **dell'arteria cerebrale media dx**, presenza di **ectasia sacciforme** da correlare con patologia di base.



CASO CLINICO

DESCRIZIONE DEL CASO



CASO CLINICO

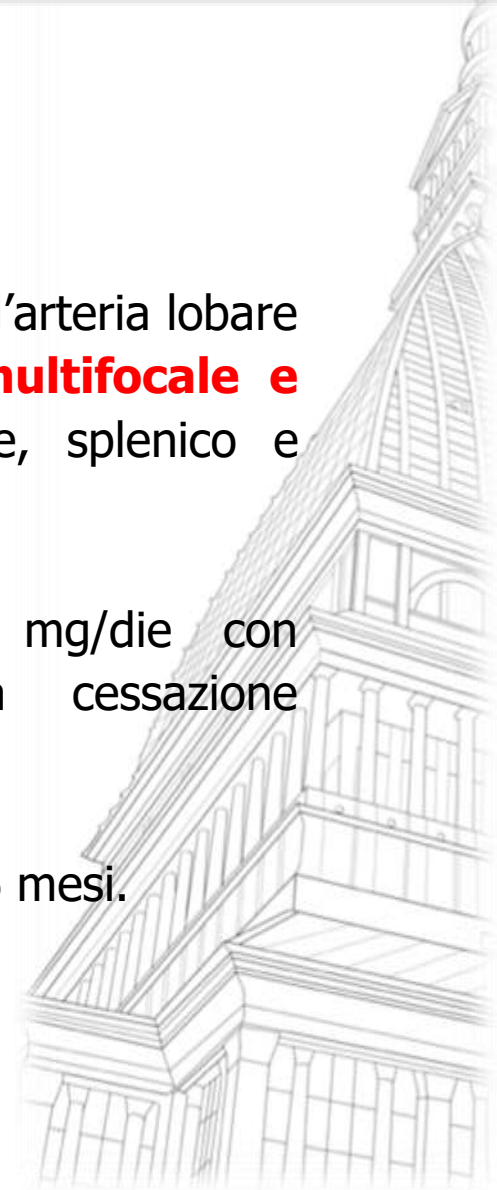
DESCRIZIONE DEL CASO

Diagnosi alla dimissione

Infarto mesorenale dx per dissezione focale dell'arteria lobare dx in **displasia fibromuscolare di tipo multifocale e multi vascolare** con interessamento renale, splenico e cerebrale.

Alla dimissione sostituita ticlopidina 250 mg/die con clopidogrel 75 mg/die e raccomandata cessazione dell'abitudine tabagica.

Programmata visita di controllo con imaging a 6 mesi.



CASO CLINICO

Visita di controllo a 6 mesi

Asintomatico. Valori di normotensione.
Fumatore attivo (~10 sigarette/die).
Ematochimici e funzionalità renale di norma.

Scintigrafia renale dinamica: effetto parenchimografico bilateralmente pronto, omogeneo a sin e minimamente disomogeneo a dx per minima incisura corticale al polo medio da verosimili esiti di recente evento ischemico. Reperto scintigrafico sostanzialmente di norma con lieve asimmetria funzionale dei due emuntori (60% a sin e 40% a dx).

ECD aa renali di controllo: rene dx di dimensioni normali con spessore corticale di norma lievemente incrementato al III medio come da ipertrofia compensatoria. Non lesioni ipoecogene. Incisura corticale al III medio-inferiore da esito ischemico. Flusso ecocolordoppler regolare.

DISPLASIA FIBROMUSCOLARE

DEFINIZIONE

“... è una malattia idiopatica, segmentaria, non infiammatoria, non aterosclerotica, che coinvolge le pareti arteriose, conducendo allo sviluppo di stenosi delle arterie di piccolo e medio calibro”

Malattia sistemica

Arterie Renali
90.7%



Arterie Splanchniche
21.2%



Arterie Cerebrovascolari
62.6%



Arterie Iliache
30.7%

DISPLASIA FIBROMUSCOLARE

Classificazione angiografica

Multifocale



~75% dei casi

Sesso femminile
Età media ~50 anni
Multivascolare
Aneurismi

Focale



~25% dei casi

Sesso maschile
Età media ~40 anni
Bambini/adolescenti
PTRA

N.B. La presenza di almeno una stenosi multifocale o focale è necessaria per porre diagnosi di FMD.

DISPLASIA FIBROMUSCOLARE

SCREENING

SCAD

FMD nel 30-80% dei casi



Dissezioni

~6-25% dei casi
Età OR 1.02
Maschi OR 4.35
Multivascolare OR 3.15



Aneurismi

~20-25% dei casi
Multifocale OR 1.91
Multivascolare OR 3.99



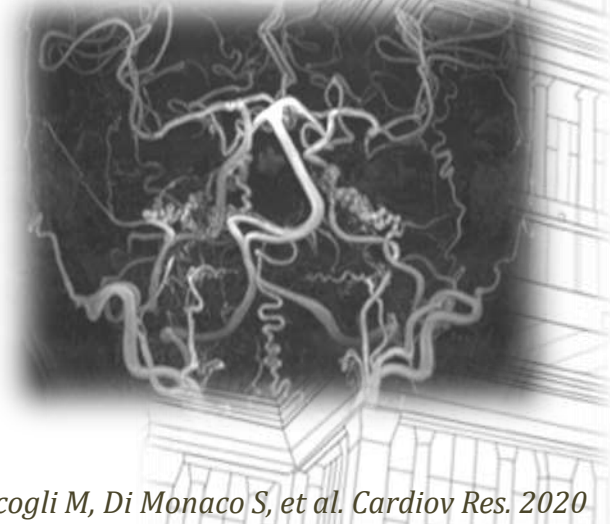
MULTIVASCOLARE

~55-60% dei casi

Età OR 1.03
Multifocale OR 3.00
Aneurismi OR 4.31
Dissezioni OR 2.92



Tortuosità



Pappaccogli M, Di Monaco S, et al. *Cardiov Res.* 2020

Gornik HL, Persu A et al. *J Hypertens.* 2019;37(2):229-252 – *Vasc Med.* 2019;24(2):164-189

DISPLASIA FIBROMUSCOLARE

Chi sottoporre a screening?

- Donne di età <50 anni o uomini <30 anni con ipertensione
- Donne ipertese in età fertile con desiderio di maternità
- Ipertensione maligna, ipertensione di grado 3
- Ipertensione resistente
- Soggetti ipertesi con singolo rene di dimensioni ridotte in assenza di patologia urologica nota
- Soggetti ipertesi con soffio addominale in assenza di malattia aterosclerotica o fattori di rischio per malattia aterosclerotica
- Presenza di lesioni da displasia fibromuscolare in almeno un altro territorio vascolare

DISPLASIA FIBROMUSCOLARE

Displasia fibromuscolare **RENALE**

- **Angio-TC** esame gold standard, o RM con mdc se controindicata
- ECD delle arterie renali solo in centri selezionati specializzati
- Angiografia a conferma diagnostica in caso di stenosi emodinamicamente significative da sottoporre a terapia endovascolare, previa misurazione di gradiente translesionale

Displasia fibromuscolare **CEREBROVASCOLARE**

- Evidenze insufficienti
- Angio-TC o, se controindicata, RM con mdc come modalità di imaging prescelte
- ECD inadeguato per una valutazione delle arterie carotidi interne, delle arterie vertebrali e intracraniche.

DISPLASIA FIBROMUSCOLARE

Work-up vascolare

In tutti i pazienti, a prescindere dal sito di coinvolgimento iniziale, è raccomandata l'esecuzione di uno **screening vascolare completo** dall'encefalo alla pelvi preferibilmente con Angio-TC o, se controindicata, con RM con mdc, al fine di identificare lesioni vascolari occulte, aneurismi (soprattutto intracranici) e dissezioni.

In assenza di sintomatologia specifica, non indicazione a screening cardiologico specifico alla ricerca di segni radiologici di SCAD.

Nei pazienti con SCAD, utile screening vascolare alla ricerca di lesioni fibrodisplastiche extra-coronariche.

DISPLASIA FIBROMUSCOLARE

Follow-up

Utile **follow-up annuale** comprendente valutazione clinica, laboratoristica (controllo della funzionalità renale) e radiologica.

Al momento attuale non vi sono evidenze sufficienti per raccomandare una metodica di imaging o stabilire la frequenza dei controlli radiologici, che andranno scelti caso per caso alla luce del rischio vascolare del paziente (aumentato in caso di aneurismi e dissezioni).

Utile terapia antiaggregante a basso dosaggio, terapia antipertensiva (ipertensione), cessazione del fumo di sigaretta.

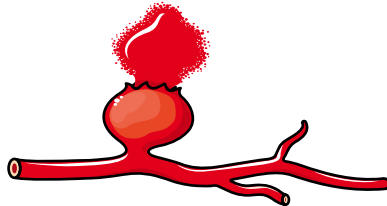
TAKE-HOME MESSAGE

- Sintomi/Presentazioni più frequenti comprendono l'ipertensione, la cefalea e il tinnito pulsatile
- Frequente coinvolgimento renale e/o cerebrovascolare
- >50% dei soggetti presentano una FMD multi vascolare
- Da sospettare in caso di paziente giovane con aneurismi e/o dissezioni arteriose (soprattutto carotidee e coronariche spontanee)
- Check-up vascolare completo per stratificazione del rischio cardiovascolare
- Check-up vascolare per ricerca di FMD in pazienti con SCAD
- Approccio multidisciplinare

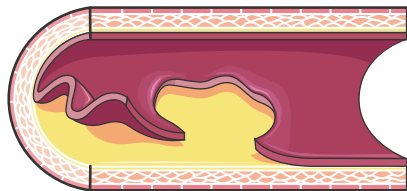
DISPLASIA FIBROMUSCOLARE

CASO CLINICO

**Aneurisma
sacciforme cerebrale**



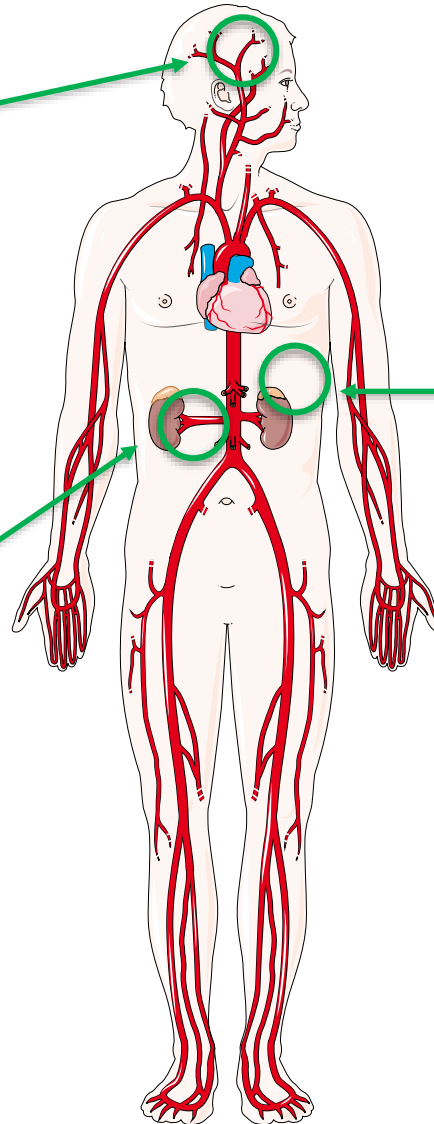
Dissezione renale



**Stenosi multifocale
arteria splenica**

Presentazione **atipica** di
FMD multifocale con
interessamento:

- ✓ renale (dissezione)
- ✓ viscerale (stenosi)
- ✓ cerebrale (aneurisma)



GRAZIE per L'ATTENZIONE



Franco Rabbia
Giulia Novelli
Silvia Di Monaco
Elvira Fanelli
Elisabetta Eula
Chiara Fasano
Guglielmo Maserà

Medicina Interna IV

Centro per la Cura e la Diagnosi
dell'Ipertensione Arteriosa
Dipartimento di Scienze Mediche
Città della Scienza e della Salute
Università di Torino

Direttore Prof. Franco Veglio