

MG Maschio 63 anni

CASO CLINICO 1 concorso

Fumatore 25 pack/year/ da 40 anni. Ipertensione arteriosa in trattamento con Ramipril 2,5 mg die

Buona salute Non allergie Regolarmente vaccinato per COVID

Settembre 2021 comparsa dispnea da minimi sforzi ingravescente nell'arco di alcuni giorni

Accesso Pronto Soccorso: paziente tachipnoico con fame d'aria anche solo per rispondere alle domande durante la visita. Mv marcatamente diminuito su tutto l'ambito nessun rumore polmonare aggiunto toni cardiaci validi ritmici tachicardici .
sat 96% in aa, fr 25 FR, 112r FC pa 130/85 apirettico

- EGA pH 7.46 PO2 63 PCO2 33
- Esami ematici Hb 17,6 gr/dl D-Dimero 7000 il resto nella norma
- Ecocardiogramma Cinetica globale e segmentaria nella norma (EF=60%) Non valvulopatia mitro-aortica emodinamicamente significativa Pattern mitralico da anomalo rilasciamento Ventricolo destro dilatato e lievemente ipocinetico
- ECG Ritmo sinusale tachicardico con complessi sopraventricolari prematuri
- Tampone COVID Negativo
- Eseguite TAC con mdc: IMMAGINE

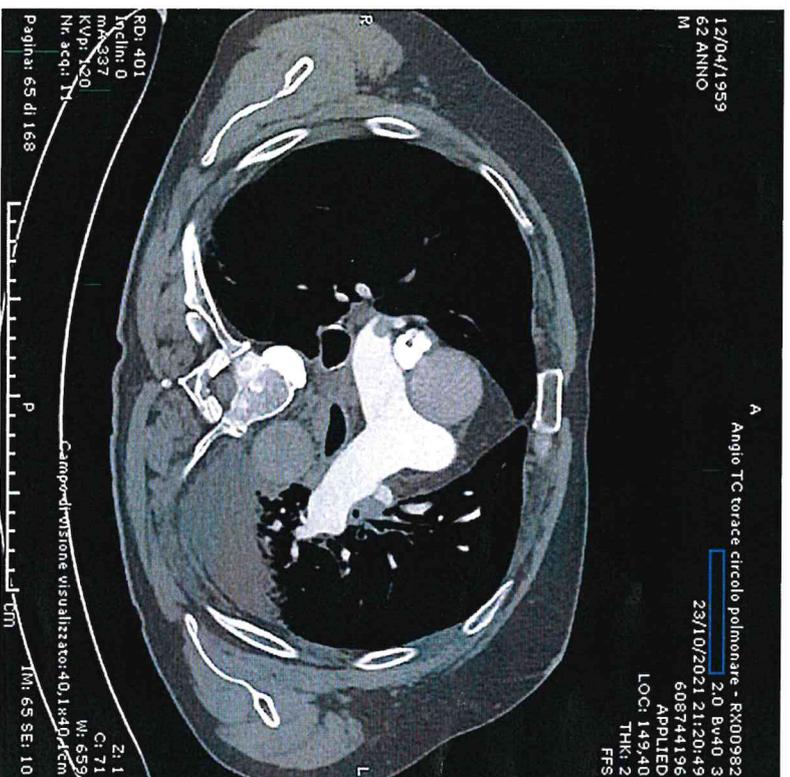
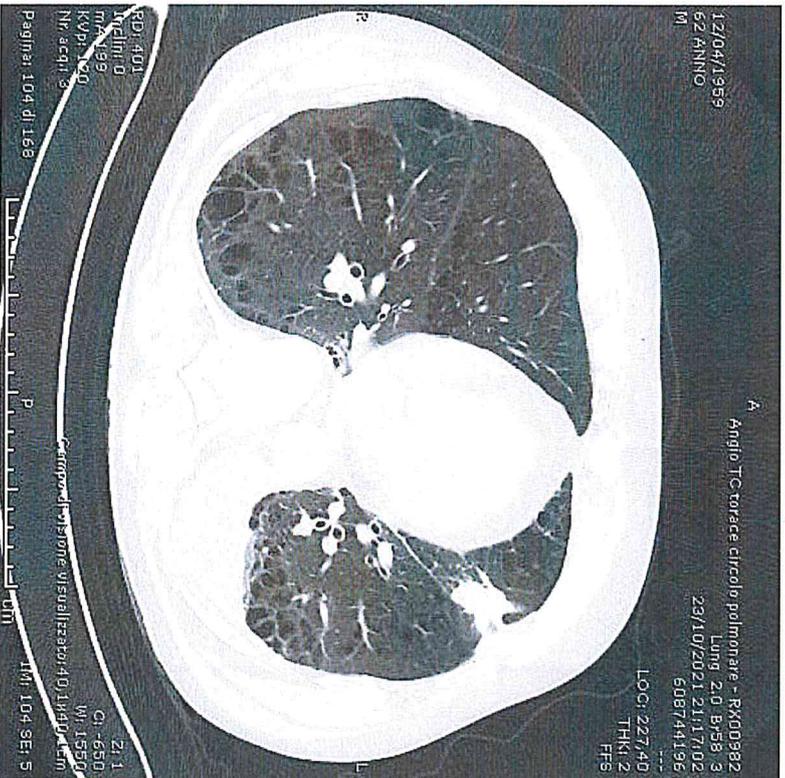


A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'S' followed by a horizontal line and a vertical stroke.

1) Quale ipotesi diagnostica fareste e come procedereste?

Dopo la terapia da voi impostata il paziente sta meglio, si riduce la dispnea, che però torna a ricomparire, ad un Rx torace si evidenzia un netto incremento del versamento pleurico.

2) Come procedereste?



[Handwritten signature]
[Circular stamp: Azienda Unita Sanitaria, Oncologia, Pubblici, San Tomaso]



Broncoscopia-EBUS: EBUS a destra presenza di piccoli linfonodi interlobari superiori (11s, N3) e di linfonodo paratracheale alto in stazione 2 (N3) di circa 1,5 cm, entrambi sottoposti a multiple agoaspirazioni. Linfonodi N2: presenti linfonodi patologici in sede 4L e sottocarenale che vengono agoaspirati, in particolare questi ultimi presentano ecostruttura disomogenea e dimensioni aumentate fino a 2,5 cm. Piccolo linfonodo di 9 mm in sede interlobare sinistra (11L, N1) che viene agoaspirato .

Talcaggio pleurico in toracoscopia per incremento del versamento pleurico con conferma di citologia positiva

Diagnosi: Adenocarcinoma (G3)

3) Quali approfondimenti richiedereste al Patologo?

4) Quale stadio di malattia?

Biologia molecolare: PD-L1 5%, ALK NEG, ROS-1 NEG, PanTRK NEG; NGS: amplificazione EGFR Esone 19.

5) Quale trattamento fareste?

TAC dopo 3 mesi di terapia:

Stabilità di malattia (SD)

6) Come proseguirete?

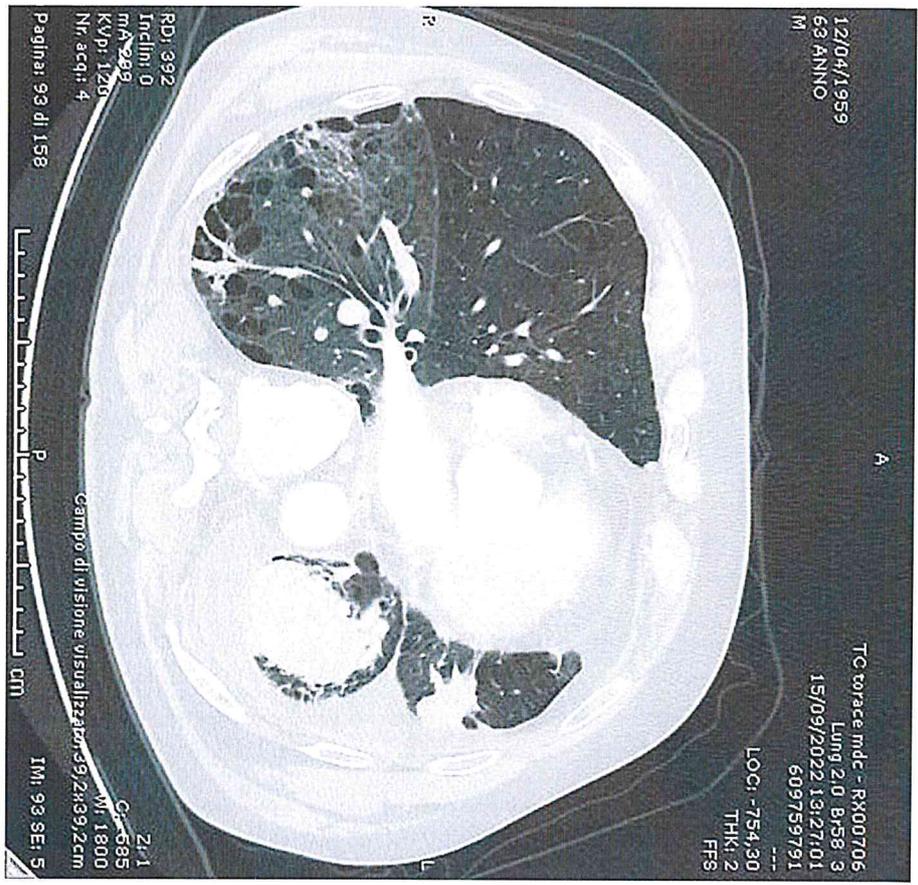
TAC dopo 8 mesi dalla diagnosi: SD

7) Come proseguire?

10 mesi dalla diagnosi: incremento della dispnea per lievi sforzi. Il paziente desatura. Astenia.

Tac di controllo: volume della neoformazione segnalata in corrispondenza del segmento inferiore della lingua con dimensioni attuali di 3,9cm (Prec 3,4 cm) Stabili il versamento pleurico e l'atelettasia dei segmenti basali del lobo inferiore . Incremento di numero e di dimensioni dei centri di addensamento parenchimale localizzati nel lobo medio e nei segmenti dorsali del lobo inferiore di destra, confluenti con aspetto di addensamento periferico subpleurico, così pure il circoscritto ispessimento mantellare al LSS con dimensioni attuali di 2,2 cm .

[Handwritten signature]
UFFICIO SANITARIO LOCALE DI MANDERA
UFFICIO PUBBLICI



Progressione polmonare di malattia: PS 1
8) Quale trattamento/procedure proporreste ?