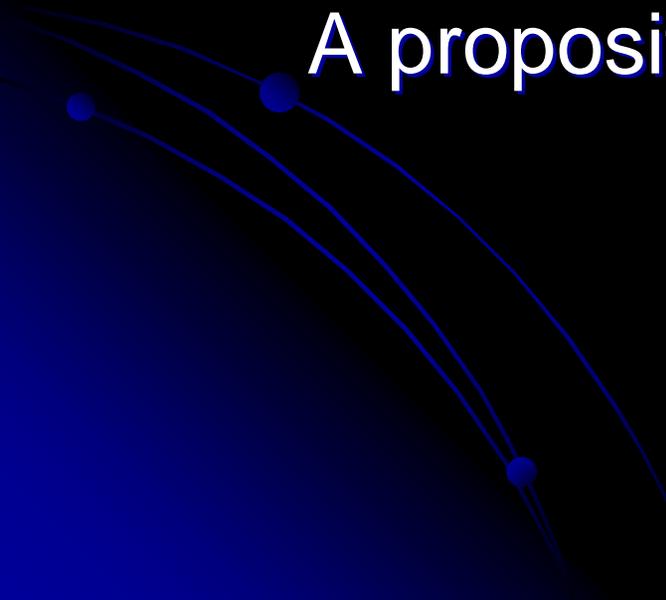


Procalcitonina e SIRS

A proposito di un caso di colangite



Anamnesi

(donna di 83 anni)

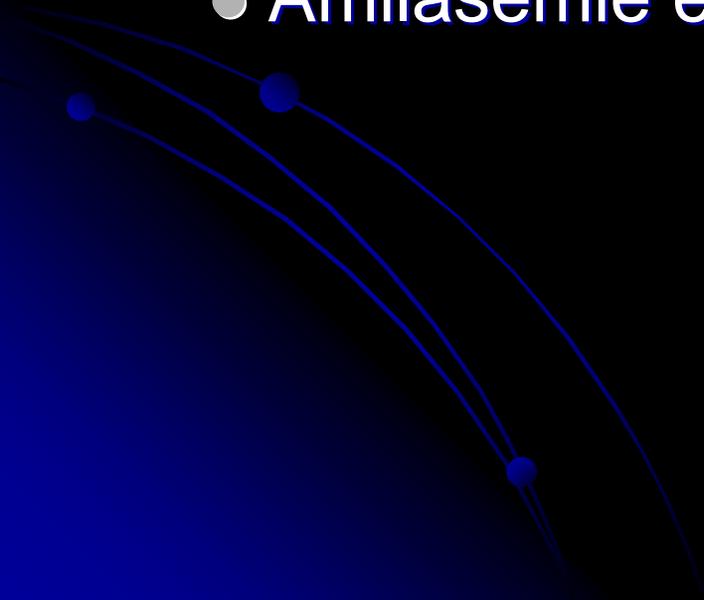
- Oltre un anno fa ricovero in Chirurgia per: “Colecistite acuta microlitiasica”
- In quell’occasione all’ecoendoscopia: “coledoco a pareti lievemente inspessite, di 5-6 mm di diametro, senza chiare formazioni litiasiche”
- Già allora era entrata per dolore addominale a tipo di colica, vomito, febbre e bilirubinemia totale a quota 5 mg/dl.

Esordio clinico in questa più recente occasione

- Giunge al P.S. per dolore epigastrico e ai quadranti addominali di destra
- Principali alterazioni laboratoristiche:
 - bilirubinemia totale 4,81 mg/dl (quota diretta 3,98),
 - AST/ALT 1.211/416 U/l,
 - Amilasemia normale (38 U/l);
 - Non leucocitosi neutrofila (N 5.440)
- Non c'è febbre
- PCR 4.1 mg/dl (v.n.<0.66).

Decorso clinico

- Nei giorni successivi miglioramento con sola idratazione per via endovenosa:
 - Bilirubinemia totale scesa a 3,1;
 - AST/ALT scese a 187/225;
 - Amilasemie e lipasemia sempre normali



Ecografia addominale

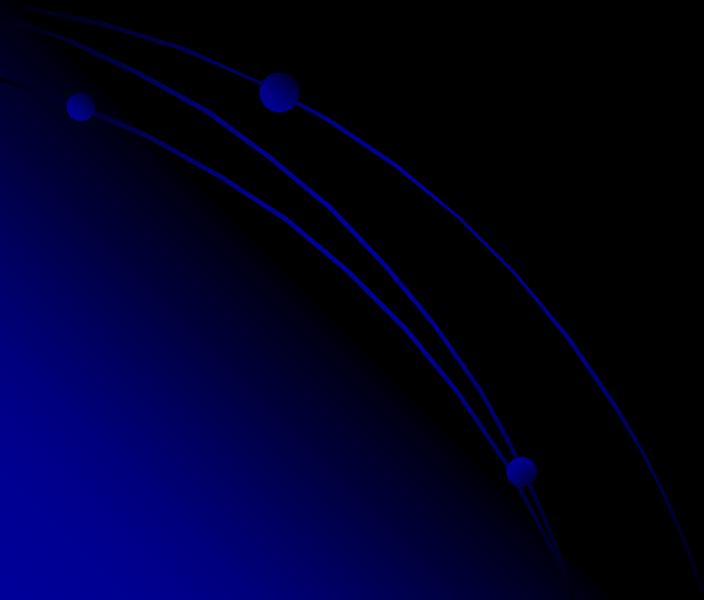
- Fegato di dimensioni normali, con profili regolari ed ecostruttura omogenea, in assenza di lesioni focali;
- Colecisti distesa, a pareti regolari, contenente discreta quantità di fango e microcalcoli;
- Vie biliari di calibro e decorso regolari
- Pancreas che non presenta alterazioni morfostrutturali

Accadimento acuto

- In IX° giornata di degenza dolore acuto in ipocondrio destro
- Episodio di ipotensione arteriosa con pressione sistolica non rilevabile;
 - dopo liquidi endovena in rapida somministrazione e dopo dopamina ripristino stabile dei valori pressori (110/70):
 - dunque non shock settico

Accadimento acuto

- Leucocitosi neutrofila (leucociti totali 18.320 e N 16.870)
- Assenza di tachicardia e/o di tachipnea
- Non febbre, anzi temperatura a 35,7°C



~~AT~~

~~SA~~

□
□
R

□
□
R

meta zel

Ses 38%

GLICEMIE	h 8	h 8
	h 14	h 14

metita verde
compensacion
pro calificacion
TIA
GLICEMIA 135

GLICEMIE	h 8	h 8
	h 14	h 14

GLICEMIE	h 8	h 8
	h 14	h 14

ambos
lipos

~~0358~~

400

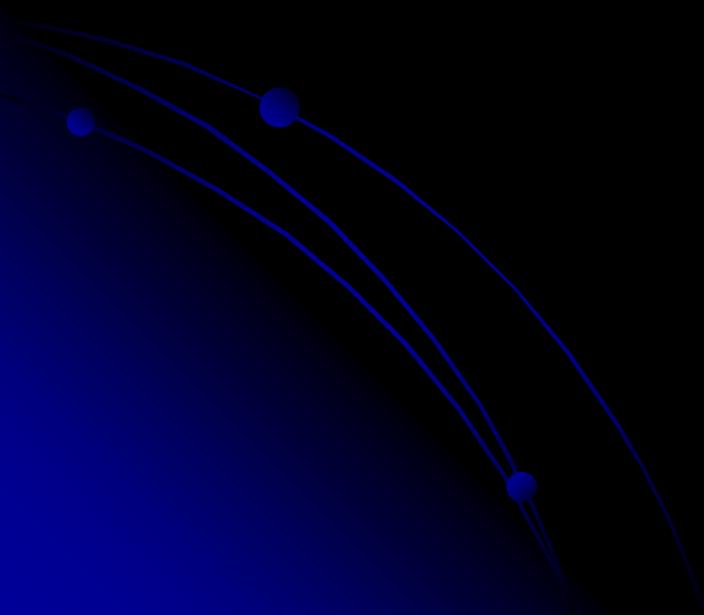
120/70
400

74
94/42

72 R
140/80
600

- 363 soggetti inseriti con diagnosi di sepsi in un database della Society of Critical Care Medicine versus 363 inseriti con diagnosi diversa da quella di sepsi
- Media di tutte le temperature rilevate nel gruppo dei non-settici $36,11^{\circ}\text{C}$, SD 0.88 versus media di tutte le temperature rilevate nei settici $36,31^{\circ}\text{C}$, SD 0.96. Differenza statisticamente significativa al nonparametric Mann-Whitney U test

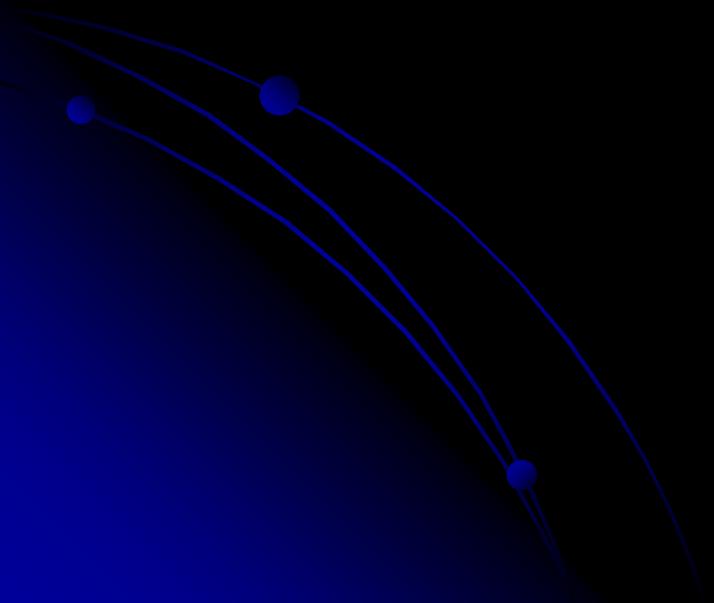
- Nel totale delle rilevazioni di temperatura corporea eseguite sui soggetti non-settici 123 volte risultò $T < 36^{\circ}\text{C}$ versus 95 volte sui soggetti settici



Hypothermia may not be related to sepsis, though current practice protocols often include it.

L'ipotermia può non essere correlata alla sepsi, anche se i protocolli pratici correnti spesso la includono

Procalcitonina 22,21 ng/ml



Metodo

REFERTO PROVVISORIO

CHIMICA CLINICA

PROCALCITONINA(Dos. Immunologico)

22,21

ng/mL

*

Dosaggio quantitativo

Interpretazione:

Basso rischio di infezione sistemica : $< 0,5$ ng/mL

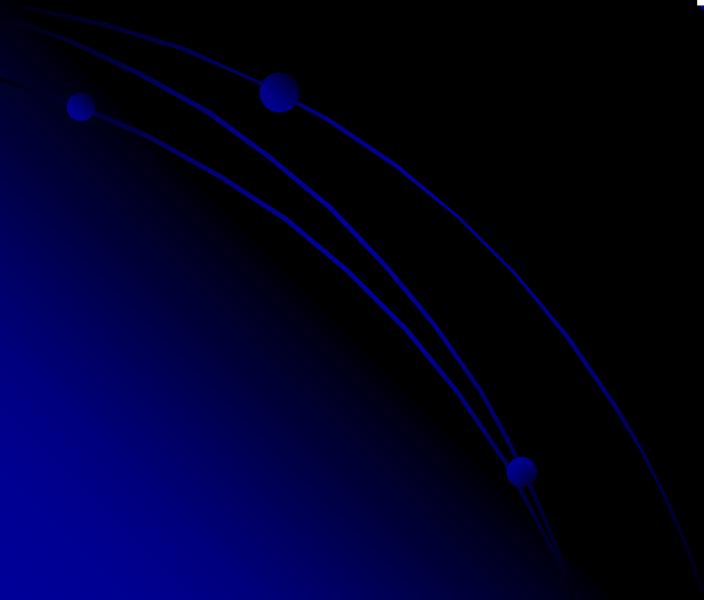
Moderato rischio di infezione sistemica: $\geq 0,5 - < 2,0$ ng/mL

Elevato rischio di infezione sistemica : $\geq 2,0 - < 10,0$ ng/mL

Elevata probabilita' di sepsi grave o di shock settico: $\geq 10,0$ ng/mL

Elementi di “cautela”

1

- La diagnosi di SIRS non si fa con la (sola) proCT elevata
 - Occorre infatti almeno un altro criterio compresente
- 

2

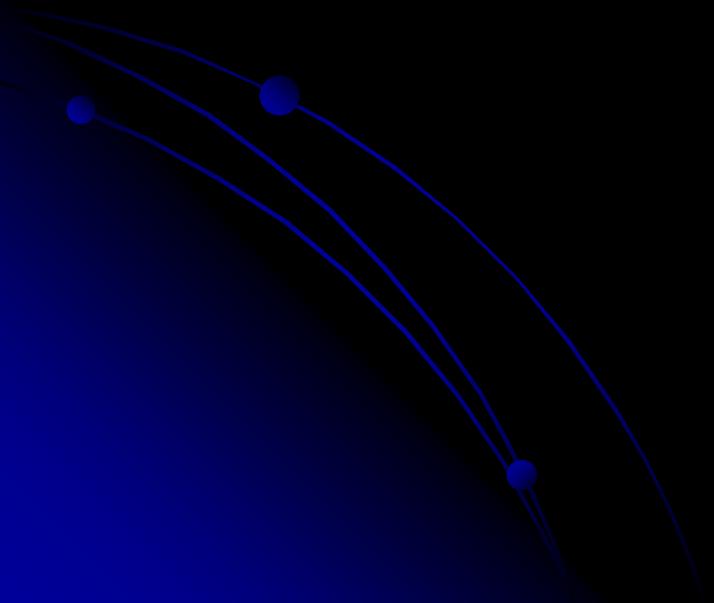
- Fatta diagnosi di SIRS la diagnosi di d'infezione non si fa con la proCT elevata (dunque il gradino da SIRS a SEPSI non si scala cercando un'elevazione della proCT). Bisogna invece dimostrare la presenza specifica di un'infezione, identificando la sede (ossia l'organo infetto) e l'agente batterico in causa.

- una volta posta diagnosi di sepsi, può essere tuttavia utile il livello della pro-CT che correla con:
 - 1 – la severità della condizione clinica
 - 2 – la mortalità;
- 

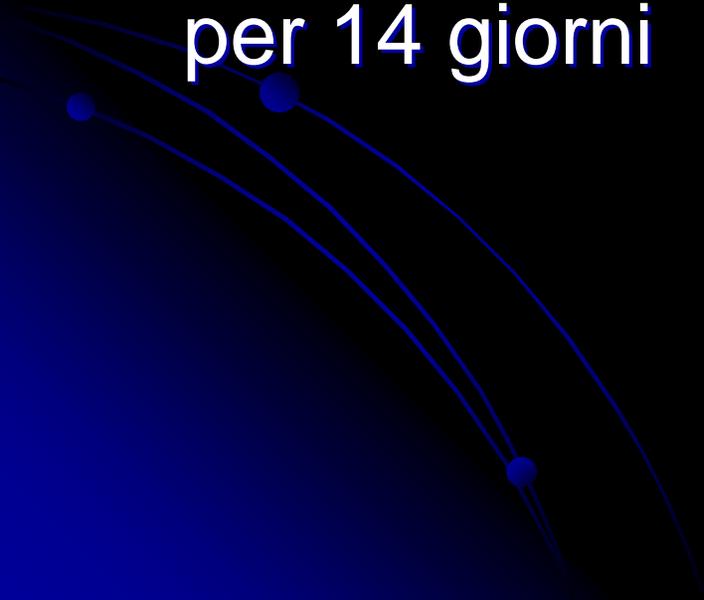
Endoscopia operativa bilio-pancreatica

- Si osserva la papilla di Vater regolare, posizionata tra due diverticoli: si esegue ERCP: coledoco dilatato con presenza di sludge biliare. Si esegue sfinterotomia, estrazione di calcoli e pus con palloncino di Fogarty. Posizionamento di drenaggio naso-biliare e lavaggio con Gentalyn.
- Utili frequenti lavaggi con fisiologica e due volte / die con Gentalyn attraverso il SNB

E' ora accertata la diagnosi di sepsi



Antibioticoterapia sistemica effettuata

- Tazobactam-piperacillina 4.0 + 0.5 IV x 3 /
die
più
 - Vancomicina 1 grammo IV x 2 / die
per 14 giorni
- 

Ulteriore decorso clinico

- E' stato tolto il sondino nasobiliare
- Non ha più dolori addominali
- Bilirubinemia totale scesa a 1,59;
- Transaminasi normalizzate: AST/ALT
17/23
- Non c'è più leucocitosi: leucociti totali
7.730, anche se permane una neutrofilia
relativa con N all'82,3%