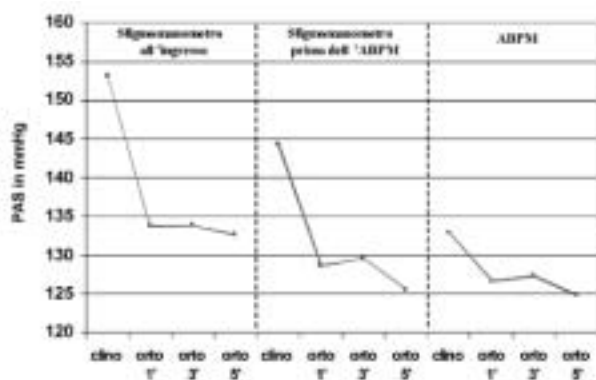


**Conclusioni.** 1) La % di pz. allettati in reparto di geriatria acuti è elevata: 70%. 2) Nel 30% dei nostri pz. ricoverati mobilizzabili vi è una prevalenza di OH dal 45% al 67%, che sale a seconda del cut-off usato. Entrambi i dati sono risultati in accordo con gli studi epidemiologici internazionali. 3) Nessun fattore anamnestico o clinico o di rischio CV che abbiamo esaminato è in grado di predire la presenza di OH. 4) Di conseguenza, mancando indicatori di screening, l'OH può essere diagnosticata solo con l'esecuzione delle prove clinico-ortostatiche con SF, che sarebbero da protrarre fino al 5°-15° minuto, per la diagnosi dell'OH tardiva. 5) L'ABPM può essere considerato un esame che completa lo studio dell'OH, utile per le scelte terapeutiche e l'identificazione del profilo individuale pressorio e di rischio CV, ma che non può essere usato per la diagnosi perché meno sensibile ai rapidi cali pressori posturali rispetto alla tecnica SF, che rimane il gold standard (vedi Grafico). 6) Nei pz. OH, grazie all'uso dell'ABPM, è risultato che la variabilità pressoria in tutto l'arco delle 24 ore è caratteristicamente elevata in modo statisticamente significativo, mentre il calo post-prandiale non è diverso da quello degli altri pz. ricoverati senza OH.



## Casi implantoprotesici in pazienti anziani degenti presso i reparti dell'istituto "Piero Redaelli" di Milano

U. Giarante, R. D'Angelo

Istituto "Piero Redaelli" di Milano, ASP "Golgi-Redaelli"

La riabilitazione odontoprotesica mediante impianti osteointegrati è una metodica largamente diffusa fra individui di età adulta. Negli ultimi anni l'inserimento di fixure si sta diffondendo anche nell'età geriatrica. La semplificazione e la standardizzazione delle tecniche chirurgiche implantologiche, l'abbondanza di tipologie di impianti e dei loro componenti offerti dal mercato, permettono di offrire un prodotto versatile ed adattabile alle esigenze funzionali, estetiche ed economiche del paziente tenendo conto dei costi dei materiali e del prezzo pagato dall'utente.

Una metodica poco invasiva, relativamente economica, usufruibile soprattutto da una popolazione anziana con basso potere d'acquisto, è la protesi totale in metacrilato con denti in resina su impianti osteointegrati che si utilizza soprattutto per l'arcata inferiore edentula. Tale metodica viene effettuata su pazienti di età compresa fra 60 e 80 anni con patologie sistemiche che non compromettono lo stile di vita e l'autonomia. In questa fascia di età si rileva frequentemente l'insorgenza di patologie che compromettono l'autosufficienza del paziente e talora determinano il ricovero ospedaliero con successivo trasferimento in strutture riabilitative, altre volte il definitivo inserimento in Residenze Sanitarie Protette. Presso l'Istituto P. Redaelli è storicamente presente un Ambulatorio Odontostomatologico a disposizione degli ospiti. L'affluenza a tale servizio è rappresentata da circa 200 prestazioni l'anno. I pazienti possono pervenire in ambulatorio su richiesta dei loro medici di reparto (RSA, IDR, DH, CDI, nn. Alzheimer, n. Stati vegetativi, Hospice) per un totale di circa 608 possibili utenti. In un periodo di circa dodici mesi, dal giugno 2007 al giugno 2008, sono pervenuti dieci pazienti anziani con protesi totali inferiori in metacrilato e denti in resina predisposte con cilindri di ritenzione immersi nella resina protesica specifici per pilastri

Oring avvitati agli impianti osteointegrati. Un solo paziente aveva presentato problemi relativi ad un impianto il quale, perdendo l'integrazione con l'osso, è risultato mobile ed ha richiesto la rimozione chirurgica. Tutti gli altri nove ospiti presentavano impianti ben inseriti e ben tollerati. Alcuni impianti presentavano evidenti segni di circostante retrazione ossea e gengivale. Quattro pazienti presentavano difficoltà all'inserimento delle protesi per distacco di alcuni componenti quali perdita di dei pilastri Oring, perdita degli attacchi, fratture, difetti di riempimento. Alcuni pazienti avevano perso i contatti con lo studio del quale erano stati clienti e tutti erano sprovvisti della documentazione necessaria per l'individuazione del tipo di impianto ovvero della Ditta produttrice. Un paziente della RSA, in condizioni cliniche estremamente critiche, non autosufficiente e non collaborante per gravi esiti post-ictali, presentava profondi decubiti alle labbra che impedivano l'imboccamento e provocavano dolore. Queste lesioni erano causate da pilastri Oring che offendevano ad ogni movimento le labbra provocando l'angoscia dei familiari e la loro richiesta di intervento a breve termine. Su precisa richiesta, lo studio di provenienza ha velocemente provveduto a reperire i componenti degli impianti che sono stati portati in Istituto dai parenti stessi. Dopo alcuni giorni dalla rimozione dei pilastri Oring, con avvitamento dei tappi di guarigione, i decubiti si sono risolti ed il paziente ha terminato il suo ciclo esistenziale in modo più dignitoso. In questo ultimo caso è stato possibile risolvere il problema grazie alla collaborazione tra odontostomatologo di Istituto, parenti e studio dentistico di provenienza che ha fornito i materiali necessari alla risoluzione di quel particolare problema. Tuttavia emerge la necessità di prestare attenzioni di tipo preventivo alle problematiche esistenti tra implantologia e insorgenza di malattie invalidanti tipiche del paziente anziano. Gli studi dentistici devono sensibilizzare gli utenti alla conservazione dei dati relativi al tipo di impianto inserito per individuare anche a distanza di tempo i componenti usati nella protesizzazione. A questo scopo sarebbe interessante istituire una banca che possa fornire dati e materiali anche a distanza di molti anni dopo l'inserimento delle fixure. La popolazione anziana che ha accettato costosi interventi invasivi e protesi complesse quando era autosufficiente e libera da patologie invalidanti, deve aver garantita la possibilità di poter rimediare ad ogni problema odontoiatrico qualora l'insorgenza di polipatie o il trasferimento in altri luoghi di cura rendano necessario intervenire per ristabilire l'integrità funzionale, estetica ed igienica dell'apparato stomatognatico.

## Valutazione dell'efficacia di un programma di attività fisica adattata (APA) in una popolazione di anziani istituzionalizzati affetti da ritardo mentale

G. Giardini<sup>1</sup>, I. Ghezzi<sup>1</sup>, M.D. Nuzzo<sup>1</sup>, A. Ponti<sup>1</sup>, L. Cimarelli<sup>1</sup>, F. Pregliasco<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Fondazione Istituto "Sacra Famiglia", Cesano Boscone (MI); <sup>2</sup> Dipartimento Sanità Pubblica, Università di Milano

**Scopo.** I livelli di attività fisica si riducono con l'avanzare dell'età e questo è ancor più vero per gli anziani affetti da ritardo mentale istituzionalizzati. Scopo di questo studio è valutare l'efficacia di un programma di APA in gruppo di anziani disabili istituzionalizzati dell'hinterland milanese nel migliorare la performance fisica, la massa muscolare e la mobilità.

**Materiali e metodi.** Nel gennaio 2008 sono stati reclutati 23 anziani (M 6, F 17; età media 68,73 ± 8,75 aa, range 60-84 aa) residenti presso la RSA "San Vincenzo" della Fondazione "Istituto Sacra Famiglia" omogenei per abitudini di vita. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale costituita da anamnesi, esame obiettivo, valutazione dello stato nutrizionale, dell'autonomia funzionale, del rischio di caduta e dello stato cognitivo.

Per tutti gli anziani arruolati l'autonomia funzionale è stata valutata mediante l'Indice di Barthel modificato. Al fine di identificare i soggetti a rischio di caduta è stata somministrata la Scala di Tinetti. Lo stato cognitivo è stato valutato attraverso la somministrazione del Severe *Mini Mental State Examination* (SMMSE), mentre lo stato nutrizionale è stato valutato mediante il *Mini Nutritional Assessment* (MNA), il dosaggio dell'albumina, la misura di peso/altezza e il calcolo del Body Mass Index (BMI). Per ciascun soggetto sono stati calcolati inoltre l'Indice di Severità e l'Indice di Comorbilità della *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS).

Nel gennaio e nel maggio 2008 a ogni soggetto sono state misurate la circonferenza brachiale, addominale, del polpaccio e del quadricipite; inoltre tutti gli anziani sono stati sottoposti al Walking Test (WT6') e al *Timed Up and Go* (TUG).

Prima di ogni WT6' è stata misurata la pressione arteriosa (PA), la frequenza cardiaca (FC) e la saturazione di O<sub>2</sub> (SaO<sub>2</sub>). Il WT6' è stato effettuato monitorando costantemente FC e SaO<sub>2</sub>. Dopo un minuto dalla fine del WT6' sono state misurate nuovamente PA, FC e SaO<sub>2</sub>.

Negli stessi mesi la mobilità del cingolo scapolo-omerale è stata misurata con il goniometro, portando l'omero fino al limite del movimento di flessione e con il bastone graduato misurando l'impugnatura tra gli arti nel movimento di flessione.

Da febbraio ad aprile 2008 i 23 soggetti arruolati, tre volte alla settimana (lunedì, martedì e giovedì), hanno svolto APA per novanta minuti in una palestra attrezzata sotto la supervisione di una specialista in scienze motorie. All'inizio di ogni seduta di APA veniva effettuato un appello al fine di verificare la reale presenza degli ospiti in palestra.

Il geriatra della RSA e la dottoressa in scienze motorie hanno concordato per ciascun anziano un programma individualizzato di lavoro in palestra. Per ciascun soggetto è stata, pertanto, realizzata una scheda di lavoro personalizzata in cui sono descritti gli obiettivi da raggiungere, gli strumenti da usare, gli esercizi, il numero di serie, di ripetizioni e il carico di lavoro e, quando necessario, le indicazioni per l'operatore. Mensilmente il geriatra e la specialista in scienze motorie hanno verificato lo svolgimento del lavoro e apportato le eventuali modifiche.

Per l'analisi statistica è stato utilizzato il Test-T per dati appaiati.

**Risultati.** Non c'è stato alcun drop-out. La compliance all'APA è stata elevata e mai nessun soggetto è stato assente per 3 volte consecutive. Tra i soggetti reclutati non si sono verificati decessi, eventi cardio-cerebrovascolari, fratture ossee traumatiche o patologiche, danni muscolo-scheletrici e cadute condizionanti giorni di immobilizzazione. Nessun soggetto è stato ricoverato in ospedale per alcuna causa.

Dopo tre mesi non sono state misurate differenze significative della circonferenza del polpaccio e del quadricipite.

Si è invece osservato un incremento statisticamente significativo della circonferenza brachiale ( $p = 0,002$ ) e una riduzione anch'essa significativa della circonferenza addominale ( $p = 0,001$ ).

La mobilità del cingolo scapolo-omerale è migliorata significativamente ( $p = 0,01$ ). La performance fisica misurata mediante il WT6' è migliorata in modo significativo ( $p < 0,05$ ). È stato inoltre osservato al TUG un miglioramento statisticamente significativo sia del tempo di alzata dalla sedia ( $p < 0,05$ ) che del numero di alzate in un minuto ( $p < 0,05$ ).

**Conclusioni.** Questo studio evidenzia che, in questo gruppo di soggetti, l'esercizio fisico continuativo è risultato essere un elemento fondamentale per garantire benessere psico-fisico all'anziano istituzionalizzato.

La performance fisica (WT6' e TUG), e la mobilità del cingolo scapolo-omerale sono migliorate in modo significativo.

### Rara forma di linfoma intravascolare causa di febbre di origine imprecisata

F. Gioia, A. Matteazzi, E. Bonoldi<sup>1</sup>, F. Matteazzi, E. Valerio, B. Famengo<sup>1</sup>, G. Valerio

U.O. Geriatria ULSS 6, Vicenza; <sup>1</sup> U.O. Anatomia Patologica e Cito-istopatologia ULSS 6, Vicenza

**Introduzione.** Il linfoma intravascolare (IVL) è una rara forma di linfoma a grandi cellule B a localizzazione extranodale nel quale la proliferazione delle cellule linfomatose avviene esclusivamente nei piccoli vasi, in particolare nei capillari I. Le conoscenze riguardanti IVL sono limitate a case-report o piccole casistiche. È una patologia aggressiva con tendenza alla disseminazione; generalmente fatale colpisce prevalentemente soggetti anziani con modalità di esordio e andamento clinico estremamente variabili. La sintomatologia è legata al coinvolgimento di organi specifici, ma spesso, per la mancanza di sintomi patognomici, la diagnosi è tardiva o

post-mortem. L'International Extranodal Lymphoma Study Group in una recente revisione su 50 casi di IVL descritti nei paesi occidentali e 123 in quelli orientali ipotizza la presenza di due forme distinte con prevalenza diversa in relazione all'area geografica: la variante descritta nei paesi occidentali è caratterizzata da interessamento cutaneo e del SNC; la variante asiatica, raramente descritta nei paesi occidentali, si associa a sintomi sistemici, quali febbre, epatosplenomegalia e piastrinopenia. Morfologicamente IVL è caratterizzato dall'embolizzazione multiorgano da parte di cellule linfoidi B ad abito blastico, di ampia taglia con nucleo vescicoso e nucleoli prominenti. Occasionalmente si possono osservare elementi anaplastici e microtrombi di fibrina. Caratteristica peculiare della forma asiatica è la presenza di emofagocitosi midollare.

**Caso clinico.** Presentiamo il caso di un uomo di 81 anni ricoverato nel nostro reparto per febbre. Veterinario in pensione, conduceva una vita attiva; riferiva pregressa tubercolosi polmonare, modesta ipertensione arteriosa e un recente viaggio in Medio Oriente. L'obiettività clinica all'ingresso dimostrava condizioni generali conservate e lieve epatosplenomegalia non dolente. Gli esami ematochimici evidenziavano modesta anemia (Hb 9,8 g/dL), piastrinopenia ( $90 \times 10^9/L$ ) e aumento della LDH (680 U/L). Venivano eseguite emocolture seriate, urocolture e sierologie per tifo, paratifo, brucella, bartonella, HBV, HCV, HAV, HIV1, HIV2, agenti Pneumotropi, EBV, CMV e Leishmania: risultavano tutte negative. Risultava negativo pure lo striscio di sangue periferico per malaria e la ricerca di micobatteri. La diagnostica immunologia d'infezione tubercolare (Quantiferon-TB) risultava invece positiva. La radiografia del torace, la TAC toraco-addominale, l'Ecocardiogramma, l'Ecografia trans-rettale, l'EGDS e la Colonscopia escludevano lesioni infiammatorie e neoplasie occulte. Risultavano normali i marcatori neoplastici mucinici. L'ago aspirato midollare eseguito già all'ingresso del paziente, nel sospetto clinico di una patologia ematologica, aveva dimostrato un quadro midollare reattivo; veniva successivamente eseguita biopsia osteomidollare che dimostrava lieve displasia emopoietica con occasionale emofagocitosi e minimo infiltrato linfocitario polifenotipico maturo. Gli esami sierologici e la biopsia dell'arteria temporale escludevano infine la presenza di patologie autoimmuni. Veniva eseguita FDG-PET che dimostrava molteplici sedi d'iper-concentrazione dell'indicatore metabolico in ambito addomino-pelvico, la maggiore delle quali in sede di emicollone destro; ciò giustificava la ripetizione della colonscopia estesa all'ileo terminale, che comunque non risultava diagnostica. S'iniziava terapia antitubercolare che risultava inefficace sul quadro febbrile e causava epatite acuta. Le condizioni cliniche del paziente peggioravano rapidamente per comparsa di CID e insufficienza multi-organo che portavano al decesso. Il riscontro diagnostico autopsico dimostrava linfoma intravascolare a cellule B con immunofenotipo CD45+ e CD20+ con coinvolgimento multi-organo, CID e edema polmonare terminale.

**Conclusioni.** Il caso descritto presenta caratteristiche istologiche, morfologiche e immuno-fenotipiche coerenti con il linfoma intravascolare a cellule B secondo la classificazione WHO 2001. La presentazione clinica e i riscontri anatomopatologici rendono questo caso assimilabile alla variante asiatica della malattia, soprattutto in considerazione dell'emofagocitosi midollare, dell'assenza di coinvolgimento cutaneo e di sintomatologia neurologica. Nonostante lo sforzo diagnostico fatto e la clinica suggestiva per neoplasia ematologica, non è stato possibile fare diagnosi di certezza prima della morte del paziente. Anche la FDG-PET, a cui viene attribuita generalmente alta sensibilità e specificità nell'inquadramento eziologico di pazienti con febbre di origine imprecisata, non ha fornito in questo caso informazioni diagnostiche utili. In conclusione nell'iter diagnostico della febbre di origine imprecisata devono essere considerate anche patologie rare e di difficile diagnosi come il linfoma intravascolare.

### BIBLIOGRAFIA

- 1 Ponzoni M, Ferreri J, Campo E, Facchetti F, Mazzucchelli L, Yoshino T. J Clin Oncol 2007;25:3168-73.
- 2 Ferreri A, Dognini G, Campo E, Willemze R, Seymour J, Bairey O, et al. Hematologica 2007;92:486-92.