

# DIABETE: ci vuole Fegato



sabato, 29 novembre 2025

Cagliari Caesar's Hotel

## QUANDO UN ADDOME GLOBOSO NON È SOLO TESSUTO ADIPOSO

Barbara Mameli

*Medico in formazione specialistica*

AOU Cagliari, Policlinico Duilio Casula

---

# DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTI DI INTERESSE

L'autore dichiara di non avere alcun conflitto di interesse o disclosure rilevante ai fini di questa presentazione

---

## CASO CLINICO



Donna, 77 anni

Peso 72 Kg, Altezza 151 cm, BMI **31.6 kg/m<sup>2</sup>**

APR -> ipertensione arteriosa in terapia farmacologica, dislipidemia, fumatrice di 3 sigarette/die, assunzione di circa 2-3 UA/die (24-36 gr/die)

APP -> per la presenza di poliuria e polidipsia esegue esami ematochimici con il riscontro di HGT a digiuno **287 mg/dL** e HbA1c **6,3%**

Giunge presso i nostri ambulatori circa 1 mese dopo l'esecuzione degli esami, riferendo di aver seguito scrupolosamente una dieta povera di carboidrati e, al controllo glicemico capillare, eseguito 2 ore dopo colazione, si riscontra una glicemia di **176 mg/dL**.

Esame obiettivo: obiettività toracica nella norma, PA, addome globoso per adipe, trattabile, non dolente né dolorabile alla palpazione superficiale e profonda, TEC fisiologico, peristalsi presente, lievi edemi declivi improntabili, screening piede diabetico negativo.

---

---

# DIAGNOSI E TRATTAMENTO

## Ulteriori esami visionati

- Colesterolo totale 211 mg/dL, HDL 32 mg/dL, Trigliceridi 120 mg/dL, LDLc **155** mg/dL
- Creatinina 0,69 mg/dL, eGFR 84,24 ml/min
- ALT **70** U/l, AST **165** U/l, Gamma-GT **319** U/l, Bilirubina totale **1,26** mg/dL Bilirubina diretta **0,38** mg/dL
- Elettroforesi: albumina **3** gr/dL, proteine totali 6,6 gr/dL
- HB 12,7 gr/dL, PLT **130.000**, GR 3.850.000, GB 8320
- Non in visione PT-INR ed ecografia addome recente

Diagnosi di diabete mellito, fenotipicamente di tipo 2, scompensato, in contesto di obesità di I grado.

In considerazione dell'apparente buona risposta alla sola terapia nutrizionale si imposta, in aggiunta, terapia con Metformina 750 mg 2 cp/die e si consegna alla paziente uno schema dietetico personalizzato.

Per la dislipidemia si imposta terapia con Atorvastatina 20 mg 1 cp/die.

---

---

# CHE FARE?

La paziente presenza delle alterazioni dei test di funzionalità epatica i quali, specialmente nel contesto di diabete di tipo 2 e/o obesità addominale, dovrebbero incrementare il sospetto diagnostico di MASLD o MetALD (considerato il consumo moderato di bevande alcoliche).

Il diabetologo risulta una figura cardine nella diagnosi e nella gestione del paziente con epatopatia di probabile natura metabolica.

Esistono una serie di metodi di screening non invasivi della fibrosi correlata all'epatopatia metabolica, che possono essere facilmente utilizzati tra cui il **FIB-4 index**, che consente appunto una previsione della presenza di fibrosi più accurata rispetto ai singoli valori degli enzimi epatici (ALT e/o AST)

FIB-4 <1.3

- rivalutazione ogni 1-3 anni

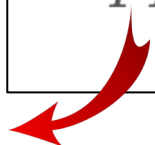
FIB-4 tra 1.3 e 2.67

- valutazione caso per caso

FIB-4 > 2.67

- valutazione specialistica

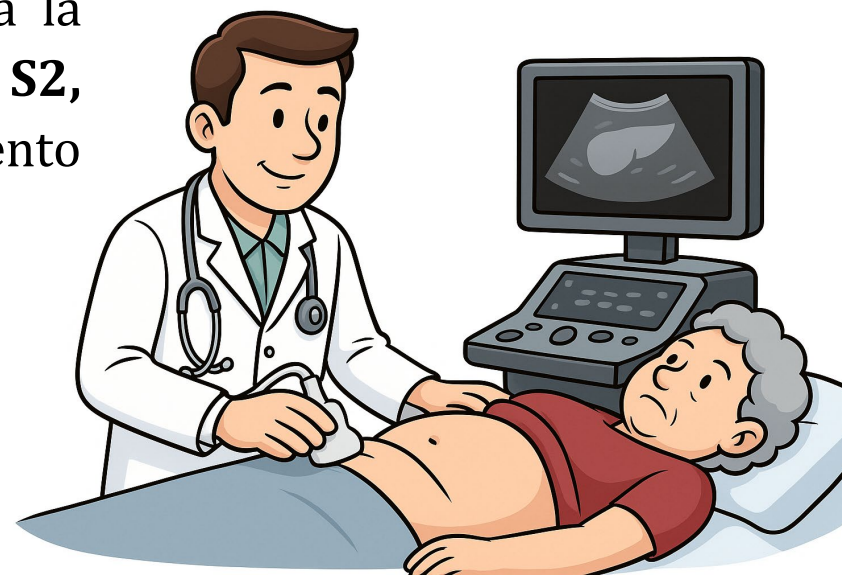
11,68

$$FIB - 4 = \frac{età * AST}{piastrine * \sqrt{ALT}}$$


## SI PRESCRIVONO ESAMI DI SCREENING, CON PRIORITÀ PER L'ECOGRAFIA DELL'ADDOME

Fegato di dimensioni ai limiti superiori della norma (156 mm nel diametro longitudinale maggiore), a margini bozzuti ed ecostruttura diffusamente disomogenea come si osserva nelle condizioni di cirrosi epatica, nel cui contesto si segnala la presenza di una **formazione isoecogena, localizzata in S2, di 7 mm di diametro massimo**. Minima falda di versamento periepatico e nei quadranti declivi addominali.

Si consiglia approfondimento diagnostico con Tc addome con m.d.c



## SI INVIA LA PAZIENTE PER PRESA IN CARICO DALL'EPATOLOGO

### VISITA EPATOLOGICA

Esame obiettivo: addome globoso per adipe e versamento ascitico lieve. Lievi edemi declivi improntabili. All'ecografia bedside si conferma la presenza di versamento ascitico non necessitante di evacuazione. Assenza di versamento pleurico.

È stato quindi eseguito il dosaggio di:

- Markers virali HBV, HCV: negativi
- Screening per autoimmunità: ANA, AMA, ASMA, ANCA e LKM negativi
- Ceruloplasmina e cupremia nella norma
- Assetto marziale: sideremia e transferrina nella norma, ferritina elevata
- Alfa1-antitripsina non ridotta
- Alfafetoproteina **23** UI/ml



Si imposta terapia  
con furosemide 25  
mg 1 cp die e  
potassio canrenoato  
100 mg 1 cp/die

Si richiede TC  
addome per lo  
studio della lesione  
epatica

CHILD  
PUGH A  
(6)

- Assenza di controindicazioni alla terapia con Metformina

---

## TC ADDOME CON M.D.C

In quadro di cirrosi epatica e epatomegalia si segnala **trombosi completa della vena porta e delle sue ramificazioni intraepatiche** (calibro della vena porta all'ilo 22 mm), estensione della trombosi al tratto più prossimale della vena splenica e della vena mesenterica superiore. Numerosi circoli collaterali su tutti i quadranti addominali. Non sicure lesioni epatiche di sospetto ad eccezione di una lesione cistica.



## BIOPSIA EPATICA

Sebbene rappresenti l'esame GOLD STANDARD per la diagnosi di MASLD e delle complicanze MASLD-relate, essendo una metodica invasiva è indicata solo nei seguenti casi:

- **Eziologia dubbia:** MASLD + altra causa?
- **Metodi di screening non invasivi per fibrosi avanzata con risultati indeterminati**

Nel caso della paziente, in considerazione della ecografia epatica indicativa della presenza di cirrosi e della TC che ha escluso la presenza di HCC, si è deciso per intraprendere un percorso di **sorveglianza attiva**, basato sull'esecuzione periodica di esami di imaging (ecografia dell'addome) e dosaggio sierico dell'alfafetoproteina.

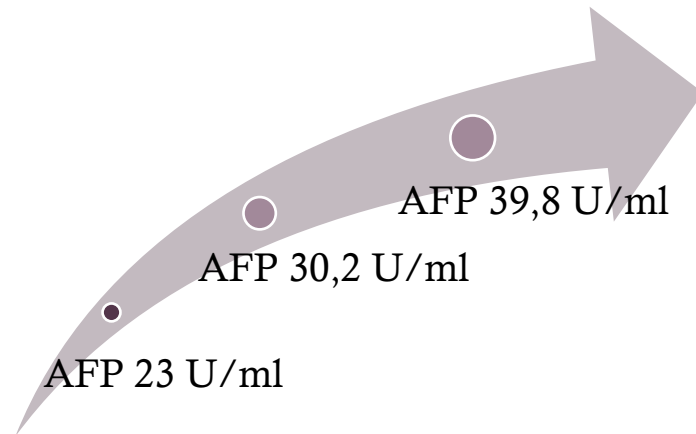
---

---

Viene avviata una **sorveglianza ravvicinata ogni 6 mesi** tramite:

**Ecografia Addome e dosaggio alfa-fetoproteina (AFP)**

I pazienti con cirrosi epatica devono essere sottoposti a sorveglianza a meno che non presentino un rischio relativamente elevato di morte per cause non correlate all'HCC.<sup>2</sup>



**Fattori associati a rischio elevato di HCC nella MASLD: <sup>1</sup>**

- FIB-4 index > 3,25
- VCTE > 10 kPa (soprattutto se aumento progressivo rispetto ai controlli precedenti)
- Fumatore e/o bevitore attivo
- Età > 65 anni
- Presenza di DM tipo 2
- Presenza di Obesità

---

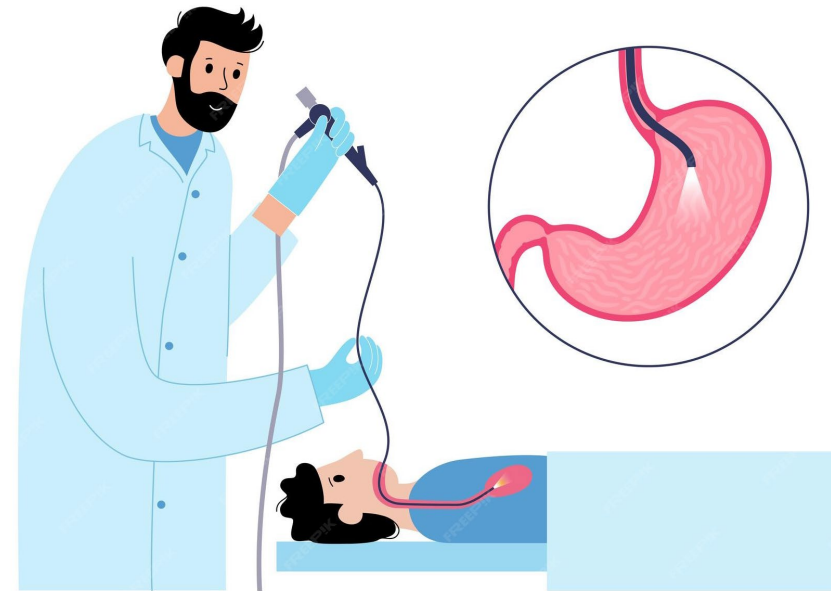
1. EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD)

2. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatocellular carcinoma

---

In considerazione della presenza di trombosi della vena porta e dell'eventuale introduzione di terapia anticoagulante, si richiede **EGDS**: varici esofagee **F1** (piccole e lineari) blu. Gastropatia portale. Esiti di ulcera peptica del bulbo duodenale.

Si imposta terapia  
anticoagulante con  
fondaparinux 5 mg 1 fl  
sottocute/die



Marzo 2025

Dopo circa 20 giorni dalla diagnosi di varici esofagee, comparsa di malessere generale associato a nausea e a tremori.

All'EO: condizioni cliniche lievemente scadute, vigile, discretamente orientata

La paziente ha sospeso autonomamente terapia diuretica con furosemide e potassio canrenoato.

Esami ematochimici di controllo eseguiti il 13/03/2025:

ALT e AST nella norma, Gamma-GT **196** U/L, Fosfatasi alcalina **157** U/L, Bilirubina totale **1,95** mg/dL, Bilirubina diretta **1,01** mg/dL, PLT 144.000, albumina 3,22 gr/dL, PT 1,27, AFP **30,2** U/ml, creatinina **1,8** mg/dL

CHILD  
PUGH B (8)

- Si sospende la terapia con metformina anche in considerazione del buon compenso glicemico.

| Child Pugh Score  |      |            |                     |
|-------------------|------|------------|---------------------|
|                   | 1    | 2          | 3                   |
| Bilirubina totale | <2   | 2-3        | <3                  |
| Albumina          | >3,5 | 2,8-3,5    | <2,8                |
| PT-INR            | <1,7 | 1,7-2,3    | <2,3                |
| Ascite            | No   | Lieve      | Moderata/<br>Severa |
| Encefalopatia     | No   | Grado I-II | Grado III-IV        |

| Classe A  | Classe B  | Classe C    |
|-----------|-----------|-------------|
| 5-6 punti | 7-9 punti | 10-15 punti |



Episodi di vomito caffeeano e melena.

Accesso in PS: HB 7,1 gr/dL

Trasfusioni di emazie concentrate

Ricovero per anemia, esecuzione di EGDS: sanguinamento da lesione di Mallory-Weiss trattato con clip metalliche, presenza di varici esofagee F1, blu e gastropatia antrale

All'ecografia addominale si segnala la presenza di versamento ascitico moderato/severo, trattato con terapia diuretica e.v + paracentesi

Paziente in condizioni cliniche scadute, vigile, parzialmente orientata.

---

---

# CONCLUSIONI

---

Il diabete di tipo 2 e l'obesità sono le malattie metaboliche con il maggiore impatto sulla storia naturale della MASLD (e della MetALD), compresa la progressione verso la fibrosi avanzata correlata alla MASLD/MASH, la cirrosi e il carcinoma epatocellulare

---

La diagnosi precoce della patologia e la successiva gestione appropriata possono potenzialmente prevenire la progressione verso la cirrosi e le sue complicanze epatiche e extraepatiche.

---

Inviare i pazienti presso un centro di riferimento epatologico laddove i test non invasivi siano indicativi per la presenza di fibrosi epatica moderata/severa o in quelle situazioni nelle quali non è certa l'eziologia dell'epatopatia.

---

Importanza della sorveglianza attiva tramite dosaggio sierico della alfafetoproteina e dell'ecografia all'addome.

---

Importanza della conoscenza dello stato di salute del fegato per instaurare e/o modificare la terapia del diabete.

---

**GRAZIE  
PER L'ATTENZIONE**

