

Persia S^{1,2,3}, Marozzi MS^{1,2,3}, Corvasce F^{1,2,3}, Albanese F^{1,4}, Falcone G^{1,2}, Bruno B^{1,2}, Vacca A², Cicco S^{2,3}

INTRODUZIONE

Il dolore addominale acuto è una delle cause più frequenti di accesso in Pronto Soccorso (PS). Nei pazienti con patologie sistemiche rare come la sindrome di Ehlers-Danlos (SED) può nascondere condizioni vascolari potenzialmente letali. Le complicanze vascolari, sebbene meno frequenti, possono presentarsi in modo imprevedibile. In urgenza, il sospetto clinico e l'impiego tempestivo di imaging avanzato sono cruciali per evitare diagnosi ritardate e migliorare gli esiti.

CASO CLINICO

Uomo 54 anni, anamnesi familiare muta, anamnesi patologica significativa per ipertensione arteriosa, multiple lussazioni articolari, scoliosi grave trattata chirurgicamente, pneumotorace spontaneo, precedenti interventi addominali diagnosi in età giovanile di SED classica.

Accede in PS per dolore addominale. E.O. dolente alla palpazione in epigastrio e ipocondrio sinistro emodinamicamente stabile, non vengono eseguiti esami ematochimici (E.E.), viene trattato con terapia analgesica ex adjuvantibus e dimesso a domicilio.

Per persistenza della sintomatologia, si reca nuovamente in PS, apiretico, PA 150/90 mmHg. E.E.(Tab1): leucocitosi (12.530/mm³), elevata PCR (151,4 mg/L), D-dimeri fortemente aumentati (4278 µg/L), fibrinogeno (580 mg/dL), troponina negativa. Aortic Dissection Detection Risk Score (ADD-RS) = 2. Viene eseguita TC addome con mezzo di contrasto (Fig. 1): raccolta ematica retropancreatica di 8 cm, dilatazione aneurismatica del tripode celiaco (22 mm), trombo parietale con lume eccentrico e sospetto flap dissettivo. Non erano presenti segni di sanguinamento attivo, ma il quadro era compatibile con pseudoaneurisma con rottura contenuta.

Value	
Hb (g/dL)	15
HCT (%)	40.4
Leucociti (x10 ³ /uL)	12.53
Neutrofili (x10 ³ /uL)	7.98
PLT (x10 ³ /uL)	347
PCR (mg/L)	151.4
Fibrinogeno (mg/dL)	580
D-Dimeri (ug/L)	4278
Creatinina (mg/dL)	0.66
eGFR (mL/min)	110
Troponina I hs (pg/mL)	< 2.5
Bilirubina Diretta (mg/dL)	0.36
Bilirubina Indiretta (mg/dL)	0.84
Amilasi (U/L)	41
Lipasi (U/L)	44

Tab. 1 Esami ematochimici all'ingresso in PS

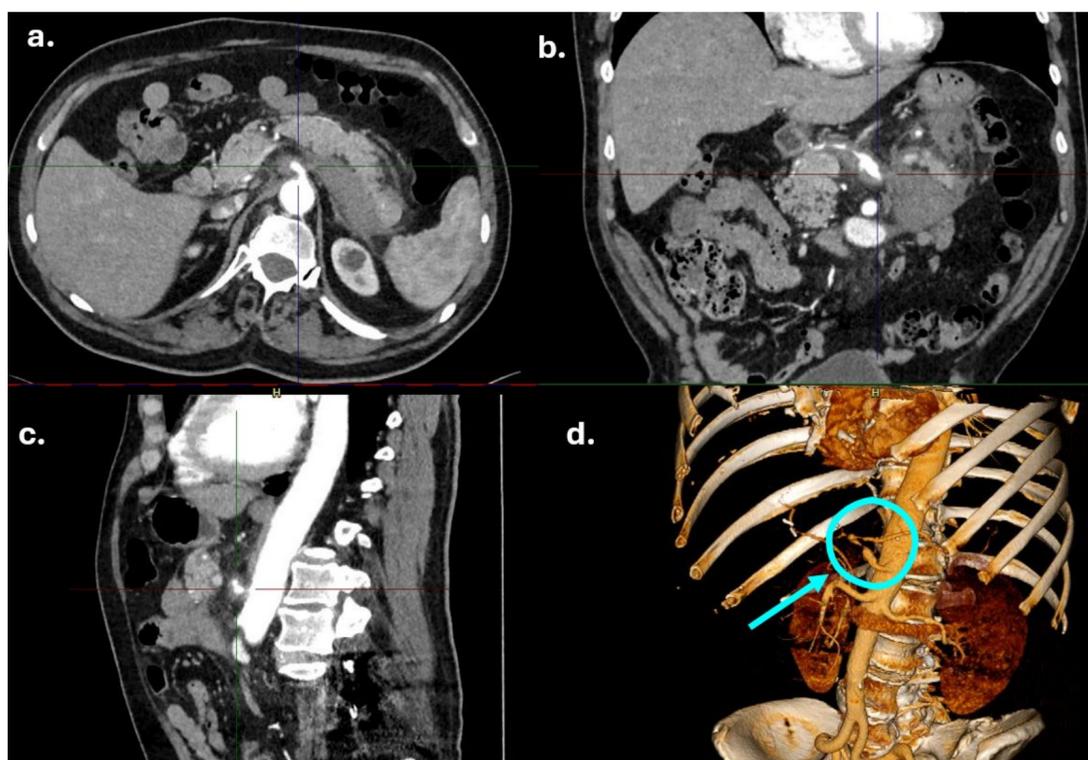


Fig. 1 Differenti sezioni della TC addome con mdc

a. Piano trasverso; b. Piano sagittale; c. Piano coronale; d. Ricostruzione tridimensionale

Il paziente è stato sottoposto a embolizzazione selettiva del tratto medio del tripode celiaco mediante coils, tramite accesso percutaneo brachiale sinistro. A causa del controllo pressorio subottimale, è stato avviato trattamento antipertensivo.

CONCLUSIONI

In medicina d'urgenza spesso si tende a pensare alle diagnosi più comuni, ma è fondamentale non escludere le rarità. Questo caso evidenzia il ruolo cruciale del medico di urgenza di considerare le patologie vascolari come possibili cause di dolore addominale acuto, soprattutto in pazienti con patologie rare. Risulta inoltre cruciale la comunicazione tra specialisti per ridurre il rischio di diagnosi tardive ed evitare complicanze fatali.

Affiliazioni

1. Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza e Urgenza, Università degli Studi di Bari
2. UOC Medicina Interna "G. Baccelli" AUOC Policlinico di Bari, DiMePRE-J, Università degli studi di Bari, Piazza Giulio Cesare, 11, 70124 Bari
3. UOSD Centro Ipertensione "A. Pirrelli" AUOC Policlinico di Bari, DiMePRE-J, Università degli studi di Bari, Piazza Giulio Cesare, 11, 70124 Bari
4. UOC Medicina di Emergenza e Urgenza, AUOC Policlinico di Bari, Piazza Giulio Cesare, 11, 70124 Bari

Contatti

Telefono: +39 340 7196868 – Mail: simonapersia@hotmail.it

CASO CLINICO, MALATTIE RARE