

Mariani Massimiliano^{1,2,3}, De Nadai Guendalina^{1,2}, Dheini Ahmad²,
Barcella Angelica^{1,2}, Iorfida Alessandra^{1,3}, Annibali Simona⁴, Di Capua Mirko²

Una donna di 54 anni, senza note anamnestiche di rilievo, si presenta nel Pronto Soccorso di Humanitas Gavazzeni (Bergamo) per *dolore addominale, febbre e alvo riferito chiuso a feci e gas da 3 giorni*. Due giorni prima si era recata in un altro Pronto Soccorso, da cui era stata dimessa con diagnosi di “*sospetta infezione delle vie urinarie*” e indicazione a terapia antibiotica: in tale occasione esami ematici, RX ed ecografia dell’addome erano risultati nei limiti.

Esame obiettivo e primi accertamenti

Obiettivamente la paziente presenta addome globoso e prominente, dolente e dolorabile alla palpazione con segno di Blumberg dubbio positivo e segno di Giordano negativo bilateralmente.

- Emogas venosa: si segnalano pH 7.32; HCO_3^- 19.3 mmol/L; lattati 1.2 mmol/L.
- Esami ematici: si segnalano GB 5700/ μL ; PCR 39 mg/L; CK 297 IU/L; **urea 131.7 mg/dL; crea 4.92 mg/dL; Na 115.6 mmol/L; K 5.10 mmol/L**.
- POCUS: abbondante liquido libero lievemente corpuscolato; reni nei limiti, vescica moderatamente distesa a contenuto transonico.

Diagnosi differenziale e definitiva

Nel sospetto di perforazione intestinale viene eseguita una TC addome con mezzo di contrasto, che mostra abbondante versamento ascitico in tutti i quadranti. In fase venosa, *a livello della II porzione duodenale, parrebbe riconoscibile un piccolo difetto parietale, possibile sede di perforazione*. Non si riscontrano aria libera endoaddominale né, in fase urografica tardiva, spandimenti di MDC.



Viene richiesta una valutazione chirurgica durante la quale si esegue paracentesi diagnostica ecoguidata con fuoriuscita di **liquido citrino limpido** (esame chimico-fisico: alb 2 g/L; prot 3 g/L; GB $0.25 \cdot 10^9/\text{L}$; urea 228.7 mg/dL) compatibile con **urina**.

Viene quindi eseguita una TC addome in fase ultratardiva (a 90') [in figura] che riscontra una opacizzazione da MDC del liquido intra addominale con densità decrescente dalla pelvi fino ai quadranti addominali superiori. La sede della fuoriuscita di MDC sembra evidenziarsi in adiacenza all'uraco. Si pone quindi diagnosi di **rottura spontanea di vescica**.

Gestione successiva

Viene posizionato un catetere vescicale con tecnica **ecoassistita** per evitare traumatismi alla parete vescicale. Nonostante esso risulti ben funzionante (drenati oltre 2000 mL di urine), non riduce la quota di uroperitoneo: si procede quindi al posizionamento di drenaggio peritoneale ecoguidato e al ricovero in Urologia.

Nei giorni successivi si assiste alla progressiva riduzione della quantità di urina drenata, sia per via percutanea che tramite catetere vescicale, e alla normalizzazione dei valori di creatininemia, uremia, sodiemia e kaliemia.

Il difetto di parete vescicale verrà confermato da una successiva cistoscopia con cistografia retrograda.

Conclusioni

La **rottura spontanea di vescica** (SRUB, *Spontaneous Rupture of Urinary Bladder*) è un evento raro (2-3% delle lesioni vescicali), con picchi d'incidenza a 30 e 60 anni. Fattori associati sono terapia attinica, infezioni, alcol e gravidanza.

I pazienti si presentano in media a 48 ore dall'evento lamentando dolore addominale e disturbi urinari, dalla disuria alla ritenzione acuta di urina.

Il quadro clinico è **subdolo**, falsato dal sospetto di ascite e dal riscontro di insufficienza renale acuta: quest'ultima è in realtà dovuta al **riassorbimento peritoneale di creatinina e potassio**, e non a un reale danno renale.

Per questo motivo è frequente l'errata diagnosi, in particolare a favore di perforazione di visceri cavi, che può portare a trattamenti inappropriati come la terapia sostitutiva renale.

In questo caso sono risultati fondamentali la POCUS che ha indirizzato il primo sospetto diagnostico, seppur errato, la paracentesi diagnostica e la ripetizione della TC in una fase ultratardiva.

Risulta quindi fondamentale l'**utilizzo combinato delle risorse** disponibili nel Dipartimento di Emergenza, al fine di comprendere il legame tra dolore addominale, ascite e insufficienza renale e indirizzare il paziente al trattamento definitivo.

Affiliazioni

- ¹ Scuola di Specializzazione in Medicina d’Emergenza-Urgenza, Dipartimento di Scienze Biomediche, Humanitas University, Pieve Emanuele (Milano);
² Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Humanitas Gavazzeni, Bergamo; ³ Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Humanitas Research Hospital, Rozzano (Milano); ⁴ Unità Operativa di Radiologia, Humanitas Gavazzeni, Bergamo

Contatti

massimiliano.mariani@humanitas.it

CASO *CLINICO* – patologie rare, ecografia