

Marra Elena^{1 2 3}, Iorfida Alessandra^{1 2 3}, Desai Antonio³, Mariani Massimiliano^{1 2 3},
Voza Antonio^{1 3}

Introduzione

In letteratura, diversi studi recenti hanno evidenziato come la diagnosi di tumore in Pronto Soccorso sia un evento tutt'altro che raro, rappresenta infatti una percentuale che varia dal 20 al 42% a seconda del tipo di tumore. Questa realtà, in costante aumento, sottolinea come l'identificazione di una neoplasia in emergenza, sia essa la causa di sintomi acuti o una scoperta incidentale durante accertamenti per altre problematiche, stia diventando uno scenario clinico sempre più frequente nella pratica quotidiana del medico d'urgenza.

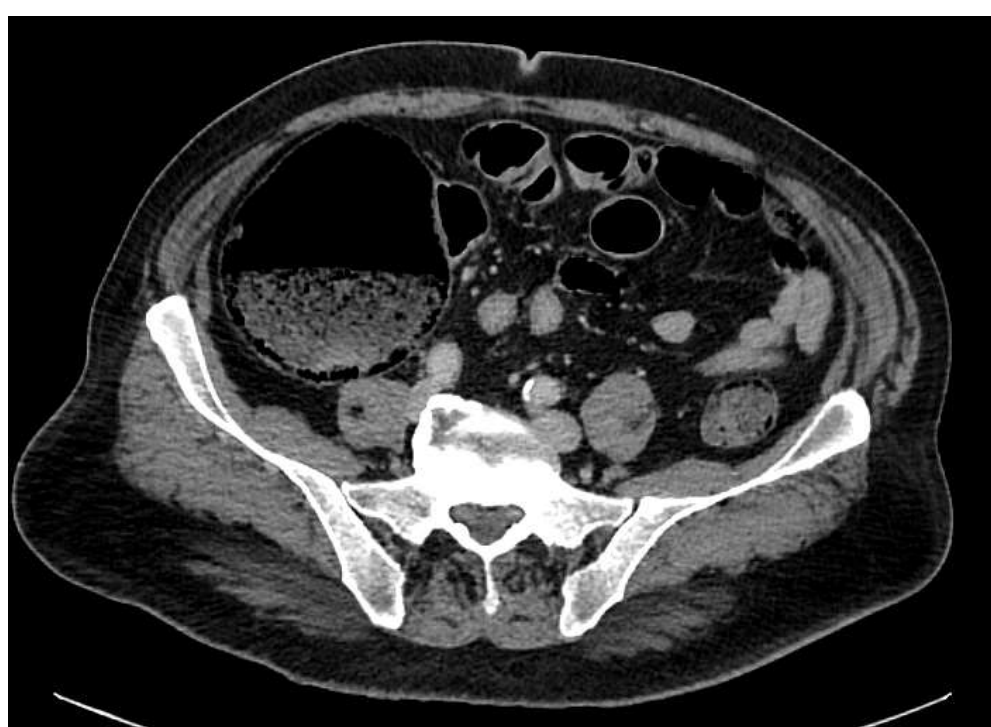
È fondamentale riconoscere che la diagnosi di tumore in Pronto Soccorso non si limita ai pazienti con quadri clinici gravi e conclamati. Sempre più spesso, ci troviamo di fronte a pazienti che accedono con sintomi subdoli, codici di priorità meno elevati, e nei quali solo un'attenta valutazione e appropriati accertamenti diagnostici rivelano la presenza di una patologia oncologica sottostante.

Questo scenario, in continua crescita, pone nuove sfide, non solo gestionali, ma anche comunicative nei confronti del paziente e dei suoi familiari. Il caso clinico che presentiamo ne è un esempio emblematico: un paziente giunto in Pronto Soccorso per una problematica acuta che, tuttavia, ha svelato una condizione oncologica di nuova insorgenza.

Presentazione del Caso Clinico

Paziente di 66 anni, M., si presenta in PS il 15/02/2025 per dolore addominale prevalentemente ai quadranti inferiori insorto da due giorni, associato a ematochezia e marcata astenia. In PS manifesta un episodio di emesi alimentare e si riscontrano tachicardia, ipotensione e tendenza al sopore. L'anamnesi patologica remota è muta e il paziente fino a quel giorno non ha avuto grosse problematiche di salute. All'esame obiettivo si rileva addome disteso e dolente, in particolare nei quadranti inferiori con reazione di difesa in fossa iliaca destra. L'esplorazione rettale evidenzia sangue vecchio in ampolla. Viene posizionato SNG con aspirazione di 400 ml di liquido enterico. L'EGA venoso mostra pH 7.35, lattati 4.2 mmol/L e Hb 8.5 g/L, senza squilibri elettrolitici.

Si esegue TC encefalo e addome con mdc, che rivela un'occlusione intestinale secondaria a neoformazione della flessura splenica infiltrante il pancreas, con sospette metastasi epatiche, peritoneali e polmonari, oltre a pneumomatosi del cieco (diametro 10 cm).



Sezione trasversale della TC addome con mdc eseguita in urgenza



Sezione longitudinale della TC addome con mdc eseguita in urgenza

Gestione Clinica e Trattamento

Considerata l'occlusione intestinale, il paziente è stato trattato e gestito inizialmente per la problematica acuta con intervento chirurgico urgente e confezionamento di stomia e resezione colica. La gravità del quadro e la necessità dell'intervento vengono comunicate alla moglie e al fratello del paziente, omettendo la diagnosi oncologica al paziente in vista dell'imminente chirurgia.

Si esegue laparotomia esplorativa con exeresi di noduli peritoneali, ileostomia laterale e detensione del colon. Successivamente, il 22/02/2025, a causa di ripetuti episodi di melena e proctorragia con instabilità emodinamica, si esegue una seconda laparotomia esplorativa. Si riscontra la neoplasia stenotomica e sanguinante, e si procede a colectomia totale con confezionamento di ileostomia terminale.

L'esame biotipico evidenzia mutazioni dei geni KRAS, AKT1 e TP53. La valutazione oncologica del 17/03/2025 ha poi definito il paziente eleggibile per terapia di I linea con schema XELOX + Bevacizumab, data l'estensione della malattia e il profilo mutazionale. Il paziente attualmente prosegue la terapia e i controlli oncologici.

Implicazioni Cliniche e Sfide nella Diagnosi Oncologica in Urgenza

La diagnosi di neoplasia in Pronto Soccorso rappresenta una sfida clinica crescente, che impone una maggiore consapevolezza da parte dei medici d'urgenza. La capacità di riconoscere segnali d'allarme anche in presentazioni cliniche meno specifiche, unita a una solida collaborazione con specialisti oncologi ed ematologi, è fondamentale per garantire una gestione ottimale di questi pazienti fin dal loro primo accesso. Inoltre, la complessità di tali diagnosi inattese sottolinea l'importanza di sviluppare competenze comunicative specifiche per affrontare con sensibilità e chiarezza le delicate fasi di informazione al paziente e ai suoi familiari.

Affiliazioni

¹ Dipartimento di Scienze Biomediche, Humanitas University, Pieve Emanuele, Milano

² Scuola di Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza, Humanitas University, Pieve Emanuele, Milano

³ Dipartimento di Emergenza-Urgenza, IRCCS Humanitas Research Hospital, Rozzano, Milano

Contatti

elena.marra@humanitas.it; Cell. +39 3491473021

CASO CLINICO, Oncologia