

Iorfida Alessandra^{1,2,3}; Desai Antonio³; Voza Antonio^{1,2}

Introduzione

Il bias di ancoraggio, una trappola cognitiva insidiosa, porta i medici a focalizzarsi in modo eccessivo sulla prima informazione disponibile, limitando la considerazione di diagnosi alternative. Riconoscere e contrastare attivamente questo bias è fondamentale per garantire diagnosi accurate e tempestive, specialmente nel contesto critico e dinamico del pronto soccorso.

Presentazione iniziale ed elementi fuorvianti

Una donna di 83 anni si è presentata al Pronto Soccorso accompagnata dal figlio, manifestando un quadro clinico grave caratterizzato da ridotta responsività, ittero e dolore addominale. All'arrivo, la paziente appariva sofferente, con un pattern respiratorio di tipo addominale. L'emogasanalisi arteriosa iniziale ha evidenziato un'insufficienza respiratoria di tipo 1, rendendo necessaria la somministrazione di ossigeno tramite cannule nasali a 2 L/min. Il personale infermieristico in triage ha immediatamente allertato il medico di Pronto Soccorso, segnalando il marcato distress della paziente comunicando l'anamnesi positiva per un sospetto di colangiocarcinoma con prognosi severa, richiedendo urgentemente terapia di supporto e analgesica.

Il figlio ha riferito che circa tre settimane prima dell'aggravamento attuale, la madre aveva iniziato a lamentare un dolore addominale ingravescente. Circa 20 giorni prima dell'accesso in pronto soccorso, esami ematici avevano rilevato un aumento degli enzimi epatici AST/ALT e della GGT. Un'ecografia point-of-care aveva evidenziato un'alterazione dell'ecostruttura epatica e una dilatazione delle vie biliari, elementi che avevano sollevato il sospetto di una neoplasia. Tuttavia, la paziente aveva rifiutato ulteriori accertamenti a causa della percepita prognosi infausta nel sospetto di colangiocarcinoma, optando per un approccio palliativo.

Nonostante la coerenza apparente tra l'anamnesi riferita e il quadro clinico attuale, il rapido deterioramento delle condizioni della paziente nell'arco di soli 20 giorni appariva atipico per la progressione di un colangiocarcinoma, suggerendo la necessità di esplorare un ampio spettro di diagnosi differenziali, al di là delle sole misure di supporto.

La Svolta Diagnostica

Ulteriori accertamenti diagnostici, comprendenti esami ematici completi e una TC addome con mezzo di contrasto, hanno fornito nuove e cruciali informazioni. La TC ha rivelato la presenza di un calcolo di 24 mm nel coledoco, responsabile di una significativa dilatazione biliare, e un voluminoso ascesso epatico. Si

è riscontrato anche un versamento pleurico omolaterale, con ogni probabilità concausa della dispnea. I successivi esami ematici hanno evidenziato un marcato incremento delle transaminasi, una leucocitosi di 25.000/ μ L e una PCR a 210 mg/L.

Questi elementi hanno indirizzato verso una diagnosi di sepsi secondaria ad ascesso epatico e colangite, complicata da ittero ostruttivo e versamento pleurico, escludendo di fatto la diagnosi di colangiocarcinoma. È stata prontamente iniziata una terapia antibiotica ad ampio spettro con piperacillina/tazobactam e vancomicina, e la paziente è stata ricoverata presso l'unità di epatologia per una gestione specialistica.

Il riconoscimento e il trattamento tempestivo della sepsi hanno significativamente migliorato la prognosi immediata della paziente, discostandosi nettamente dall'esito sfavorevole che si sarebbe prospettato con un approccio limitato alle cure palliative per una presunta patologia neoplastica in fase avanzata.



TC addome con mdc effettuata in PS che mostra gli ascessi epatici, il versamento addominale, e l'importante dilatazione delle vie biliari, intra ed extraepatiche. Durante il ricovero gli ascessi epatici sono stati drenati tramite un drenaggio pig-tail.

Conclusioni

Questo caso clinico mette in luce i rischi insiti nel bias di ancoraggio nella pratica della medicina d'urgenza. L'informazione iniziale riguardante il sospetto di colangiocarcinoma ha agito come un'ancora cognitiva potente, rischiando di orientare il focus clinico verso le cure palliative e di oscurare la presenza di un'infezione acuta e trattabile. La fissazione su un sospetto preesistente di una patologia cronica può pericolosamente offuscare la presenza di condizioni acute che richiedono un intervento immediato. Pertanto, è imperativo che noi medici dell'emergenza sviluppiamo una costante consapevolezza dei bias cognitivi, come quello di ancoraggio, adottando attivamente un approccio diagnostico completo e aperto, e mettendo in discussione le ipotesi iniziali per garantire cure accurate e tempestive a tutti i pazienti, anche in contesti clinici apparentemente definiti o emotivamente coinvolgenti.

Affiliazioni

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

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

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

Contatti

alessandra.iorfida@humanitas.it

CASO CLINICO

Area di interesse: Sepsi