

Rottura di aneurisma dell'aorta addominale sottorenale

Analisi dei casi e considerazioni personali

Dr. Renzo Zardini - Dr. Mehrabi Heshmatollah - I.P. Giuseppe Montesano

REGIONE VENETO – ASL 22, OSPEDALE CIVILE DI CAPRINO VERONESE PUNTO DI PRIMO INTERVENTO

Quando si parla di aneurisma sopra o sottorenale si pensa sempre e giustamente ai problemi di tecnica chirurgica. Nel nostro caso invece intendiamo sottolineare solo le problematiche diagnostiche e prognostiche di tali localizzazioni. Inoltre la motivazione che ci ha portato ad analizzare ed esporre questo argomento non è tanto la rarità della patologia, quanto l'evoluzione, la sintomatologia assai varia a seconda della localizzazione e da ultimo la difficoltà di una formulazione di presunzione diagnostica nei Punti di Primo Intervento dove non è possibile espletare anche semplici esami diagnostici strumentali.

Da una revisione della letteratura si ricava che:

Circa l'80% degli aneurismi addominali è sottorenale.(fig. 1)

In circa il 50% dei casi sono stati accertati errori diagnostici

Più dell'80% viene diagnosticato dopo fissurazione.

Più del 50% sopravvive anche se operato in urgenza se si interviene in maniera tempestiva (anche qui vale il concetto di **golden hour** -2/3 h dall'evento)

Più del 80% degli A.A.A. sottorenali si espande a sx per la conformazione anatomica dell'aorta e per la compressione delle strutture adiacenti

Il 90% degli A.A.A. sono di origine arteriosclerotica



Figura 1- AAA sottorenale e aaa iliache comuni

ANEURISMA ADDOMINALE

Per Aneurisma in senso lato s'intende una dilatazione a forma di cavità con pareti proprie e che contenga sangue circolante. L'A.A.A. sia sopra che sottorenale presenta la stessa etiologia e la stessa morfologia (congenito, spontaneo, traumatico, fusiforme, sacciforme ecc.

Diverso invece è l'approccio diagnostico, evolutivo, chirurgico e prognostico.

L'aneurisma soprarenale (corrispondente sulla parete addominale ad una linea retta che unisce le due spine iliache), ha più possibilità di ingrandirsi e di evolversi verso la cavità addominale. Questo spiega perché è più facile apprezzare l'effetto " massa pulsante " e quindi il suo reperto spesso occasionale. Diagnosi, evoluzione e trattamento sono specifici del caso.

La localizzazione sottorenale è più difficile da evidenziare perché tende ad espandersi posteriormente e verso lo scavo pelvico. E' dimensioni più ridotte e tende ad interessare entrambi le a.a. iliache comuni. La sintomatologia è silente. Non esistono segni patognomonicamente specifici e la diagnosi differenziale è spesso fuorviante.

Rapporti anatomici di compressione e delimitazione

- aderenza del peritoneo parietale posteriore alla parete retroperitoneale a livello dell'inserzione del mesocolon.
- Le logge renali con il loro contenuto e i legamenti muscolo-fibrosi.

- Il muscolo ileopsoas
- Gli organi urogenitali interni
- La possibilità di espandersi nello spazio pelvico, che serve da deflusso e contenitore
- La lassità e l'erosione della parete posteriore che poggia direttamente sulle vertebre può spiegare la maggior facilità alla rottura nel retroperitoneo.

LINEE DI IRRADIAZIONE DEL DOLORE E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

In estrema sintesi il dolore e le sue irradiazioni possono così essere riassunte:

- **dolore somatico:** proviene da strutture innervate da nervi somatici
- **dolore viscerale:** proviene da strutture innervate da fibre viscerali sia di tipo simpatico che parasimpatico
- **sommazione del dolore viscerale e somatico:** in questo caso la sintomatologia è più complessa e la parete addominale può presentare un tipo di dolore trafittivo localizzato con contrattura muscolare.
- **proiezione del dolore:** gli organi addominali hanno una innervazione bilaterale. I reni e gli ureteri sono innervati separatamente per cui la proiezione è monolaterale.
- Quando c'è la sommazione del dolore, esistono diverse ipotesi patogenetiche che danno ragione al vecchio aforisma "l'addome è la tomba del medico".

I metameri di irradiazione del dolore pelvico possono originare da diversi organi. Questo spiega la possibilità di diagnosi differenziali assai varie e la frequenza di errori diagnostici.

Nel caso di uno spandimento ematico retroperitoneale con compressione delle strutture adiacenti, possono verificarsi tutte le ipotesi suddescritte. Tuttavia nell'80% dei casi la compressione è a livello delle strutture genito-urinarie, per cui si verifica l'irradiazione monolaterale. Considerato che l'80% degli A.AA. sottorenali è localizzato a sx, l'irradiazione del dolore sarà di tipo genito-urinario monolaterale sx o ipogastrico mediano.

DIAGNOSI

L'evoluzione naturale dell'aneurisma si svolge secondo quadri clinici assai vari, ed il più delle volte caratterizzati da una totale assenza di sintomi, per lo meno fino alla fase di fissurazione.

La diagnosi precoce è molto rara. Più frequente durante la fase critica della rottura.

Nella maggior parte dei casi, l'aneurisma prima della rottura completa, va incontro alla fissurazione.

Durante questa fase è possibile intervenire nella diagnosi e terapia tenendo conto del fattore TEMPO, che non deve superare le 2-3 ore.

In questo stadio finale possiamo distinguere 3 fasi.

Fase 1: dolore addominale atipico ai quadranti inf. ed ipogastrico con episodi lipotimici aspecifici.

Fase 2: durante la fissurazione. Dolore violento in sede lombare, più frequentemente al fianco sx con irradiazione in regione inguinale omolaterale.

Fase 3: momento della fissurazione con spandimento ematico. Comparsa improvvisa di shock ipovolemico e segni di massa pulsante nei soggetti magri. Nel soggetto obeso non è possibile una diagnosi semeiologica.

Radiografia tradizionale, unico reperto quasi sempre presente: la scomparsa del profilo degli psoas. linee di calcificazione vasali anomali reperto difficile e raro.

In sintesi, in mancanza di esami strumentali, unici reperti sono

1-all'esame diretto dell'addome: scomparsa del profilo degli psoas

2- dal punto di vista semeiologico: iposfigmia e/o assenza dei polsi femorali.

ANALISI DEI CASI

Primo caso

Maschio di 60 anni inglese ricoverato per colica renale sx. Parametri normali. Terapia antalgica senza beneficio. Osservazione in astanteria. Accentuazione del dolore nonostante prosecuzione di terapia antalgica. Esami ematochimici nella norma. Comparsa improvvisa di stato collassiale con pressione arteriosa imprevedibile, pallore e accompagnamento di sintomi neurovegetativi accentuati. Incanalazione di 2 grosse vene periferiche e infusione di liquidi in bolo. Permane stato di shock. Ad una nuova ispezione dell'addome si apprezza " pulsazioni anomale in ipogastrico e regione inguinale sx ". Assenza dei polsi femorali.

Evoluzione: sensorio obnubilato e grave stato di shock
Procedure: infusione continua di liquidi, ossigenazione, non farmaci vasopressori, trasporto protetto nel Dipartimento d'Emergenza by-passando altri Ospedali secondo il criterio della Centralizzazione dell'Emergenza. All'arrivo, laparotomia in urgenza senza possibilità di esami d'ausilio. Presenza di raccolta ematica nello scavo pelvico. Clampaggio dell'aorta e by-pass aorto-bifemorale.

Esito: guarigione completa senza reliquati.

Secondo caso

Maschio di 65 anni, molto obeso, non patologie pregresse. Caduto in seguito a episodio lipotimico mentre camminava. All'arrivo dell'Ambulanza avvertiva dolore addominale non localizzato.

All'accettazione, diagnosi supposta: colica renale sx.

L'ispezione dell'addome difficoltosa per notevole obesità.

Alla palpazione dolore accentuato al fianco sx e fossa iliaca sx con Giordano nettamente positivo a sx. Parametri nella norma. Terapia antalgica senza beneficio. Esami ematochimici nella norma. Improvviso peggioramento della sintomatologia clinica con pallore e stato collassiale. Trasporto protetto in altra sede per eseguire ecografia dell'addome, che evidenzia voluminoso aneurisma aorta addominale sottorenale in fase di spandimento.

All'arrivo in Chirurgia vascolare viene operato in urgenza.

E' presente raccolta ematica con lesione dell'aorta ed interessamento di entrambi le iliache comuni. By-pass aorto-bifemorale. Guarigione senza reliquati.

CONCLUSIONI

Nell'ultimo anno, per quanto riguarda la nostra modesta statistica, gli A.A.A. sia sopra che sottorenali sono stati in aumento. Abbiamo preferito analizzare solo questi due casi per il semplice motivo che sono stati trattati e seguiti dagli autori stessi. Inoltre evidenziano in modo chiaro la difficoltà della diagnosi differenziale preferenziale con la colica renale. Per questo abbiamo cercato una spiegazione logica a tale motivazione. In conclusione, spesso gli stessi metameri di irradiazione del dolore da colica renale, sono gli stessi dell'A.A.A. sottorenale in fase di fissurazione e quindi di rottura.

Per questo ogni colica renale specie se in soggetti con fattori di rischio vasculopatico od in presenza di sintomatologia atipica, è consigliato valutare ed escludere patologie vascolari acute.

