

Un dolore toracico insidioso

Ilaria Francesca Martino, Andrea Borromini, Fabiana Fancoli, Serena Marra, Silvia Paiardi, Roberto Rizzardi*, Maria Antonietta Bressan

*PS Accettazione, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, *SUEM 118, Pavia*

Abstract

A young man enters the emergency department for thoracic pain after heroin abuse. The thoracic CT shows left pleural effusion and suspected aortic dissection. After the deterioration of respiratory conditions, thoracentesis (1500 cc of blood) is performed and followed by hemorrhagic shock, intubation and advanced care. The case is discussed together with the available reanimator, thoracic surgeon, vascular surgeon and angiographer; it is decided to perform another CT with mdc (too many movement related artifacts in the first examination). In radiology, an episode of massive hemoptysis and a radiologic diagnosis of esophageal rupture are recorded.

Caso Clinico

Ore 1 di sabato notte, giunge in PS un giovane di 39 anni per dolore toracico e dispnea in abuso di eroina. Viene attribuito codice giallo inviato in sala visita dove si presenta agitato, PA 185/110mmHg, FC 130 bpm R, irritazione nasale con sanguinamento lieve. Al cuore toni validi, ritmici, tachicardici. MV ridotto al polmonare sinistro. Dichiaro di aver assunto eroina e cocaina endovena in discreta quantità e riferisce pregresso potus. L'anamnesi patologica remota non evidenzia comorbidità di rilievo. Gli esami ematochimici mostrano lieve incremento delle transaminasi epatiche, lieve innalzamento di INR (1,45) e riduzione del tempo di protrombina (49%), Hb 12,7 g/dl. All'ECG: ritmo sinusale tachicardico (110 bpm), non anomalie della ripolarizzazione. All'EGA acidosi respiratoria di media entità. L'RX del torace mostra versamento pleurico sinistro senza lesioni parenchimali in atto. Immagine cardiaca apparentemente nei limiti. Per lo scadimento delle condizioni generali con tachipnea e riduzione dei valori pressori (PAS 180→130 mmHg), si richiede consulenza del rianimatore e il paziente viene accompagnato ad eseguire TC torace che documenta piccolo arricchimento contrastografico nel mediastino posteriore nei pressi dell'aorta discendente. Il reperto appare dubbio per artefatti da movimento, ma non è possibile escludere eventuale rottura dell'aorta toracica. L'esofago risulta repleto da materiale. Si conferma versamento pleurico a sx e si segnala falda di PNX in sede basale anteriore sinistra. Per il peggioramento ulteriore delle condizioni cliniche del paziente, si effettua toracentesi evacuativa con fuoriuscita di 1000 ml di sangue. Per il sopraggiungere di shock volêmico/emorragico (PA 70/40 mmHg), il paziente viene trattato con somministrazione generosa di liquidi e trasfusione di 2 sacche di GRC. Dal drenaggio toracico ulteriore fuoriuscita di 500 ml di sangue. Nonostante trattamento, le condizioni cliniche rimangono critiche con ipotensione marcata (PA80/40 mmHg) e grave acidosi respiratoria, tale da richiedere intubazione. A questo punto si contattano il chirurgo toracico, il cardiocirurgo e l'angiografista reperibili. Collegialmente si decide di eseguire un'altra angio TC con mdc. In sala angiografica, il paziente presenta un episodio importante di emottisi. L'esame TC mostra spandimento del mezzo di contrasto che disegna il lume esofageo e millimetriche bolle d'aria in sede paraortica nelle immediate vicinanze della parete esofagea. Aorta regolare. Quadro polmonare invariato con apprezzabile PNX anteriore e mediale sinistro. Reperti compatibili con lacerazione parietale dell'esofago. In accordo con il chirurgo toracico, alle ore 05:15 il paziente viene trasferito nella sala operatoria della chirurgia toracica per essere sottoposto ad intervento chirurgico. Il chirurgo toracico confermerà rottura lineare di circa 9 cm dell'esofago. L'intervento di ricostruzione e il post operatorio si sono svolti regolarmente e senza complicanze.

Discussione

Più del 5% degli accessi in PS sono riconducibili al dolore toracico. Nel caso descritto, l'assunzione di eroina e cocaina appaiono la più probabile causa del dolore toracico e dispnea riferiti dal paziente. Tuttavia, solo un approccio logico-deduttivo ad ampio spettro ha consentito un tempestivo riconoscimento della causa scatenante la sintomatologia e solo il suo rapido trattamento ha inciso positivamente sull'outcome. Seguendo l'algoritmo ABCDE, si è infatti, prima di tutto provveduto alla gestione/risoluzione dell'emotorace massivo, in seguito, una volta stabilizzato il paziente, è stato possibile approfondire le indagini fino a giungere alla diagnosi corretta: rottura d'esofago. La gestione dell'emergenza in modo ordinato ed organizzato e la cooperazione con gli specialisti hanno ridotto notevolmente il rischio di mortalità.

Commento

a cura di Isabella Di Zio

dirigente medico presso DEA Ospedale Madonna Del Soccorso, San Benedetto del Tronto (AP)

Il dolore toracico e la dispnea nell'abuso di sostanze stupefacenti risulta essere una delle diagnosi più complesse per il medico di urgenza, sia per la varietà dei sintomi e delle cause, sia perché si ha a che fare con un paziente generalmente "difficile", poco incline all'empatia con il medico.

L'eroina e gli oppiacei somministrati endovena spesso causano dispnea attraverso un'azione diretta sui centri del respiro pontini e bulbari riducendone la sensibilità alla PaCO₂ e deprimendo la regolazione automatica della ventilazione; possono inoltre verificarsi polmoniti da aspirazione e di origine infettiva, ascessi polmonari, emboli settici del polmone e atelettasie (1). Quando vengono iniettate compresse preparate per uso orale, può insorgere una fibrosi polmonare sulla base di una granulomatosi da talco. L'abuso cronico di eroina porta a una diminuzione della capacità vitale e a una diminuzione da lieve a moderata della capacità di diffusione.

L'intossicazione acuta da eroina è spesso complicata da edema polmonare acuto di eziologia incerta. L'edema può essere solo interstiziale o anche alveolare con quadro clinico conclamato tipico (cianosi, dispnea, inondamento delle vie aeree ed emissione di schiuma rosea).

Il trattamento terapeutico dell'edema può richiedere la ventilazione artificiale a pressione positiva continua (2).

Gli effetti stimolanti centrali della cocaina sembrano dovuti a potenziamento degli effetti delle catecolamine endocerebrali, soprattutto della dopamina:

1. azione simpaticomimetica centrale e periferica, riconducibile ad un blocco della captazione di catecolamine,
2. attivazione di vie dopaminergiche mesolimbocorticali, riconducibile ad un'aumentata iniezione di dopamina nella corteccia frontale e ad un blocco nella ricaptazione della dopamina stessa.

Anche gli effetti cardiovascolari sono riconducibili all'azione simpaticomimetica, sia centrale che periferica; a dosi elevate per e.v. la cocaina ha un'azione cardiotossica diretta. Alla periferia la cocaina potenzia gli effetti sia della stimolazione adrenergica sia delle catecolamine circolanti; ciò spiega la vasocostrizione, la midriasi, la cardioaccelerazione (2).

È legittimo, quindi, pensare ad una sintomatologia droghe-relata in questo tipo di paziente.

La perforazione esofagea, probabilmente una Sindrome di Boerhaave in alcolista, era sospettabile esclusivamente con una buona raccolta anamnestica. La diagnosi tempestiva era fondamentale per il trattamento precoce dello shock ipovolemico che si stava instaurando e la prevenzione dell'evento settico (3).

Il lavoro di équipe, come questo bel caso evidenzia, risulta sempre il goal vincente per arrivare ad una diagnosi congrua e di conseguenza alla terapia più corretta.

Take home message del caso clinico

1. Il dolore toracico va sempre bene analizzato e messo in diagnosi differenziale sulla base del quadro clinico e anamnestico del paziente.
2. La diagnosi finale spesso può essere subdola e va attentamente ricercata.
3. Il lavoro di équipe condiviso, nel rispetto delle proprie competenze e nella capacità di assunzione delle proprie responsabilità, rappresenta la strategia vincente per la risoluzione di casi clinici complessi.

Bibliografia

Bisconti M. "Pneumologia, patologie emergenti da sostanze d'abuso". Ed. Minerva Medica.

Mariotti O, Droghe e lavoro G Ital Med Lav Erg 2004; 26:3

S. Herman, H. Shanies, H. Singh & M. Warshawsky: "Spontaneous Esophageal Rupture: Boerhaave's Syndrome," pages 177-182. Clinical Pulmonary Medicine 10(3), May 2003.