Ematoma retroperitoneale spontaneo: presentazione di un caso clinico

Ann. Ital. Chir., LXXI, 6, 2000

F. Tosato, S. Palermo, L. Carnevale, A. Paolini

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Scienze Chirugiche e Tecnologie Mediche Applicate
Cattedra di Chirurgia Generale
Direttore: Prof. Antonio Paolini

Abstract

RETROPERITONEAL SPONTANEOUS HEMATOMA: A CASE REPORT

The A.A. present a case report of retroperitoneal spontaneous hematoma and put in evidence the difficulties in making an etiopathogenetic diagnosis of spontaneous renal cyst ropture. The patient was a 72 years old man admitted to the hospital in emergency for a painful ipogastric sintomatology and biliary vomit. The ecography showed a distenced gallbladder and the endoscopy evidenced a duodenal stenosys with compression of the gastric posterior wall, so that we were initially directed towards a pancreatic tumor even if the modest increase of the sierum bilirubinemy and mostly the fact that direct component was almost normal, gave us strong doubts. The spiral TC gave finally the diagnosis of retroperitoneal hematoma and the presence of a bilateral polycistic kidney with several subcapsular cyst, let us suggest, as well as the anamnestic report of a physical stress, a renal origin of the bleeding.
A wild literature rewiew did not evidence other similar cases, but the eclusion of other possible causes of retroperitoneal hematoma, suggested this conclusion.
Key words: Retroipertoneal hematoma, renal cysts.

Introduzione

Gli ematomi retroperitoneali costituiscono un evento sufficientemente raro ove si escluda una genesi traumatica degli stessi.
Tra le cause ricorrenti di ematomi in tale sede ricordiamo la rottura di aneurisma aortico addominale, la lacerazione dell'ileo-psoas, del quadrato dei lombi, del diaframma. Ancora, ferite a strutture gastrointestinali come esofago distale, II, III e IV porzione duodenale, pancreas, parete posteriore del colon ascendente e discendente possono dar luogo ad ematomi retroperitoneali a volte di difficile individuazione.
Altrettanto usuali possono essere le ferite di strutture genito urinarie come i reni, ghiandole surrenali, ureteri e vescica quasi sempre ma non esclusivamente in rapporto ad evento traumatico e per solito tali lesioni sono diagnosticate da segni e sintomi clinici specifici quali ematuria macroscopica. Inusuale tra tali cause genitourinarie di ematomi retroperitoneali è la rottura di una cisti renale. È quanto verosimilmente successo nel caso clinico riportato.

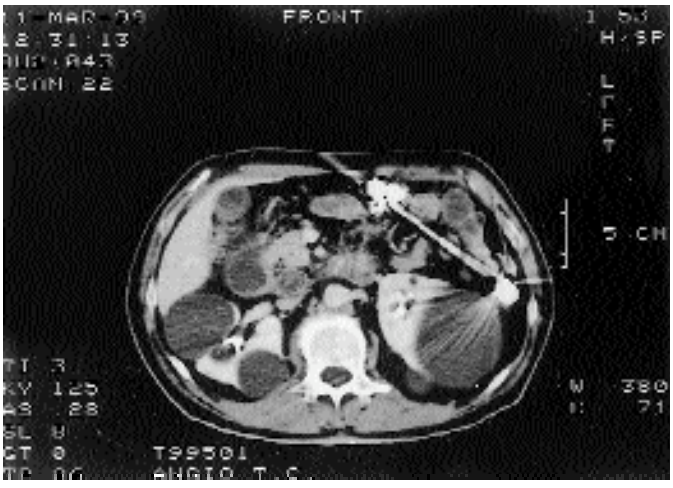
Caso clinico

Nel Febbraio di quest'anno è stato ricoverato presso il nostro reparto un paziente di sesso maschile di anni 72 con una sintomatologia che lo stesso faceva risalire a circa venti giorni prima del ricovero, ed associava ad uno sforzo fisico nel sollevare un grosso vaso di fiori.
Tale sintomatologia era stata caratterizzata inizialmente dalla comparsa di un episodio febbrile, che lo stesso paziente aveva fatto regredire con l'assunzione di farmaci antipiretici; in seguito, a due giorni di distanza, dall'insorgenza di dolore a tipo trafittivo nella regione lombare destra, che si irradiava nella regione epigastrica e compariva qualche ora dopo il pasto principale. Il dolore era seguito da vomito incoercibile di tipo alimentare. Per il persistere della sintomatologia il paziente si recava presso unità di Pronto Soccorso, dove gli veniva somministrata terapia a base di liquidi, antiacidi e veniva dimesso il giorno seguente.
Qualche giorno dopo la dimissione, il paziente, persistendo la sintomatologia, caratterizzata sempre da vomito biliare e dolore prevalentemente lombare ed epigastrico, si recava dal suo medico curante che gli prescriveva terapia a base di omeprazolo e antispastici. Non

Pervenuto in Redazione il 16 Novembre 1999

riscontrando alcun benificio da detta terapia, il paziente si recava nuovamente al Pronto Soccorso e da lì veniva trasferito nel nostro reparto, con la diagnosi di epigastralgia, per ulteriori accertamenti diagnostici e cure del caso. All'anamnesi risultava essere ultimo genito di tre germani; un fratello era deceduto all'età di 79 anni per infarto del miocardio, mentre l'altro fratello di anni 73 era affetto da lupus eritematoso sistemico; il padre era deceduto all'età di 75 anni per K polmonare, la madre di 97 anni risultava essere in apparente stato di buona salute. Il paziente riferiva di essere un normomangiatore fino al momento della comparsa dei sintomi sopra descritti, aveva smesso di fumare da circa venti anni, assumeva mezzo bicchiere di vino durante i pasti principali, era stato affetto da tubercolosi polmonare bilaterale dai diciasette ai ventisette anni, curata con pneumotorace terapeutico, era poi stato sottopostosto nell'età adulta ad intervento di appendicectomia e riferiva di non aver mai sofferto di patologie a carico dell'apparato gastrointestinale. All'esame obiettivo denunciava un certo deperimento, legato all'insufficiente alimentazione dell'ultimo periodo con una cute disidradata e, localmente, l'addome si presentava piano, mobile con gli atti del respiro, con cute trofica, annessi cutanei ben rappresentati, cicatrice ombelicale normointroflessa, presenza di cicatrice secondo Mc Burney ben consolidata ed epitelializzata, era trattabile, non dolorabile alla palpazione sia superficiale che profonda. Si apprezzava a livello della regione epigastrica una tumefazione a margini indistinti fissa ai piani sottostanti non pulsante, che alla percussione dava un suono di tipo ottuso e presentava un diametro di circa 3 cm. La peristalsi era conservata, il fegato non debordava dall'arco costale, ma la colecisti appariva distesa e ben palpabile, il Murphy risultava negativo, nulla si rilevava a carico della milza e degli altri organi. A questo punto veniva sottoposto agli esami di routine, i quali mettevano in evidenza un azotemia di 138mg/dl, creatinina, 3.07mg/dl, glicemia di 138mg/dl, un aumento dei globuli bianchi che risultavano essere di 14.900 un aumento del numero delle piastrine pari a 737mila, una spiccata neutrofilia, una bilirubina diretta di 0,43mg/dl, una bilirubina indiretta di 1,12 mg/dl ed un aumento degli enzimi epatici; normale il numero dei globuli rossi pari a 5.9 milioni per mm cubo, dall'esame delle urine risultava: colore oro, aspetto torbido peso specifico 1010 reazione alcalina, tracce di albumina, tracce evidenti di pigmenti biliari, e urobilina; il sedimento urinario era caratterizzato dalla presenza di cilindri ialini emazie e leucociti.

A seguito di questi esami veniva sottoposto a esofagogastroduodenoscopia che metteva in evidenza a livello dell'esofago un'esofagite di II grado, notevole ristagno biliare a livello gastrico e presenza di una tumefazione di circa 7 cm, ricoperta da mucosa apparentemente normale, a carico della parete anteriore dell'antro; il duodeno presentava una substenosi apicale che permetteva a fatica il transito dello strumento in II porzione. Per tale motivo il paziente veniva sottoposto ad ecografia epato pancreatica che metteva in evidenza un fegato aumentato di volume ad ecostruttura più compatta rispetto alla norma, la colecisti appariva distesa, con pareti ispessite e contenente sabbia biliare, le vie biliari principali non risultavano dilatate, il pancreas non era valutabile ma al contrario a livello di entrambi i reni si evidenziavano grossolane formazioni cistiche della grandezza da un minimo di 6 cm ad un max di 10 cm che alteravano bilateralmente la ecostruttura del parenchima. Per il sospetto di una formazione a carico della testa del pancreas, non visibile alla ecografia il paziente fu sottoposto ad una risonanza magnetica che visualizzò posteriormente alla testa del pancreas ed al processo uncinato, apparentemente ben clivata da essi, una formazione ovalare di 2,5 cm, che comprimeva anteriormente il passaggio tra la III e la IV porzione duodenale e determinava una modesta dilatazione delle vie biliari e del Wirsung. Tale formazione deponeva per un processo



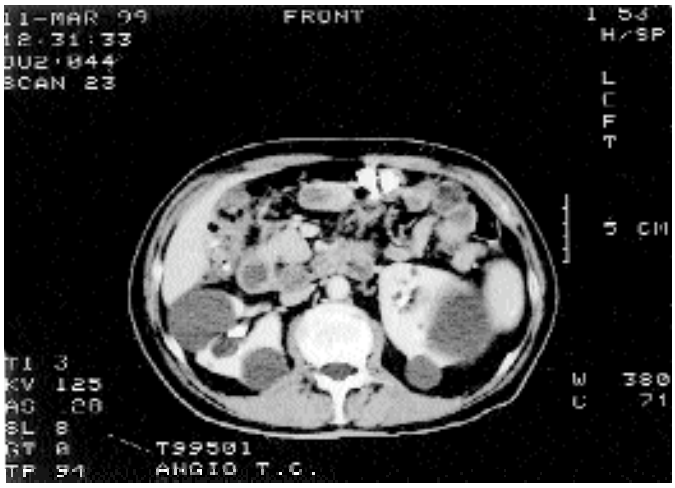


Foto 1a, 1b: T.C. del paziente: nei due tagli si evidenzia presenza di cisti bilateralmente e di voluminoso ematoma (diametro 2 cm) retroperitonealmente situato tra testa del pancreas, II e III porzione duodenale e vena cava.

espansivo di incerta natura, benché, si escludesse dalla risonanza un'origine pancreatica. Per una migliore e definitiva valutazione veniva effettuata una T.C. spirale, che permetteva di chiarire la natura della formazione descritta dalla R.M., deponendo per un ematoma cronico saccato di 2 cm, localizzato nello spazio retro peritoneale, indovato tra la porzione cefalica del pancreas, II e III porzione duodenale e parete inferiore della cava inferiore (Vedi Foto 1a, 1b). Le analisi ematochimiche che venivano ripetute a distanza di pochi giorni evidenziavano un ritorno alla norma della bilirubinemia, della creatinemia, delle piastrine, cosi come degli enzimi epatici. Un ulteriore controllo endoscopico permetteva di evidenziare una parziale remissione della compressione antro-duodenale, il paziente veniva dimesso con diagnosi di ematoma retroperitoneale in via di organizzazione. Un controllo ecografico ad un mese dal ricovero deponeva per assenza di patologia parietale ed endoluminale della colecisti, con vie biliari intra ed extra biliari nella norma.

Discussione

La diagnosi di ematoma retroperitoneale "spontaneo" non è facile anche in rapporto alla rarità con cui tale patologia compare in assenza di un chiaro evento traumatico alla variabilità della sintomatologia con cui può presentarsi (3). I sintomi sono per lo più in rapporto agli organi da cui l'ematoma deriva. Può essere presente dolore al fianco, all'addome anteriore, alla schiena, all'arto inferiore omolaterale o alla zona pelvica e segni riflessi quali nausea e vomito. L'intensità di questi sintomi riflessi può essere preminente tanto da sviare l'attenzione su altri organi o distretti(stomaco o apparato digerente) (1). Segni di laboratorio come anemia ed ematuria riflettono per lo più una origine renale, una iperamilasemia, spesso progressivamente ingravescente, suggerisce l'esistenza di una lesione pancreatica o duodenale. Il paziente in questione presentava un quadro clinico assai variegato che ha reso difficile una diagnosi od anche solo un sospetto diagnostico di ematoma retroperitoneale su base clinica, indirizzando verso altre ipotesi quali un tumore retroperitoneale, verosimilmente pancreatico. L'evidenza di una ampia impronta a livello antro-duodenale, ha supportato questa ipotesi così come il quadro RMN che ha visualizzato posteriormente alla testa del pancreatica ed al processo uncinato una formazione ovalare di 2.5 cm. L'evidenza di reni policistici bilaterali giustificava una iperazotemia con creatinemia elevata anche se certamente il dato, comparato con un quadro clinico non di normofunzionalità renale precedente al ricovero poteva indurre ad ipotizzare un sovraccarico renale da riassorbimento in soggetto con equilibrio instabile, cosi come pure l'iperbilirubinemia sia diretta che indiretta, inizialmente posta in relazione, come la colecisti distesa, ad un ostacolo al deflusso della bile. La colecisti era viceversa distesa in rapporto al digiuno protratto cui il paziente era stato sottoposto in rapporto al vomito ripetuto ed al dolore epigastrico intenso.

Una attenta revisione della letteratura non ci ha permesso di trovare altri casi descritti di ematomi retroperitoneali da rottura di cisti renale anche se questa, ci sembra l'ipotesi eziopatogenetica più probabile nel nostro paziente.

Il dato anamnestico di uno sforzo (brusco piegamento) immediadatamente precedente all'insorgenza della sintomatologia febbrile e poi dolorosa nel nostro paziente potrebbe ricondurre il caso ad una parziale lacerazione dell'ileopsoas (1.7) ma l'assenza di dolore locale e di impotenza funzionale o almeno parziale dell'arto omolaterale sembrano escluderlo. La diagnosi definitiva di ematoma retroperitoneale è venuta con l'esame T.C. spirale (1.16) (1.21) (1.23). Il semplice esame RX diretta addome è sufficiente a volte ad evidenziare l'obliterazione del muscolo grande psoas come segno di ematoma retroperitoneale.

La presenza di aria nello spazio retroperitoneale indirizza verso una perforazione duodenale. La T.C. effettuata in combinazione con introduzione di mezzo di contrasto nel tubo digerente ed endovenoso è oggi dirimente anche perché consente di discriminare la presenza di eventuali patologie pancreatiche ipotizzate.

Il trattamento degli ematomi retroperitoneali non traumatici è quasi sempre sintomatico (1.38) (1.40) e non richiede opportunità chirurgiche andando progressivamente incontro a riassorbimento come il caso presentato conferma.

Riassunto

Gli Autori presentano un caso clinico di ematoma retroperitoneale spontaneo e mettono in evidenza le difficoltà avute nel giungere alla diagnosi eziopatogenetica di rottura di cisti renale. Si trattava di un soggetto di 72 anni ricoverato d'urgenza per una sintomatologia dolorosa localizzata a livello ipogastrico persistente e pregressi episodi di vomito biliare. L'evidenza ecografica di una colecisti distesa, quella endoscopica di una substenosi duodenale e di una compressione estrinseca sull'antro gastrico avevano inizialmente orientato verso una neoformazione pancreatica anche se l'aumento modesto della bilirubina e soprattutto il fatto che ad aumentare fosse la componente indiretta alimentavano forti dubbi. La T.C. spirale consentiva infine una diagnosi definitiva di ematoma retroperitoneale e la presenza di una policistosi bilaterale con numerose cisti sottocapsulari sembra far ipotizzare unitamente al ricordo anamnestico di uno sforzo fisico (sollevamento di un peso) questa, come la più probabile fonte di emorragia in assenza di altre obiettività cliniche e radiografiche. Una completa revisione della letteratura non ha permesso di rilevare altri casi simili ma la progressiva esclusione di altre possibili cause di ematoma retroperitoneale ha portato a questa conclusione.

Parole chiave: Ematoma retroperitoneale, cisti renali, complicanze da cisti renali.

Bibliografia

1) David V., Feliciano D.: *What's New In General Surgery Managment of Traumatic Retroperitoneal Hematoma.* Ann Surg, Febbraio, Vol 211, 2:109-123, 1990.

2) Hafiani M., EL Mrini M., Debbagh A., Bennani S., Rabii R., Benjelloun S.: *Les hematomes spontanes du rein. A propos de 3 obser - vations.* Annali di Urologia, 32, 1:5-9, 1998.

3) Di Rosa C., Vnora S., Monterosso N., La Spada N.M. e Viola S.: *Ematoma retroperitoneale in corso di terapia eparinica: considera - zioni su tre casi.* Minerva Chir, 52(4):P493-7, 1997.

4) Allen R.E., Eastman B.A., Halter B.L., Conolly W.B.: *Retroperitoneal hemorrhage secondary to blunt trauma.* Am J Surg, 118:558-61, 196.

5) Jefrey R.B. Jr., Ferdele M.P., Crass R.A.: *Computed tomography of pancreatic trauma.* Radiology, 147:400-2, 1983.

6) Mc Aninch J.W., Ferdele M.P.: *Evaluation of renal injuries with computerized tomography.* J Urol, 128:456-60, 1982.

7) Dunn E.L., Berry P.H., Connaly J.D.: *Computed tomography of pelvis in patients with multiple injuries.* J Tauma, 23:378-83, 1983.

Autore corrispondente:

Dott. Filippo TOSATO
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Cattedra di Chirurgia Generale
Policlinico Umberto I°
Viale del Policlinico
00161 ROMA