

▷ PANORAMICA

Il tasso di mortalità è elevato in caso di rottura dell'Aneurisma dell'aorta addominale (AAA) e l'intervento chirurgico in elezione è la gestione più efficace per prevenire questa temibile complicanza¹.

Nella maggior parte della popolazione (95%) l'Aorta ha un diametro <3 cm².

Si definisce Aneurisma un diametro >3 cm:

Piccolo: < 4 cm.

Medio: 4-5,5 cm.

Grande: > 5,5 cm.

Il Tabagismo è un fattore importante nel contribuire all'espansione³.

Fattori di rischio: età avanzata, fumo di sigaretta, sesso M, razza caucasica, ipertensione arteriosa sistemica (IAS), aterosclerosi, familiarità per AAA, altri aneurismi⁴.

► VALUTAZIONE

La Presentazione classica (dolore severo, massa pulsante addominale e ipotensione arteriosa) si osserva solo nel 50% dei casi⁵.

Un Errore diagnostico (solitamente con condizioni quali colica renale, ischemia intestinale o emorragia gastrointestinale) si verifica nel 30% dei casi⁶.

Esami di Laboratorio specifici

Emocromo, VES ed EsU, possono essere utili per escludere altre cause di dolore.

AAA asintomatico: può essere sospettato sulla base dell'anamnesi o essere un reperto occasionale.

Imaging indicato per confermare la diagnosi, determinare l'estensione e gestire il rischio di rottura.

AAA sintomatico: dolore addominale, al fianco o lombare, ecchimosi al fianco, rilievo di una fistola aortica.

Emodinamica stabile → TC addome⁷.

Emodinamica Instabile → Ecografia⁷.

► GESTIONE

Consulenza Chirurgica: la gestione dipenderà dal diametro e dalla presenza di sintomi. Le opzioni includono stent vs protesi vascolare.

I pazienti instabili richiedono supporto rianimatorio e intervento chirurgico in emergenza.

▷ PANORAMICA

Edema tissutale improvviso, localizzato e autolimitante, secondario al passaggio di plasma nello spazio interstiziale.

Si può associare a reazione orticaroidica (*istaminergica*)¹.

Generalmente interessa il tessuto connettivo lasso (volto, labbra, estremità degli arti, genitali e parete intestinale).

Esordio Rapido che non coinvolge le aree declivi a differenza dell'edema cronico.

Forma istaminergica. È la più comune¹:

Idiopatica, allergica, indotta da farmaci. Si può associare ad orticaria.

Generalmente risponde agli antistaminici (es. forme allergiche).

Angioedema non-istaminergico^{1,2}:

Assenza di orticaria o sintomi allergici.

Esordio più graduale (24-36 ore) con decorso più prolungato.

Correlato ad un *trigger* e meno improvviso (es. l'angioedema indotto da ACE inibitori può comparire dopo settimane o perfino anni dall'assunzione).

Può coinvolgere la via delle bradichinine e non risponde agli antistaminici.

Anafilassi: angioedema associato a ipotensione e compromissione respiratoria¹.

▷ VALUTAZIONE

Valuta le vie aeree.

Identifica le possibili cause (ACE inibitori, FANS, puntura di insetti).

La presenza di sintomi di reazione allergica (orticaria da attivazione delle mastocellule, prurito, costrizione della gola) restringono l'eziologia a ingestione o esposizione^{1,3}.

Sintomi non associati a orticaria e che non rispondono agli antistaminici, possono essere mediati dalle bradichinine (ACE inibitori, deficit acquisito di C1-inibitore).

La diagnosi è generalmente clinica. Esami di laboratorio di routine nel *setting* acuto non sono molto utili¹.

Nelle forme croniche o se il *trigger* non è chiaro, valuta:

Emocromo con formula.

Ematochimico.

PCR o VES (possono risultare elevate in corso di infezione o nelle forme indotte da ACE inibitori)⁴.

Frazione C4 del complemento (valori bassi suggeriscono un deficit di C1-inibitore acquisito o ereditario).

TSH.

Fibrolaringoscopia: utile, quando disponibile, per valutare l'estensione dell'angioedema alle vie aeree¹.

TC addome/pelvi: se si sospetta il coinvolgimento della parete intestinale (un angioedema da ACE-inibitori associato a dolore addominale suggerisce solitamente la forma ereditaria)^{5,6}.

Ascite, ispessimento e irrigidimento delle pareti del piccolo intestino.

► GESTIONE

Assicura la pervietà delle vie aeree se compromesse (*anafilassi*)⁷.

Adrenalina (1 mg/ml): 0,3-0,5 IM (ripetibile ogni 5-15 min).

Eventuale infusione EV nei casi non responsivi (0,1 mcg/min/kg).

Fluidi EV.

Ossigeno.

Salbutamolo per via inalatoria.

Vasopressori.

Glucagone: nei pazienti in terapia con beta-bloccanti che possono non rispondere all'adrenalina.

1-5 mg EV in 5 min, seguito da infusione a 5-15 mcg/min.

Forme allergiche (orticaria): rimuovere il trigger (allergene).

Antistaminici di classe anti-H1: Clorfenamina IM/EV 5-10 mg (dose massima 40 mg) oppure Prometazina IM/EV 25 mg.

Corticosteroidi: Metilprednisolone 125 mg/die EV, oppure Prednisone 20-40 mg/die PO per 5-7 giorni.

Adrenalina: 0,3-0,5 mg IM (0,01 mg/kg, con dose massima singola pari a 0,5 MG). Ripetibile ogni 5-15 min.

Antistaminici di classe anti-H2 (*ranitidina* 50 mg EV → NdT farmaco attualmente non disponibile in Italia).

Forme non istaminergiche: angioedema ereditario o acquisito noto:

Somministrare concentrato di C1-inibitore.

Forme non istaminergiche mediate da ACE inibitori:

Sospendere il farmaco; terapia di supporto.

Osservazione nei pazienti che non richiedono ricovero.