



Emorragia surrenalica bilaterale: appunti dalla pratica clinica

Maria Elena Aloini, Irene Biondo, Guido Roberto, Francesca Ricci, Roberta Maggio, Pina Lardo, Antonio Stigliano
mariaelena.aloini@uniroma1.it
Endocrinologia, Dipartimento di Medicina Clinica e Molecolare, Sant'Andrea Università di Roma.

Introduzione e background: L'emorragia surrenale (AH) è una condizione rara (1); più frequentemente si tratta della conseguenza di un trauma addominale, coinvolgendo quindi solo una delle ghiandole surrenali. L'emorragia surrenalica bilaterale (BAH) è solitamente causata da condizioni sistemiche, come interventi chirurgici, setticemia, coagulopatia e rappresenta il 10% di tutte le AH. Quando la BAH coinvolge più del 90% della corteccia surrenale, portando potenzialmente a un'insufficienza surrenalica acuta (AI), le sue conseguenze possono essere drammatiche. L'IA è una condizione pericolosa per la vita se non immediatamente riconosciuta e trattata (2). Al contrario, l'AH unilaterale è spesso asintomatica. La diagnosi clinica di BAH è impegnativa, essendo i suoi segni e sintomi spesso vaghi e non specifici, quindi difficili da inquadrare; le sue caratteristiche radiologiche sono molto tipiche e quindi solitamente diagnostiche. I pazienti tipicamente presentano una varietà dei seguenti sintomi: dolore addominale, nausea, vomito, anoressia, affaticamento, tachicardia, ipotensione, squilibrio elettrolitico (iponatriemia, iperkaliemia), ipoglicemia, spesso associato ad un calo dei livelli di emoglobina che non può essere altrimenti spiegato (2). Talvolta la prima presentazione clinica è un'IA acuta, con instabilità emodinamica, con una mortalità associata del 15% (3).

Presentazione del caso: In questo lavoro riportiamo i casi di due pazienti, che si sono presentati entrambi al Pronto Soccorso con un quadro clinico aspecifico, simile ad addome acuto, e pertanto presentavano una TC senza contrasto, che ha portato alla diagnosi di BAH. Per entrambi, diversi fattori di rischio (RF) hanno contribuito all'AH.

Trattamento: veniva impostata prontamente terapia sostitutiva surrenalica.

Follow-up: si è osservato rapido miglioramento delle condizioni, normalizzazione di pressione arteriosa e livelli di sodio. L'ACTH risultava alto mentre cortisolo basale, aldosterone e PRA erano nel range. Quindici giorni dopo la dimissione, PA, elettroliti e emoglobina erano nella norma e i livelli di ACTH si erano ridotti. La TC ha dimostrato una riduzione delle dimensioni di entrambi i surreni. Per valutare l'adeguamento della terapia con corticosteroidi il paziente è stato sottoposto ad ACTH test dopo 1 mese, dopo 1 anno e successivamente dopo 2 anni dall'episodio descritto: i test hanno sempre rivelato una risposta surrenalica inadeguata allo stimolo. Nel corso del follow-up, gli esami ematici e l'imaging hanno mostrato un progressivo miglioramento biochimico e dimensionale delle lesioni. Durante la pandemia da Sars-CoV-2 il paziente non è stato rivalutato per due anni, durante i quali ha deciso autonomamente di sospendere il CA. Dopo 5 anni, l'ACTH test ha mostrato completa remissione dell'insufficienza corticosurrenalica, non è stata quindi più necessaria la terapia sostitutiva.

	PS	2 mesi dopo	12 mesi dopo	1 anno dopo	5 anni dopo
Cortisolo basale (nmol/l)	356.0	256.3	330.2	205.2	271.5
Cortisol 60' dopo ACTH test (nmol/l)		287.8	307.5	387.4	505.8
ACTH basale (pg/ml)	115.6	120.9	111.7	46.5	44.7
Imaging	TC1: imbibizione del tessuto adiposo che circonda il surrene di sinistra; TC2: 6.1 cm a sinistra e 5.1 cm a destra	TC: 4.1 cm a sinistra e 3.4 cm a destra		RMN: 7 mm a destra e 1.3 cm a sinistra	

Discussione: nei pazienti con insufficienza corticosurrenalica che presentano eventi trombotici deve essere esclusa la sindrome da antifosfolipidi (APLS). Inoltre quando l'eziologia è sconosciuta è obbligatorio lo screening con LAC e anticorpi anticardiolipina. L'emorragia surrenalica bilaterale, se non viene diagnosticata, ha un rischio di mortalità molto elevato, ma l'eventuale insufficienza corticosurrenalica associata è spesso reversibile; pertanto il trattamento di scelta dovrebbe essere un approccio conservativo, basato su un rigoroso follow-up.

Take home messages:

- In caso di ipotensione o dolore addominale che si presenta poco dopo l'inizio di qualsiasi terapia anticoagulante deve essere eseguito lo screening per insufficienza corticosurrenalica.
- Il sospetto deve insorgere soprattutto nei pazienti operati (in particolare in ortopedia) che sviluppano nausea, dolore addominale, febbre.
- Ogni paziente con un aumento dimensionale bilaterale delle ghiandole surrenali improvviso deve essere valutato per l'insufficienza corticosurrenalica.
- Il trattamento deve iniziare immediatamente anche prima dei risultati degli esami di laboratorio ormonali.

BIBLIOGRAFIA (Max 3 voci)

1. Mudenha ET, Rathi M. Adrenal insufficiency due to the development of bilateral adrenal haemorrhage following hip replacement surgery. *JRSM Open* (2015) 6(11):2054270415609837. doi: 10.1177/2054270415609837. PMID: 26673817; PMCID: PMC4641559.
2. Badawy M, Gaballah AH, Ganeshan D, Abdelalizi A, Remer EM, Alsabbagh M, Westphalen A, Siddiqui MA, Taffel MT, Itani M, Shaaban AM, Elsayes KM. Adrenal hemorrhage and hemorrhagic masses; diagnostic workup and imaging findings. *Br J Radiol* (2021) 94(1127):20210753. doi: 10.1259/bjr.20210753. Epub 2021 Aug 31. PMID: 34464549; PMCID: PMC8553189.
3. Wang L, Wang XF, Qin YC, Chen J, Shang CH, Sun GF, Li NC. Bilateral adrenal hemorrhage after hip arthroplasty: an initially misdiagnosed case. *BMC Urol* (2019) 19(1):106. doi: 10.1186/s12894-019-0536-7. PMID: 31684918; PMCID: PMC6829824.