



# L'aneurisma si scopre ma ribaltando la scena

Distinguere la figura dallo sfondo non è solo un meccanismo della percezione visiva, ma una forma di ragionamento che consente di condurre a felice conclusione casi clinici complessi o rari. Purché il medico abbia sempre accesso alla visione d'insieme di quanto sta accadendo

GIUSEPPE BELLERI / MEDICINA GENERALE (BRESCIA)

## CARROZIERE ALLO SFASCIO

### IL CASO

Tutto è iniziato la mattina di una festività infrasettimanale di novembre, con un forte dolore alla nuca e febbre. La moglie del signor Franco C., carrozziere di 36 anni, padre di tre bambini, gran lavoratore e scarso frequentatore dell'ambulatorio, ha subito chiamato il medico di guardia che ha diagnosticato al marito una forma virale di tipo influenzale. Il pomeriggio del sabato seguente Franco si è poi recato in pronto soccorso per il persistere dei sintomi. L'otorino, chiamato dal collega di turno, rileva una temperatura corporea di 37,3 gradi, fa diagnosi di faringite acuta e prescrive amoxicillina orale. Il lunedì mattina, quando viene da me in ambulatorio, non noto segni clinici particolari tranne una modesta rigidità dolorosa della colonna cervicale, per cui prescrivo una radiografia del rachide.

Dopo qualche giorno si ripresenta la moglie con il referto, poco significativo, e racconta che il marito ha sempre la febbre, non elevata ma capricciosa, mentre il mal di testa si è spostato in sede frontale. Lo invito a una visita di controllo per il giorno dopo e formulo il sospetto di una sinusite acuta.

Egli invece, per la riacutizzazione della cefalea, si reca nuovamente in pronto soccorso, dove il collega di turno richiede subito una ra-

diografia dei seni paranasali, che mostra un «opacamento subtotale di natura sinusopatica del seno mascellare dx», e prescrive un macrolide di ultima generazione. La terapia non mi convince, e la storia comincia a insospettirmi; per sicurezza, visto il protrarsi della febbre e memore di una mia assistita che ha avuto ben due meningiti come complicanza sinusitica, prescrivo del ceftriaxone intramuscolo e raccomando alla moglie di tenermi informato sull'andamento. Dopo tre giorni si fa viva nuovamente: mal di testa e febbre persistono con andamento intermittente; il marito però ha comportamenti strani e non risponde a tono. Lo convoco subito in ambulatorio e, verificata la presenza di un obnubilamento del sensorio, prescrivo una consulenza infettivologica urgente presso l'ospedale regionale per sospetta meningite. L'infettivologo stila il referto: «Cefalea occipitale di natura da determinare, senza segni meningei. Si rinvia al pronto soccorso per ulteriori decisioni, in mancanza di posti letto». Franco viene trasferito in otorino dove, nel giro di 48 ore, le condizioni peggiorano. Si decide di fare una TC, che rivela la presenza di ben cinque aneurismi, uno dei quali ha provocato un'emorragia subaracnoidea. Il mio paziente ha subito, alcuni giorni dopo, un lungo intervento neurochirurgico andato a buon fine. Fra pochi giorni, a cinque mesi dall'operazione, terminerà il ciclo di fisioterapia per la sindrome spalla-mano da esiti di emiplegia secondaria.

Il caso clinico narrato sopra è un esempio di quanto la diagnosi di emorragia subaracnoidea possa essere insidiosa. Si sono infatti susseguiti ben sette medici al capezzale di Franco prima che emergesse il sospetto di una sofferenza meningea. Casi molto più semplici sono peraltro finiti sulle pagine di cronaca dei giornali. C'è da chiedersi per quale motivo si verifichi una simile resistenza cognitiva. Il neurologo A. Poek così commenta l'iter diagnostico dell'emorragia subaracnoidea: «E' imbarazzante che in molte condizioni la diagnosi non venga fatta, perdendo tempo prezioso, nonostante che i segni e i sintomi siano piuttosto caratteristici; la varietà di diagnosi erronee e di successive procedure terapeutiche inadeguate è veramente scoraggiante» (1).

Casi come questi possono essere letti a due livelli. Il primo è quello specifico della malattia in questione e dei dilemmi diagnostici che pone al medico. Il secondo, più generale e astratto, riguarda il processo cognitivo; le sue regole implicite e sotterranee sono talvolta svelate proprio dagli errori e dalle difficoltà.

La storia del signor Franco era senza dubbio ingannevole e atipica per tre mo-

tivi: l'andamento intermittente della cefalea, dovuto probabilmente a modesti sanguinamenti di avvertimento; la presenza fuorviante della febbre in un periodo tipico per l'influenza; infine, la mancanza, perlomeno nelle prime fasi, di altri sintomi e segni neurologici (alterazioni della coscienza e della motilità oculare, crisi epilettiche, sintomi neurovegetativi eccetera).

E' stata la febbre a depistare i primi medici; tutti infatti hanno attribuito senza esitazione la cefalea all'innalzamento termico. Com'è noto la cefalea, spesso unico sintomo dell'emorragia subaracnoidea, ha un esordio rapido o improvviso e un'intensità mai sperimentata in precedenza: «Il mal di testa peggiore della mia vita» dicono spesso i pazienti.

### UN PRIMO APPROCCIO

Capita che lo stesso fenomeno possa essere rappresentato, anche per l'influenza del resoconto del paziente, da diversi punti di vista: a volte è opportuno ripercorrere gli eventi per verificare se potevano essere presi in considerazione diversi modelli di lettura della realtà.

Può così accadere che vengano portati in primo piano uno o più dati clinici prece-

dentemente sottovalutati o trascurati, in un capovolgimento di prospettiva o riorientamento gestaltico tra figura e sfondo. Il processo cognitivo può così subire un'accelerazione, un salto qualitativo decisivo per la soluzione del caso. Certe impasse diagnostiche non sono dovute solo alla complessità o rarità della malattia (l'oggetto) ma anche alla distinzione tra figura e sfondo nel corso del primo approccio, dalla quale emergono i dati ritenuti significativi: perciò il medico che si trova in difficoltà deve rivolgere un'attenzione autoriflessiva alle proprie osservazioni o distinzioni, ai pregiudizi che possono contribuire a costruire la realtà osservata.

Il primo medico di guardia era, per certi versi, nelle condizioni migliori, rispetto ai successivi, per riconoscere l'emorragia subaracnoidea. Forse, grazie all'osservazione diretta del malato, poteva portare in primo piano il sintomo cefalea, avanzare ipotesi diagnostiche coerenti ed effettuare le manovre semiologiche del caso. Infatti, qualora egli avesse categorizzato il disturbo non come sindrome infettiva febbrile con mal di testa ma come primo episodio di cefalea intensa e improvvisa, la vicenda avrebbe



**Un esempio di percezione gestaltica. In questa immagine i profili sono due: una giovane e una vecchia. Per vederle è necessario modificare i punti di riferimento visivi.**



**Cefalea intensa al primo episodio: diagnosi differenziale**

Tabella 1

- INFEZIONE SISTEMICA
- MENINGITE ACUTA
- EMORRAGIA SUBARACNOIDEA
- TRAUMA CRANICO, EMATOMI SUBDURALI O EPIDURALI
- GLAUCOMA ACUTO
- SINUSITE ACUTA PURULENTA
- PRIMO ATTACCO DI EMICRANIA
- ARTERITE TEMPORALE
- CRISI IPERTENSIVA DA FEOCROMOCITOMA

presumibilmente assunto un corso diverso. Nel secondo caso, infatti, le probabilità di individuare una causa potenzialmente grave sono a priori maggiori (vedi la tabella 1 di diagnosi differenziale pubblicata in questa pagina).

Il compito dei curanti successivi era invece più difficile. Essi, infatti, dovevano ricostruire puntigliosamente ogni volta eventi dei quali non erano stati testimoni. E' noto che l'attività diagnostica pratica non è una conoscenza pura – come la scoperta di una teoria biologica o fisiologica – bensì un'abilità cognitiva complessa che consiste nel riconoscere l'ignoto (il singolo caso clinico) a partire dal noto (i quadri nosografici paradigmatici). Il procedimento clinico può anche essere assimilato a una ricostruzione storica. In alcune situazioni il medico deve agire proprio come lo storico di professione che, grazie a testimonianze, documenti e materiale d'epoca, delinea lo sviluppo degli eventi in un dato periodo. Nel caso in apertura il medico curante era, forse più degli altri, in grado di seguire in modo prospettico l'intera vicenda, di ricostruire e interpretare gli avvenimenti rilevando incongruenze, contraddizioni e nuovi spunti da approfondire; infatti egli, a un certo punto, comincia a dubitare della fondatezza delle varie diagnosi.

**DIAGNOSI E CONTESTO**

La motivazione comunemente addotta per spiegare le difficoltà diagnostiche fa riferimento alla rarità della condizione clinica in questione.

Dopo qualche lustro di attività, un medico di famiglia medio – ma il discorso può valere entro certi limiti anche per l'ospedaliero – dovrebbe essere in grado di fare diagnosi o di impostare iter diagnostici adeguati di routine, senza eccessivi sforzi mentali e, in genere, senza compiere grossolane sviste.

Il rischio sta proprio nell'aderire passivamente ai casi consueti e facili, senza accorgersi, per esempio, che, occasionalmente, tra le banali cefalee da ipertensione si può nascondere la forma sintomatica grave. L'abilità clinica del medico di famiglia consiste proprio nel mantenere sempre vigile la capacità di percepire i segni di una patologia rara, cioè poco probabile, tra la routine di tutti i giorni.

L'influsso delle condizioni ambientali sul giudizio clinico può essere definito effetto contesto. La sua importanza è dovuta al fatto che esso condiziona il senso di un evento e della comunicazione in

genere: «Prive di contesto le parole e le azioni non hanno alcun significato» (2). Nel caso del signor Franco i sintomi sono stati attribuiti da più medici a una flogosi delle vie aeree superiori; ciò indica quanto rilievo abbia, nella rappresentazione della realtà, la cornice spaziale e temporale in cui è collocato un fenomeno, nel caso specifico la stagionalità delle affezioni da raffreddamento. Con questo termine non si deve intendere solo la realtà fisica, ambientale o sociale in cui viene osservata la malattia: anche la re-



## L'aneurisma si scopre ribaltando la scena

lazione tra il medico e il paziente può costituire un contesto interattivo che influenza il giudizio clinico.

Mara Selvini Palazzoli, terapeuta della famiglia, ha osservato che, a volte, per comprendere il fallimento di un trattamento, è necessario che si verifichi un prolungato distacco tra psicoterapeuta e paziente per opporsi «alla sostanziale unità del metasistema che si costituisce tra terapeuta e famiglia» (3). Il termine metasistema è qui usato in un'accezione analoga a quella di contesto.

Questo effetto è sempre in agguato: dalla solita tosse del bronchitico cronico che cela una neoplasia bronchiale, al dolore toracico in corso di epidemia influenzale che in realtà è un sintomo di pneumotorace (vedi l'articolo di Francesco Benincasa su *Occhio Clinico* 1997; 3: 21 che racconta un riuscito annullamento dell'effetto contesto).

### PROBABILITA' E IPOTESI

D'altra parte la considerazione per le condizioni del contorno in cui si sviluppa un evento non comporta automaticamente il rischio d'errore o di giudizio superficiale. L'ambivalenza del contesto è dovuta al fatto che la prima regola per la scelta delle ipotesi si basa sulla probabilità clinica, e soprattutto epidemiologica, che una malattia sia presente in un paziente in un dato momento. In genere la prima ipotesi che si affaccia alla mente del medico è quella più semplice o più probabile in relazione all'anamnesi, alla popolazione o all'ambiente.

Tuttavia, come afferma il clinico padovano Cesare Scandellari, «il criterio di semplicità dell'ipotesi diagnostica non può essere considerato di valore assoluto e, nel caso in cui un'ipotesi più comples-

### In genere la prima ipotesi che si affaccia alla mente del medico è quella più semplice o più probabile

sa (nel nostro caso più rara) appaia, tutto considerato, più probabile, questa va preferita alla ipotesi più semplice ma meno probabile» (4).

L'osservazione di una puntata febbrile con mialgie e senza obiettività clinica significativa nel mese di gennaio non suggerirà l'ipotesi di malaria, a meno che il paziente non sia un immigrato africano rientrato in Italia dopo aver trascorso le vacanze natalizie nel suo paese. In questo esempio l'attenzione per l'anamnesi e l'ambiente di vita dell'assistito prevale sul contesto spaziale e temporale, e facilita, invece di ostacolare, l'emergere di

### Gli aneurismi intracranici

Tabella 2

#### SINTOMI PRODROMICI

- PARALISI DI NERVI CRANICI (III E VI)
- DIFETTO DEL CAMPO VISIVO
- DOLORE OCCIPITALE O AL BULBO OCULARE

#### ROTTURA ED EMORRAGIA SUBARACNOIDEA

- CEFALEA INTENSA, A VOLTE DOPO SFORZO, SENZA SEGNI NEUROLOGICI, CON VOMITO E POSSIBILE IRRITAZIONE MENINGEA
- CEFALEA CON SEGNI NEUROLOGICI PER EFFETTO COMPRESSIVO DI UN COAGULO (EMIPRESI, CRISI EPILETTICA, AFASIA, ANOSOGNOSIA, AMNESIA, ABULIA)
- IMPROVVISA E TRANSITORIA PERDITA DI COSCIENZA (45% DEI CASI)

#### DECORSO

- RECIDIVA DI ROTTURA NEL 30% DEI CASI NELLE DUE SETTIMANE SUCCESSIVE ALL'ESORDIO
- TC ENCEFALO NEGATIVA NEL 15% DEI CASI (PUNTURA LOMBARE IN CASO DI FORTE SOSPETTO)
- COMPLICAZIONI: INFARTO ISCHEMICO SECONDARIO, VASOSPASMO CEREBRALE E IDROCEFALO COMUNICANTE

una congettura diagnostica corretta rispetto a quell'individuo, ma del tutto improbabile in un cittadino italiano che non si è mosso da casa.

In questo caso la prima categorizzazione del disturbo appare corretta, a differenza di quanto accade nel caso di emorragia subaracnoidea; ciò che cambia il significato della febbre è il passaggio da un contesto geografico all'altro, vale a dire dall'epidemiologia europea (epidemia influenzale invernale) a quella africana (endemica delle infezioni parassitarie).

Nella storia di Franco, invece, il contesto ha condizionato negativamente – ancor prima delle congetture diagnostiche – la rilevazione e la prima categorizzazione dei dati; infatti solo molto avanti nella vicenda emergerà la priorità della cefalea rispetto agli altri sintomi (la distinzione tra figura e sfondo), nonostante sia stato proprio il mal di testa la causa dei ripetuti viaggi e visite in pronto soccorso.

Il medico di famiglia è particolarmente attento alla cosiddetta probabilità degli igienisti, cioè all'epidemiologia della malattia, per un semplice motivo: in genere egli non può ricorrere in tempi rapidi agli esami strumentali, che sono il principale ausilio per le decisioni in situazione di incertezza. Perciò deve fare grande affidamento sul criterio epidemiologico.

### TEMPO E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Per finire va sottolineata un'importante differenza tra condizioni di emergenza e di decorso ordinario. La proliferazione, la verifica o l'eliminazione delle ipotesi è la regola nelle situazioni non acute; ben diversa è la condizione clinica urgente, o potenzialmente tale, come l'emorragia subaracnoidea. Il tempo necessario per confermare la fondatezza di un'ipotesi diagnostica – in questo caso, per esempio, l'attesa per l'esito della terapia antibiotica – può comportare il rischio di aggravamento delle condizioni cliniche.

L'accantonamento delle ipotesi più semplici, confutate dagli esami strumentali o dal decorso della malattia, non fa che accrescere le probabilità a favore di ipotesi cliniche più complesse o più rare (5). Insomma nelle situazioni acute non si può utilizzare la risorsa tempo che prima o poi, in condizioni normali, porta alla diagnosi corretta mediante l'eliminazione degli errori. Per di più il fatto che il paziente venga ripetutamente visto in condizioni di emergenza (pronto soccorso ospedaliero o guardia medica) impedisce al medico di turno di essere aggiornato sul decorso clinico e quindi di controllare la propria diagnosi.

La frammentarietà dell'intervento sanitario e la scarsa comunicazione tra i vari curanti è una condizione di alto rischio per un ritardo nella diagnosi.

Nel caso in apertura si è creata una situazione paradossale. Da un lato le ripetute consultazioni, dovute anche alle festività, dimostrano la persistenza e l'aggravamento del disturbo, e indirettamente i limiti dei precedenti interventi sanitari (6). Contemporaneamente questo importantissimo dato comportamentale – cioè il fatto che Franco si rechi in pochi giorni per ben tre volte in pronto soccorso – non viene colto o viene sottovalutato dai diversi medici. Se Franco fosse stato visitato sempre dallo stesso medico si sarebbe perso meno tempo?

### BIBLIOGRAFIA

- 1) Poeck A. Decisioni cliniche in neurologia. Piccin, Padova, 1993.
- 2) Bateson G. Mente e natura. Adelphi, Milano, 1984.
- 3) Selvini Palazzoli M. Sul fronte dell'organizzazione. Feltrinelli, Milano, 1989.
- 4) Scandellari C. La strategia della diagnosi. Piccin, Padova, 1981.
- 5) Antiseri D. Teoria unificata del metodo. Liviana, Padova, 1981.
- 6) Reed SK. Psicologia cognitiva. Il Mulino, Bologna, 1994.