



Sotto il pizzicore si deve grattare

Un prurito diffuso, senza lesioni cutanee visibili e in assenza di altri indizi, diventa un dilemma diagnostico di difficile risoluzione. Ma poiché può nascondere malattie gravi, non bisogna esitare a procedere con qualche esame nell'intento di raccogliere ulteriori informazioni

GIUSEPPE BELLERI / MEDICINA GENERALE (BRESCIA)

E SE AVESSE UN CANCRO?

IL CASO I

Per molti anni Concetta B. è venuta a trovarmi solo per la prescrizione degli antipertensivi che prendeva in modo poco corretto, con lunghi periodi di sospensione della terapia. La signora, sulla settantina, ha un aspetto particolare: lineamenti orientaleggianti, naso a sella, colorito giallastro, voce alterata da una lieve malformazione laringea che la rende metallica, gracchiante.

Nonostante le mie prediche, si è andati avanti così fino a quando un TIA l'ha costretta a un prolungato ricovero in ospedale.

Da quel momento Concetta ha cominciato a prendere i farmaci con rigore: calcio antagonista, ACE inibitore, ASA.

In maniera subdola, ormai da un anno, l'anziana signora ha cominciato a lamentare prurito generalizzato. Ha iniziato autonomamente il giro dei dermatologi che, pur non trovando lesioni cutanee, hanno prescritto creme, lozioni, saponi non saponi e antistaminici.

Dopo aver consultato gli specialisti, Concetta approda da me. Le notti cominciano a diventare lunghe, il sonno è interrotto dal prurito, la giornata è un tormento. Impossibile non pensare a controllare i linfonodi superficiali, non eseguire una radiografia del torace e una ecografia addominale. Sottopongo la signora anche ad alcuni esami ema-

tochimici pensando a una cirrosi biliare, a esami delle feci nel dubbio di una parassitosi intestinale, ma tutto risulta a posto.

Provo allora a sospendere i farmaci: uno per uno per capire se si tratta di un effetto collaterale. Nulla.

E' la volta delle prove allergometriche, risultate negative. Di fronte alla possibilità di un'allergia alimentare e di una complicata dieta di esclusione mi arrendo. Dico alla paziente di mangiare quello che vuole.

Il tempo passa e il disturbo resta. Concetta si fa vedere di rado, talmente di rado che da una volta all'altra mi aspetto di sentirle dire che è tutto passato; invece ogni volta la signora sembra arrivata al massimo della sopportazione. A testimonianza della realtà del prurito ci sono lesioni da grattamento sulle braccia, sulle gambe e sulla schiena.

La situazione è ambigua. Io so che il sintomo potrebbe nascondere patologie gravi, ma sono incerto sul da farsi.

Gli esami di primo livello sono risultati a posto, eppure io ricordo di due casi analoghi che mi sono capitati in passato. In uno dei due era emerso dopo due anni un carcinoma gastrico e nell'altro un cancro del colon.

Vale la pena che sottoponga Concetta a esami invasivi alla ricerca di un fantasma?

D'altra parte anche l'idea di aspettare senza fare niente è frustrante e mi fa sentire inutile.



LORENA MUMFORD

E' indubbio che i due casi clinici narrati dai colleghi qui sopra e a pagina 11 rappresentino, per i medici che devono sbrogliare la matassa diagnostica, bei grattacapi. Giochi di parole a parte, il sintomo prurito pone spesso il medico di fronte a situazioni sfuggenti e, non di rado, a veri dilemmi clinici. La sensazione di ambiguità e di frustrazione descritta dal collega nel primo caso è la stessa che prova il lettore abituato a trovare, al termine del racconto, un lieto fine, cioè una chiara e rassicurante diagnosi.

MOLTE IPOTESI INDISTINTE

Da dove deriva questa sensazione di disagio che accomuna il prurito ad altri sintomi come astenia, calo ponderale, inappetenza, malessere generale? Si tratta di disturbi a **carattere indistinto** e aspecifico, perlomeno quando si presentano iso-

latamente. All'opposto sta il sintomo patognomonico che rimanda in maniera diretta e inequivoca a una definita condizione clinica.

Il prurito, invece, al pari dei sintomi sopra ricordati, evoca nella mente del medico quasi automaticamente una lunga lista di possibili eziologie - dai test se ne

ricavano più di cinquanta - che lo gettano in una condizione di incertezza.

Possiamo immaginare la diagnosi come un processo di progressiva riduzione dell'incertezza, che avviene mediante una laboriosa scelta e selezione all'interno della gamma di patologie potenzialmente responsabili del sintomo. Il fatto è che, in mancanza di altri segni clinici come accade nei due casi, non vi è la possibilità di stabilire una sicura gerarchia di ipotesi diagnostiche più probabili.

Per forza di cose la ricerca deve essere condotta a tappeto e un po' alla cieca, o perlomeno, in due o più tappe successive. Si possono esaminare quindi le strategie di ricerca utilizzabili per ridurre l'incertezza, a partire dal comportamento dei protagonisti delle storie.

Nel primo caso la signora Concetta si rivolge subito allo specialista considerato

UNA LUNGA PENITENZA

IL CASO 2

«E' la dottoressa G.?». Maria F., assistita da un medico di base che sostituisco saltuariamente, riconosce immediatamente la mia voce al telefono della guardia medica. Questa volta non sono i trigliceridi, né le vertigini ad affliggerla, bensì un prurito fastidiosissimo in tutto il corpo, ma per lo più in regione genitale. Dopo le risposte negative alle mie domande di rito (ha mangiato o toccato qualcosa di particolare, ha assunto farmaci nuovi eccetera), decido di andarla a visitare. In macchina, lungo il tragitto, cerco di ricordare l'anamnesi della paziente. E' una contadina di 57 anni, in sovrappeso, ipertesa, afflitta da varici agli arti inferiori, con pregressi episodi di embolia ed edema polmonare. Al mio arrivo Maria è quasi sull'orlo di una crisi isterica per il prurito che non si attenua in alcun modo. All'esame obiettivo non risulta nulla: la pressione va bene, la cute è intatta. Faccio la lista dei farmaci che prende: ibuprofene, ramipril, furosemide, pentoxifillina. Le somministro in muscolo un anti-staminico, le prescribo cetirizina 1 g al giorno e la rimando al curante. Tre giorni dopo Maria riesce a rintracciarmi a casa e mi racconta che, nel frattempo, con il prurito compaiono ora linee rosse sulla pelle, un po' rilevate, calde, che talora sembrano disegni geometrici. Sono fugaci, durano pochi secondi e poi ricompaiono altrove. Il dermatologo, a cui si è rivolta, le ha diagnosticato un'intolleranza al repentino cambiamento di temperatura (è appena iniziato l'inverno). Alla mia cura ha solo aggiunto una lozione a base di alghe marine e le ha fatto una prognosi di 15 giorni. Ma il fastidioso prurito persiste: il medico curante prova a cambiare anti-staminico, usa anche il cortisone, ma l'unico sollievo a quella che si può definire una vera e propria penitenza è la cetirizina. Trascorrono tre mesi e rivedo Maria in quanto sostituisco il suo medico di base. La situazione è rimasta inalterata; decido quindi di inviarla al centro dermatologico del nostro capoluogo. I medici vorrebbero trattenerla in osservazione, ma Maria rifiuta per motivi familiari. Accetta, invece, di fare un day hospital durante il quale viene sottoposta a esami e accertamenti. L'ecografia dell'addome rivela una steatosi epatica; la radiografia del cranio è negativa. Oltre agli esami di routine vengono valutati anche gli anticorpi anti DNA, anti ENA, antineutrofilii, C3, C4, VES, PCR, reuma test: tutto negativo. Alla solita terapia viene aggiunta una compressa alla sera di chetotifene che la paziente, mi dirà poi, assume raramente perché le dà eccessiva sonnolenza. Ieri è tornata nel mio ambulatorio e mi sottopone tutte le ultime analisi: colesterolo e trigliceridi si sono abbassati con la dieta, ma il prurito persiste. Come lei mi chiedo: ma le terrà compagnia tutta la vita?

gnitive abitudinarie – come fanno giustamente i colleghi protagonisti dei casi – per porsi in una posizione di esplorazione della situazione difficile e di riflessione nel corso dell'azione.

Si può considerare l'**incertezza** come il grado di scostamento delle rappresentazioni cognitive della verità. Il modo migliore per minimizzare l'incertezza, e quindi scegliere la diagnosi giusta, è quello di acquisire il maggior numero di **informazioni**.

DUE SEGNI, MENO INCERTEZZE

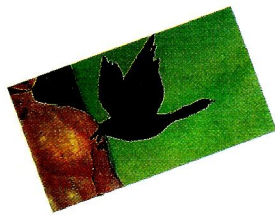
Come abbiamo visto il sintomo **prurito isolato** ha una scarsa valenza informativa, cioè inversamente proporzionale al numero di ipotesi diagnostiche che esso evoca quasi automaticamente.

Basta però che al primo si aggiunga un secondo dato anamnestico o clinico per far sì che il contenuto informativo del binomio si moltiplichi, riducendo in questo

modo il margine di incertezza. Non è un caso che il primo atto medico sia l'ispezione della cute del paziente: la presenza di **lesioni** dermatologiche infatti rappresenta uno spartiacque che restringe considerevolmente la gamma di potenziali diagnosi. Ovviamente le dermopatie pruriginose non sono poche e abbracciano tutto lo spettro delle lesioni elementari: pomfo (orticaria), pustole (follicoliti), vescicole (varicella o herpes), papula (lichen planus), eritema (esantemi e pitiriasi rosea), lesioni eritemato-squamose (dermatite atopica e da contatto), vescicolo-bollose (dermatite erpetiforme), cunicoli (scabbia) eccetera.

Tuttavia è bene non generalizzare. Vi sono infatti malattie della pelle che non si accompagnano necessariamente a lesioni diagnostiche. La **xerosi cutanea**, per esempio, interessa in genere le persone anziane e più spesso nel periodo invernale (è detta anche prurigo senile, prurito invernale o asteatosi). E' considerata una conseguenza fisiologica dell'invecchiamento, la sua incidenza aumenta con l'età e risponde a trattamenti emollienti e idratanti. In linea di massima la diagnosi di xerosi, così come quella di prurito psicogeno o da stati psicotici, può essere posta solo dopo l'esclusione di affezioni a carattere sistemico.

E' probabile che il dermatologo del primo caso clinico abbia sospettato proprio una forma simile; l'esito dell'iter diagnostico potrebbe alla fine dargli ragione anche se è buona regola prescrivere, prima del trattamento topico, alcuni esami di routine. Ben diverso è il caso clinico del film di Moretti: in un **soggetto giovane** gli accertamenti strumentali vanno di regola eseguiti e magari ripetuti, in caso di negatività e di persistenza del sintomo fastidioso a distanza di due o tre mesi.



più idoneo alla risoluzione del disturbo.

Il racconto del collega evoca l'episodio cinematografico del film «Caro Diario» di Nanni Moretti, in cui il protagonista consulta una schiera di **dermatologi** senza alcun esito; al termine del lungo iter terapeutico a base di prodotti topici inefficaci, emergerà quasi casualmente la diagnosi di linfoma di Hodgkin e la remissione del prurito, grazie alla chemioterapia.

ESPLORARE NUOVE IPOTESI

Secondo il metodologo Donald Schon, il professionista deve affrontare, in contrasto con la visione positivista della razionalità tecnica, situazioni concrete, per certi versi anomale, caratterizzate da complessità, instabilità e unicità.

Quando la realtà non rientra negli abituali schemi di riferimento, il professionista ha a disposizione una strategia cognitiva semplice ma rischiosa: ritagliare la situazione pratica al fine di renderla adeguata alla conoscenza professionale.

Per raggiungere questo obiettivo il medico può divenire soggettivamente disattento a dati che cadono al di fuori delle proprie categorie o tentare di forzare la situazione in modo che si presti all'uso delle tecniche disponibili. I numerosi specialisti interpellati dalla signora Concetta, come quelli del film di Nanni Moretti ricordato cui sopra, sembrano aderire a una strategia di razionalizzazione che potrebbe essere definita autoreferenziale. Per non mettere in crisi i propri modelli cognitivi di riferimento, e i programmi per l'azione a essi collegati, manipolano la situazione e, soprattutto, non si avvedono dell'inefficacia delle cure prescritte, che reclama l'esplorazione di altre ipotesi.

Al contrario, per rinvenire nuove caratteristiche nei fenomeni studiati è bene mettere da parte gli schemi e le routine co-

Sotto il pizzicore si deve grattare

Un sintomo isolato ha una scarsa valenza informativa.

Basta però che al primo si aggiunga un secondo dato per far sì che il significato si moltiplichi e si riduca l'incertezza



FASTIDIOSO SENZA LESIONE

Altre forme di prurito senza lesioni cutanee tipiche sono secondarie ad abuso di **sostanze psicotrope** (eroina, morfina, codeina e anfetamine) o all'uso di farmaci come ASA, captopril, clonidina, miconazolo e sali d'oro (più spesso responsabili di eruzioni esantematiche od orticarioidi al pari delle allergie alimentari). Nella **dermatite atopica** e in altre malattie della pelle (sarcooidosi, lichen planus, psoriasi, proteinosi lipoidea eccetera) contrariamente a quanto ci si aspetterebbe il quadro clinico può essere dominato

dal prurito senza alcuna lesione visibile. Oltre alla presenza di alterazioni cutanee, anche la **sede** del disturbo ha un valore orientativo per la diagnosi: basti ricordare il prurito perianale (che può suggerire ossiuri, micosi, ragadi, ascessi, condilomi, dermatite seborroica o da contatto eccetera). Una volta esclusa la presenza di una malattia della pelle occorre rivolgere l'attenzione alla patologia internistica con un'avvertenza: se le malattie cutanee possono dare prurito senza alcuna lesione diagnostica non bisogna dimenticare che numerose affezioni sistemiche possono

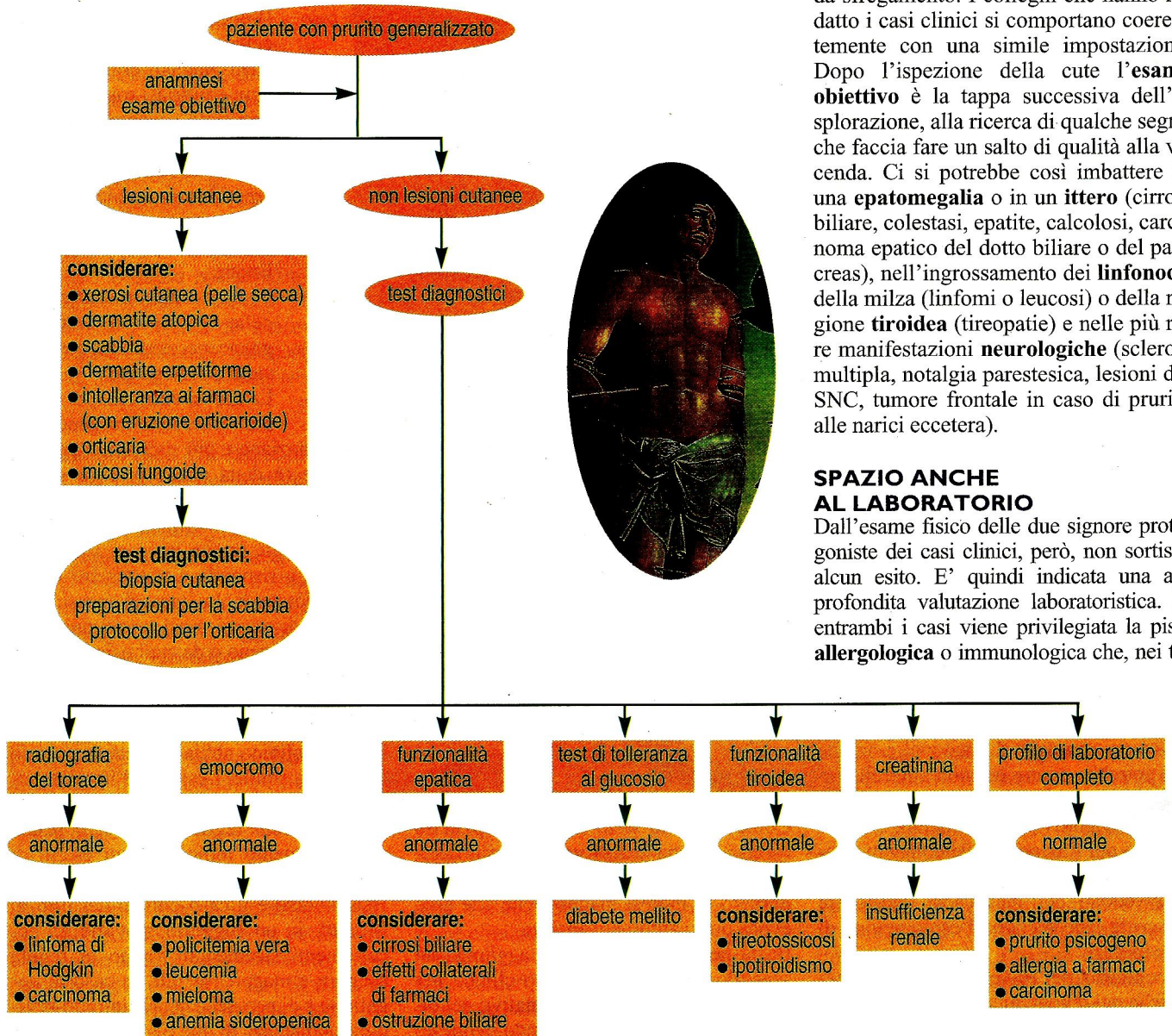
esordire con lesioni dermatologiche. Nel campo delle **malattie sistemiche** la lista delle possibili origini è lunga, anche se prevalgono le eziologie renali, epatiche e diabetiche.

Per restringere ulteriormente il campo e arrivare a una scelta razionale non resta che andare alla ricerca di altre informazioni, che sono un po' la bestia nera dell'incertezza. Così una regola aurea prescrive di sospettare una malattia sistemica in ogni paziente che si presenti con prurito senza eruzioni cutanee o con lesioni da grattamento o lichenificazione da sfregamento. I colleghi che hanno redatto i casi clinici si comportano coerentemente con una simile impostazione. Dopo l'ispezione della cute l'**esame obiettivo** è la tappa successiva dell'esplorazione, alla ricerca di qualche segno che faccia fare un salto di qualità alla vicenda. Ci si potrebbe così imbattere in una **epatomegalia** o in un **ittero** (cirrosi biliare, colestasi, epatite, calcolosi, carcinoma epatico del dotto biliare o del pancreas), nell'ingrossamento dei **linfonodi**, della milza (linfomi o leucosi) o della regione **tiroidea** (tireopatie) e nelle più rare manifestazioni **neurologiche** (sclerosi multipla, notalgia parestesica, lesioni del SNC, tumore frontale in caso di prurito alle narici eccetera).



SPAZIO ANCHE AL LABORATORIO

Dall'esame fisico delle due signore protagoniste dei casi clinici, però, non sortisce alcun esito. E' quindi indicata una approfondita valutazione laboratoristica. In entrambi i casi viene privilegiata la pista **allergologica** o immunologica che, nei te-



Sotto il pizzicore si deve grattare

sti di medicina, non gode di grande credito.

Generalmente le affezioni a carattere autoimmune (vasculiti, LES, sindrome di Sjögren, artrite reumatoide, orticaria sintomatica, dermatomiosite eccetera) si accompagnano a lesioni cutanee abbastanza tipiche.

Pur non essendo specificati gli esami prescritti alle due signore dei casi narrati, è ragionevole pensare che sia stata esclusa la presenza di **nefropatie** in fase uremica – condizione sistemica più frequentemente associata a prurito – e così pure il **diabete**, la **gotta** o **epatopatie** a impronta colestatica (per esempio terapia estrogenica e prurito gravidico).

Nel racconto dei colleghi non si fa cenno alle **malattie endocrinologiche**, che pure rappresentano un capitolo importante delle cause di prurito (ipo e ipertiroidismo, iperparatiroidismo). Infine vanno ricordate le **patologie ematologiche** come anemia sideropenica, linfomi, leucosi, policitemia, plasmocitoma e micosi fungoide.

Al termine di una faticosa esplorazione, tuttavia, in entrambi i casi i protagonisti restano perplessi e frustrati per l'apparente inutilità delle ricerche. Nonostante tutte le informazioni acquisite, l'incertezza non si dissolve, lascia l'amaro in bocca e veste i panni del dilemma etico: continuare la ricerca con esami sempre più invasivi e complessi, magari scontando la resistenza delle pazienti? Oppure restare in attesa di nuovi eventi, dell'emergere spontaneo di altre informazioni?

In effetti tra le tante ipotesi resterebbe da verificare quella di un **carcinoma** (stomaco, pancreas, polmone), come suggerisce il medico della signora Concetta, memore delle due precedenti esperienze che sembrano avere analogia con il presente. Sebbene la letteratura consideri il prurito paraneoplastico una condizione rara, l'età avanzata suggerirebbe di non arrestare le ricerche.



secondo Schon, il professionista risolve con il ricorso all'**intuizione**, all'analogia con esperienze precedenti e al método della prova ed errore. Da un lato abbiamo

la razionalità tecnica positivista che individua il fondamento delle prestazioni professionali nella semplice e quasi automatica applicazione di teorie esplicative, conoscenze generali e sistematiche – apprese durante la formazione di base – e delle tecniche messe a punto dalla ricerca. Dall'altro, invece, sta la razionalità procedurale, limitata e riflessiva, del professionista che deve misurarsi quotidianamente con situazioni – caratterizzate da complessità, unicità, incertezza, instabilità e conflitti di valore – che proprio perciò generano variabilità comportamentale, rientrando a fatica negli schemi codificati e nelle linee guida. Come rivela Schon, con una calzante metafora orografica «nella variegata topografia della pratica professionale vi è un terreno stabile, a livello elevato, ove i professionisti possono fare un uso effica-

ce di teorie e tecniche fondate sulla ricerca, e vi è una pianura paludosa ove le situazioni sono grovigli fuorvianti che non si prestano a soluzioni tecniche».

BIBLIOGRAFIA

- Blacklow RS. MacByrd's segni e sintomi. Padova: Piccin, 1991.
- Friedman HH. Diagnosi medica per problemi. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1995.
- Giustetto N et al. Sintomi, pazienti, diagnosi. Torino: Officina Grafica La Collina, 1994.
- Healey I et al. Il processo decisionale nella diagnosi clinica. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1992.
- Lanzara GF. Capacità negativa. Bologna: Il Mulino, 1993.
- Le Moigne JL. Sulla capacità della ragione di discernere. *Pluriverso* 1997; 1: 1.
- Nejrrotti M. Sintomi indistinti in medicina generale. Come usare gli esami di laboratorio. *Medico e paziente* 1997; 10: 7.
- Schon DA. Il professionista riflessivo. Bari: Dedalo, 1993.
- Voigtlander M et al. Dermatologia e medicina interna. Roma: Micarelli, 1997.

Gli esami di primo livello

- ▼ emocromo
- ▼ creatinina
- ▼ glicemia
- ▼ fosfatasi alcalina
- ▼ TSH
- ▼ radiografia del torace

SOLUZIONE NON SEMPRE FACILE

Comunque la soluzione dei casi resta sospesa e ripropone il leit motiv offerto alla riflessione dei lettori dai casi ospitati su *Occhio Clinico*: il dilemma tra il rigore tecnico e teorico e pertinenza pratica che,

Aulin

nimesulide

BOEHRINGER MANNHEIM
ITALIA

mannheim boehringer