

Tosse psicogena in giovane paziente

Il caso emblematico di un nuovo assistito, un adolescente a cui in precedenza era stata diagnosticata una bronchite acuta asmaticiforme che in realtà si è rivelata una “tosse nervosa”, pone non solo riflessioni cliniche, ma anche sull’appropriatezza prescrittiva

Mara Fiorese, Silvia Ferrero, Stefano Alice
Medicina Generale, Genova

Nell’ottobre 2015 giunge all’osservazione del suo nuovo medico di famiglia un ragazzino 14enne, accompagnato dalla madre.

La prima visita avviene in studio ed è motivata da una acuzie, il cui trattamento è già stato impostato dal medico precedente, che ha diagnosticato una bronchite acuta asmaticiforme. Il curante è stato cambiato solo per motivi di comodità.

► Anamnesi

Racconta la madre: “Da una decina di giorni il ragazzo è stanchissimo, sconquassato dalla tosse e dal mal di testa; è iniziato tutto all’improvviso un lunedì mattina, l’abbiamo portato a casa da scuola, si sentiva la febbre, ha preso un antibiotico per una settimana, non è cambiato niente, a parte che la temperatura è normale, anzi è sempre più stanco, ha preso anche le vitamine e i fermenti, da tre giorni gli diamo il cortisone; sono preoccupata perché lui ha spesso delle bronchitelle ma questa volta è molto peggio”.

Da una rapida anamnesi non si ricava nulla di particolarmente significativo, se non un periodo di intensa cefalea nel maggio scorso, con l’esecuzione di una RM del cranio che non ha evidenziato nulla a livel-

lo neurologico, ma col riscontro accidentale di una ciste del mascellare, che è già stata asportata.

Il ragazzo è silenzioso, magro, pallido, l’aspetto è sofferente, tossisce di continuo in modo fragoroso, senza escreato. Sta in piedi con le spalle leggermente curve ed il capo un po’ anteriorizzato e reclinato. La voce è nasale.

► **Esame obiettivo.** Si rilevano solo due dati patologici: aumento della frequenza degli atti respiratori, che sono superficiali e tachicardia. L’ossimetria è normale e il controllo dell’attività cardiaca con ECG palmare non rivela irregolarità alcuna, a parte l’aumento della frequenza dei battiti.

► **Prescrizioni.** Non emergendo dall’esame obiettivo dati a conforto della diagnosi di bronchite asmaticiforme, emessa in altra sede ed essendovi un’evidente discrepanza tra la soggettività e le risultanze dell’esame obiettivo, prima di assumere qualunque decisione terapeutica, si invia il ragazzo dal radiologo, chiedendo di sottoporlo a radiografia dei seni paranasali e del torace.

► Approfondimenti diagnostici

► **Esami radiologici.** Gli esami radiologici, eseguiti immediatamente dopo la visita sono risultati del tutto negativi.

► **Visita pneumologica.** Anche su richiesta della madre del ragazzo lo si invia a visita presso un pneumologo, particolarmente esperto di pazienti in età pediatrica ed adolescenziale. Lo specialista vede il ragazzo il giorno successivo, conferma le risultanze dell’esame obiettivo effettuato dal medico di famiglia e prescrive una spirometria con DLCO e gli esami ematochimici di routine, comprensivi del dosaggio delle IgE totali e degli ormoni tiroidei.

► **Spirometria.** La funzionalità respiratoria risulta normale.

► **Esami di laboratorio.** Nessun valore risulta alterato.

► Ipotesi diagnostica e ulteriori approfondimenti

Un colloquio telefonico tra il pneumologo e il medico di famiglia li porta a concordare nel considerare come ipotesi diagnostica più probabile quella di una tosse nervosa.

Il medico di famiglia decide quindi di approfondire l’anamnesi alla ricerca di elementi che confutino o confortino tale ipotesi.

Dall’approfondimento emergono i seguenti dati:

1. la cefalea accusata nella primavera scorsa concomitava col periodo di preparazione all’esame di terza media;

2. il ragazzo ha da poco cominciato la frequenza del primo anno della scuola secondaria superiore, incontra qualche difficoltà di adattamento e il profitto non è ottimale con necessità di ripetizioni pomeridiane;

3. c'è familiarità paterna per deflessione del tono dell'umore e disturbi d'ansia;

4. la tosse non si manifesta durante la notte.

Per questi motivi il medico di famiglia ritiene opportuno un colloquio con entrambi i genitori, consigliando loro di informare della situazione gli insegnanti del ragazzo e suggerisce un inquadramento psicologico del caso, comprensivo di test di personalità per valutare l'opportunità di un trattamento integrato con SSRI e supporto psicoterapico.

► Considerazioni

L'uso, invero piuttosto diffuso, di trattare le comuni infezioni respiratorie con antibiotico, associato o seguito da cortisone è da ritenersi inappropriato in considerazione del fatto che in circa $\frac{3}{4}$ dei casi la loro eziologia è virale.

La terapia antibiotica dovrebbe essere riservata ai casi di polmonite, il cui sospetto insorge quando il paziente, specie se giovane, è in stato febbrile, con tachicardia, brividi, sudorazione e tosse, che per lo più è produttiva con espettorato mucoso, purulento o striato di sangue.

Va anche ricordato che la febbre è un segno oggettivo e non un sintomo soggettivo; il fatto che spesso i pazienti riferiscano di "sentirsi" la febbre non deve fuorviare il medico, che deve richiedere che la temperatura venga effettivamente misurata, per vedere se la sensazione del paziente sia corretta o meno.

Per quanto riguarda l'esame obiettivo, occorre chiarire un equivoco: il fatto che la sua sensibilità e specificità non siano ottimali (58% e 67%) non significa che lo si debba omettere o che non ci si debba esercitare ad eseguirlo bene, piuttosto significa che, molto spesso, è necessario integrarlo con una radiografia del torace.

Questa inoppugnabile necessità pone alle ASL qualche problema organizzativo. Infatti non appare logico che un paziente, già visitato dal Mmg, per avere la conferma in tempi ragionevoli (poche ore) del sospetto di polmonite, debba andare in Pronto Soccorso, sottoponendosi alla trafila abituale. Come già avviene in più parti d'Italia, deve essere reso possibile l'accesso diretto in radiologia su indicazione del medico di famiglia, per i casi da lui selezionati.

L'importanza di modalità organizzative, che riducano l'uso precauzionale alla cieca di antibiotici, risulta evidente, se si considera che l'abuso di tali farmaci è il motivo per cui, in anni recenti, sono aumentati i ricoveri in ospedale di pazienti affetti da polmonite dovuta a patogeni multiresistenti (*multidrug resistant*).

► Approfondimento

La diagnosi di tosse nervosa o psicogena, si pone dopo l'esclusione delle possibili cause organiche di tosse (neoplasie primitive e secondarie, linfoma mediastinico, aneurisma dell'aorta toracica) comprese quelle, non infrequenti, la cui origine non risiede nell'apparato respiratorio (effetto collaterale dell'assunzione di Ace-inibitori, reflusso gastroesofageo, cardiopatia).

Ulteriori difficoltà nel fare la diagnosi differenziale derivano dal fat-

to che talora l'esordio di un'asma bronchiale può avvenire proprio con una tosse non ancora accompagnata dagli altri componenti dell'abituale corteo sintomatologico (dispnea, sibilo espiratorio, sensazione di costrizione al torace).

La tosse psicogena è, per lo più, secca, non produttiva, stizzosa; persiste a lungo (anche più di 6 mesi) e tende a presentarsi più volte al giorno. Più raramente provoca emissione di muco. In alcuni casi le si accompagna il vomito. Può insorgere spontaneamente e le sue cause rimanere oscure, ma spesso le viene attribuito il significato di somatizzazione dell'ansia e sovente l'anamnesi consente di identificare cause scatenanti (fattori di stress), che nei giovani sono frequentemente correlate alla vita scolastica. In tal caso il disturbo d'ansia diventa più refrattario alle cure.

La tosse psicogena rientra a pieno titolo nell'ambito dei disturbi di cui non è possibile identificare una causa medica, ovvero nelle MUS (*medically unexplained syndrome*) della letteratura anglosassone.

In base DSM V può essere considerata nell'ambito del "Disturbo da sintomi somatici (300.82 -F45.1)" o rappresentare l'esordio di altri disturbi mentali (depressione maggiore, disturbo di panico).

Si tratta di pazienti a cui non è facile garantire una continuità di cura, perché tendono a consultare più medici e perché è facile che perdano fiducia nel medico di famiglia e decidano di cambiarlo, perché tendono a non accettare l'idea che il loro disturbo non sia sintomo di una grave malattia organica. Ciò rende anche molto complesso far sì che si sottopongano a valutazione psicologica e a cure psichiatriche.