

Sintomi sfumati di ictus cerebellare

Una richiesta telefonica mattutina mi destina a casa di un'assistita di 73 anni in preda a vomito. Al suo domicilio la trovo infatti mentre sta vomitando: è in corso un'epidemia di gastroenterite, cerco dunque di tranquillizzarla e dopo averle prescritto supposte di domperidone mi congedo, avvertendola di richiamarmi se la sintomatologia dovesse persistere. Dopo circa tre ore il marito mi telefona affermando che la situazione è peggiorata. Ritorno al domicilio e in effetti il vomito persiste e noto che la paziente si muove con una certa difficoltà e presenta tremore diffuso. Dispongo il ricovero ospedaliero.

Anamnesi

Dal 1999 la paziente soffre di ipertensione arteriosa, ben trattata con enalapril 20 mg. Nel novembre 2000 i riscontri ematochimici evidenziano la presenza del virus dell'epatite C.

Un anno dopo, a seguito di un episodio di flebite all'arto inferiore destro, viene curata con nadroparina calcica 0.4 fiale per due settimane e dopo due mesi la paziente viene sottoposta a safenectomia sinistra.

Nel corso dello stesso anno la paziente accusa dolori lombari e una radiografia della colonna lombosacrale mostra una spondilootrosi con discopatie multiple e osteoporosi. Nel 2006 episodio di bronchite acuta.

Ricovero ospedaliero

I colleghi del pronto soccorso, dopo la valutazione clinica, vogliono rimandare a casa la paziente, ma i familiari non accettano e insistono per il ricovero, soprattutto per le evidenti difficoltà deambulatorie evidenziate dalla paziente. Dopo lunghe trattative viene deciso il ricovero.

■ **Indagini biochimiche:** globuli rossi 3.740.000, Hb 11.5, HCT 35.4, MCV 94.7; globuli bianchi: 9.900, gli altri valori nella norma. Esame delle urine: emoglobina 0.003 mg/dl, alcune cellule squamose e rare emazie nel sedimento.

■ **ECG:** ritmo sinusale 88/min, lie-

ve danno atriale sinistro.

■ **TAC cerebrale** (senza mezzo di contrasto): presenza di area di ipodensità di morfologia triangolare localizzata a livello dell'emisfero cerebellare di sinistra nella sua porzione mediale, riferibile a fatto ischemico iperacuto; esiti ischemici a livello del lobo frontale omolaterale; dilatazione degli spazi liquorali della volta e delle cisterne della base per atrofia corticale.

■ **Eco-colorDoppler dei tronchi sovraortici:** irregolarità ateromasi che a carico di entrambi gli assi carotidei, in assenza di lesioni critiche; vertebrali nella norma.

■ **Radiografia del torace:** non versamento pleurico. Broncopneumopatia cronica ostruttiva. Ombra cardiaca sui limiti, calcifico il bulbo aortico.

Diagnosi e terapia

Alla luce dei referti delle indagini viene posta diagnosi di ictus cerebellare ischemico in paziente con vasculopatia cerebrale cronica, ateromasia carotidea, cardiopatia ipertensiva, broncopneumopatia cronica ostruttiva.

La paziente viene sottoposta a terapia trombolitica e dimessa dopo due settimane con le seguenti indicazioni terapeutiche: enalapril 20 mg, lansoprazolo 15 mg, acido acetilsalicilico 100 mg. Viene prescritto anche un piano di fisiochinesiterapia e l'ausilio di un deambulatore.

Commento

Il caso clinico descritto può essere emblematico di quanto sia difficile il riscontro diagnostico o anche il semplice sospetto diagnostico (sia per il medico di famiglia sia per i medici del pronto soccorso) quando ci si trovi di fronte a un paziente che presenta una sintomatologia sfumata oppure conclamata, ma con fattori di distorsione.

I cosiddetti casi di "malasanità" che spesso vedono gli onori della cronaca possono inquadrarsi in questo ambito. Un esempio paradigmatico può essere quello di una meningite non rilevata in un periodo di piena epidemia influenzale, quando il medico è portato automaticamente a non approfondire la situazione, condizionato dal numero preponderante dei casi di influenza.

Nel caso trattato la paziente presentava un vomito facilmente confondibile con il vomito presente nei numerosi casi di gastroenterite acuta epidemica e quindi difficile per un medico, alle prese con le ristrettezze di tempo della quotidiana pratica professionale, diagnosticare correttamente o anche sospettare la presenza di una patologia più importante.

Nell'esperienza specifica, posso affermare di avere avuto una buona dose di fortuna, avendo notato la lieve difficoltà deambulatoria che, non riscontrabile in precedenza nella paziente e quindi al suo esordio, mi ha allarmato.

Anche per i colleghi del pronto soccorso è scattato l'agguato dei fattori confondenti e solo dopo le insistenze dei familiari, che in questo caso hanno manifestato un allarmismo non fuori luogo, hanno proceduto all'effettuazione di una TAC cerebrale urgente che ha evitato strascichi polemici e soprattutto ha impedito che la paziente potesse scivolare in un aggravamento irreversibile delle condizioni cliniche.