

## Impegno professionale in un caso complesso

**Il caso riguarda un assistito di 52 anni, che da anni non frequenta l'ambulatorio, noto per sclerosi multipla primariamente progressiva (la diagnosi fu posta all'età di 25 anni) e leucoencefalopatia di probabile natura multi-infartuale. In passato aveva assunto terapie in seguito interrotte e negli ultimi anni non si sono presentati episodi di esacerbazione. Viene in studio con i referti relativi a un lungo e complesso ricovero ospedaliero.**

### ■ Ricovero ospedaliero

Attraverso il colloquio con l'assistito e con la lettura della documentazione cerchiamo di ricostruire la storia clinica.

Il paziente viene ricoverato nel reparto di cardiologia per steno-insufficienza aortica su valvola verosimilmente tricuspide.

■ **Ecografia transesofagea:** vizio valvolare aortico degenerativo di tipo steno-insufficienza, di grado moderato, con possibile interessamento vegetante di tipo endocarditico, associato a grave processo endocarditico vegetante del lembo anteriore mitralico, con caratteristiche di elevata potenzialità emboligena, associato a rigurgito valvolare di grado moderato.

Il paziente viene trasferito presso il reparto di neurologia per accertamenti in merito a deficit motorio dell'arto inferiore destro, ptosi all'occhio destro e cefalea.

Dopo un mese, in seguito a diagnosi di endocardite batterica da *Enterococcus* su valvola mitrale e aortica, con vegetazioni a elevato rischio di embolizzazione, giunge presso il reparto di malattie infettive.

Dopo la consulenza cardiocirurgica e in considerazione del quadro neurologico di encefalopatia di probabile natura multi-infartuale,

viene richiesta TAC encefalo per valutare la barriera encefalica ed escludere processi acuti in atto. Informato della patologia e dell'indicazione chirurgica, il paziente manifesta la volontà di soprassedere alla procedura. Durante la degenza il paziente viene sottoposto a trattamento con ampicillina e gentamicina, che risulta ben tollerato. Dopo altre due settimane, per comparsa di dolore localizzato al polpaccio dell'arto inferiore sinistro, viene eseguito in urgenza un eco-Doppler.

■ **Eco-Doppler:** ostruzione del tronco tibio-peroneo su verosimile base embolica.

■ **AngioTAC:** conferma l'esito dell'eco-Doppler ed evidenzia anche pseudoaneurisma del ramo ileale dell'arteria mesenterica superiore, con alone di enhancement perilesionale di verosimile significato flogistico. Viene deciso di effettuare embolizzazione dello pseudoaneurisma e contemporanea disostruzione dell'occlusione tibio-peronea.

Il paziente esprime nuovamente la ferma intenzione a non volersi sottoporre all'intervento e chiede di essere dimesso contro il parere dei sanitari, con prosecuzione della terapia in atto e con la raccomandazione ad affidarsi al più presto ad un centro cardiocirurgico.

### ■ Decorso clinico

A causa di comparsa di febbre (39 °C) dopo due giorni il paziente si reca in Pronto Soccorso, dove gli viene consigliato di aggiungere levofloxacin 500 mg/die alla terapia che sta se-

guendo, ma soprattutto di consultare l'ambulatorio di cardiocirurgia appena risoltosi lo stato febbrile.

A distanza di due giorni il paziente si presenta nel nostro studio: la febbre è intermittente, con picchi matutini. Durante il colloquio emerge il suo stato di crescente ansietà, ma riusciamo a convincerlo della necessità di sottoporsi alle procedure diagnostiche e terapeutiche.

Dopo 15 giorni l'endocardite risulta in fase di guarigione e la febbre è scomparsa. Il paziente è disposto a sottoporsi a tutte le procedure terapeutiche necessarie, sebbene con molto timore. L'embolizzazione dello pseudoaneurisma del ramo ileale dell'arteria mesenterica superiore viene infatti programmata a distanza di quattro mesi.

Il mese successivo viene però ricoverato in ospedale per intensa coagulazione (INR 6.1). A distanza di circa 15 giorni, durante i quali è stata somministrata vitamina K, l'INR rimane intorno a valori molto alti.

Tuttora è in attesa di intervento per la sostituzione valvolare.

### ■ Considerazioni

Anche lo studio del medico di famiglia può trovarsi improvvisamente, con un paziente fino al momento ignoto, di fronte a situazioni complesse che richiedono:

■ tempo immediato per la consultazione della documentazione clinica (va considerato quanto questo caso inaspettato abbia richiesto tempo, con il conseguente aumento dei pazienti in sala di attesa);

■ opera di persuasione sul paziente inizialmente scettico sulla propria situazione;

■ impegno professionale nell'analizzare storie complesse, ricerca di documentazione e di un filo logico che le colleghi, metodologia tipica della medicina di famiglia che tende a riassumere, collegare e aiutare anche il paziente e indirizzarlo verso i trattamenti più efficaci.

\* Medico di medicina generale, Milano  
Insegnamento Medicina di Famiglia,  
Università degli Studi di Milano

\*\* Medico tirocinante, Milano

\*\*\* Studentessa V anno, Università degli Studi di Milano

\*\*\*\* Studentessa IV anno, "St Mary's Hospital",  
Università Londra