

Diagnosi tardiva di infarto intestinale

Un assistito di 80 anni, con cui da tempo esiste un buon rapporto di fiducia, è portatore di bypass aortocoronarico per cardiopatia ischemica e pacemaker per tachiaritmia totale da fibrillazione atriale cronica. Viene autonomamente in ambulatorio perché presenta dimagrimento, disturbi dell'umore e stato di agitazione, e riferisce che questi sintomi si accompagnano a segni di demenza.

Il paziente è affetto anche da ipertensione arteriosa, diabete mellito di tipo 2 in buon compenso glicometabolico ed è in terapia con anticoagulanti orali, ipoglicemizzanti orali e ACE-inibitori.

Durante il colloquio racconta che circa un mese prima è comparsa una forma simil-influenzale caratterizzata da febbre, tosse e astenia; tali sintomi sono però scomparsi nel giro di alcuni giorni.

Successivamente si sono manifestati cefalea, segni di depressione e trova difficoltoso svolgere le normali attività quotidiane e di relazione.

Decido di consigliargli una visita psichiatrica.

Iter diagnostico

Lo specialista pone diagnosi di depressione involutiva e prescrive una terapia antidepressiva.

Nonostante il paziente segua correttamente e attentamente il trattamento farmacologico prescritto, le sue condizioni cliniche peggiorano. Ritengo opportuno effettuare una TAC encefalica e cervicale.

TAC encefalica e cervicale: aspetto asimmetrico dei corni frontali dei ventricoli laterali per maggiore evidenza del sinistro. Ampliamento degli spazi periferici sub-aracnoidei su base atrofica, note di sinusopatia mascellare sinistra. Diffusi segni artrosici C4-C7 con riduzione di ampiezza del canale cervicale. Fenomeni degenerativi del disco C4-C6. Protrusione posteriore dei dischi C5-C6; C6-C7 con osteofitosi marginale.

In base all'assenza di danni organici significativi, si continua la terapia antidepressiva.

Non manifestandosi benefici evidenti i familiari del paziente decidono autonomamente di rivolgersi a un secondo psichiatra.

Consulenze specialistiche

Il secondo specialista conferma lo stato di depressione involutiva e prescrive una nuova terapia.

Nonostante ciò il paziente continua a perdere peso. Inoltre compaiono dolori addominali ricorrenti, insonnia e idee suicidiarie.

Visito nuovamente il paziente, che si presenta francamente sofferente, in stato di agitazione psico-motoria.

Consiglio di effettuare una serie di indagini strumentali e laboratoristiche per una corretta definizione diagnostica, ma i familiari rifiutano questa indicazione e si rivolgono in successione ad altri due psichiatri (terza e quarta consulenza).

Ambedue gli specialisti confermano lo stato depressivo e ipotizzano uno stato di decadimento mentale.

Questa conclusione non mi convince e consiglio il ricovero ospedaliero per una valutazione più approfondita.

I familiari invece decidono per un'ulteriore consulenza psichiatrica (quinto psichiatra!). Lo specialista pone diagnosi di demenza senile grave e consiglia terapia con antipsicotici.

Visto il fallimento terapeutico i familiari, sempre in autonomia, decidono di ricoverarlo presso un centro di riabilitazione neurologica.

Nel corso di ricovero viene confermato lo stato depressivo e la demenza senile, giustificando tale stato di malattia con un ambiente familiare iperprotettivo.

Ricovero ospedaliero e decorso clinico

Eseguita la terapia prescritta e non ottenuti risultati positivi, finalmente i familiari acconsentono al ricovero del congiunto in un reparto internistico per un'ulteriore valutazione del quadro clinico. Dopo pochi giorni di degenza sopraggiunge insufficienza respiratoria con violenta iperpiressia, che porta il paziente a uno stato di coma irreversibile. Trasferito urgentemente nel reparto di rianimazione, intubato e ventilato, il paziente muore dopo circa 24 ore.

L'indagine TAC eseguita in urgenza indica come causa del quadro clinico "infarto intestinale".

Considerazioni

Questa esperienza ci mostra come, nonostante la fiducia del paziente nel proprio medico di famiglia, nella gestione della patologia entrino in gioco altre dinamiche e fattori esterni - quali i familiari o persino i vicini di casa - che condizionano fortemente la decisione da prendere, soprattutto in un soggetto fragile come nel caso esposto.

Il peggioramento clinico manifesto è stato affrontato dai congiunti con un'interminabile sequela di consulenze specialistiche diverse, rendendo così vana la visione d'insieme del medico di famiglia. Sin dall'inizio, pur non trascurando la componente neuro-psichiatrica, ritenevo meritevole di approfondimento diagnostico il manifestarsi dei sintomi organici: il dimagrimento e i dolori addominali. Tali sintomi erano il segno, probabile, di una vasculopatia ischemica intestinale (angina abdominis) che si manifestava in un paziente ad alto rischio (pregresso bypass aorto-coronarico, pacemaker, diabete di tipo 2, ipertensione arteriosa). L'infarto intestinale ne ha rappresentato l'evento finale.

Quello che rimane è la delusione per non avere potuto aiutare un paziente a causa della continua intromissione di estranei nel rapporto di stima e fiducia personale instauratosi negli anni.

Approfondimenti

■ **Angina abdominis**

È dovuta alla riduzione dell'afflusso di sangue a livello intestinale per problemi aterosclerotici. Si manifesta con dolori crampiformi postprandiali, meteorismo, stipsi e successivo dimagrimento a causa della riduzione dell'apporto calorico.

■ **Infarto intestinale**

L'infarto intestinale è la necrosi di un tratto di intestino provocata da un disturbo vasomotorio o dall'occlusione di rami arteriosi mesenterici. Le lesioni ischemiche possono variare da lesioni lievi con necrosi della mucosa, edema sottocutaneo ed emorragia, fino ad arrivare alle forme gravi con gangrena e perforazione, che comportano un alto ri-

schio di mortalità. In particolare è frequente nei soggetti vasculopatici. Il quadro clinico si manifesta con dolori addominali acuti, che non tendono a recedere e si possono manifestare anche vomito e diarrea ematica. In alcuni casi le manifestazioni cliniche sono minime, rendendo difficoltosa una diagnosi tempestiva, che si rende evidente quando la situazione precipita con l'infarto intestinale. La TAC rappresenta l'indagine principe per la diagnosi.

■ **Demenza**

Il termine demenza indica una serie di malattie nelle quali i disturbi della memoria si associano al cedimento di altre funzioni mentali al punto da rendere la persona dipendente.

La malattia di Alzheimer è la manifestazione più frequente (50%); pure molto diffusa (18%) risulta la demenza su base vascolare. Anche se i disturbi della memoria non sempre rappresentano un sintomo di demenza, la loro comparsa deve essere attentamente valutata per discriminare i disturbi legati all'invecchiamento da quelli che rappresentano l'inizio di una demenza. I principali sintomi sono disturbi della memoria e dell'orientamento, modifiche della personalità e difficoltà a trovare le parole. Solo una diagnosi accurata e precoce consente di rallentare il progredire della malattia e di pianificare il futuro del paziente. Non va dimenticato che spesso la demenza può essere equivocata con uno stato depressivo e viceversa.