

Errata diagnosi ospedaliera di epatocarcinoma

Luciano Camerra

Medico di medicina generale
Limbiate (MI)

Il caso clinico che segue è relativo a un paziente di 49 anni, con cui sono legato da rapporti di amicizia, che è obeso, iperteso, diabetico, dedito saltuariamente all'alcol, nonostante le mie ripetute raccomandazioni per l'elevato rischio cardiovascolare. In seguito a una serie di eventi il paziente mi bypassa e si reca in un Pronto soccorso. Viene ricoverato e dopo poco viene ipotizzata la presenza di un epatocarcinoma non operabile, nonostante le indagini diagnostiche non siano definitive. In realtà si tratta di una diagnosi affrettata e non veritiera. Ma al di là dell'errore, questo caso mette in rilievo come, da più parti, si voglia dimostrare a tutti i costi che il lavoro del medico di famiglia nel nostro Paese sia inutile.

Storia precedente al ricovero

Da quattro settimane il paziente sta vivendo una situazione familiare e lavorativa oltremodo stressante, tanto da essere ricorso a consulenze psicologiche prima e psichiatriche poi, senza particolari benefici.

Una valvola di sfogo è tornata ad essere l'alcol e, a fronte di una funzionalità epatica borderline, durante una visita ambulatoriale gli ribadisco la necessità di astenersi da qualsiasi assunzione di bevande alcoliche, e lo invito, in presenza della moglie, a prendere appuntamento presso il NOA (Nucleo Operativo Alcolisti), proponendogli la mia disponibilità a contattare il responsabile del servizio. L'invito però cade nel nulla.

Una domenica sera, quattro giorni dopo la visita, ricevo la sua telefonata. Il paziente-amico mi riferisce di avere notato una colorazione itterica delle sclere e mi chiede se sia il caso di recarsi in Pronto soccorso.

A fronte di quanto già emerso dai precedenti esami eseguiti e per il fatto che non vengono riferiti sintomi allarmanti, lo invito a presentarsi in studio il lunedì mattina, senza appuntamento, per essere visitato e per valutare l'opportunità di un eventuale approfondimento diagnostico.

Ricovero ospedaliero

Il giorno successivo, lunedì, il paziente non si presenta e vengo a sapere dalla moglie, solo dopo due giorni, che quella sera stessa di domenica, su

suo invito, si sono recati al Pronto soccorso di un noto ospedale di Milano, dove il marito è stato trattenuto.

La signora inizia un discorso confuso, facendo riferimento a un'ecografia eseguita sei mesi prima, dalla quale i colleghi dell'ospedale di circolo della nostra Asl non si sarebbero accorti di qualcosa di molto grave a livello epatico. Per fortuna il marito era stato visto dai colleghi del noto ospedale milanese, dove hanno subito pensato che si potesse trattare di una neoplasia epatica, rappresentata da due noduli al fegato, di cui uno soprattutto molto sospetto. "Del resto" - mi dice la moglie - "lo sai anche tu che suo zio e suo padre sono morti di cancro al fegato".

Chiedo se sono certi, considerando che una ecotomografia epatica può lasciare molti dubbi a una interpretazione diagnostica "azzardata", ma la moglie sostiene che la TAC che il marito dovrà eseguire nei giorni successivi è considerata dai colleghi soltanto una prassi.

Infatti gli hanno già fissato l'appuntamento con il radioterapista, anzi dovrà fare anche una gastroscopia e, di questo, non sa dare spiegazione.

La signora non è dedita all'alcol e, sebbene abbia un basso grado di scolarità, ho forti dubbi che abbia potuto inventare di sana pianta la presenza dei due noduli, la gastroscopia e la radioterapia e quindi presumo che qualche collega, in Pronto soccorso prima e in reparto poi, abbiano optato per questa infelice diagnosi.

Faccio opera di consolazione nei confronti della moglie e amica e programmo una visita a Milano durante la settimana, nell'unica mattina libera che il mio lavoro di medico di famiglia mi concede.

Per fortuna dopo pochissimi giorni incrocio la moglie-amica, la quale mi riferisce delle dimissioni prossime del marito e mi annuncia che mi porterà a breve la lettera di dimissioni dei colleghi.

Documentazione alle dimissioni

La diagnosi alla dimissione è di colica biliare in paziente con epatopatia cronica esotossica a evoluzione cirrogena; malattia da reflusso gastroesofageo; attacco gottoso al piede sinistro.

Tra le motivazioni che hanno indotto il ricovero del mio paziente, nella relazione delle dimissioni noto "comparsa improvvisa di ittero, associato a episodi di vomito alimentare e biliare", insieme a un "eritema e dolore al piede sinistro".

Referti ospedalieri

Al momento del ricovero i valori di bilirubina totale erano 2.92 mg/dl, quindi di poco superiori alla soglia per la comparsa dell'ittero.

Ciò che probabilmente ha indotto i colleghi a trattenere il paziente è stato il riscontro a livello epatico, nel IV segmento, di una "formazione ipoecogena" mediante l'esecuzione di una ecotomografia dell'addome superiore, che peraltro ha di-

mostrato colecisti e vie biliari indenni da calcoli.

Gli indici di funzionalità epatica erano compatibili con la steatosi evidenziata dall'ecografia da me prescritta nel 2008, che aveva già dimostrato la formazione ipoecogena al IV segmento e interpretata come angioma.

Per ciò che riguarda la tumefazione eritematosa del piede sinistro, si trattava di attacco gottoso legato agli alti valori di uricemia, trattato immediatamente con colchicina e allopurinolo e sottoposto successivamente alla consulenza reumatologica per le valutazioni del caso. Nella sezione riguardante le terapie eseguite durante il ricovero, veniva riportata la terapia domiciliare a base di colchicina e allopurinolo.

Tra gli esami ematochimici allegati alla lettera di dimissioni, emergevano soltanto i riscontri di gammaGT 101 U/L e AST 46 U/L. Non sono riportati i valori dell'uricemia, che non compare né tra gli esami all'ingresso né tra quelli alla dimissione e per i quali sarà opportuno un controllo a breve, non avendo documentazione adeguata.

Sembra che l'esame risolutivo ai fini diagnostici sia stata la TAC dell'addome superiore e inferiore senza e con contrasto, eseguita al sesto giorno dal ricovero.

L'indagine ha evidenziato una ipertrofia del lobo sinistro del fegato e del lobo caudato senza evidenza di lesioni focali.

Nessun'altra segnalazione effettuata dal collega radiologo, eccetto una minima falda periepatica di tipo ascitico.

■ Errore in medicina a beneficio del paziente

Molti di noi ricorderanno la vicenda del protagonista di "Caro diario" di Nanni Moretti, che narra le peripezie di un quarantenne vittima di un errore diagnostico, con relativo ritardo nella giusta scelta terapeutica.

È un caso emblematico per descrivere il rischio cui noi medici andiamo soggetti dal momento della nostra

abilitazione fino al pensionamento.

Tralasciamo le decine di migliaia di errori medici che, in ogni Paese civilizzato, sono responsabili di un numero di morti ogni anno superiore a quelli dovuti a incidente stradale.

Ci sono però errori che non vengono registrati e non fanno parte delle statistiche, perché opportunamente offuscati dal buon esito della vicenda di cui noi medici di famiglia siamo, più che protagonisti, spettatori impotenti: potremmo definirli errori medici a beneficio del paziente.

Mi sto riferendo alle diagnosi errate che vengono avanzate in assenza di esami diagnostici definitivi o anche in occasione del primo contatto con il paziente, tentando forse di mettersi al riparo da errori ben più gravi successivi, in un processo perverso di reiterazione di quella medicina difensiva che sta spopolando negli ospedali italiani (ma non solo) ed è responsabile in parte dell'implosione economica della sanità italiana.

■ Conclusioni e riflessioni

Si vuol dimostrare a tutti i costi che il lavoro del medico di famiglia in Italia è inutile. Lo danno per scontato molti colleghi ospedalieri, che ci snobbano e ci considerano i manovali della sanità.

Sui quotidiani lo scrivono giornalisti che, forse grazie alla loro posizione privilegiata e alle casse mutue integrative, possono facilmente bypassare il medico di famiglia e rivolgersi alle strutture convenzionate dove lavorano fior di colleghi super-specialisti.

Lo minacciano i politici, che desidererebbero ottenere da noi soltanto un controllo di tipo economico della spesa sanitaria, con funzioni di semafori umani delle prestazioni (li chiamano gatekeeper).

Lo dimostrano ogni giorno i pazienti, che ci trattano come se fossimo i loro schiavi, sempre disponibili a riceverli per qualsivoglia stupida "sensazione di malessere" e pronti a portare al loro domicilio

cappuccino e brioche.

Per questo motivo mi sono sentito in dovere di scrivere questa testimonianza, perché casi clinici di questo genere, da qualche anno a questa parte, sono sempre più frequenti.

Non voglio criticare il comportamento difensivo dei colleghi ospedalieri, perché sappiamo bene quanto anch'essi siano nel mirino dei mass media e degli avvocati.

Gli aspetti che voglio sottolineare riguardano la nostra professione specifica. Se il paziente o la moglie del paziente mi avessero dato retta, avremmo predisposto il giorno dopo una serie di esami, che avrebbero portato alle giuste conclusioni diagnostiche al massimo in una settimana (bollini verdi permettendo).

Si sarebbero evitati i pianti di moglie e figlia per tre giorni, oltre che di fratelli e cognate, per la comunicazione prematura e azzardata di epatocarcinoma inoperabile.

Non si sarebbero ingenerati sensi di colpa nel medico curante, a un certo punto timoroso di essersi "lasciato scappare" qualcosa sei mesi prima.

Si sarebbero seguiti i famosi piani diagnostici terapeutici secondo le linee guida, ponendo l'attenzione soprattutto alla storia di potus e alla situazione psicologica familiare, che aveva accentuato il problema nelle ultime settimane.

Si sarebbero risparmiate alcune centinaia, se non migliaia, di euro con soddisfazione del servizio sanitario regionale.

In realtà "del senno di poi son piene le fosse" e a questi casi i "flussi informativi", cui è tanto legata la Regione Lombardia, non daranno mai giusto rilievo.

Noi medici di famiglia continueremo a subire queste storie, continueremo a fare sentire la nostra voce soltanto sulle pagine di chi ha il coraggio di pubblicare anche i nostri interventi e continueremo ogni giorno a lavorare in trincea, cercando di mettere sempre più toppe a un Servizio sanitario nazionale e regionale ormai quasi in stadio terminale.