



AUTOCRITICA RAPIDA DI NOTTE

Dott. Vincenzo Cordiano e Dott. Fabio Miserocchi- U.O.C. di Medicina- Valdagno*

Alcuni mesi fa alle 3 di notte un uomo di 46 anni si presentò in Pronto Soccorso (PS): da due giorni aveva febbre fino a 39,5° con mal

di gola e diarrea. La sua bambina aveva preceduto di un giorno il padre con febbre non ben specificata trattata dal pediatra con antibiotici. Il Collega del PS mi* svegliò come internista di guardia, dicendomi che stava per ricoverare una sospetta leucemia acuta, perché l'emocromo dava oltre 50.000 globuli bianchi/ μ L (v.n. 4-10.000), con normali globuli rossi ed una lieve piastrinopenia con 118.000 piastrine/ μ L v.n. 140.000-440.000). Avendo ricevuto una risposta negativa alla mia domanda di presenza di linfonodi o milza aumentati, gli risposi che era molto improbabile che avesse una leucemia acuta e che gli desse per un banale mal di gola una terapia antibiotica rinviando il paziente al proprio domicilio. La risposta fu che non si sentiva assolutamente di dimmetterlo e di prepararmi ad andare a vedere il paziente, perché lo stava inviando in reparto. Nella penombra di una stanza del PS illuminata dalla luce di cortesia del letto del paziente e con fare circospetto per non svegliare l'altro ospite della stanza, interrogai il giovane che si era messo a letto vestito di tutto punto, dal momento che aspettava la moglie che doveva portargli il pigiama e gli altri effetti personali. Era un idraulico, sposato con due figli, non fumatore ed abitudini di vita regolari. Era sempre stato bene, salvo un intervento chirurgico imprecisato. Il paziente era cosciente, collaborante, anche se a volte aveva un eloquio un po' impacciato, sembrava confuso ad intermittenza. Gli chiesi più volte di precisare il tipo di intervento al quale era stato sottoposto senza ricevere risposta. Essendo il paziente vestito mi limitai a visitargli il torace e la cavità orale, tralasciando l'addome. L'esame obiettivo polmonare era invece completamente negativo, le tonsille erano rigonfie ed arrossate con qualche placca biancastra, le mucose secche da disidratazione. Non vi erano segni di deficit neurologici focali, anche se il collo era un po' rigido, ma non dolente ai movimenti attivi e passivi. La temperatura era 39,8°C, la frequenza cardiaca 112 b/m, ritmica. Passai quindi a controllare gli esami eseguiti in urgenza in PS. Oltre alla leucocitosi e alla piastrinopenia, c'era un modesto aumento delle transaminasi (AST 167 U/L; ALT 169 U/L), un aumento della creatininemia (4,91 mg/dL) ed una lieve ipocalcemia 8mg/dL. Interpretai l'aumento della creatina come un segno di insufficienza renale acuta prerenale (il paziente aveva diarrea da due giorni ed era disidratato; la piastrinopenia e l'aumento delle transaminasi con una probabile virosi (e potevo così giustificare con un "meningismo" quell'acceso al rigor nuchalis). Prescrissi quindi all'infermiere di eseguire 2 emocolture seriate e dopo di somministrare ceftriaxone 2 gr endovena. Mentre mi accingevo ad uscire dalla stanza il paziente mi riferì che aveva anche un po' di mal testa e chiese di spegnere la luce. Mi arrestai quindi come impietrito e la lampadina che lui voleva spegnere mi si accese invece nella mia testa. Tornai indietro e dopo aver visto che sfuggiva con lo sguardo dalla luce e faticava a tenere gli occhi aperti mi dissi: "questo ha

fotobia: vuoi vedere che ha una meningite? Rapidamente riepilogai i sintomi (mal di gola, febbre, cefalea, fotofobia, rigor nuchalis, piastrinopenia). Richiamai l'infermiere, gli chiesi di spogliare di nuovo il paziente e questa volta completamente, di accendere tutte le luci. L'infermiere si lamentò ("ma dottore, l'ha appena visitato, lo lasci in pace"). Dopo avergli tolto anche i pantaloni notai un'ampia cicatrice chirurgica in ipocondrio sinistro: era la traccia di una splenectomia. E subito mi ritornò in mente il caso di quel povero giovane di Bassano, uno dei primi casi che vidi dopo aver iniziato a frequentare la Clinica Medica di Padova al 5° anno di Medicina (giovane di 26 anni, splenectomizzato qualche anno prima dopo caduta dalla moto, morto per sindrome di Waterhouse-Friederichsen complicante una meningite meningococcica associata a CID-coagulazione intravasale disseminata, il quale decedette dopo che gli si erano autoimputate le dita delle mani e dei piedi per tromboembolie sistemiche ricorrenti). Rivisitò accuratamente il paziente, mi accorsi che la pressione arteriosa era 70/50 mmHg (l'avevano rilevata anche in PS ma non mi era stata riferita ed io non avevo dato peso al referto della visita del collega che lo definiva ipoteso e segnava però una PA di 100/60 mmHg, giustificandola con la disidratazione). Notai anche qualche rantolo alla base destra. Interrogai ancora il paziente, al quale il paracetamolo endovena aveva nel frattempo abbassato la temperatura e migliorato lo stato confusionale. Mi disse che era stato splenectomizzato nel 2005 in una chirurgia della provincia, che non aveva mai eseguito la vaccinazione antipneumococcica ed antimeningococcica, né profilassi antibiotica e che dopo l'intervento, negli anni successivi, aveva avuto episodi ricorrenti di sinusite. Chiamai subito l'anestesista e lo costrinsi ad eseguire una puntura lombare, dopo aver faticato per superare la sua diffidenza, non ritenendo egli la procedura indicata a causa della "paucità dei sintomi" poco suggestivi per meningite. Erano arrivati anche gli esami della coagulazione da me richiesti che evidenziavano un quadro preoccupante: INR 1,54; APTT 1,32; AT III 49%; fibrinogeno 382 mg/dL; piastrine scese già a 83.000/ μ L. Era allarmante una piastrinopenia quando gli splenectomizzati hanno solitamente un aumento persistente delle piastrine anche dopo decenni dall'intervento. Il liquor prelevato era leggermente torbido; l'esame microscopico evidenziava numerosi neutrofili e diplococchi Gram+ compatibili con Streptococcus Pneumoniae. Aggiungemmo alla terapia antibiotica la dopamina per risollevare la pressione e trasferimmo il paziente in rianimazione per riprenderlo dopo una settimana. Al ritorno in reparto l'emocromo evidenziava la risalita delle piastrine (587.000/ μ L). Una TAC del massiccio facciale evidenziava un tessuto ipodenso nel seno mascellare sinistro e la TAC di orecchio e rocche un tessuto ipodenso nella rocca mastoide sinistra con tessuto ipodenso, come probabili fonti della setticemia con meningite.

Commento: 1) L'urgenza che arriva al PS per essere risolta richiede competenza, senso critico, collaborazione tra Colleghi, prontezza dei riflessi, condizioni psicologiche ottimali, oggi anche possibilità di consultare internet; 2) della formazione e della gestione del patrimonio professionale dei medici in trincea se ne parla poco, sembra quasi che la si dia come scontata; 3) siamo ancora fermi alla costruzione dei muri ed agli apparecchi fantasmagorici e costosi e non alla professionalità di chi opera, come si costruivano grandi stadi supertecnologici senza considerare le squadre di calcio; 4) tanto per chiarire negli U.S.A. una caso simile di una ragazza di 12 anni [Case 38-2003: N Engl J Med 2003;249:2341-9] è finito con il decesso per ritardo nella somministrazione della terapia antibiotica pur con un quadro clinico e di laboratorio allarmante; 5) la splenectomia rende il paziente più vulnerabile alle infezioni e soprattutto da Streptococcus Pneumoniae.

- <http://brain.oxfordjournals.org/content/126/5/1015.full>

Dott. Federico Morello morellof@tin.it