



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Astenia
Data 30 gennaio 2006 alle 23:01:00
Autore R Rossi

Ressa:
Qui voglio davvero vederti!
Dimmi cosa fai di fronte ad un sintomo così aspecifico e tra l'altro frequentissimo in Medicina Generale.

Rossi:
Come ho detto innanzi tutto e come sempre, anche se so di annoiare: anamnesi ed esame obiettivo.
In questo modo abbiamo una certa quantità di dati iniziali da cui partire. Prendiamo poi la nostra brava check list e vediamo una enumerazione di cause che non finisce più...

Ressa:
Appunto.

Rossi:
Però alcune cause sono più probabili di altre. In effetti vedremo che le cause più frequenti sono:
1) le cause psichiche (depressione, ansia cronica) e lo stress cronico (per esempio eccessivo lavoro, bambini piccoli, scarso riposo, ecc.)
2) anemia
3) recente malattia infettiva
4) ipotiroidismo
Così la prima e la terza causa possono già essere confermate con una semplice anamnesi e se l'esame obiettivo non è indicativo di qualcosa d'altro possiamo fermarci a questo punto. Conviene, per non perdersi in richieste eccessive di esami inutili, considerare che un'astenia isolata, in assenza di altri sintomi riferiti dal paziente (per esempio calo ponderale, dispnea, artrite) quasi mai ha una genesi organica.
Spesso, per esempio nelle giovani donne, in cui si sospetta una astenia da stress o da ansia, può essere sufficiente una terapia "placebo" (le famose iniezioni ricostituenti, che faranno arrossire i cultori della EBM, ma che a noi servono molto) associata eventualmente a basse dosi di ansiolitici. Qualche volta si possono prescrivere degli accertamenti di minima, anche se siamo "quasi certi" che il paziente non abbia patologie serie, a scopo rassicurativo, come una vera e propria terapia. Questo farà inorridire forse i puristi, ma io trovo che sia, in casi selezionati, una tecnica efficace. Ressa:
Quindi?

Rossi:
Intanto abbiamo già escluso alcune cause importanti, teniamo in calda le anemie e l'ipotiroidismo, e continuiamo con l'esame della check list finché abbiamo il paziente davanti. Cause meno frequenti di astenia, ma sempre importanti, sono l'ipertiroidismo, l'abuso di sostanze (alcol, droghe), alcuni farmaci (beta-bloccanti, diuretici, altri antipertensivi, ecc.), una insufficienza cardiaca, renale od epatica, il diabete.

Ressa:
Vedo che la lista si ingrossa...

Rossi:
Già, ma anche in questo caso con anamnesi ed esame obiettivo possiamo già escludere alcune di queste cause (farmaci, scompenso cardiaco congestizio, ipertiroidismo conclamato).

Ressa:
Bene, qual è il passo successivo?

Rossi:
Si passa ad esaminare cause più rare: un'infezione cronica come la TBC, una malattia di Addison, una neoplasia maligna o una connettivopatia (LES, artrite reumatoide, polimialgia reumatica), una sindrome da fatica cronica. Anche in questo caso già l'esame del paziente può indirizzarci verso una certa patologia: per esempio in un anziano la contemporanea presenza di dolore ai cingoli degli arti superiori e inferiori può orientarci verso una polimialgia reumatica, un calo di peso verso una neoplasia, ecc. Un'astenia soprattutto in una donna di 20-40 anni che persiste, specialmente se caratterizzata da affaticabilità muscolare e oculare, dovrebbe porre il sospetto di miastenia gravis.
Abbiamo già fatto così una certa scrematura e possiamo pensare ora ad effettuare alcuni esami di minima che ci confermano od escludono altre cause:
glicemia, emocromo, TSH, transaminasi, creatinina, VES, elettroliti, esame urine. In casi specifici possiamo aggiungere un RA test, una ricerca del sangue occulto fecale, una sideremia, una elettroforesi.
Come vedi con un percorso ragionato e con alcuni esami mirati siamo arrivati, senza colpo d'ala e senza bisogno di essere Raffaello, a trovare probabilmente la causa della stanchezza, o comunque a sospettarla. E' ovvio che se i risultati daranno un'anemia sideropenica diverso poi sarà il comportamento di fronte ad una giovane donna con mestruazioni abbondanti piuttosto che in un anziano con disturbi digestivi e calo di peso, in cui è giocoforza escludere una neoplasia del tubo digerente. Così per esempio con l'emocromo, oltre a diagnosticare l'anemia, possiamo individuare o sospettare un abuso etilico in caso di aumento dell'MCV o una infezione in caso di leucocitosi, una



alterazione degli elettroliti può essere dovuta a terapia diuretica o anche a morbo di Addison, e così via.

Ressa:

E se non si trova causa alcuna?

Rossi:

Bisogna distinguere da caso a caso. Conta anche l'impressione che ti fa il paziente, quello organico talora si vede al primo sguardo ...

Ressa:

Ahi, ah, te l'ho già detto: il paziente che non ti piace non può essere schematizzabile nelle tue flow-chart!

Rossi:

No, però se uno si allena ci sono delle sfumature che con il tempo impari a riconoscere e a non sottovalutare. Concordo che non tutto sia esplicitabile in tabelle e algoritmi, una parte di "occhio clinico" c'è sempre ed è ineliminabile. Ad ogni modo se non troviamo una causa con gli esami di primo livello se ne devono/possono aggiungere altri, di solito di tipo strumentale; radiografia del torace, ecografia addominale, endoscopia digestiva, ecc. A questo punto possiamo sempre ricorrere al nostro "alleato" tempo e pensare ad esami di secondo livello se l'astenia continua a persistere, si aggrava oppure se compaiono nuovi sintomi.

Ressa:

Mi hai convinto solo in parte. I veri artisti sintetizzano tutto il processo che ci hai descritto in pochi istanti e arrivano molto più velocemente alla diagnosi.

Rossi:

Può anche essere, per quanto nutra dei seri dubbi su queste tue affermazioni. Però sono convinto che la metodologia esemplificata in questo capitolo possa essere utile anche per chi non nasce Raffaello, perchè pochi hanno questa fortuna, e ci possa mettere al riparo da grosse delusioni (ovviamente come dicevo nell'introduzione con le dovute eccezioni, perchè ci sono sempre i casi atipici e quelli molto rari che ti ingannano).