



## Il Manuale di Clinica Pratica

**Titolo** Il paziente con sintomi inspiegabili  
**Data** 05 febbraio 2006 alle 17:02:00  
**Autore** G Ressa

Rossi:

Capita talora di vedere pazienti che lamentano sintomi "strani" apparentemente non inquadrabili in nessun quadro nosografico noto.

Ressa:

Ovviamente dobbiamo chiarire che vuol dire "sintomi inspiegabili" e in rapporto a che. Una prima scrematura va fatta per le sindromi bizzarre in cui la psiche la fa da padrone, in questo caso il malessere psicologico è essa stessa la malattia e il clinico attento deve saper cogliere, dal linguaggio corporeo del paziente, la chiave di lettura giusta, senza rincorrere diagnosi organiche inesistenti (ricordandosi sempre che ogni sintomo clinico può essere simulato da un disagio psichico).

Rossi:

Purtroppo il modo di vivere di oggi accentua situazioni di disagio psicologico e sociale che spesso il paziente esprime con disturbi di tipo somatico. Penso non solo alle classiche nevrosi con ansia, insonnia, ecc. ma anche ad una serie di sindromi (le vertigini, l'astenia, i dolori dappertutto, le dispepsie, certe cefalee, ecc.) che ogni medico di medicina generale conosce bene perché le vede con frequenza ma che non si trovano in nessun trattato di clinica medica e alle quali non si riesce a trovare una spiegazione di tipo etiologico classico. Non per niente oggi si parla di modello bio-psico-sociale di malattia: situazioni di conflitto, consapevoli o vissute anche in modo inconscio dal paziente, si estrinsecano con una serie di disturbi mal catalogabili che non sono altro che una richiesta di aiuto che il paziente, non riuscendo ad intravedere vie d'uscita (risoluzione di problemi familiari, di lavoro, economici, ecc.) indirizza verso il lato corporeo. Potremmo definire questi soggetti dei veri e propri somatizzatori cronici con tendenza ad amplificare segnali corporei che vengono attribuiti di volta in volta ad un malanno organico.

Di solito, come dicevo, si tratta di una sintomatologia di tipo doloroso localizzata in varie parti del corpo, spesso variabile, oppure di fastidi non ben precisati, vertigini, astenia. Questi sintomi sono molto proteiformi, scompaiono e ricompaiono in sedi diverse e in modo capriccioso. I pazienti che ne soffrono sono generalmente frequentatori abituali dell'ambulatorio, eseguono molti esami o accertamenti radiologici, spesso cambiano medico perché insoddisfatti delle spiegazioni e delle terapie prescritte (fenomeno del doctor shopping). Sotto un certo punto di vista costituiscono anche una fonte importante di prescrizioni inutili perché sempre alla ricerca di una spiegazione organica dei loro disturbi richiedono in continuazione accertamenti a cui il medico effettivamente fatica ad opporsi. Le spiegazioni e le rassicurazioni, anche le più approfondite e prolungate, sono quasi sempre inutili e tendono ad affaticare e a prostrare anche i medici più pazienti. Secondo uno studio [1] questi soggetti hanno la propensione a interpretare in modo errato le spiegazioni mediche che vengono loro fornite, anche quando queste negano che vi sia una patologia organica sottostante. Va da sé che prima di etichettare un soggetto come "psicosomatico" è importante escludere che i disturbi lamentati siano in realtà espressione di una malattia che non emerge chiaramente o che si fatica ad evidenziare perché rara o di diagnosi difficile. Depone per una genesi non organica la cronicità del disturbo, la continua negatività degli accertamenti, la mancanza di effetto delle rassicurazioni fornite. Alcuni consigliano di far riassumere al paziente, con parole sue quanto è stato appena spiegato, per verificare cosa sia stato veramente compreso, ma questo potrà servire a ridurre le visite e i disturbi?

Ressa:

E' importante comunque quanto hai appena detto: bisogna essere sicuri che non si tratti di una vera sindrome organica, non su base funzionale, che non riusciamo a spiegare, a catalogare, cioè, in una malattia nosologicamente definita. Questo può accadere per vari motivi: per incapacità di saper unificare tutti i sintomi in un'unica patologia (che al clinico non viene in mente in quel momento) oppure perché questi ultimi, esplicitati dal paziente, sono riconducibili, in realtà, a malattie distinte e separate che ci ostiniamo a voler, a tutti i costi, mettere sotto un unico ombrello. In quest'ultimo caso, quello che non rientra nella conclusione diagnostica, viene considerato "inspiegabile" e il goffo clinico lo liquida con una scrollata di spalle, ricorrendo spesso all'aforisma "che essendo la medicina una scienza non esatta, non tutto si può spiegare".

Rossi:

Direi che corriamo tutti ogni giorno un doppio pericolo. Da una parte quello di etichettare come funzionali o psichici dei sintomi che invece hanno una causa organica e dall'altra di richiedere molti esami alla ricerca di una patologia organica che non esiste. Ovviamente non c'è un metodo sicuro per districarsi tra questi due fuochi. Una pratica che è abbastanza peculiare della Medicina Generale è quella di sfruttare il fattore tempo: il fatto che noi siamo il punto di riferimento costante del paziente ci permette talora di "star a vedere cosa succede", di prendere tempo, nell'attesa che magari quel sintomo che non riusciamo a capire o a interpretare non si risolve spontaneamente o non si chiarisca meglio. E' una pratica a cui, devo dire, ricorro non raramente, magari somministrando nel frattempo un placebo (per far capire al paziente che comunque mi prendo carico del suo malessere). E' sempre importante però rivalutare il caso a distanza di 1-2 settimane per non correre il rischio di errori brucianti. D'altra parte sarebbe vano cercare di interpretare questi casi con le armi classiche della medicina tradizionale, quella universitaria per intendersi: pazienti di questo tipo non si trovano nelle pagine e nelle classificazioni dei trattati di clinica e di patologia medica, neppure nei più prestigiosi. Il medico di famiglia si trova persino sprovvisto delle armi e degli armamenti adatti per affrontare la molteplicità e la variabilità del disagio che sta sotto i vari quadri clinici presentati dai pazienti con sintomi inspiegabili perché nessuno



glieli ha insegnati. Perciò se li deve inventare giorno per giorno, una volta negoziando, una volta temporeggiando, una volta cedendo alle richieste del paziente, un'altra opponendo rifiuti motivati, altre volte ancora elaborando strategie che solo l'esperienza gli permette di escogitare. Sarebbe francamente illusorio pensare di giudicare questo modus operandi con il metro delle linee guida, della medicina EBM, dei protocolli diagnostici e terapeutici. Per ora nessuno ha ancora descritto compiutamente e formalizzato questo aspetto peculiare della Medicina Generale, che ne fa una specialità medica diversa da tutte le altre. Gli stessi medici di famiglia spesso non sono incosapevoli di esercitare una medicina diversa, anche se poi tutti i giorni la mettono in pratica. Ressa:

Vi è anche un altro rischio. Negli anni, l'acquisita "sicurezza" professionale, può portare a equiparare pericolosamente il sintomo "inspiegabile" al sintomo "inesistente" cioè inventato, oppure poco importante o, ancora, ascrivibile a patologie preesistenti, in quest'ultimo caso più che "sintomo inspiegabile" parlerei di sintomo "spiegato male". I vecchi maestri, però, ammonivano: "Il paziente ha sempre ragione!" e devo dire che i peggiori errori che ho fatto nella professione sono scaturiti proprio dall'inosservanza di questa raccomandazione; con apparente paradosso, questo non è successo all'inizio della carriera ma dopo i primi 15-20 anni.

Rossi:

La conoscenza del paziente non dovrebbe aiutarci?

Ressa:

Magari fosse così. Essa può talora aiutare, come pure essere un pericoloso boomerang se il curante, nell'analisi dei dati a disposizione, ha la lavagna diagnostica già scritta; il clinico prudente cancella, invece, le informazioni precedentemente acquisite nella cura del paziente e non si siede sempre su diagnosi già acquisite nella storia del malato.

Rossi:

Hai qualche caso da raccontarci?

Ressa:

Perbacco, mi inviti a nozze! Proprio quest'anno mi è capitato il caso di una mia anziana paziente, etichettata come affetta da demenza su base cerebro vascolare, che ha accusato un progressivo peggioramento della sua motilità, con andatura a piccoli passi, riferita astenia ingravescente e umore depresso. All'inizio ho cercato di spiegare ai congiunti che la malattia avanzava inesorabile, in questo corroborato anche dal parere di illustri neurologi chiamati a consulto, essi affermavano, inoltre, che la demenza spesso si complica con una depressione, tutto il quadro era quindi spiegabile in questi termini. La paziente stava pericolosamente "arretrando" dalla passeggiatina intorno al palazzo a una "clausura" in casa, poi su una poltrona, era arrivata sulla soglia dell'allettamento. Mi ero industriato a spiegare all'anziano coniuge che era senz'altro il caso di ingaggiare una badante "perché purtroppo le demenze non perdonano!"; la paziente continuava a lamentarsi che "non ce la faceva ad uscire" e io a insistere "che senza uno sforzo di volontà non c'era un farmaco che le aprisse la porta di casa". La sindrome più che inspiegabile era spiegata male, ma "il paziente ha sempre ragione", con grosso ritardo si accese la lampadina diagnostica e, corroborato da indagini di laboratorio, ho fatto diagnosi di polimialgia reumatica, la paziente, con 20 milligrammi di corticosteroidi esce tutti i giorni, cammina spedita e magnifica le mie capacità diagnostiche (sic!), il marito è raggianti. In caso contrario si sarebbe allettata, con tutte le conseguenze del caso, "perché la demenza alla fine fa così". Rossi:

Mi fai venire in mente un caso un po' simile che mi è capitato all'inizio della mia carriera. Una paziente anziana, mi pare di 75 anni, affetta da qualche anno da lieve decadimento cerebrale, comincia a mostrare un aggravamento dei sintomi con comparsa di comportamenti strani e imprevedibili e aggressività. Un quadro classico, spiegavo ai familiari, rassegnatevi, non c'è terapia che tenga. Mi aveva ingannato il fatto che un mese prima la paziente era stata ricoverata e in ospedale avevano confermato la diagnosi di demenza. Però non era mai stata eseguita una TAC cerebrale. Ad un certo punto, su richiesta della figlia e devo dire quasi infastidito, prescrissi questa benedetta TAC e, indovina, risultò una neoplasia cerebrale (probabile astrocitoma mi sembra) inoperabile. La sorte non sarebbe cambiata se avessi chiesto l'esame due mesi prima ma, come vedi, la lavagna diagnostica già scritta aveva fatto i suoi danni.

Ressa:

Proprio così. Anche qui più che sintomi inspiegabili erano sintomi interpretati male.

Ma tornando al discorso principale c'è da aggiungere che, in rari casi, la diagnosi è veramente difficile perché i sintomi, "apparentemente inspiegabili" coinvolgono contemporaneamente organi o apparati senza un apparente collegamento tra loro, che invece c'è, eccome.

In queste circostanze, che, ripeto sono rare, quando non ci si capisce nulla, bisogna pensare a due entità nosologiche con le loro varianti: le collagenopatie e le vasculiti.

## BIBLIOGRAFIA

1. Rief W, Heitmüller AM, Reisberg K, Rüdell H (2006) Why Reassurance Fails in Patients with Unexplained Symptoms—An Experimental Investigation of Remembered Probabilities. PLoS Med 3(8): e269