

RENATO ROSSI GIUSEPPE RESSA

IL MANUALE DI CLINICA PRATICA



© 2004 Pillole.org

PRESENTAZIONE

Nel panorama sconfinato dei testi di medicina non mancano i trattati “classici” cui attingere e soddisfare la necessità di aggiornamento: Harrison, Cecil, Stein sono nomi noti a tutti i discepoli di Ippocrate e costituiscono sicuramente le fondamenta indispensabili per costruire un buon medico e mantenerlo sempre al passo con i tempi.

Ma i trattati invecchiano se non, a volte, nascono già vecchi, per cui oltre alle forma tradizionale cartacea di cultura esiste ora l’aggiornamento telematico, attraverso gli innumerevoli portali e siti dedicati, che le nuove generazioni di medici e i pochi “anziani” dotati di propensione per la tecnologia sfruttano quotidianamente, come verifica, come ricerca, come confronto: mailing list, newsgroup di discussioni mediche ed internet in genere hanno aiutato non pochi di noi a rivedere le proprie posizioni ed a migliorarsi, in umiltà e voglia di apprendere, nel mai sopito desiderio di uscire da un isolamento individualistico congenito alla figura del medico di famiglia.

E infine le iniziative ministeriali, i corsi di aggiornamento, i crediti ECM, gli incontri, i congressi, le Consensus Conference, insomma un mondo teso ad un unico scopo: parlarsi, confrontarsi, imparare, gestire il proprio patrimonio medico arricchendolo con quello dei colleghi, uscire dal rischio di una guscio sigillato ed immutabile, monumento inutile e penoso alla povertà culturale.

In questa visione complessa e sfaccettata dell’essere medici e, soprattutto, medici di famiglia oggi, sembrerebbe a prima vista inutile la pubblicazione di un ennesimo libro di medicina. Ma “*Il Manuale di Clinica Pratica*” non è un libro come tanti: è scritto per la gran parte da due medici di famiglia, Renato Rossi e Giuseppe Ressa, conosciutisi attraverso la mailing list “Ippocrate” ed attratti dal desiderio di fare qualcosa di nuovo e di utile, concepito per i colleghi di medicina generale, senza pretese di essere un trattato, bensì una sorta di “ΔΙΑΛΟΓΟΙ” sulla nostra professione, sul modo di affrontare problemi comuni, sul come riuscire a fare bene il proprio lavoro e non incappare in errori di negligenza comprensibili ma evitabili, sulle più importanti linee-guida commentate e trasferite nel quotidiano, sui dubbi che ci possono assalire anche nelle situazioni più fruste e vissute, sugli esempi che possiamo creare nostro patrimonio e sugli esempi da cui dobbiamo rifuggire, sul nostro essere sempre quello che in fondo siamo: medici della persona.

Il libro, realizzato con la consulenza di alcuni altri medici di famiglia appartenenti alla stessa mailing list medica, viene distribuito gratuitamente solo attraverso internet.

Leggiamolo dunque, discutiamone, criticiamolo se necessario: deve far parte di noi, diventare una cosa nostra, insegnarci ad essere migliori, ad affrontare la giornata con uno spirito diverso, a confrontarci con i nostri assistiti, a lavorare con loro e non solamente per loro. Se tutto ciò sarà realizzato, lo sforzo degli amici non sarà stato vano.

Enzo Brizio

Creatore e moderatore della mailing list di Clinica medica “Ippocrate”

INDICE

Premessa

PARTE PRIMA

L'approccio clinico al malato (G.Ressa)
Un vestito a misura d'uomo (R.Rossi)
L'uomo nel medico-Emozioni (G.Ressa)
Un paziente che non potro' mai dimenticare (G.Ressa)
Evidence Based Medicine (R. Rossi)
Le linee guida e il paziente come "unicum" (R.Rossi- G.Ressa)
Il paziente con sintomi inspiegabili (G.Ressa)
La statistica in medicina, questa sconosciuta (G. Ressa)
Le ricerche bibliografiche e la trasferibilità degli studi (R.Rossi)
La qualita' in medicina (R.Rossi)
L'audit (R. Rossi)
Spesa e salute (R.Rossi - G.Ressa)

PARTE SECONDA

La gestione del paziente febbrile (A.DallaVia)
CASO CLINICO: Quella strana malattia sessuale (G.Ressa)
CASO CLINICO: Nando il fumarolo (G.Ressa)

Il paziente oncologico e la medicina palliativa

L'uomo e il cancro (G.Ressa)
La prevenzione (R.Rossi)
Lo screening per il cancro del colon (R.Rossi)
Lo screening per il cancro della mammella (R.Rossi)
Lo screening per il cancro del polmone (R.Rossi)
Lo screening per il cancro della prostata (R.Rossi)
Lo screening per il cancro della cervice uterina (R.Rossi)
Il problema delle metastasi e il follow-up oncologico (M. Grassi-G.Ressa)
La gestione del paziente terminale (A. Dalla Via)
CASO CLINICO: quell'ingannevole TC (G.Ressa)

Il paziente cardiopatico

La gestione del rischio cardiovascolare (R.Rossi)
Ipertensione - Diagnosi (R. Rossi)
Ipertensione - Terapia (R. Rossi)
CASO CLINICO: Quel ticchettio sinistro (G. Ressa)
Cardiopatia ischemica (R. Rossi)
L'esercizio fisico come prevenzione primaria e secondaria (M. Bolognesi)
Scopenso cardiaco (R. Rossi)
Fibrillazione atriale (R. Rossi)
Tromboembolismo venoso (R.Rossi)
La terapia anticoagulante orale (R.Rossi)
CASO CLINICO: Quella strana artrosi (G. Ressa)
CASO CLINICO: Cretinetti e il lifting della diva (G. Ressa)
CASO CLINICO: Quell'animale nascosto (G.Ressa)

CASO CLINICO: Cretinetti ed il poker (G.Ressa)

Le malattie metaboliche:

Il diabete (R.Rossi)

CASO CLINICO: Cretinetti e quell'occhietto ammiccante (G.Ressa)

L'obesità (M. Bolognesi)

CASO CLINICO: Quel falso peccato di gola (G.Ressa)

La sindrome metabolica (M.Bolognesi)

La terapia combinata delle dislipidemie (M. Bolognesi)

L'equilibrio acido-base (G.Ressa)

La gotta (R. Rossi)

Il paziente pneumopatico:

L'asma bronchiale (R.Rossi)

La broncopatia cronica ostruttiva (R.Rossi)

Le flogosi delle alte vie respiratorie e il mal di gola (G.Ressa)

CASO CLINICO: Quello strano mal di gola (G.Ressa)

Le polmoniti (R. Rossi)

CASO CLINICO: Quegli incauti colleghi (G.Ressa)

CASO CLINICO: Un regalo di natale per Cretinetti

La tosse (R.Rossi)

Ematologia

Le anemie (R.Rossi)

CASO CLINICO: Quel cuore che non c'entrava (G. Ressa)

CASO CLINICO: I due cretinetti e quella strana anemia (G. Ressa)

CASO CLINICO: Quello strano ittero (G. Ressa)

CASO CLINICO: Quelle strane lesioni alle gambe (G.Ressa)

Le piastrinopenia (R. Rossi)

Endocrinologia

Tireopatie, uno sguardo generale (R.Rossi)

Il nodulo tiroideo solitario (A Dalla Via)

Morbo di Basedow (A. Dalla Via)

CASO CLINICO: Quella strana artrosi cervicale (G. Ressa)

CASO CLINICO: Quell'amante distratto (G. Ressa)

CASO CLINICO: Le analisi non fanno la diagnosi, il cervello sì (se funziona) (G. Ressa)

CASO CLINICO: Quel ragionamento che non filava (G. Ressa)

Ovaio policistico (A. Dalla Via)

Iperprolattinemia (A. Dalla Via)

CASO CLINICO: Quelle strane perdite di coscienza (G. Ressa)

Il paziente con problemi neurologici

L'esame obiettivo neurologico (R. Rossi)

L'ictus (R.Rossi)

CASO CLINICO: Quell'aspirina negata (G. Ressa)

CASO CLINICO: Quell'estasi mistica (G. Ressa)

CASO CLINICO: Quella brutta faccia storta (G. Ressa)

Le cefalee (R.Rossi)

Il Parkinson (R.Rossi)

La demenza (R.Rossi)

CASO CLINICO: Quella gioiosa amazzone (G.Ressa)
Le vertigini (R.Rossi)
CASO CLINICO: Quei peperoni assassini (G.Ressa)
CASO CLINICO: Quella falsa epilessia (G.Ressa)
CASO CLINICO. Cretinetti e la maledizione di Raffaello (G.Ressa)

Depressione, ansia e psicosi

La depressione in medicina generale (R.Rossi)
L'ansia (R.Rossi)
L'insonnia (R.Rossi)
Le psicosi (R.Rossi)

Malattie muscolari e scheletriche

Artrosi (R.Rossi)
Lombalgia (R.Rossi)
CASO CLINICO: Quegli strani testicoli (G.Ressa)
Osteoporosi (R.Rossi)
CASO CLINICO: Quello strano diabete (G.Ressa)

Le malattie gastrointestinali

La dispepsia (R.Rossi)
Il reflusso gastro-esofageo (G.Ressa)
L'ulcera (G.Ressa)
CASO CLINICO. Cretinetti e i FANS (G.Ressa)
Il colon irritabile (R. Rossi)
Il follow-up delle malattie gastroenterologiche (R.Rossi)
Diarrea e stipsi (R. Rossi)
Patologia ano-rettale (R. Rossi)
CASO CLINICO: Quella strana trombosi (G. Ressa)
CASO CLINICO: Cretinetti e il pel di carota (G. Ressa)
CASO CLINICO: Quel paziente sudicione (G. Ressa)
Celiachia (Cosentino-Giuliano)
Paziente asintomatico con aumento delle transaminasi (R. Rossi)
CASO CLINICO: Quel buio ingannatorio (G.Ressa)

La salute della donna

Contracezione (R.Rossi)
Menopausa (R.Rossi)
CASO CLINICO: Quegli inutili ormoni sessuali (G. Ressa)

Le patologie urologiche

La colica renale (R. Rossi)
CASO CLINICO: Quelle strane coliche renali (G.Ressa)
Le infezioni urinarie (R. Rossi)
L'ipertrofia prostatica benigna (R.Rossi)
La disfunzione erettile (R.Rossi)
Il cancro della prostata (R.Rossi)

Miscellanea

Orticaria (E. Sani)
Intolleranze alimentari (Cosentino-Giuliano)

Il prurito (R. Rossi)
Ulcere venose e piaghe da decubito (R. Rossi)
Comuni problemi oculistici (R. Rossi)
Sterilità di coppia (R. Rossi)

Consigli di medicina legale

Cosa devo fare- Domande e risposte (D. Zamperini)

PREMESSA

Alcuni anni fa l'amico e collega Enzo Brizio, medico di famiglia in Fossano (CN), fondo', in INTERNET, la mailing list "Ippocrate", col preciso intento di discutere esclusivamente di argomenti di Clinica medica.

Circondato da qualche scetticismo, ando' avanti per la sua strada riuscendo a radunare intorno a se' un gruppo di appassionati i quali hanno cominciato a scambiarsi opinioni sui casi clinici che venivano proposti e, piu' in generale, sulla gestione delle patologie piu' frequenti in medicina, rimandando quelle piu' rare all'attenzione dei superspecialisti del ramo.

Dopo tutto questo tempo, prendendo spunto dal materiale accumulato, a Giuseppe Ressa è venuta l'idea di scrivere un "Manuale" di Clinica pratica; egli ha lanciato l'idea nella mailing list e ha ricevuto le adesioni di alcuni colleghi interessati al progetto; il piu' sollecito ed entusiasta è stato Renato Rossi, i due hanno preso in mano il progetto portandolo fino in fondo.

La prima parte del testo tratta dell' ABC del clinico pratico: la metodologia clinica, l'approccio al paziente come "unicum", l'utilizzo dei dati degli studi di massa ecc; la seconda parte si occupa dei principali campi della medicina interna.

In calce ad alcuni capitoli abbiamo riportato dei casi clinici pertinenti con la materia in oggetto, il protagonista di questi ultimi è stato soprannominato "dottor Cretinetti", attribuendogli questo soprannome a causa della sua reiterata inosservanza delle regole auree del ben operare in medicina.

Pur trattando di terapie e di farmaci si è scelto espressamente di non fornire informazioni dettagliate sui singoli principi attivi, sui dosaggi, sugli effetti collaterali e sulle controindicazioni; riteniamo infatti che questi aspetti esulino dalle finalità che ci siamo proposti.

Non abbiamo scritto, per i singoli argomenti, tutto cio' che è conosciuto, ma solo tutto cio' che ogni medico di buon livello dovrebbe conoscere e abbiamo scelto uno stile di esposizione anticonformista, non cattedratico, sperando che possa aumentare il gradimento del lettore.

Ringraziamo per i contributi i colleghi (in ordine alfabetico): Massimo Bolognesi, i coniugi Cosentino- Giuliano, Attilio Dalla Via, Marco Grassi, Emilio Sani, Loris Stucchi, Daniele Zamperini.

Luca Puccetti ha dato al libro una "veste" che mai saremmo riusciti, con la nostra ignoranza informatica, a conferirgli.

Buona lettura.

Avvertenze

Nessun'altro lavoro probabilmente necessita di un aggiornamento costante come la medicina. Un medico che volesse esercitare la professione senza aggiornarsi è paragonabile al capitano di una nave che volesse attraversare l'oceano sconosciuto della clinica senza carte nautiche e bussola. Dato che nessuno conosce tutto su tutto, per la stesura di questo libro ci siamo avvalsi, oltre che della bibliografia segnalata al termine di ogni capitolo, della consultazione di numerosi libri di testo (sia stranieri che italiani, alcuni specificamente indirizzati al MMG) e di linee guida ormai facilmente reperibili in Internet, fonte inesauribile di informazioni e suggerimenti.

L'APPROCCIO CLINICO AL MALATO

Sembrerà strano o addirittura anacronistico parlare di questo argomento nel millennio "tecnologico" per definizione.

Anche la medicina è stata travolta dall'uso dei nuovi mezzi strumentali, forniti dal progresso, ma purtroppo, spesso, più che travolta è stata **stravolta**.

Le "armi" diagnostiche fornite dalla tecnologia non sono intelligenti e non fanno le diagnosi, a questo compito è preposto il cervello del medico il quale, però, troppo spesso se ne dimentica chiedendo esami a pioggia, ognuno dei quali può portare delle risultanze che non c'entrano nulla con la diagnosi giusta, complicando la vita al malcapitato paziente e sprecando risorse economiche.

Ai nostri giorni, troppo di frequente, il malato si sente dire la frase "Faccia quest'esame e poi vediamo cosa ha", in questo modo il medico moderno dimostra di essere scappato dalla cabina di comando e di aver sostanzialmente abdicato al suo ruolo.

Così facendo, infatti, assomiglia a un soldato, fornito di equipaggiamento di prim'ordine, che però ha gli occhi bendati e spara a casaccio, prima o poi centra il bersaglio, ma casualmente, mentre il buon diagnosta prende la mira e colpisce il segno al primo colpo; le altre cartucce gli rimangono nel caricatore per le successive diagnosi.

La medicina "dagli effetti speciali", comunque, va molto di moda ed imperversa, soprattutto a livello divulgativo, trovando dei convinti assertori i quali, quando magnificano l'importanza di alcuni accertamenti, si guardano bene dal precisare che ogni esame strumentale ha una percentuale di risultati falsi (positivi e negativi) che può arrivare al 15-20%.

Come si può, in queste condizioni, trascurare l'importanza delle **quattro** regole auree, del ben operare nella professione, che ci sono state insegnate dai vecchi maestri?

Esse sono:

ANAMNESI : "Raccogliere l'anamnesi è la vera Arte della Medicina, il resto è Scienza. Ambedue sono necessarie, ma l'arte viene prima, interrogate il paziente con calma ma soprattutto ascoltatelo, osservando il suo linguaggio corporeo, metà diagnosi ve la farà lui"

ESAME OBIETTIVO: "Il paziente va *esplorato* sfruttando i cinque sensi umani"

RAGIONAMENTO CLINICO: "Sintetizzate i dati in vostro possesso ed elaborate una prima diagnosi orientativa, che può essere già definitiva se tutti i pezzi si incastrano tra loro"

SCORCIATOIE DIAGNOSTICHE: "Se si parte da Roma per andare a Napoli, si deve passare per Caserta; non per Pescara, Foggia, Avellino; così per le diagnosi"

Per tutti questi motivi noi siamo convinti che l'approccio "classico" al paziente sia da salvare *in toto*, anche nel 2000, e pensiamo che la tecnologia debba affiancare ma non sostituire il cervello del medico.

Un esempio, per tutti, accaduto di recente: paziente 70 enne, senza patologie degne di nota né fattori di rischio cardiovascolari, viene invitato da un'amica cardiologa ad eseguire un ecodoppler dei tronchi sovraortici "per prevenzione"; viene trovata una piccola placca calcifica emodinamicamente insignificante.

Il medico però prescrive statine e antiaggreganti, dopo due mesi il paziente viene ricoverato per ulcera perforata e si salva; la professionista non ha "filtrato" l'informazione datale dall'esame strumentale, che era ascrivibile a normale "usura anagrafica", ha deciso di far eseguire una terapia inutile, che in medicina spesso vuol dire dannosa, e che poteva addirittura essere fatale.

"Siamo abbastanza moderni per apprezzare l'aiuto degli esami strumentali e di laboratorio e troppo moderni per sopravvalutarlo"

Cesare Frugoni

LA GESTIONE DEL PAZIENTE FEBBRILE IN MEDICINA GENERALE

Dalla Via:

La patogenesi degli stati febbrili può essere schematicamente ricondotta a:

- 1) aumentata produzione di calore
- 2) compromissione nella produzione di calore
 - a) aumento della temperatura ambientale
 - b) colpo di calore
 - c) scompenso cardiaco; la riduzione della volemia con farmaci cardiovascolari può risolvere la febbre di un Paziente cardiopatico

Inoltre molto importante, sottodiagnosticata e sottovalutata, è la febbre da Farmaci; è da sottolineare come alcuni farmaci (***) utilizzati per la terapia degli stati febbrili possano essere essi stessi causa di rialzo termico:

Uso frequente: barbiturici, sulfamidici, salicilati ***, antistaminici, penicilline, rifampicina, ibuprofene***, aloperidolo, isoniazide, cefalosporine, lassativi

Uso infrequente: ioduri, procainamide, cimetidina, metildopa, chinidina, idralazina, fenitoina.

Ressa:

Parlerei dei diversi tipi di febbre

Dalla Via:

La Semeiotica della febbre è completamente scomparsa dalle abitudini mediche attuali; un tempo osservando per giorni la curva febbrile i Clinici, riconoscendo la febbre di Pel-Ebstein o la febbre epatica di Charcot, emettevano la diagnosi.

Ora non è più possibile, per richiesta di diagnosi accurate nel più breve tempo possibile, grazie ad indagini strumentali facilmente disponibili e, **last but not least**, per motivi medico-legali facilmente intuibili.

La Semeiologia tradizionale però non ha perso, come si vedrà, il suo valore può avere ancora una funzione rilevante nella pratica diagnostica quotidiana.

Ressa:

Soprattutto quella remittente.

Dalla Via:

La febbre, classicamente, viene distinta in:

- intermittente: esempio tipico ne è la malaria
- remittente: con fluttuazioni giornaliere superiori ai 2°, come nella polmonite e nelle sepsi
- continua: con oscillazioni quotidiane tra 0.5° e 0.8°. Un esempio ne fu il Tifo non trattato
- ondulante o ricorrente: con periodi di febbre alternati a periodi di normotermia, ad esempio nei Linfomi e nella Brucellosi
- quotidiana: elevata, giornaliera, rara; è legata a doppia infezione da Plasmodium Vivax, a colangite o ad ascesso epatico.

Ressa:

Se non mi rispondi a male parole ti chiedo dove misurare la temperatura

Dalla Via:

Può sembrare lapalissiano; chi non lo sa ?

Recentemente sono stati commercializzati termometri con sensori elettronici che dovrebbero poter rilevare rapidamente e comodamente la febbre in svariate zone della superficie cutanea; il loro utilizzo non è però ancora completamente affidabile.

La letteratura attuale suggerisce, salvo rare eccezioni, la misurazione:

- rettale: fino a 4 anni
- orale: dopo i 4 anni, la più indicata
- auricolare: molto rapida, sufficientemente affidabile
- inguinale: sembra essere una misurazione discretamente ma non del tutto affidabile
- ascellare: tanto frequente quanto inaffidabile

In pratica ogni Adulto dovrebbe avere un piccolo termometro prismatico a bulbo, **personale**, a Mercurio, e misurare la temperatura **orale in sede sublinguale**.

Ressa:

La febbre, soprattutto nei paesi latini, è percepita in maniera angosciante “mai uscire di casa con la febbre!”

Dalla Via:

Una malattia febbrile è quasi sempre, generalmente in breve tempo, motivo di contatto tra Paziente e Medico di Medicina Generale, mettendo a confronto due vissuti spesso differenti.

Vissuto del paziente	Vissuto del medico
Segno di malattia	Le richieste di viste domiciliari sono frequenti durante le epidemie; l'attività domiciliare è sempre dispendiosa per tempo e risorse, spesso non giustificata
Richiede intervento medico	Frequentemente la richiesta di intervento medico è solo per fini certificativi
E' motivo per richiedere che il MMG si rechi a domicilio	Le richieste avvengono durante l'attività ambulatoriale e causano il problema della corretta gestione telefonica di fronte a terzi
Se elevata è un'urgenza	Un'iperpiressia monosintomatica non rappresenta di solito un'emergenza; l'insistenza del paziente può generare conflitti

Il MMG deve quindi gestire correttamente la richiesta telefonica. Se il caso sembra meritare attenzione o poter generare conflitti deve essere rinviato in un tempo immediatamente successivo, utile per riordinare le domande anamnestiche da effettuare o prepararsi con tranquillità ad un

colloquio che potrebbe essere di difficile gestione. Considerare che l'uso del tempo a fini diagnostici è un metodo essenziale per la risoluzione dei problemi. In sintesi: **è sicuro attendere?**

Ressa:

Il problema sono sempre i sintomi di accompagnamento o la coesistenza di altre patologie note

Dalla Via:

Al di là che il contatto tra Medico e Paziente avvenga a domicilio od in Ambulatorio, i sintomi e/o segni che in presenza di febbre impongono una immediata valutazione clinica sono:

- dolore toracico
- dolore addominale
- dispnea
- **pazienti nuovi*****
- febbre elevata nell'anziano
- terapia immunosoppressiva
- immunodepressione, compreso il diabete e la cirrosi
- protesi valvolari
- tossicodipendenza
- ipotensione ed oliguria
- confusione mentale
- petecchie

Ressa:

Parlaci invece dei segni clinici di allarme:

Dalla Via:

Se durante la visita venissero rilevati:

- segni e sintomi di shock
- meningismo
- provenienza da aree epidemiche
- VES > a 60° alla 1° ora
- febbre intermittente o remittente con puntate > 39°
- mancata diagnosi dopo tre settimane di febbre
- convulsioni
- anemizzazione
- rapido calo ponderale
- valvulopatia
- linfadenopatia con caratteri di sospetto clinico
- segni di cardite

il paziente deve essere immediatamente ricoverato.

Ressa:

Che cosa spinge il MMG a visitare a domicilio un Paziente Febbrile?

Dalla Via:

La cultura del MMG; probabilmente un ex Medico Condotta di campagna è più propenso alla visita domiciliare rispetto ad un più giovane Collega che opera in una grande città con problemi di parcheggio

La tipologia dell'accesso ambulatoriale; un Paziente può essere disposto a recarsi in

Edito on line da Pillole.org - © 2004 Pillole.org tutti i diritti riservati – riproduzione vietata

ambulatorio con un appuntamento che gli consenta un rapido consulto. Un'attesa di un'ora con 39° in una sala d'aspetto affollata sarà difficilmente accettata.

La tipologia del Paziente. Considerando che in Inghilterra l'1.6% sono responsabili del 56% dell'attività dei locali GP, difficilmente un "frequent attender" avrà immediatamente ciò che si aspetta.

L'età del paziente

La presenza di copatologie importanti

La provenienza del Paziente; ad esempio, in Europa, i Belgi sono usi ad un'importante attività a domicilio legata a modalità di pagamento delle prestazioni del MMG.

Ressa:

E se arrivati a domicilio del Paziente il suo stato clinico non richiedeva assolutamente una visita domiciliare, motivata solo dal rilascio del Certificato di malattia ?

Dalla Via:

- "contare fino a dieci"
- ricordarsi che alcune malattie infettive, come endocarditi, miocarditi, sepsi, leptospirosi, glomerulonefriti, sono oligosintomatiche all'esordio e poi rapidamente evolutive; uno scontro verbale con un Paziente che poi peggiora rapidamente fino a necessitare di ricovero ospedaliero è difficilmente sanabile
- ribadire alcuni concetti di educazione sanitaria, facendo presente ad esempio che in Ambulatorio la strumentazione diagnostica consente un approccio più approfondito del problema

Ressa:

E se si decidesse di non visitare a domicilio il Paziente ?

Dalla Via:

L'anamnesi telefonica dovrà essere molto accurata; si dovrà valutare

- chi telefona, se il Paziente od un Familiare
- il tono di voce
- le modalità di presentazione del caso
- quali sono i sintomi
- come vengono riferiti

Una volta deciso di differire l'accesso occorre:

- fornire istruzioni chiare
- chiedere di essere avvisati in caso di variazione clinica
- invitare ad un follow-up telefonico dopo 48-72 ore
- garantire comunque una pronta disponibilità

Ressa:

Parliamo della febbre di origine ignota

Dalla Via:

La febbre di origine ignota (F.O.I.), è uno stato febbrile **con temperatura pari o superiore a 38° in più occasioni per almeno tre settimane e che abbia richiesto TRE visite ambulatoriali o TRE giorni di valutazione ospedaliera**

Fortunatamente si tratta quasi sempre di una malattia relativamente comune che si presenta in modo atipico e non una condizione rara.

Ressa:
Come gestirla?

Dalla Via:

Il management sul territorio di un Paziente con febbre inspiegata di lunga durata rappresentata una sfida globale per il metodo bio-psico-sociale delle Cure Primarie.

L'Assistito che lamenta febbre da sette giorni, **qualora durante la visita anamnesticamente ed obiettivamente si rilevassero:**

- buone condizioni generali
- durata della febbre inferiore a 7 giorni
- assenza di recenti interventi di chirurgia addominale
- assenza di segni sintomi di allarme (red flags) come melena, vomito caffeeano, cefalea nucale
- e.o. normale
- t° rettale > 38.3°
- normale stato immunitario
- anamnesticamente non viaggi recenti in zone epidemiche

è quasi sicuramente affetto da una malattia virale.

Se il Paziente ritorna dopo qualche giorno e riferisce di avere ancora febbre, dopo aver ripetuto in modo estremamente minuzioso anamnesi ed esame obiettivo, in caso di assenza di reperti patologici, converrà richiedere:

- Rx torace e seni paranasali
- Esame urine
- Emocromo
- Prove di funzionalità epatica,
- Creatinina
- HIV (previo consenso)
- ANA
- Fattore Reumatoide
- Emocolture, se la t° rettale è superiore a 38.5°

In presenza di esami patologici, il Paziente verrà trattato di conseguenza; qualora però i risultati fossero nella norma, occorrerà ricercare obiettivamente ed anamnesticamente con molto scrupolo modesti problemi dentari o lieve disturbi ginecologici, urologici e proctologici. Se negativi occorre approfondire il livello d'indagine:

- Ripetere le emocolture
- Sierodiagnosi per: CMV, EBV, Toxoplasma, Leishmania, Yersinia, Brucella e Febbre Q (in particolare in Veterinari, macellai ed allevatori), Borrelia, Leptospira, Salmonella
- BK urinario su 3 campioni
- Ecografia addominale completa

La positività di uno di questi accertamenti permetterà il trattamento eziologico. In caso negativo converrà ricoverare il paziente per effettuare accertamenti di 2° livello, come Ecocardiogramma transesofageo, colonscopia, clisma del tenue, biopsia osteomidollare ed epatica, scintigrafia ossea, broncoscopia.

Questo iter diagnostico ovviamente non può tenere conto di un fattore imprevedibile e fondamentale, e cioè del rapporto medico-paziente e di tutte le sue complesse dinamiche; quasi

certamente un soggetto ansioso, medicalizzato e polemico richiederà tempi e modi diversi da un paziente fiducioso, ottimista e con elevati livelli di tolleranza.

Ressa:

Riassumerei dicendo che la febbre di origine ignota è fondamentalmente di 3 tipi: infettiva, neoplastica o da collagenopatia

Dalla Via:

Nonostante tutto, **il 10% – 15% dei casi rimane senza diagnosi**; in questi casi, in persistente assenza d'alterazioni dello stato generale, il Paziente va controllato attentamente anamnesticamente ed obiettivamente senza ulteriore follow-up strumentale.

Tra le cause di febbre inspiegata occorre ricordare la **febbre fittizia**; molto spesso è attribuita a simulatori per ottenere vantaggi concreti, ma riconosce talora cause oscure di natura psicogena, come la ricerca di vantaggi secondari o la fuga da situazioni stressanti.

Motivi clinici per sospettarla sono:

- Un andamento atipico
- L'assenza di segni indiretti di rialzo della temperatura corporea, come cute calda, tachicardia, brivido e sudorazione durante la defervescenza.
- Una PCR nella norma.

Ressa:

Parliamo della terapia

Dalla Via:

Prima di prescrivere una terapia antipiretica, occorre ricordare che la febbre:

- Stimola le difese immunitarie
- Aumenta la produzione di neutrofili da parte del midollo osseo.
- Aumenta la capacità ossidativi dei leucociti.
- Aumenta la produzione di Anticorpi ed Interferoni.
- Riduce la replicazione di alcuni virus

e quindi, se è ben tollerata, dopo un breve counselling, possiamo decidere di non trattarla.

Va invece intrapreso un **trattamento immediato** in alcuni casi:

Condizione fisiopatologica peggiorata dallo stato febbrile	Situazione clinica
Ipercatabolismo	Vomito acetonemico, diabete, magrezza, ipertiroidismo
Disidratazione	Vomito e diarrea, poliurie
Disionie	Dialisi, BPCO, ossigenoterapia
Sindromi cerebrali acute	Epilessia
Tachicardia	Scompenso cardiaco, angina a medio ed alto carico

La terapia della febbre si basa essenzialmente su mezzi fisici, idratazione e farmaci.

Tra i mezzi fisici si possono ricordare i materassi refrigerati in Ospedale ed i bagni **tiepidi**, efficaci per evaporazione, a Domicilio.

I Farmaci utilizzati sono il **paracetamolo** e i **FANS** (Salicilati, Indolici, Derivati dell'acido acetico, Derivati dell'acido propionico, Oxicam, Nimesulide, Etodolac, Nabumetone, Coxib).

Paracetamolo: generalmente ben tollerato e di prima scelta nella quasi totalità dei casi. Il suo precursore, la Fenacetina (Saridon), risultò nefrotossico per uso cronico, ma non esistono segnalazioni di tossicità renale per il Paracetamolo che va invece usato con cautela nei Pazienti epatopatici. E non va associato al Diclofenac. L'antidoto in caso d'avvelenamento è l'Acetilcisteina. Il suo uso con acenocumarolo e warfarin **NON** è sicuro e occorre monitorare l'INR.

Aspirina: Va usata con molta cautela. Nei bambini è stato ritenuto responsabile della sindrome di Reye e nell'adulto è **assolutamente controindicato** in presenza di: ulcere gastrointestinali, terapia cumarinica, turbe coagulative, gravidanza (a dosaggio antinfiammatorio), asma da FANS, **LINFOMI**, Sepsi da Gram negativi

Pirazolonici: Responsabili di agranulocitosi per uso prolungato, per via parenterale sono stati ritenuti responsabili di shock anafilattico ed ipotensione grave, in particolare per le vecchie formulazioni di Baralgina, Nisidina e Buscopan Compositum in fiale. Vanno utilizzati con estrema cautela; in particolare nei Pazienti con emopatia primitiva o jatrogena clinicamente rilevante il loro uso è sconsigliabile. Alcuni pazienti però che non rispondono al paracetamolo possono trovare beneficio dal metamizolo in gocce.

Propionici: Sono Ibuprofene, Flurbiprofene, presenti anche in formulazione pediatrica, e Ketoprofene. L'Ibuprofene è il FANS con maggior letteratura al mondo, sinora il più utilizzato, forse il meno gastrolesivo tra quelli di 1° generazione, ed è relativamente sicuro se associato agli anticoagulanti orali. Valgono le comuni precauzioni da tenere per la prescrizione di un FANS in Pazienti fragili.

Se si prescrive un FANS per la febbre, bisogna ricordare le possibili interazioni:

- Sulfamidici, come il Sulfametossazolo contenuto nel Bactrim.
- Beta-Lattamici, per un possibile effetto di sommazione sul VFG
- Antiepilettici
- Antitiroidei; basta ricordare che il Tapazole è Metimazolo e la Novalgina Metamizolo.
- Digitale
- Triciclici
- Litio
- Metotressato, cautela nell'A.R.
- ACE inibitori
- Diuretici dell'ansa
- Tiazidici
- Acetazolamide
- Aloperidolo; associato all'Indometacina può dare effetti avversi psichiatrici spettacolari.
- Anticoagulanti

- Ciclosporina

Ressa:

CHE COSA NON SI DEVE ASSOLUTAMENTE FARE NEL PAZIENTE FEBBRILE ?

Dalla Via:

Dare antibiotici senza una precisa diagnosi eziologia.
Fare spugnature di alcool; viene assorbito.

Bibliografia

1. Raetzo M.A. et al. "Dottore, io ho", CIS, 1999
2. Giunco F., "La visita a domicilio in medicina generale", UTET, 1997
3. Murtagh J. "Professione: Medico Generale", McGraw Hill, 1995
4. DeGowin e DeGowin "Guida alla diagnosi", McGraw Hill, 1995
5. MKASP "Malattie Infettive", Infomedica, 2001
6. Goodman & Gilman "Le basi farmacologiche della terapia", McGraw Hill, 1997
7. Stockley I.H. "Interazioni farmacologiche nella pratica clinica", McGraw Hill, 1994
8. Melmon et al. "Farmacologia clinica; principi di base e terapia", McGraw Hill, 1994
9. Cormack et al. "Pratica clinica in Medicina Generale", CIS, 1993
10. Goroll A.H. et al. "Primary Care Medicine", Lippincott Raven, 1995
11. Taylor R.B. "Family Medicine", Springer, 1998
12. MKASP, "Medicina Interna", Infomedica, 2000
13. Kelley W.N. "Textbook of Internal Medicine", Lippincott Raven, 1997
14. Mackowiak P.A. et al. "Drug Fever", Ann. Med. Int., 1987; 106:728
15. Rakel E.R., Bope E.T.: "Conn's Current Therapy", Momento Medico, 2004
16. Tombesi M, Caimi V,: "Medicina Generale", UTET, 2003
17. Caumes E. "Febbre al ritorno da un viaggio", Akos, 4, 0930, 1998
18. Minozzi C., Vittecoq D.: " Febbre nel Paziente neutropenico", Akos, 4, 0920, 2001

CASO CLINICO DEL DOTTOR CRETINETTI

Quella strana malattia sessuale

Nuovo e particolare paziente, 35 enne, 195 cm, irsuto, scolarità imprecisata, ex galeotto per lesioni colpose aggravate, molto temuto nel suo quartiere dove lo chiamano l'“ANIMALE” per i suoi modi rozzi e l'aspetto truce; si vocifera che spesso sia sfuggito per un pelo alle ire di mariti da lui gratificati con corna a dieci palchi; attualmente, di professione, fa il “riscossore di crediti insoluti”.

Accusa un episodio caratterizzato da rialzo febbrile sui 40 gradi con brividi scuotenti ed urine ipercromiche; il dottor Cretinetti, che è già stato messo al corrente delle sue abitudini sessuali dal tam tam del pettegolezzo, prescrive senza indugio una terapia a base di chinolonici a dosi piene anche perché, interrogato in proposito, il paziente gli dice che negli ultimi tempi la minzione è un po' difficoltosa e c'è nicturia.

Le urine si schiariscono e il paziente si sente meglio.

Cretinetti fa eseguire un'urinocoltura a 10 giorni dal termine della terapia, che risulta negativa, le urine mostrano una positività dell'emoglobina e dell'urobilinogeno e 2-3 emazie nel sedimento; il medico richiede un'ecografia prostatica che fa rilevare una ghiandola aumentata di volume, edematosa e con calcificazioni diffuse.

Cretinetti pensa che la sindrome e questi reperti possano essere senz'altro addebitate alle abitudini sessuali del paziente e, CON CAUTELA, lo interroga in proposito; l'“animale” gli riferisce, infatti, di aver sofferto “de' scolo e robbaccia simile a questa che però me passavono co' la pennicillina che me dava er precedente dottore; tutto è iniziato co' quelle “zozze” quanno lavoravo ar cantiere in Africa”.

Cretinetti prescrive alfa litici urinari e nimesulide, congeda “l'animale”, la sintomatologia disurica migliora.

Dopo un mese, però, viene richiamato dal paziente perché la sindrome si è presentata di nuovo con in più delle “macchie sulla pelle”, Cretinetti si reca al domicilio del paziente ma lo trova già in stato confusionale, iperpiretico; la sorella, affetta da diabete di tipo 1, gli ha fatto anche un controllo glicemico che è di 50 mg/dl, senza però che ci sia sudorazione algida e tachicardia, nessun deficit neurologico né rigidità nucale, qualche petecchia sul torace.

Cretinetti è allarmato, lo ricovera prontamente, ma il paziente arriva in ospedale in coma e muore.

esito del caso e commento alla prossima pagina

Diagnosi autoptica:

malaria cerebrale

Considerazioni:

Cretinetti sa che il paziente è un satiro ed associa immediatamente le urine ipercromiche ad una presunta prostatite, il paziente, interrogato in proposito, parla di una nicturia e lieve disuria, l'ecografia mostra una prostata da combattimento, la diagnosi sembra fatta, addirittura BANALE; il fatto che le urine mostrino una positività all'urobilinogeno e sedimento negativo, in una recentissima presunta prostatite, viene cassato dal medico.

Il paziente riferisce di aver avuto altri episodi analoghi "curati" dal precedente medico con penicillina e "tutto è cominciato con quelle "zozze" in Africa".

Drammatico l'epilogo con il paziente affetto da stato confusionale, petecchie, ipoglicemia senza segni clinici correlati, coma e morte.

Una bella lezione per il medico aduso ad appoggiarsi solo agli esami strumentali che corroborano la sua diagnosi e ad ignorare quelli che non sono in linea con essa; egli non li sa incastrare in ipotesi alternative di malattie che raramente si vedono nella pratica quotidiana, ma che, se non cerchi mai, mai scoprirai.
