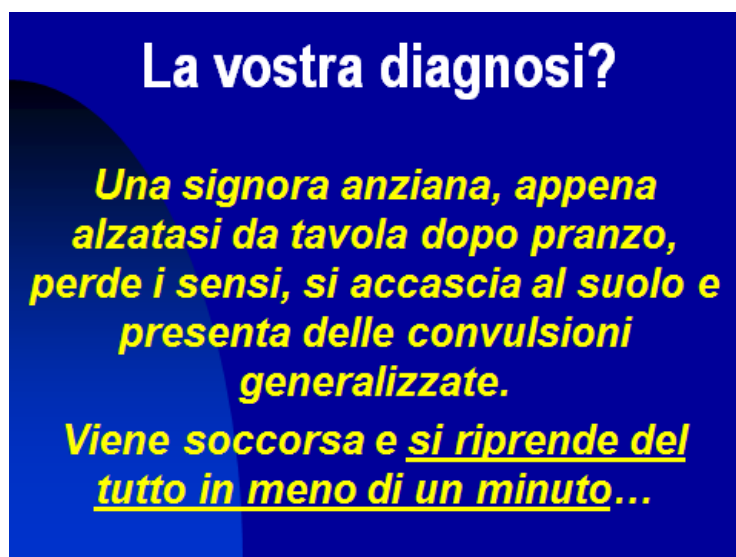


I miei splendidi ex allievi OSS

Questo era uno dei 4 quesiti dello scorso numero di PLV; non so se lo avete letto.



Insomma (suggerisco e così limito le possibilità diagnostiche e le fantasie), questa anziana signora è stata vittima di uno “svenimento” con convulsioni o di una vera e propria crisi epilettica convulsiva (crisi di Grande Male)?

Prima però vorrei raccontarvi dei tanti miei ex allievi OSS.

Le mie prime due classi con 25 “allievi” l’una ed età media sui 35-40 anni. Erano stati scelti tra 1000 candidati, la crema. E ne avevo sentito il profumo insolito nelle nostre prime due ore passate assieme. Piacevolmente incuriosito, nella pausa sono andato in direzione a chiedere: “ma questi marziani da dove vengono? Sono attentissimi, fanno domande congrue e in ottimo italiano...”.

“Sono tutti diplomati e alcuni persino laureati; li abbiamo selezionati bene e tenendo conto delle loro motivazioni: non si limitavano alla necessità di riciclarsi in un nuovo lavoro a causa della crisi economica, volevano mettersi in gioco ma in un ruolo che avesse a che fare con la salute dei più vulnerabili.”

Ed è così che da allora insegno Geriatria ai corsi regionali OSS in FVG malgrado sia solamente un neurologo “dei vecchi”. Tratto i temi di neurogeriatria con l’accordo che altri colleghi coprano le mie lacune occupandosi di cardiopatie e di tutto il resto del corpo.

Secondo me, i temi di salute in cui è coinvolto il neurologo sono tanti e non sempre conosciuti. Ne riparlerò quando tratterò gli altri quesiti dell’articolo di gennaio.

Mi piace far conoscere i trucchi del mestiere che ho appreso nel tempo su sintomi e malattie in cui possiamo tutti imbatterci nel corso della vita da cittadini o da professionisti della salute.

Ora rispondo al quiz anche attraverso una vicenda appena accaduta.

Le righe che seguono, modificate al fine di non far riconoscere l'interessato, provengono da uno scambio recentissimo di mail con un collega. In sintesi:

Carissimo dott. Schiavo

sono un collega di X e volevo chiederti un consiglio riguardo un fenomeno che sta succedendo ultimamente a mia madre, 93enne, affetta da Parkinson. Ella è in trattamento con Sinemet e sta manifestando pericolosi fenomeni simil-convulsivi tonico-clonici. Esame TC cerebrale negativo.

Tu credi possa esserci una correlazione con la terapia in atto e consigli un trattamento per prevenire questi fenomeni che possono diventare più invalidanti della stessa patologia di base?

... Di recente, mamma va un pochino meglio anche forse grazie ad una minima dose di Keppra (è un antiepilettico n.d.r.) che il neurologo contattato ha pensato di somministrare.

Inoltre è fibrillante da moltissimi anni. Ti scrivo quello che assume...

Vorrei organizzarmi per portartela a visita appena le sue condizioni lo permetteranno. Tu sei solo ad Udine o fai visite in altre città?

Risposta.

Gentile collega, no, non giro per l'Italia a fare visite.

Se vai sul mio sito troverai un articolo che rappresenta una dichiarazione di impotenza e di personale difficoltà nel “fare una diagnosi e dare una terapia” (questo è ciò che spesso mi chiedono!) da lontano, senza una mia valutazione dal vivo che comprenda ovviamente un'accurata anamnesi, un esame clinico “neurogeriatrico” adeguato, la visione di referti di neuroimmagine (una TC o una RM o una PET si guardano! Non si leggono solamente le risposte del radiologo...), e infine delle conclusioni, anche dubbiose, un progetto per eventuali altre indagini ed uno terapeutico. Nell'articolo racconto anche due storie che non avrei potuto diagnosticare “da lontano” e finite pure male!

Nella vicenda della tua mamma, tuttavia, mi permetto delle osservazioni, anche se, appunto, da “lontano”: descrivi “manifestazioni simil convulsive” e poi di una terapia antiepilettica.

Bisogna mettersi d'accordo! Sono sincopi convulsive magari favorite da ipotensione ortostatica (favorita dalla malattia di Parkinson e persino dal Sinemet!) o da alterazioni cardiache e da altro ancora, oppure delle vere e proprie crisi epilettiche di tipo convulsivo generalizzato (Grande Male)?

Ti allego un mio scritto in merito, con una diapositiva finale che, spero, possa essere sinteticamente chiarificatrice. (Ecco una parte dello scritto che consegno ai miei pazienti e loro familiari interessati al problema)

Gli episodi di breve perdita di coscienza, i dilemmi e i possibili errori: sincope convulsiva o crisi epilettica?

Sinonimi o quasi di sincope: svenimento, lipotimia, collasso.

L'improvvisa perdita di coscienza rappresenta uno dei problemi spinosi più comuni in medicina a causa di un discreto tasso di incertezza diagnostica che deriva da numerosi fattori confondenti... La sincope è definita come una perdita di coscienza e del tono posturale (da cui lo scivolamento graduale o improvviso al suolo o l'accasciamento su una sedia), causato da una riduzione della perfusione arteriosa e di conseguenza dell'ossigenazione cerebrale.

Malgrado la sua costante frequenza (i pazienti con sincopi rappresentano almeno il 3 % circa degli accessi in Pronto Soccorso), affrontarne il percorso diagnostico non è sempre un compito semplice, in particolare quando sono presenti anche delle manifestazioni "di tipo epilettico" sotto forma di brevi convulsioni, raramente associate a incontinenza sfinterica e alla morsicatura della lingua: in questo caso si tratta di una sincope con convulsioni. Questa variante rappresenta circa il 12 % dei casi di sincopi ed è un ulteriore serio fattore altamente confondente per un corretto giudizio clinico, concorrendo a incrementare il numero di errate diagnosi di epilessia (in genere la "classica" crisi convulsiva generalizzata tipo grande male) e le prescrizioni conseguenti di inutili accertamenti e di terapie prolungate antiepilettiche, con il loro carico di eventuali effetti avversi e di disagi di vario tipo (idoneità alla guida di veicoli, abolizione di alcolici dalla dieta ed altre precauzioni e proibizioni valide "per l'epilettico vero").

Nel contempo dimenticando di accertare magari una seria causa cardiaca!

Una diagnosi differenziale corretta si fonda:

1. sui sacri principi dell'anamnesi accurata (interrogando, ovviamente, i testimoni, se c'è questa decisiva possibilità)

2. su un corretto esame obiettivo generale e neurologico, con rilievo di eventuali soffi vascolari al collo, con la misurazione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca bilateralmente in posizione supina e subito dopo in piedi, controllandole in questa posizione per almeno 3 minuti, e con un'auscultazione prolungata del ritmo cardiaco

- ... da questi dati può emergere la formulazione di un sospetto diagnostico...*
- ... il tutto seguito da un uso avveduto di esami specifici evitando quelli inutili...*
- ... e alla fine, dalla scelta di un appropriato trattamento, se necessario o di strategie non farmacologiche.*

L'operazione coinvolge diverse figure dell'area medica: il medico di medicina generale, quello del Pronto Soccorso, il cardiologo o l'internista, e infine (ma solo "infine") il neurologo, in grado di essere utile nella diagnosi e nella gestione di alcune patologie (parkinsonismi, ecc.).

Qualche suggerimento pratico, come insegno ai miei allievi OSS:

1. Il criterio di DURATA. Monitorare la DURATA dell'episodio di perdita di coscienza e delle convulsioni: se tutto si svolge in una manciata di secondi e fino ad un massimo di 30-60, si tratta verosimilmente di sincope. Se la perdita di coscienza e

le fasi toniche e cloniche durano di più (qualche minuto), è certamente una crisi epilettica

2. Monitorare la DURATA della ripresa di coscienza dopo l'episodio, veloce nella sincope, anche se con convulsioni, prolungata nelle crisi epilettica

3. Valutare altri aspetti e fenomeni: il pallore intenso, l'assenza del polso radiale sono altamente suggestivi per sincope, e così il contesto, le situazioni tipiche di alcune forme di sincope (da minzione, da tosse, ortostatica, post-prandiale*, ecc.).

*Pancia piena, cervello vuoto...come nel quesito che vi ho posto.

Se il sospetto è di sincope l'EEG è inutile: gli sforzi diagnostici vanno allora indirizzati verso una valutazione ad hoc cardiologica. Lo specialista deciderà se procedere all'ECG con massaggio seno-carotideo, al Tilt-Test (paziente assicurato su un lettino che da orizzontale passa alla posizione verticale), una registrazione Holter e altro ancora seguendo un itinerario tracciato da linee guida che il cardiologo esperto conosce bene. Un semplice elettrocardiogramma negativo non basta a escludere diverse patologie cardiache!

Insomma, collega, SE ERANO, SE SONO SINCOPI... Keppra, l'antiepilettico, va lentamente sospeso. Al momento il neurologo è inutile, urge la consulenza di un cardiologo esperto e alcuni esami del sangue, tra cui l'equilibrio elettrolitico (sodio, potassio, calcio...) ecc.

Risparmiati il viaggio a Udine!

Ti allego questa diapositiva che segue riassume in modo lapidario la diagnosi differenziale.

I miei OSS la conoscono bene. Loro sono spesso in prima linea e da lì possono rendersi utili testimoni per un giudizio diagnostico corretto!

Il dilemma: Sincope con convulsioni o Crisi convulsiva ?	
■ Durata della pdc: breve	■ +++
■ ... e delle convulsioni: breve	■ +++
■ Ripresa di coscienza: veloce	■ Lenta e con stato confusionale
■ Morsicatura della lingua ?+-	■ ++ -
■ Incontinenza ?+ - -	■ ++ -

pdc: perdita di coscienza

Carissimo collega

Anche a distanza, tramite una semplice mail, hai indovinato il problema! Trattasi effettivamente di sincopi. Quando la pressione arteriosa di mia mamma non supera i 100/60 ella ovviamente non riesce neanche a deambulare come invece con valori pressorii più alti. Inoltre dal prelievo è emerso un sodio molto basso... Mercoledì comunque avevo programmato EEG (esame inutile in questo caso n.d.r.) e visita cardiologica e ti farò sapere. Con il Mirapexin serale va benissimo con le gambe. Un saluto con grande stima.

Qualche riflessione

1. Il sodio molto basso: crea problemi anche cerebrali e persino crisi epilettiche. Va soprattutto indagato per scoprirne la causa! A volte possono essere responsabili persino neoplasie che agiscono su un ormone, quello antidiuretico (SIADH). Chissà...
2. Chissà... se la pressione arteriosa della mamma è stata misurata bilateralmente e anche in piedi...
3. La pressione arteriosa relativamente bassa in una novantenne... Ecco uno stralcio di un altro mio allegato per pazienti e familiari sul tema. Il titolo è provocatorio: ***La forza di un'eresia***

... Le considerazioni che seguono non riguardano in genere le persone più o meno giovani "ipotesi da sempre" (costituzionalmente ipotesi, ovvero con la "pressione arteriosa bassa"), a meno che nel loro quadro generale non intervengano condizioni nuove (anomalie cardiache, farmaci, anemia, ipotiroidismo, parkinsonismi, situazioni personali stressanti, ecc.) che possano favorire capogiri, pre-sincopi e sincopi.

Decenni di attenzione alla prevenzione dell'ipertensione arteriosa ci ha indotto, come classe medica, a trascurare l'eventualità che un danno cerebrale possa essere causato da ipotensione arteriosa attraverso un meccanismo su base ischemico-emodinamica, e che quindi un ridotto flusso arterioso sia in grado di danneggiare in qualche modo il cervello. Direbbe un idraulico esperto: l'autoclave non è in grado di fare arrivare l'acqua calda all'ultimo piano...

... una ipotensione stabile o limitata all'ortostatismo può, o meno, provocare disturbi: se li determina, possiamo affermare che è sintomatica. In particolare nei soggetti anziani bisogna sospettarne la presenza se lamentano sensazione di stanchezza, di stordimento, di capogiri o di precario equilibrio, di "testa confusa", di apatia, fino alla "quasi sensazione di imminente perdita di coscienza" (pre-sincope) o alla perdita di coscienza di breve durata (sincope). I sintomi, ripeto, possono essere avvertiti dagli anziani (e non!) sia quando i valori pressori sono stabilmente bassi oppure esclusivamente quando assumono, da seduti o coricati, la posizione eretta o la mantengono a lungo.

Non esiste un valore critico per l'ipotensione sintomatica valido per tutti, in quanto è variabile da individuo a individuo per diversi fattori. Fra questi, ad esempio,

diventano incisive le stenosi o le occlusioni dei grossi vasi arteriosi a destinazione cerebrale (carotidi e vertebrali) in quanto rappresentano un ostacolo meccanico al flusso arterioso verso il cervello, un ostacolo che può essere superato da una pressione arteriosa un po' più "brillante". Quando si consiglia una terapia ipotensiva è necessario tener conto di questi e di altri elementi.

Se otteniamo la scomparsa dei sintomi disturbanti riducendo la terapia ipotensiva, ad esempio, potremmo considerarlo in fondo un risultato diagnostico positivo oltre che terapeutico.

Infine, uno dei lavori sul tema di un gruppo italiano (Poda R et al *Standing worsens cognitive functions in patients with neurogenic orthostatic hypotension*. Neurol Sci 2012. 33; 469-473) ha confermato ancora una volta in un campione di pazienti che l'ipotensione ortostatica riduce di almeno il 20 % le prestazioni cognitive, misurate in quella postura. E' un dato a conferma di altri lavori precedenti (e successivi) e dovrebbe farci riflettere quando valutiamo un anziano in maniera incompleta.

Vado alle conclusioni di questo articolo.

Una rondine non fa primavera, anche se in questa storia sono implicate due rondini, due medici: lo specialista neurologo che ha consigliato un antiepilettico e il collega figlio dell'anziana.

Personalmente ritengo che su questo argomento, che coinvolge spesso il neurologo, persista molta confusione, probabilmente un residuo di omissioni da parte di cattivi maestri che alle loro spalle avevano avuto cattivi maestri.

Mi auguro che i professionisti della salute più giovani vengano formati in maniera adeguata su questo ed altri aspetti per nulla marginali della salute.



I miei OSS, l'ultima ruota del carro della Salute e Società (loro comprendono che questa mia affermazione, accompagnata dalla diapositiva della "**defecazione gerarchica**", è provocatoriamente ironica ma è nello stesso tempo sinceramente ricca di affettuoso incitamento ad allargare lo spazio delle competenze, al di là del loro ruolo futuro!), probabilmente sapranno riconoscere una sincope con convulsioni da

una crisi convulsiva generalizzata e proprio per quei criteri che gli ho insegnato perseverando negli esempi e nella discussione. In questo modo si renderanno certamente ancora più utili pur nel contesto delle proprie mansioni.

Da loro ho già ricevuto qualche segnalazione: in due casi hanno dovuto “lottare” per far capire ai superiori di grado e funzioni, infermieri professionali e persino medici, il loro punto di vista clinico. Sì, clinico! Invasione di campo? O semplicemente cittadini e, in questo caso, professionisti socio-sanitari “che sanno” e si ribellano, a ragione, di fronte a palesi errori?

I miei splendidi ex allievi OSS potrebbero saperne più dei medici? A volte sì...

PS. Non c'entra niente, forse, E' accaduto il 20 febbraio, ieri. Mio fratello ha 69 anni e, secondo quello che mi ha raccontato per telefono dalla Sicilia, è “solamente” influenzato. Il suo medico, su segnalazione di mia cognata, le ha fatto trovare una ricetta con una prescrizione di antibiotici per sette giorni. Devo essere più esplicito? Non lo ha visitato, quasi sicuramente sta somministrando una terapia inutile (l'influenza è virale), costosa per lo Stato (per noi), in qualche modo dannosa poiché concorre (anche) a creare quella resistenza agli antibiotici di cui per fortuna si comincia a discutere (2019)...