

Una Caduta Accidentale ti Cambia la Vita

Quando il diabete & company, già all'esordio, colpiscono duramente.

Storia di splendori, cadute, eroismo e abbandoni

Antefatto

Una bella famiglia felice

Il dottor Carlo P. mi ha scelto come medico di famiglia pochissimi anni fa. È un imprenditore con molte attività prevalentemente estere. Quasi tutto l'anno lavora in sedi lontane da casa e sta più in aeroporto che con i suoi cari. Ha un alto tenore di vita, una moglie nordeuropea biondissima, altissima e madre di quattro figli, di cui due gemelli, dalle fattezze veramente notevoli, stante la forza migliorativa della specie quando si mescolano geni geograficamente molto distanti. Proprio per le caratteristiche del suo lavoro, il dottor Carlo mi frequenta poco e lo fa solo perché la sua giovane ed efficientissima consorte lo spinge a curarsi.

Ha cinquantadue anni, alto un metro e settantotto con un BMI 31,30, un girovita di 105 cm, soffre di apnee notturne e durante la prima visita mi accorgo che ha un'ipertensione moderata al 2° stadio WHO. Indagando sul metabolismo, si reperta un'alterazione della glicemia a digiuno, 127 mg/dl, 198 mg/dl di trigliceridi, 245 mg/dl colesterolo totale, HDL colesterolo 40 mg/dl, colesterolo LDL 165 mg/dl. Un'ulteriore determinazione glicemica, 132 mg/dl e dell'emoglobina glicata, 6,6% conferma la diagnosi di diabete mellito tipo 2. È un buon mangiatore con qualche indulgenza per l'alcol e agli snack fuori pasto.

Si concorda un intervento importante sullo stile di vita, con lo scopo di ottenere una riduzione del peso corporeo. Difficile si dimostrerà la definizione di un regime dietetico adeguato per curare l'obesità e il diabete, per il fatto di essere in viaggio settimanalmente per i vari cantieri sparsi in Europa.

Un successivo controllo clinico, in occasione di un episodio d'infezione delle vie urinarie, lo mostra aumentato di peso e mi conferma la scarsa o nulla aderenza alle regole condivise e concordate, per cui si aggiunge un trattamento con metformina 500 mg a dosi crescenti, fino a raggiungere 1500 mg al dì. Si conferma la terapia per l'ipertensione (valsartan 160 mg/die), che il paziente assumeva da anni.

Non si presenta più ai successivi appuntamenti.

Primo Step

Una caduta apparentemente accidentale

Una domenica mattina d'agosto, dopo una doccia, va in camera per vestirsi. Insospettita per il ritardo, la moglie lo trova a terra ai piedi del letto

Corrado Artale

Medico di Medicina Generale e Diabetologo,
Area Metabolica Nazionale SIMG, Siracusa

Obiettivi

- Il caso clinico come narrazione della complessità clinica e attenzione al rapporto empatico con le persone
- Saper individuare quei profili di rischio che precocemente possono rendere gravemente invalide le persone
- Saper gestire la malattia nelle fasi iniziali, contestualizzandola nei vissuti e nelle condizioni psicofisiche degli ammalati
- Saper individuare quei diabetici esposti a rischio ictale
- Saper sostenere le famiglie e gli individui nelle grandi avversità con empatia e professionalità
- Puntualizzare meglio l'approccio farmacologico adeguato e il monitoraggio clinico in soggetti apparentemente sani

Parole chiave

Cadute Accidentali
Diabete
Ictus Precoce
Medicina Narrativa

Indirizzo per la corrispondenza

CORRADO ARTALE
c.artale1@virgilio.it

con una sola gamba infilata nel pantalone. Non riesce più ad alzarsi, pur agitandosi disordinatamente. Alla signora che, meravigliata, lo guarda mentre cerca di aiutarlo, farfuglia parole incomprensibili poi, di lì a pochi secondi, perde conoscenza. Rimane in coma e in gravi condizioni ricoverato nella "Stroke Unit" cittadina. Si teme per la vita e i danni neurologici appaiono subito importanti. La ripresa dello stato di coscienza, dopo una settimana, conferma la gravità e l'estensione delle lesioni encefaliche ischemiche nel territorio dell'arteria silviana sinistra. È completamente plegico a destra, afasico misto. Le ripetute indagini tomografiche e magnetico-nucleari dell'encefalo rivelano lesioni fronto-parietali prima ischemiche poi seguite da infarcimento emorragico. Peraltro si evidenziano lesioni parcellari ischemiche di molto piccole dimensioni in altri distretti dell'encefalo a livello sottocorticale, bilateralmente. Altro reperto inaspettato è la presenza di una cardiopatia ipertensiva.

Box 1.

È frequente una complicanza così severa nei primi mesi dopo aver diagnosticato un diabete?

No. Vi è una condizione familiare per il padre, che ebbe anch'esso un ictus meno grave ma in età più avanzata. La madre è vivente e diabetica. In effetti, alla luce dei reperti clinici ricavati durante il primo ricovero, era già presente un'ipertrofia cardiaca concentrica che ci fa pensare a una condizione di persistenza di anni con valori pressori elevati. L'assunzione del valsartan era già presente al momento della presa in carico del paziente da parte mia. Nulla si sa sul controllo dei valori pressori precedenti, ma si presume che le verifiche dei target fossero neglette.

È, inoltre, facile ipotizzare che l'alterazione glicemica preesistesse rispetto alla diagnosi di diabete tipo 2 franco, nella forma di IGT o IFG. Sembra, anche, che in precedenza si fosse diagnosticata una dislipidemia mista, dato poi acquisito in seguito. L'insieme di queste condizioni, unite a un regime di vita disordinato e stressante possono spiegare la gravità dell'evento ictale ¹.

Secondo Step

Cimenti inusitati per una giovane moglie e mamma

Alla caduta accidentale segue la caduta sociale e umana di una bella famiglia felice e invidiabile. Sulle spalle della giovane moglie cade tutto il peso della malattia grave di Carlo, in una città che non offre alcuna possibilità di una riabilitazione avanzata per un soggetto che ha perso ogni forma di autonomia e capacità di guadagno, che non sa più parlare se non gridando dei numeri a caso, unici fonemi che riesce ad articolare in maniera automatica, come risposta a qualsiasi domanda.

Il peso dell'assistenza diventa enorme quando, per fortuna di Carlo, si riesce a ottenere in una città universitaria, abbastanza lontana da casa, un ricovero in un istituto molto evoluto che offre una riabilitazione robotizzata e intensiva per tre mesi. Per la giovane signora affrontare i lunghi viaggi per sostenere il marito,

assistere i quattro figli, occuparsi degli affari di famiglia diventa un peso emotivo e psicofisico molto grande.

I progressi, però, non si fanno attendere.

In poche settimane Carlo dimagrisce in maniera importante ed è costretto a riabilitarsi per almeno otto ore al giorno con esercizi estenuanti che lo riportano a fare i primi passi assistito da un robot e poi da solo. Comincia a dire le prime parole e trascorre molte ore al computer per riapprendere la capacità di parlare e comprendere il significato delle parole.

Alla fine dei tre mesi di riabilitazione ad altissima intensità di cure, riesce a camminare con un bastone e dialogare stentatamente con i familiari.

Completamente scomparsi il diabete mellito, la dislipidemia e l'ipertensione arteriosa insieme ai venti chili in più.

Box 2.

È usuale che tre affezioni così importanti possano oscurarsi fino a scomparire per effetto di un repentino cambio di abitudini alimentari e per i gravosi esercizi fisici, legati a una riabilitazione intensiva? Vi è una relazione con l'importante perdita di peso?

È prassi comune, soprattutto nelle fasi precoci di malattia. Sappiamo, infatti, che le tre affezioni sono strettamente condizionate dallo stile di vita e hanno nell'insulino-resistenza delle comuni basi fisiopatologiche. Altrettanto certa è la loro ricomparsa quando le abitudini alimentari, il dispendio energetico, lo stile di vita ritornino alle vecchie abitudini. La relazione con la perdita di peso è diretta ²⁻⁴.

Terzo Step

La caduta sociale

Il rientro a casa riporta un po' di normalità e di speranza in famiglia. Si cerca di continuare con la riabilitazione, ma il muro di gomma delle liste di attesa e la sostanziale inadeguatezza delle strutture esistenti nella sua città lo conducono a un peggioramento delle performance raggiunte e a una regressione psicomotoria. Nel frattempo le attività imprenditoriali, già in fase critica prima dell'ictus, precipitano verso il fallimento e l'irrigidirsi del credito bancario blocca ogni speranza di trovare un'alternativa alla sua precedente fanatica attività. Nessuno dei familiari è in grado di sostituirlo.

La moglie, fino a quel momento ammirabile per tutto quello che aveva fatto per il marito e i figli, stremata dallo stress, abbandona il suo contegno misurato ed efficiente, tenuto nei mesi precedenti, e cede alla difficile situazione chiedendo un aiuto farmacologico per lei e il marito, entrambi preda di una depressione reattiva che aumenta il già intollerabile vissuto di dolore e sconfitta, subito fino allora.

Più volte chiede un colloquio per curarsi, mentre la situazione clinica e familiare precipita verso il basso. In una di queste occasioni scoppia in un pianto disperato senza esternare granché i contenuti del suo dolore.

Sembra un'ancora di salvezza il richiamo dell'istituto universitario di alta specializzazione che, per evitare che si perdano i benefici ottenuti, offre ulteriori tre mesi di riabilitazione intensiva a Carlo.

Altri tre mesi di viaggi e di difficoltà per la giovane eroica consorte e la famiglia.

Nel frattempo si fa più disperata la crisi delle imprese di Carlo, non più in grado di poter seguire i suoi affari, tutti in mano agli avvocati.

Box 3.

Come affrontare le manifestazioni depressive reattive a eventi luttuosi di questa portata in entrambi i coniugi?

L'approccio essenziale dovrebbe essere il supporto psicologico e socio-assistenziale, che qui è mancato per molte ragioni sia personali, sia organizzative. La risposta al trattamento antidepressivo farmacologico è stata parziale nella moglie, anche se ha risolto i peggiori sintomi emergenziali. Il dottor Carlo continua il suo trattamento con antidepressivi, anche se le ragioni fisiopatologiche della terapia qui sono più vaste, correlandosi al vasto danno cortico-sottocorticale fronto-parietale che in sé induce depressione nell'ammalato.

Epilogo

Un'eroina ferita

Tre mesi più tardi Carlo torna ulteriormente riabilitato e con qualche autonomia in più nella sua città. Ricominciano le difficoltà per continuare in qualche modo il lungo percorso della riabilitazione nella sua piccola cittadina. La moglie non riesce a comprendere i bizantinismi burocratici del servizio sanitario pubblico per negare, di fatto, i diritti a chi ha bisogno. Proviene da una nazione civilissima, dove i diritti non passano per le raccomandazioni. Aspetta, come tanti italiani del Sud, un turno che non arriva mai. Ha un momento di debolezza e, davanti all'ennesima difficoltà senza via di uscita, mi sorprende dicendo che non ha più intenzione di lottare per suo marito. È abulico, depresso, non fa nulla per alleviare il carico materiale e morale che grava su sua moglie.

Vuole tornare nel suo paese portandosi via i figli e abbandonan-

do il marito. È diventata stranamente dura, le lacrime scendono ma non demorde. Le ricordo che la tragedia che vive è commisurata a quella del marito, passato dal massimo efficientismo e dinamicità alla dipendenza dagli altri. Abbandonarlo potrebbe indurre una depressione così grave che sarebbe come ucciderlo. A questo punto si fa ancora più dura. Lei richiama alla mia memoria i momenti del suo primo cedere alla disperazione davanti a me, quando si era abbandonata al pianto diretto qualche mese prima.

Non era solo la disperazione per la malattia del marito e le avversità correlate a causare il suo pianto. Aveva scoperto, subito dopo l'ictus, fra gli oggetti e il telefono del marito, le prove di una relazione amorosa che egli aveva da qualche tempo con una sua connazionale. Era riuscita a mitigare la rabbia, a razionalizzare il dolore e la sorpresa della scoperta mentre affrontava le dure prove che aspettavano la sua famiglia. Mentre il marito era in coma aveva risposto dal suo smartphone alle chiamate dell'amante straniera, invitandola a scomparire dalla vita di Carlo. Qualche tempo dopo, cercando documenti in casa, mentre Carlo era ricoverato lontano da casa, aveva trovato nella borsa di lavoro del marito una ventina di profilattici nascosti in una tasca e qualche prova che avesse frequentato in altre occasioni persino delle escort a pagamento.

Un motivo più che valido per un'algida e avvenente signora nordeuropea per decapitare una famiglia.

E il dottor Carlo P. non sa ancora nulla di quello che lo aspetta...

Bibliografia

- 1 Tuttolomondo A, Pinto A, Salemi G, et al. *Diabetic and non-diabetic subjects with ischemic stroke: differences, subtype distribution and outcome*. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2008;18:152-7.
- 2 Cuppini A, Matteini P. *Obesity and metabolic syndrome: clinical and therapeutic review*. Monaldi Archives for Chest Disease 2005;64(1).
- 3 Tomasi F. *Effetti della perdita di peso sull'insulino-resistenza*. ADI Magazine 2010;XIV:338.
- 4 Assaloni R. *Alterazioni lipidiche, ipertensione e metabolismo glicidico negli stati di insulino-resistenza e nella sindrome metabolica*. In: Giorda CB, a cura di. Una visione unitaria dei fattori di rischio. Dalla resistenza insulinica al rischio globale. Pisa: Pacini Editore 2007, pp. 25-30.