

La gestione del paziente depresso da parte del medico di medicina generale: *case reports*

Daiana Taddeo

Medico di Medicina Generale, ATS Milano

Giovani e depressione

Presentazione e storia clinica

Il primo caso clinico è quello di una giovane donna di 27 anni, assistita dal proprio medico di medicina generale (MMG) dal 2017. Renata ha avuto una diagnosi di depressione nel 2018 ed era stata trattata con vortioxetina 10 mg cpr per tutto il 2018.

Successivamente, aveva ritenuto opportuno sospendere il farmaco autonomamente perché non ne ravvisava più la necessità essendosi sentita molto meglio. Questo è quanto aveva raccontato al proprio MMG durante una visita presso il proprio ambulatorio nel 2019. Per il MMG non era stata una scelta completamente sbagliata in quanto il farmaco era stato mantenuto per più di 8 mesi e le condizioni cliniche generali della giovane sembravano essere davvero in uno stato di equilibrio psicofisico.

Durante il periodo della pandemia da SARS-CoV-2, Renata non aveva più avuto contatti con il proprio curante e nell'agosto 2021 aveva chiesto di poter essere accolta nell'ambulatorio del MMG per astenia e dolore al petto. Alla visita riferiva insonnia non costante, accompagnata da ore di sonno diurno, senso di debolezza e soprattutto un nuovo e strano dolore precordiale. All'esame obiettivo, i parametri vitali erano buoni. La pressione arteriosa (PA) aveva valori di 100/70 mmHg, la frequenza cardiaca (FC)

98 bpm ritmica. All'auscultazione del torace nessuna alterazione degna di nota e a livello addominale la palpazione dell'addome mostrava un addome trattabile, se non in regione epigastrica ove la paziente riferiva più che dolore un senso di fastidio, tipo da "compressione, come se ci fosse stata tanta aria". Non aveva mai avuto innalzamento della temperatura corporea. Alle domande rispetto all'alvo e alla diuresi, nulla da segnalare. La sua alimentazione, piuttosto selezionata, non era collegabile a una ipotesi diagnostica di reflusso gastroesofageo.

Data la sintomatologia, il MMG decideva di prescrivere in urgenza una serie di esami ematochimici di controllo e una visita cardiologica che potesse escludere una genesi cardiaca del dolore toracico.

Dopo 4 giorni dalla visita, Renata fa ritorno nell'ambulatorio del MMG con i risultati degli esami e della visita cardiologica e tutti fortunatamente senza esiti di rilievo. Esclusa l'ipotesi cardiologica del dolore toracico e stante a una continuità dei sintomi riferiti, il MMG decideva quindi di indagare maggiormente su questi sintomi. Durante il colloquio, emergeva che Renata aveva vissuto da sola in tutti i mesi della pandemia fuori dall'Italia per motivi lavorativi e questa cosa le aveva creato un senso di sofferenza che per lei era diventata una sorta di elemento favorevole per darle contezza del fatto che fosse diventata forte e responsabile, tanto da poter

affrontare la quotidianità con una prontezza maggiore rispetto a prima. Il ritorno in Italia per le vacanze estive era stato caratterizzato dalla comparsa di questi sintomi e da una inverosimile tristezza, inspiegabile perché invece di divertirsi stava male.

Il MMG, conoscendo Renata da un po' di anni e avendola vista durante il periodo in cui le era stato diagnosticato l'episodio di depressione nel 2018, propone a Renata di fare una visita presso lo specialista psichiatra per stabilire se si fosse ritrovata dinanzi a una riesacerbazione della malattia. Renata, con non poche reticenze, conferma che si sarebbe sottoposta alla visita psichiatrica.

Trattamento ed esiti

Renata decideva di tornare in visita dallo specialista che l'aveva avuta in cura nel 2018 ma purtroppo non era disponibile in quei giorni perché aveva contratto il COVID. Pertanto, dovendo lei ripartire a breve per lavoro, aveva deciso di incontrare un altro specialista. Durante la visita non aveva parlato molto ma, a suo dire, aveva raccontato quanto necessario per spiegare la sua sensazione di astenia e quel senso di dolore al petto che ormai da inizio agosto si presentava sia durante il giorno che durante la notte. Lo specialista aveva definito che Renata stesse vivendo uno stato ansioso probabilmente legato a tutti gli eventi della pandemia

Conflitto di interessi

L'Autrice dichiara di aver effettuato consulenze per conto di Angelini, Lundbeck e Roche.

How to cite this article: Taddeo D. La gestione del paziente depresso da parte del medico di medicina generale: *case reports*. Rivista SIMG 2022;29(4):43-45.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

e dei suoi spostamenti, comprese anche le nuove responsabilità lavorative. Le veniva prescritto alprazolam 10 gtt mattino e sera per una decina di giorni, con una dose aggiuntiva durante il giorno se necessario, per poi passare a 10 gocce per una ventina di giorni solo la sera e rivedersi per un controllo a un mese.

Renata scriveva una mail al proprio MMG per metterlo al corrente dell'esito della visita specialistica e richiedeva una prescrizione di visita psichiatrica di controllo per poter già prenotarla per il mese successivo.

Dopo 8 giorni dalla visita psichiatrica, Renata chiamava il proprio MMG perché era al lavoro all'estero e si era sentita male. L'indomani sarebbe stata in Italia e voleva vederlo per raccontargli i sintomi. Era molto spaventata e il MMG nel confermarle la visita presso il proprio ambulatorio si era sincerato che avesse assunto le gocce di alprazolam riconoscendo un verosimile attacco di panico.

Conclusioni

All'arrivo presso l'ambulatorio, Renata era con il volto pallido e sudato. Le prime parole che aveva riferito al MMG erano legate al fatto che non dormiva da 3 notti, che da quando era ripartita aveva percepito un senso di vuoto e di infinita tristezza, non aveva assolutamente appetito, al lavoro era scollegata e non riusciva a concentrarsi, era impaurita del futuro e sebbene il dolore toracico fosse diminuito di entità credeva sempre di morire da un momento all'altro e le gocce non avevano effetto alcuno.

Il MMG constatato che i parametri vitali erano buoni, descrive a Renata che quello che lei riferisce non è solo legato allo stress ma è una vera e propria diagnosi di depressione in stato ansioso. Così prescrive vortioxetina 10 mg cpr per i primi 10 giorni, lasciando alprazolam 7 gocce la sera; poi vortioxetina 15 mg per altri 10 giorni e infine il passaggio a vortioxetina 20 mg cpr. Ovviamente al passaggio a 15 mg, invita Renata a essere rivalutata in ambulatorio per la continuazione dell'alprazolam. Durante la visita presso l'ambulatorio del MMG, Renata riportava che i sintomi legati all'ansia erano molto migliorati anche se non del tutto e considerava grandioso di essere stata in grado di dormire per più ore continuative, senza risvegli a partire dalle due notti precedenti alla visita. Riferiva di non aver avuto problemi di nausea e che non era cambiato nulla nelle sue abitudini alimentari,

cosa che invece la impauriva riguardo all'utilizzo degli antidepressivi. Non era ancora completamente a suo agio pensando all'attenzione richiesta al lavoro e infatti durante la visita aveva chiesto più volte se l'aumento della dose del farmaco avrebbe significato un'ulteriore modifica della sua condizione di salute soprattutto in riferimento all'ansia e alla concentrazione. Interessante notare come il problema dell'insonnia era già quasi divenuto secondario rispetto al primo incontro con il proprio MMG. Salutandosi, Renata e il MMG rimanevano d'accordo di concordare una visita psichiatrica al fine di una condivisione della presa in carico e delle terapie con lo stesso specialista psichiatra al massimo a 2 mesi dall'inizio della terapia con vortioxetina.

La gestione del medico di medicina generale nel caso di una donna con depressione in comorbidità con una patologia neurologica

Presentazione e storia clinica

Ada è una donna di 61 anni affetta da sclerosi multipla.

La sua storia clinica inizia nel 2003 con un subacuto impaccio motorio agli arti inferiori e una successiva visita neurologica che a seguire avrebbe determinato una diagnosi tramite risonanza magnetica positiva per patologia demielinizante in forma progressiva primaria.

Il suo medico di medicina generale (MMG) di allora la seguirà fino al 2019, quando lui andrà in pensione.

Nel 2004 iniziava terapia con azatioprina per 1 anno e mezzo. Poi Ada decide di sospendere in autonomia la terapia.

Dalla visita di controllo neurologica si evinceva bassa compliance globale della paziente già prima della sospensione dei farmaci assunti.

Trattamento ed esiti

Nel 2010 Ada giunge presso l'ambulatorio del proprio MMG per metterlo al corrente della sua scelta, contestualizzandola in un momento di vita in cui si sentiva bene e secondo lei senza necessità di dover assumere alcuna terapia.

Sul finire dell'anno però Ada si sottoponeva a un trattamento chirurgico per CCSVI (insufficienza venosa cerebro-spinale cronica) con miglioramento del disequilibrio (causa principale dell'invalidità deambulatoria). Dato l'intervento chirurgico e le circostanze assolutamente non positive delle condizioni di salute, Ada ritornava dal MMG che poneva maggiormente l'attenzione agli esiti del trattamento chirurgico e alle condizioni fisiche della paziente, correlando anche la sua faticabilità e spossatezza alla diagnosi primaria e non accorgendosi di un verosimile umore depresso di Ada.

Gli stessi familiari associavano lo stato di tristezza di Ada alla diagnosi ma nessuno considerava l'aspetto psichiatrico di quei segni e sintomi.

Tra il 2010 e il 2012 Ada cambierà tre Centri Sclerosi Multipla in Italia, si iscrive all'associazione dei malati ma non fa mai riferimento a questa perché dice di "sentirsi ancora più malata".

Nel 2011 non tollera la tizanidina cloridrato e viene avviata a cicli di fisioterapia.

Nel 2012 assumerà gabapentin con scarso beneficio e proseguirà il trattamento riabilitativo. La sua condizione è quella di una paraparesi iperreflessica asimmetrica e atassia.

Nel 2014 un netto miglioramento sarà raggiunto con nabiximols e fisioterapia.

Nel 2017 una nevralgia trigeminale (II-III branca sn), non responsiva a steroidi e lamotrigina la costringerà all'assunzione, nonostante gli effetti collaterali marcati, della carbamazepina e al finale step di trattamento con *cyber knife* con marcato beneficio sulla nevralgia trigeminale.

Con il sopraggiungere della primavera del 2018, Ada chiede di essere visitata presso l'ambulatorio del MMG dopo mesi che non si vedevano; ma stavolta per un evento acuto ovvero una faringite. Durante la visita l'MMG si accorgeva della situazione sempre più scadente dell'umore di Ada e decideva di prescriverle paroxetina 20 mg cpr. Ada accetta di buon grado la prescrizione del proprio MMG ma, a ridosso dell'estate, decide in autonomia di non assumere più paroxetina perché negli ultimi 2 mesi aveva aumentato di 3 kg il suo peso.

Alla fine del 2018 Ada subisce un peggioramento della sua malattia principale, con perdita parziale della sua autonomia, uno stravolgimento netto dei ritmi quotidiani a cui era abituata e quindi un conseguente scadimento della propria percezione del suo ruolo sociale. Decide pertanto di abbandonare il lavoro e a questo si assocerà la consapevolezza dell'irreversibilità della malattia, di cui ha sempre voluto saperne poco e da cui è scaturito però negli anni un senso di colpa nei confronti dei familiari a causa del disagio creato. Ovviamente i livelli di stress di Ada e l'ansia legata all'evolversi della malattia hanno funto da elementi per una prescrizione di visita psichiatrica da parte del MMG.

Durante la visita emergerà che nonostante tutto Ada non ha problemi di insonnia e né di anedonia. Inoltre, Ada inizia la visita psichiatrica affermando che difficilmente assumerà farmaci perché già provati e non ha avuto risultati. Dalla la scarsa collaborazione di Ada, lo specialista psichiatra decide di consigliarle un bravo psicologo che possa esserle di iniziale sostegno.

Ada sarà in terapia per un annetto. Poi nel 2018 cade fratturandosi il femore e la ripresa della deambulazione sarà affidata dopo mesi all'aiuto di un appoggio laterale

con un'autonomia solo per qualche decina di metri.

Conclusioni

Siamo al 2019 e Ada conosce il suo nuovo MMG in concomitanza dei risultati della risonanza magnetica di controllo che riportava una malattia stabile non attiva. In concomitanza di ciò, Ada, raccontando la sua storia clinica, ammette che da qualche giorno dopo l'esito della risonanza – sebbene ovviamente molto contenta di questa svolta nel decorso della sua malattia – aveva iniziato a piangere di continuo, di non riuscire a dormire bene e che al mattino ha tanta voglia di restare a letto e poca voglia di vestirsi e truccarsi. Tutto questo ha concomitato con la morte di un'amica affetta anche lei da sclerosi multipla.

Il MMG ravvisava, stavolta, anedonia e umore depresso e valutando altri sintomi concomitavano difficoltà della concentrazione e perdita di peso.

Il MMG non decide di inviare subito Ada dallo psichiatra ma prescrive vortioxetina 10 mg cpr per i primi 7 giorni, poi vortioxetina 15 mg per altri 15 giorni e infine il passaggio a vortioxetina 20 mg cpr.

Al passaggio a 15 mg, invita Ada a essere valutata in ambulatorio e consiglia di concordare la visita psichiatrica per la condi-

visone della presa in carico e delle terapie con lo specialista entro 2 mesi dall'inizio della terapia con vortioxetina.

Al momento del passaggio della terapia con vortioxetina a 20 mg il MMG rivedeva Ada prima della suddetta visita psichiatrica per altri motivi legati al follow-up della malattia neurodegenerativa di questa paziente. Durante il colloquio risultava evidente l'impatto della terapia sui livelli di anedonia sviluppati da Ada, come pure sull'*emotional blunting*, e le sue energie fisiche ed emotive apparivano alla stessa Ada differenti ripensando ai 2 mesi precedenti. Per Ada rimaneva ancora un punto da risolvere, il timore di non riuscire poi a staccarsi dagli effetti dell'antidepressivo e proprio durante quella visita dal MMG erano stati discussi i tempi di trattamento minimo e modalità di dimissione dalla terapia quando sarebbe stato possibile. Infine, Ada si dimostrava molto più compliant all'incontro con lo specialista psichiatra e riferiva di essere pronta alla visita con un diario quotidiano dei sintomi che persistevano e dei sintomi scomparsi così da essere il più possibile chiara nel raccontare la sua situazione allo specialista. L'appuntamento con il proprio MMG era stato concordato proprio dopo la consulenza psichiatrica.