

Quando il Medico di Medicina Generale può... e prova a fare la differenza

When the General Practitioner can... and try to make the difference

Giada Zecchi
SIMG Modena



Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Quando il medico di medicina generale può... e prova a fare la differenza
Rivista SIMG 2024;31 (01):28-30.

© Copyright by Società Italiana dei Medici 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>

Il caso clinico di seguito illustrato ha lo scopo di indirizzare la curiosità del medico lettore verso un orizzonte che sempre più deve poter vedere il medico di medicina generale (MMG) inserito in una cornice ben più ampia di quella del mero "prescrittore", proiettata invece verso una sempre più ampia acquisizione di skills e competenze che permettano di poter inquadrare il proprio paziente con pochi, ma estremamente efficaci strumenti, e poterlo indirizzare, in tempi più solerti e in processi di diagnosi e cura appropriati, verso quello che sarà il trattamento definitivo.

CASO

In data 18 novembre 2022, è al telefono la sig.ra M.A., 63 anni, mia nuova assistita da meno di un mese, che mi chiede un appuntamento in quanto lamenta dispnea e cardiopalmo, sensazioni presenti da circa 6 mesi, decisamente accentuate nell'ultimo mese, e attribuite da chi aveva in carico la signora prima di me, a "somatizzazione di stato ansioso post-COVID". Avvertendo oggettivamente la sua tachipnea al telefono, decido di farla accedere subito all'ambulatorio per una urgente valutazione.

Raccolgo l'anamnesi in quanto nuova assistita:

- Tabagismo attivo
- Mastopatia fibrocistica con regolare esecuzione di screening mammario (regolarmente negativo)
- Fibroma uterino
- Osteopenia documentata ad una densitometria ossea del 2021
- Intolleranze alimentari (non meglio specificate - non adduce documentazione in merito)
- Dispnea da circa 6 mesi con cardiopalmo (1 anno prima episodio di precordialgia per cui aveva effettuato Test ergometrico da sforzo, risultato negativo per ridotta riserva coronarica, non seguito da ulteriori accertamenti).

Terapia in corso:

- Colecalciferolo 10.000 UI/mL - 40 gtt alla settimana
 - Calcio carbonato 1000 mg - 1 cpr/die
- Aveva inoltre assunto alprazolam 0.5 mg su indicazione del precedente curante, interrotto dopo due mesi per mancato beneficio.

Accertamenti eseguiti dal 2021:

- maggio 2021 test ergometrico da sforzo per episodio di precordialgia
 - giugno 2021 esami ematici di routine con evidenza di ipercolesterolemia
 - settembre 2021 densitometria ossea con riscontro di evidente osteopenia a livello femorale.
- aprile 2022 valutazione presso CSM senza riscontro di sindrome ansiosa né indicazione ad intraprendere percorso di psicoterapia.

Esame obiettivo:

- Toni precordiali francamente ovattati, tachicardici, ritmici, non evidenza di soffi significativi.
 - MV ridotto alle basi, non rumori patologici.
 - Addome trattabile, non dolente né dolorabile, non masse pulsanti, non segni di peritonismo.
 - Non edemi declivi, polsi periferici simmetrici, eusfigmici.
 - Parametri vitali: SatO₂: 97%, FC: 135 bpmR, PA: 105/55, FR: 24 atti respiratori/min
- Auscultando la paziente, e valutando la presenza di tachicardia, le propongo di fare un ECG direttamente in ambulatorio: il tracciato rileva una tachicardia sinusale con bassissimi voltaggi dei complessi QRS (**Figura 1**).

Decido pertanto di eseguire una POCUS con scansione sottotifoidea e che mostra la seguente immagine (**Figura 2**).

In considerazione del riscontro di evidente versamento pericardico, tachicardia sinusale, bassi

voltaggi all'ECG ed emodinamica non prettamente stabile, visto il riscontro di ipotensione, decido insieme alla paziente, l'invio in pronto soccorso.

In pronto soccorso la paziente viene sottoposta in sala "codici rossi" a:

- EGA (lieve insufficienza respiratoria ipossico-ipocapnica con un P/F di 290)
- ECG sovrapponibile a quello eseguito in ambulatorio

- Esami ematici con evidenza di 2500 di D-dimero, lieve incremento della PCR

• angioTC torace (HRCT) (**Figura 3**): *Pre-tamponamento cardiaco da verosimile versamento paraneoplastico, con voluminosa lesione di verosimile origine disproliferativa al campo superiore destro e multiple lesioni nodulari bilaterali parenchimali polmonari di verosimile natura sostitutiva. Numerosi linfonodi mediastinici e periaortici ingranditi di dubbia natura sostitutiva, e difetti endoluminali di impregnazione contrastografica, nei rami periferici bilateralmente, come da microembolismo. Versamento pleurico bilaterale.*

Dopo la TAC la paziente veniva immediatamente portata in emodinamica e sottoposta a procedura di pericardiocentesi evacuativa in emergenza con rimozione di 900cc di liquido siero-ematico, con mantenimento di drenaggio in sede per 24 ore.

All'esame citologico del versamento, presenza di cellule neoplastiche. Eseguiva successivamente broncoscopia con biopsia della lesione più rilevante con evidenza di adenocarcinoma polmonare. Successivamente TC total-body di stadiazione con evidenza di ripetizioni bilaterali polmonari, dubbia ripetizione ossea a livello costale, e ripetizioni linfonodali mediastiniche.

Dimessa il 2 dicembre dalla medicina interna d'urgenza, presa in carico dal DH oncologico dove ha iniziato trattamento chemioterapico.

DISCUSSIONE

La dispnea è indiscutibilmente un sintomo subdolo, in alcuni casi "soggettivo", correlato a somatizzazione di stati ansiosi, ma anche un segno clinico che spesso può essere "oggettivato" con il solo esame obiettivo (frequenza respiratoria, percussione, ispezione, auscultazione) e con la valutazione della saturimetria. La possibilità di eseguire in ambulatorio esami strumentali semplici, e alla porta-

ta di tutti, previa l'acquisizione di adeguate skills (esecuzione e interpretazione di elettrocardiogramma, esecuzione di POCUS), in questo specifico caso ha permesso di evidenziare immediatamente l'emergenza di questa paziente, che ha presentato un crash emodinamico su una situazione clinica indiscutibilmente iniziata mesi prima, imponendo il suo invio in PS, invio che probabilmente sulla base della sola visita non avrei fatto (come da indicazioni del catalogo regionale a valutazione cardiologica con urgenza B), permettendo così l'identificazione immediata di una condizione di periarresto, quale si è dimostrato essere il suo versamento pericardico con già iniziali segni di shock ostruttivo.

Pur restando la prognosi sicuramente infausta, ad oggi la paziente è in carico al DH oncologico, si trova al 5° di ciclo di CT con carboplatino, e la lesione principale è in netta riduzione, in assenza di comparsa di ulteriori secondarismi, non ha mai dovuto ricorrere ad ulteriori accessi in pronto soccorso o ricovero in degenze di area medica, è eupnoica, non sta avendo complicanze debilitanti da CT, lavora in smartwork da casa. Nessuno potrà dire se l'invio ad eseguire almeno un RX del torace 6 mesi prima, all'esordio dei suoi sintomi, avrebbe cambiato il decorso della patologia; l'esecuzione di ECG e POCUS quel pomeriggio hanno di certo contribuito a velocizzare il processo diagnostico.

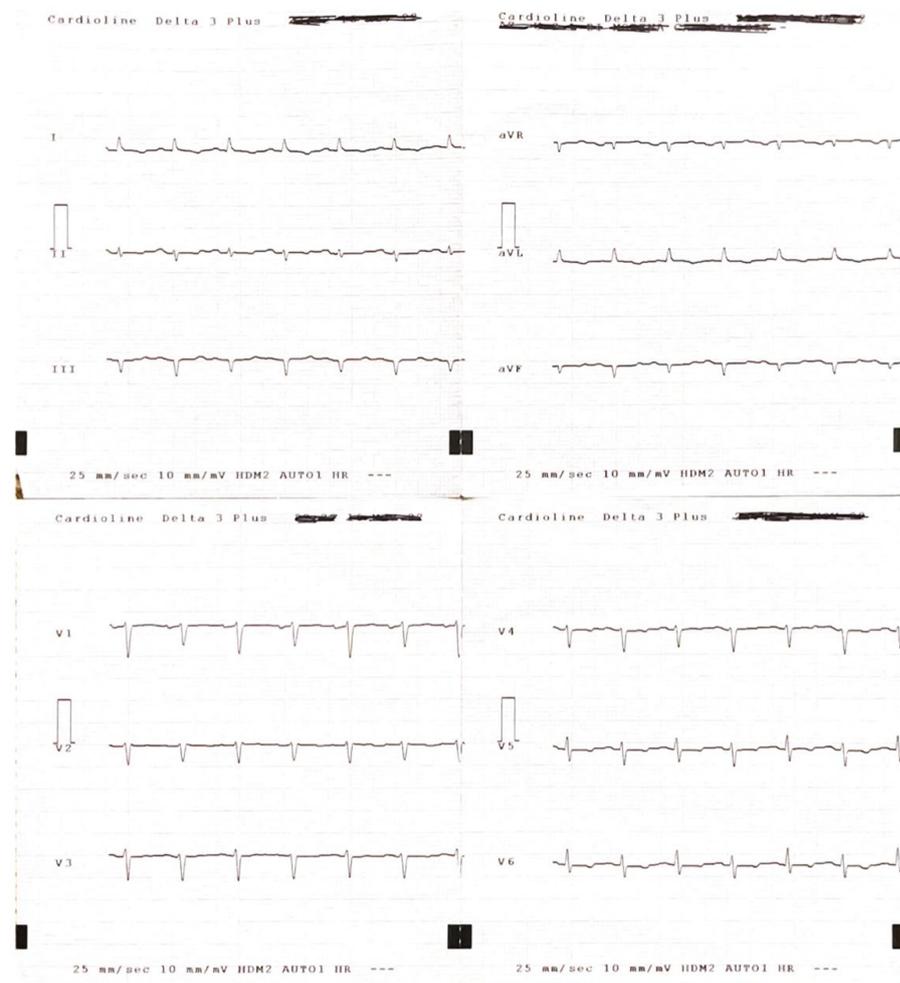


Figura 1 - Tracciato ECG con evidenza di tachicardia sinusale e QRS con bassi voltaggi

Bibliografia

1. Diaz-Gomez JL et al. Point-of-Care Ultrasonography. *NEJM* 2022;13:197-198.
2. Zengin S et al. Role of inferior vena cava and right ventricular diameter in assessment of volume status: a comparative study: ultrasound and hypovolemia. *Am J Emerg Med* 2013;31:763-767
3. Gartlehner G, et al. Point-of-Care Ultrasonography in patients with acute dyspnea: an evidence report for a clinical practice guideline by the american college of physicians. *Ann Intern Med* 2021; 174:967-976.
4. Huggins JT, et al. Indications for bedside ultrasonography in the critically ill adult patient. Literature review current through: Jun 2023.
5. Ferri et al. *L'ecocardiografia nella pratica clinica*. Ed. Pozzi.
6. *L'interpretazione dell'elettrocardiogramma*. Ed. Piccin.

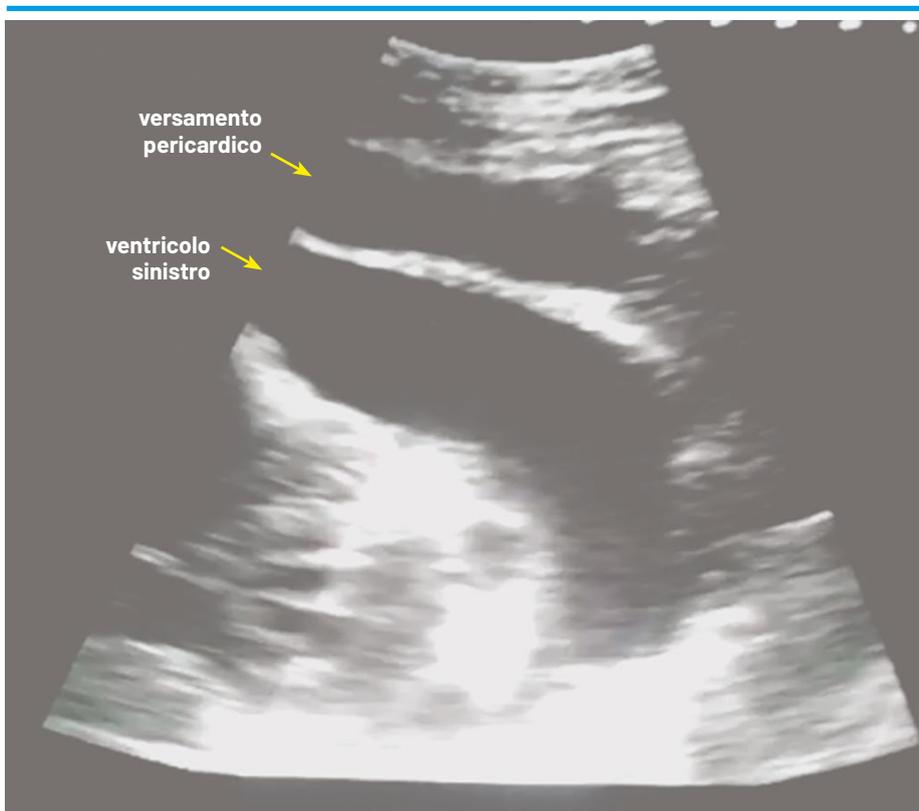


Figura 2 - ECO POCUS con evidenza di abbondante versamento pericardico

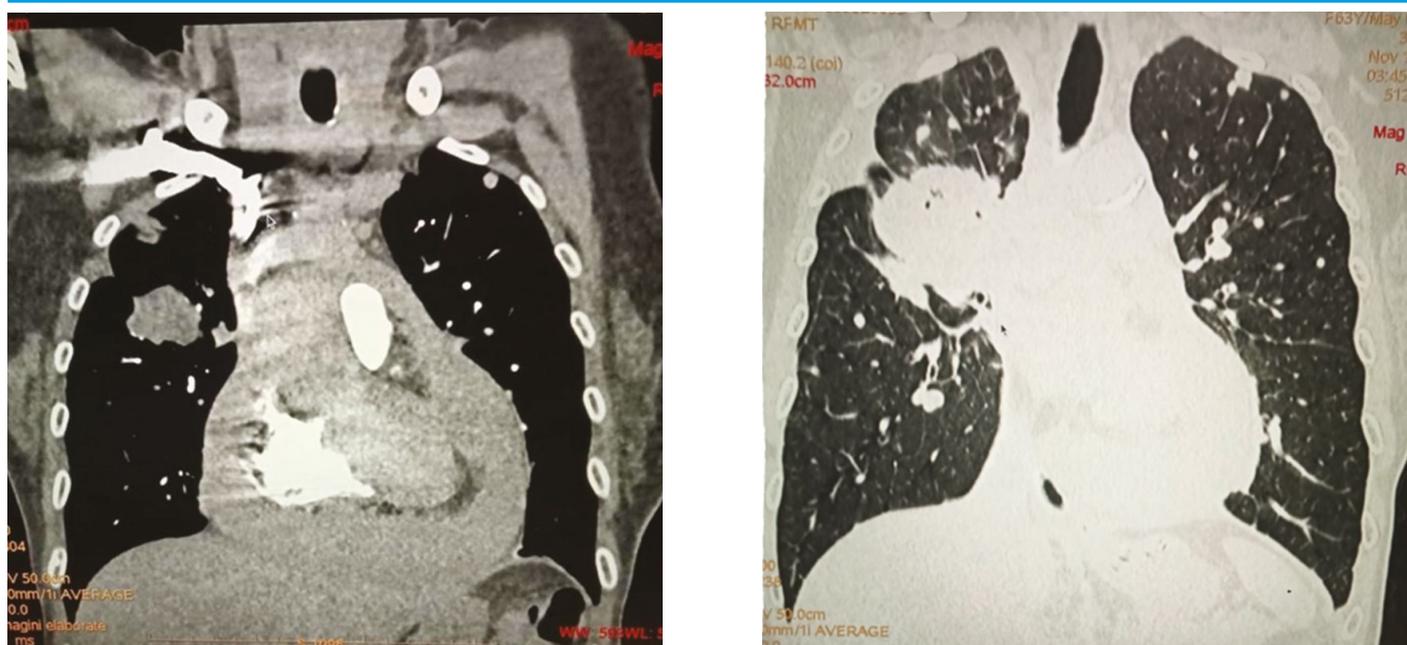


Figura 3 - "scout" della TAC torace eseguita in PS con evidenza di versamento massivo nel pericardio, grossolana lesione nodulare al lobo superiore destro e multiple lesioni polmonari bilaterali riferibili a secondarismi