

IL PAZIENTE COME VALORE AGGIUNTO: LE LG VANNO INDIVIDUALIZZATE?

M.G. Migneco - V. Giammarco

UOSD Endocrinologia, Ospedale S. Spirito, ASL RME, ROMA

Introduzione

La presenza di altre “malattie”, o comunque di condizioni che caratterizzano in modo diverso ogni singola persona, sembra sfidare ogni tentativo di formulare o applicare misure oggettive rigidamente basate su linee guida. Si corre il rischio che il trattamento di una malattia basato sull'evidenza possa causarne o accentuarne un'altra.

Caso clinico

5-2-2014: richiesta consulenza endocrinologica da reparto di psichiatria per rilievo di FT4 0,8 e TSH 68,6 in una paziente lì ricoverata dal pomeriggio precedente. Donna di 45 anni; peso 58 Kg. Al momento della consulenza la paziente è in stato di sopore farmacologico profondo e non è in grado di rispondere alle domande. Le notizie vengono pertanto desunte dai parenti. Abitante a Roma, insegnante di matematica presso un istituto religioso parificato; 4 gravidanze, di cui 3 a termine (3 figlie: 12, 11 e 2,5 anni) ed un aborto spontaneo tra la terza e la quarta gravidanza. Descritta dai parenti come persona con abitudini di vita regolari, mite, molto religiosa, ottima madre di famiglia. A seguito dell'aborto spontaneo aveva avuto una forte “reazione emotiva”; negli ultimi 2 anni aveva avvertito l'esigenza di rivolgersi ad uno psicoterapeuta. Non uso di psicofarmaci. In anamnesi patologica prossima: 23-11-2013: presso altro ospedale esegue tiroidectomia totale per carcinoma papillare della tiroide (T3 N1 M0); 27-1-2014: secondo le indicazioni delle LG (stadiazione TNM) viene effettuata ablazione radioisotopica in sospensione (TSH: 50,47) con successivo ricovero in “isolamento” per 72 ore presso reparto di Medicina Nucleare. Subito dopo la somministrazione di 150 mCi di ¹³¹I, viene prescritta terapia con L-T4, 175 µg/d (3 µg/kg/die!) + prednisone 25 mg/d. 30-1-2014: dimessa con la suddetta terapia e con indicazione ad evitare contatto con bambini e ad usare un bagno separato, si stabilisce, da SOLA, in un appartamento dei suoceri ad Ostia. 30-1-2014: in serata, al telefono, il marito nota uno stato particolarmente euforico che progredisce dal giorno successivo in alterazioni comportamentali ingravescenti fino alla comparsa di logorrea con linguaggio disorganizzato e incongruo, turpiloquio, bestemmie, eccitamento motorio e psichico, atteggiamento teatrale e clownesco. 3-2-2014: accompagnata presso un PS ospedaliero della provincia, viene trasferita e ricoverata (4-2-2014) nel reparto di Psichiatria del nostro ospedale dove viene sedata con psicofarmaci e sospesa la terapia corticosteroidea. Nell'ipotesi di un ruolo etiologico attribuibile alla troppo elevata dose di LT4, in consulenza consigliamo (5/2/014) la sospensione temporanea del farmaco. Nei giorni successivi, progressivo miglioramento della sintomatologia psichiatrica che rende possibile il wash-out dagli psicofarmaci e la graduale reintroduzione della tiroxina fino alla dose di 100 µg/die. 14-2-2014: dimessa in condizioni di equilibrio psicofisico, con diagnosi di “delirium acuto”.

Conclusioni e discussione

il nostro caso è quello di una sindrome psichiatrica acuta insorta dopo 3 giorni dall'inizio contemporaneo di tiroxina ad alta dose e di prednisone a bassa-media dose in una paziente severamente ipotiroidea con sfumati precedenti psichiatrici e senza storia familiare di patologie psichiatriche. Sindromi neuro-psichiatriche acute sono descritte in associazione a :

- Steroidi (endogeni, ma soprattutto esogeni: 75% disturbi affettivi – mania e depressione - 25% delirio e psicosi. Insorgenza da < 3 giorni a 11 giorni dall'inizio della terapia, correlazione diretta con la dose, ma segnalati casi anche con dosaggi molto bassi; incerta correlazione con precedenti personali e familiari di psicopatie)
- Tireotossicosi (alcuni casi di delirium e psicosi affettive – depressione:mania 1:1 - . Mania acuta e delirium descritti in pazienti ipotiroidei poco dopo l'inizio della terapia sostitutiva. Sospetto fattore di rischio: una precedente psicopatologia)
- Ipotiroidismo severo (psicosi affettive, paranoide, schizofrenoidi, più raramente maniacali. Frequente coesistenza di precedenti personali e/o familiari)

La nostra paziente presentava tutti i suddetti fattori di rischio, ma la modalità di insorgenza e l'evoluzione della patologia psichiatrica ci fanno concludere che la responsabilità maggiore nello scatenare l'evento psichiatrico sia stata della troppo alta dose di tiroxina in condizioni di ipotiroidismo acuto severo iatrogeno; non si può peraltro escludere anche un ruolo causale del prednisone. Nessun aforisma medico è meglio conosciuto di “primum non nocere”. Nella pratica clinica, i medici a volte (in parte per timore di controversie)

si impegnano meccanicamente nell'applicazione di LG, trascurando un più articolato approccio clinico che abbracci l'esperienza pratica accumulata, la tolleranza dell'incertezza e la capacità di applicare un giudizio etico e pratico in ogni singolo caso. Questo procedere in modo "acritico" può comportare rischi o danni ai pazienti, che superano a volte i benefici delle stesse terapie messe in atto. Ci chiediamo dunque: alla luce degli sfumati precedenti psichiatrici, la nostra paziente avrebbe potuto seguire un protocollo postradioiodio "differente"? E, in generale, la posologia della terapia sostitutiva post ablativa (L-T4) può essere "graduale"? Il trattamento con steroidi post ^{131}I è "indispensabile"? Per la somministrazione del ^{131}I il ricovero "in isolamento" è inevitabile? La limitazione nel contatto con bambini dopo ablazione con ^{131}I è assoluta?