

RENATO ROSSI GIUSEPPE RESSA

IL MANUALE DI CLINICA PRATICA



dodicesimo modulo

© 2004 Pillole.org

PIU' SPENDI PEGGIO SPENDI: MOLTA SPESA POCA RESA

Rossi:

Gli **anziani** che vivono in alcune regioni degli Stati Uniti in cui l'uso delle risorse sanitarie è maggiore **non hanno** più probabilità di avere dei benefici maggiori in termini di salute rispetto a chi vive in regioni in cui si spende meno; per dare delle cifre: nel 1996 Medicare ha speso, per ogni paziente, **8414 dollari** a Miami e meno della metà, **3441 dollari** a Minneapolis. **Lo dimostra uno studio [1] in cui gli autori si erano proposti di rispondere alla domanda se spendendo di più in cure mediche si ottengono degli esiti migliori. I risultati trovati indicano chiaramente che non è così.**

I ricercatori hanno studiato i pazienti coperti da Medicare ospedalizzati per problemi cardiaci, per cancro del colon-retto e per fratture dell'anca e un campione rappresentativo di anziani non ospedalizzati; per ognuno dei quattro gruppi i pazienti che vivono in regioni ad alta spesa ricevevano circa il **60% in più di cure ed accertamenti medici.**

Ressa:

Questo, naturalmente, non vuol dire che erano curati meglio.

Rossi:

Infatti.

Gli studiosi si sono presi cura di investigare che cosa determinava la spesa più elevata e, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, ciò non era dovuto a procedure chirurgiche particolari (che potrebbero giustificare i costi maggiori) ma soprattutto a **visite mediche più frequenti, a un maggior uso di tests diagnostici e di procedure minori o ancora a una maggior richiesta di visite specialistiche e a una maggior durata dei ricoveri ospedalieri.**

Come se non bastasse, vi era un **rischio lievemente maggiore di morte** nelle regioni che spendono di più rispetto a quelle che adottano protocolli più conservativi (probabilmente perchè con l'aggressività delle cure e delle procedure diagnostiche aumentano anche i danni indotti dai medici).

Le conclusioni dello studio sono coerenti con i risultati trovati: i pazienti e i medici dovrebbero chiedersi, prima di ogni intervento, visita, accertamento, se non sia più utile spesso una vigile attesa (watch and wait).

Ressa:

A proposito di America, ti racconto il caso di una mia paziente 80 enne.

Si presenta in studio tre giorni prima della partenza per gli Stati Uniti, lamentando una sintomatologia che, con un'accurata anamnesi ed esame obiettivo, potevo senz'altro ascrivere ad una esofagite da reflusso.

Ho prescritto la solita terapia del caso, spiegando all'assistita di aver un pò di pazienza prima di giudicare l'efficacia della stessa.

La paziente arriva negli USA e va a trovare la sorella affetta da cancro in fase terminale, ha una riacutizzazione della sintomatologia, ma non se ne cura troppo, tornandole alla mente quanto le avevo detto.

La sorella però teme un attacco cardiaco e la fa visitare da un collega americano che la ricovera immediatamente; la paziente spiega, in un correttissimo inglese, quale era stata la mia diagnosi e mostra la terapia, ma il collega fa spallucce.

Inizia una serie vorticosa di accertamenti a casaccio, ha fatto eseguire tutto ciò che poteva essere utile nel caso di una precordalgia passando dalla TC toracica alla prova da sforzo al cicloergometro, poi chi più ne ha più ne metta, alla fine anche una EGDS.

Diagnosi conclusiva: esofagite da reflusso, CONTO: 62 MILIONI di vecchie lire.

Rossi:

Caspita ! Come è finita ?

Ressa:

La paziente era insolvente, c'è voluto l'intervento del Consolato italiano per il recupero della somma.

Ma la cosa che mi ha più deluso è la mancanza completa di metodologia clinica; mi rifiuto di credere che il collega non sospettasse dall'anamnesi e dall'esame obiettivo che fosse un'esofagite da reflusso, ma è andato avanti lo stesso in un vortice diagnostico degno di miglior causa.

Rossi:

Del resto è accertato che la qualità di un servizio affidato ai privati si presta, spesso, a molte variabili non squisitamente cliniche.

E poi ci sono le assicurazioni, le rivendicazioni medico legali, un rapporto medico paziente che è basato sulla "non fiducia" e, di conseguenza, dal "ho fatto tutto quello che si doveva fare e la diagnosi era quella".

Ressa

Detesto questa "medicina difensiva", sono convinto che un medico il quale operi in un ambiente del genere, perda inevitabilmente la sua "vis diagnostica" perché, a forza di non far girare più i neuroni, perde il filo del ragionamento clinico.

In questo modo la spesa sanitaria aumenta e, per una sorta di effetto volano, pure le polizze; gli avvocati, poi, ti fanno causa sempre e comunque "tanto è assicurato e qualche dollaro glielo spilliamo comunque", il rapporto medico-paziente muore per sempre.

Se stai male per strada, prima di prestarti soccorso, ti frugano nelle tasche per cercare la tua carta di credito, è questa la civiltà moderna ?

Bibliografia

1. Ann Int Med, 2003, Feb 18, 138: 273-87, 288-98

IL PAP TEST

Ressa:

Non vedo proprio cosa ci sia da dire sull'utilità del PAP test, è stato, se non sbaglio, il primo esame proposto per uno screening oncologico.

Rossi

Lo striscio cervicale o Pap-test è stato messo a punto negli anni 50 da George Papanicolaou ma, incredibilmente, la sua efficacia non è mai stata provata da trials clinici randomizzati e controllati; comunque sia, sembra difficile da mettere in discussione.

Esistono, infatti studi epidemiologici e studi caso-controllo che hanno dimostrato che, dopo la sua introduzione, l'incidenza di neoplasie invasive della cervice uterina è drasticamente diminuita, di circa il 50-70%.

Approfondiamo, però, l'analisi dei dati: uno studio inglese [1] ha calcolato che ogni 10.000 donne screenate in 20 anni (dal 1976 al 1996), poco più di 1500 avevano un pap-test anormale; di queste circa 800 necessitarono di ulteriori accertamenti e un quarto di esse mostravano anomalie dello striscio persistenti per 2 o più anni. Gli autori di questo studio stimano che entro il 2011 circa 80 di queste donne avrebbero sviluppato, senza screening, un cancro e che 25 sarebbero morte a causa della malattia. Lo screening evita 10 di questi decessi.

In altre parole queste cifre significano che bisogna screenare 1000 donne per 35 anni per evitare un decesso.

Ressa:

Onestamente mi aspettavo che il test fosse molto più utile!

Rossi:

Bisogna tener conto che ciò dipende dalla bassa frequenza del carcinoma cervicale invasivo e che questo è dovuto, in larga parte, alla diffusione dello screening che svela precocemente le lesioni pre-invasive e non ne permette l'ulteriore evoluzione.

Si può calcolare che un medico di MG veda, mediamente, 2-3 casi di forme invasive in tutta la sua carriera e forse anche meno. Nella mia esperienza di oltre 24 anni di MG non ricordo alcun caso di carcinoma cervicale invasivo.

Ressa:

Io solo uno!

Rossi:

Secondo una stima recente il programma di screening messo a punto in tutto il Regno Unito salverebbe circa 5000 vite ogni anno [2].

Ressa:

Mi sembra un dato contrastante col precedente...

Rossi:

In effetti i due dati sembrano contraddirsi però si tratta di stime teoriche fatte da gruppi di studio diversi. Il secondo studio citato per esempio è giunto a queste conclusioni analizzando il trend della mortalità da cancro della cervice in Inghilterra prima del 1988, quando fu iniziato il programma di screening. Così facendo gli studiosi hanno calcolato che senza lo screening ci sarebbero stati circa 6000 decessi all'anno ed hanno ipotizzato che lo screening prevenga l'80% di questi decessi. Si tratta quindi di un modello teorico di proiezioni la cui validità deve essere confermata, come fa notare un editoriale che accompagna lo studio, ammettendo che c'è abbastanza incertezza

sull'argomento. Direi che si tratta di dispute tra esperti che spesso lasciano il tempo che trovano, anche perchè dopo qualche tempo viene pubblicato un nuovo studio che dice il contrario. Per non passare per i soliti contestatori penso sia meglio andare avanti.

Ressa:

Sono d'accordo. Vediamo allora quali sono i fattori di rischio per questo tipo di cancro.

Rossi:

I fattori di rischio del carcinoma della cervice uterina maggiormente invocati sono la promiscuità sessuale e il fumo.

In questi ultimi anni ha acquistato sempre più importanza l'infezione da papillomavirus (HPV) e uno studio prospettico di popolazione conferma che l'infezione da HPV precede lo sviluppo di cancro della cervice uterina [3]. Molti casi di infezione da HPV sono transitori, ma se l'infezione persiste, specialmente con lo stesso tipo virale, aumenta in maniera significativa il rischio che si sviluppi una lesione di alto grado. Quindi la presenza persistente dell'HPV è un buon predittore sia nelle giovani che nelle donne più anziane di possibile sviluppo di cancro cervicale. Nello stesso studio sono state esaminate donne di età compresa tra i 20 e i 29 anni, con un follow-up di due anni, per scoprire la comparsa di anomalie citologiche cervicali. Si trovarono 40 ASCUS (atypical squamous cells of undetermined significance), 165 Low-SIL (Low-grade squamous intraepithelial lesion) e 165 High-SIL. Paragonate alle donne che erano HPV negative al momento dell'arruolamento, quelle positive avevano un rischio triplo di sviluppare cellule atipiche, una Low-SIL o una High-SIL. Addirittura le donne che erano positive ad un secondo esame avevano un rischio aumentato in maniera esagerata sia per Low-SIL che per High-SIL.

Il rischio di sviluppare anomalie citologiche era più elevato se il ceppo HPV era lo stesso in entrambi gli esami.

Ressa:

Quale ripercussione pratica è scaturita da questi dati?

Rossi:

Questa associazione viene ritenuta così importante che recentemente il test al DNA per il papillomavirus umano (HPV-DNA test) è stato approvato dalla FDA americana come esame da usare in aggiunta alla citologia cervicale per lo screening.

Il National Institutes of Health, il National Cancer Institute, l'American Society of Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) e l'American Cancer Society hanno elaborato un consenso [4] basato sia sulla revisione della letteratura sia sull'opinione di esperti e sui risultati non pubblicati di studi in corso sugli screening oncologici.

Secondo il consenso il test al DNA per l'HPV dovrebbe essere associato alla citologia cervicale per le donne di 30 o più anni.

Se i risultati sono negativi per l'HPV e per la citologia cervicale lo screening non dovrebbe essere ripetuto prima di 3 anni. Se la citologia è negativa ma il test per l'HPV mostra una positività per i tipi di papillomavirus ad alto rischio, le pazienti hanno un rischio relativamente basso di andare incontro ad una neoplasia cervicale; in questi casi la colposcopia non dovrebbe essere effettuata routinariamente bensì si dovrebbero ripetere, a distanza di 6-12 mesi, sia l'HPV-DNA test che la citologia cervicale.

Se i risultati di entrambi i test sono anormali si dovrebbe invece eseguire una colposcopia senza indugio.

Queste raccomandazioni dovrebbero assistere i medici ad ottimizzare l'uso dell'HPV-DNA test, minimizzando accertamenti e trattamenti non necessari [4].

Ressa:

D'accordo ma da che età va consigliata l'effettuazione del PAP test?

Rossi:

Le linee guida dell'American Cancer Society raccomandano di iniziare lo screening entro 3 anni dall'inizio dei rapporti sessuali, ma comunque non più tardi dei 21 anni. Se i risultati del Pap-test sono normali lo screening dovrebbe avere una periodicità annuale (o biennale se si usano pap-test liquid-based vale a dire a strato sottile). Dopo i 30 anni e se ci sono 3 consecutivi Pap-test normali, lo screening può essere ripetuto ogni 2 o 3 anni.

Ressa:

E quando cessare i controlli?

Rossi:

Le donne di 70 anni o più anziane in cui gli ultimi 3 test sono normali e che negli ultimi 10 anni non hanno avuto risultati anomali possono scegliere di non proseguire oltre con lo screening.

Ressa:

Casi particolari?

Rossi:

Dopo isterectomia totale lo screening non è necessario, a meno che l'intervento non sia stato eseguito per trattare una neoplasia o una stato precanceroso. Però le donne che sono state isterectomizzate senza asportazione della cervice uterina dovrebbero continuare lo screening almeno fino ai 70 anni.

Per quanto riguarda l'esecuzione dell'HPV-test, in aggiunta o in alternativa al Pap-test, la USPSTF nota che non ci sono ancora studi disponibili, anche se è probabile che effettivamente il test abbia un ruolo importante nello screening, come suggerito da alcune linee guida [5].

Ressa:

Dicci qualcosa sulla classificazione dei risultati del PAP test.

Rossi:

Generalmente questi vengono riportati seguendo due classificazioni.

La **prima** si basa sul grado di **displasia cervicale** (CIN : Cervical Intraepithelial Neoplasia). Si distinguono tre gradi: CIN I, CIN II, CIN III.

Mentre lesioni CIN I generalmente regrediscono, le altre tendono a progredire per cui devono essere trattate.

La **seconda classificazione** prevede due tipi di alterazioni patologiche: **lesioni lievi** (LG-SIL: Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion) e **lesioni gravi** (HG-SIL: High Grade Squamous Intraepithelial Lesion). Le CIN I corrispondono generalmente alle LG-SIL , le CIN II e CIN III alle HG-SIL.

Se le lesioni non sono inquadrabili con certezza si parla di **lesioni atipiche** (ASCUS: Atypical Squamous Cells of Indetermined Significance).

Nelle lesioni lievi si può prevedere un controllo a breve (di solito 6 mesi) oppure una colposcopia con biopsia. L'atteggiamento attendistico nelle LG-SIL è giustificato dal fatto che spesso queste lesioni regrediscono, specialmente se negative per HPV [6].

Nelle lesioni gravi è opportuno avviare subito la paziente alla colposcopia con biopsia.

Ressa:

Per favore, arriviamo alle conclusioni per il clinico pratico.

Rossi:

- 1) le donne dovrebbero iniziare lo screening attorno ai 20 anni
- 2) dopo 3 Pap-test negativi si possono prevedere intervalli di 3 anni per i controlli
- 3) se il test mostra lesioni lievi (CIN I o LG-SIL) si può ricontrollare dopo 6 mesi o richiedere una colposcopia con biopsia
- 4) se vi sono lesioni gravi (CIN II-III o HG-SIL) va richiesta subito una colposcopia con biopsia
- 5) se il quadro è tale per cui non è possibile determinarne la natura flogistica o displastica (ASCUS) è opportuno un controllo dopo 6 mesi
- 6) non c'è ragione di continuare lo screening dopo i 65 anni a meno che non vi siano ragioni di ritenere che il rischio di carcinoma cervicale sia elevato.

Bibliografia

1. Raffle A. BMJ 2003;326:901-904.
2. Pet J et al. Lancet 2004; 364:249-256
3. BMJ 2002; 325: 572-578
4. Wright TC et al. Obstet Gynecol 2004;103:304-309
5. <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/cervcan/cervcanrr.htm>
6. Moscicki A-B et al. Lancet 2004; 364:1678-83

CRETINETTI ED IL LIFTING DELLA DIVA

Paziente 65 enne con salute di ferro, in gioventù è stata una nota attrice di film mitologici, corpo aristocratico, arti lunghi, dita sottili, abitudini di vita maniacali, non fuma, mangia pochissimo.

Il primo contatto del giovanissimo Cretinetti con la paziente fu una visita domiciliare per una sospetta “grave sindrome influenzale” (temperatura 37.2 C).

Egli si presenta in giacca e cravatta da novellino, viene accolto da un maggiordomo gallonato che lo fa accomodare in un salone di 150 mq (il doppio di TUTTA la casa di Cretinetti) sulle cui pareti il lurido minimalista ammira delle grandissime fotografie in bianco e nero della diva, con boa di struzzo e ghepardo al guinzaglio, in più, su un tavolo di alto antiquariato, un’infinità di foto incorniciate con dediche appassionate di mitici attori.

Alla visita Cretinetti non rileva nulla di rilevante, consiglia riposo per pochi giorni “Vedrà che l’influenza le passerà da sola”.

In un successivo contatto in studio, nella semideserta sala d’aspetto, si sentì un tumulto, Cretinetti si adombrò, aprì la porta e vide un emozionatissimo paziente che chiedeva l’autografo alla diva “dottore, era il mio IDOLO quand’ero giovane”, ella glielo concesse, sfoderando il suo famoso solare ed inimitabile sorriso.

Cretinetti, dopo un piaggesco baciamento [che si deve fare per campare], cominciò a compilare la cartella cartacea, fece subito il GROSSO ERRORE di chiedere l’età della signora, ella rispose con una cifra palesemente in contrasto col vero e Cretinetti, per piaggeria e fame di pazienti, la riportò senza indugi.

La diva lamenta i suoi “GRAVI problemi di sovrappeso” ai quali aggiunge ad abundantiam un “gonfiore al viso”, Cretinetti non nota assolutamente nulla, ma su insistenza della stessa, prescrive, “ut aliquid fieri videatur et ab patiente non revocatur”, una routine ematochimica completa con gli elettroliti e gli ormoni tiroidei: risultati tutti normali, a quel punto viene consigliato un blando diuretico.

La paziente si ripresenta dopo un mese lamentando la non soluzione del problema, stavolta anche a Cretinetti pare di vedere un certo gonfiore delle palpebre e del volto, con un incarnato non più chiaro come prima ma il resto dell’esame obiettivo è negativo.

Non segue nessuna nuova prescrizione; l’incontro si chiude con un “dottore ho capito, lei è una persona squisita e non me lo vuole dire, ma QUI ci vuole una chirurgia plastica al viso, anche se sono ancora GIOVANISSIMA”.

Ella si reca da un notissimo specialista del ramo che gli propone senz’altro una blefaroplastica e lifting del viso, viene effettuata una routine completa prechirurgica con: ECG, Rx torace ed analisi ematochimiche, tutti nella norma.

Dopo l’intervento il volto è fortemente tumefatto ed ecchimotico, il collega spiega che questo è normalissimo, però dopo quindici giorni di terapia con bromelina non c’è miglioramento e il collega consiglia “un po’ di cortisone”: nulla cambia, anzi il quadro peggiora, si gonfia anche il collo; il chirurgo afferma essere un caso a lenta risoluzione e che naturalmente “il gonfiore per la forza di gravità tende a scendere in basso”.

La paziente si reca da Cretinetti e con voce flebile, ma concitata, afferma che “quel cretino del suo collega, al quale ho lasciato **milioni, ha fatto un lavoraccio e in più il cortisone mi ha fatto gonfiare anche le mani, mi sento uno straccio, non ce la faccio a fare le cose di prima, NON MI POTRÒ PIÙ FARE VEDERE IN GIRO!! “[si dispera].

Cretinetti cerca di rabbonire la paziente e consiglia questa volta dei “diuretici forti perché a mali estremi, estremi rimedi e vedrà che tornerà BELLISSIMA come è sempre stata prima”; purtroppo le parole della paziente furono profetiche e dopo pochi giorni la diva fu trovata morta nel suo letto.

Cretinetti ha commesso una serie di errori, a mio modo di vedere GRAVI.

Sottostima le informazioni date dalla paziente, considerata come il solito rappresentante fatuo del mondo dello spettacolo, tutto quello che ella dice è interpretato come una esagerazione da

Cretinetti, che lo addebita alla sua percezione maniacale di un corpo oramai non più giovane. Anche quando al dotto medico pare di vedere una succulenza delle palpebre e del volto, con un incarnato non più di color porcellana come prima, egli non si scompone e quando la paziente propone la soluzione estetica non batte ciglio.

Il chirurgo fa la sua parte, ma non lo considererei particolarmente colpevole, Cretinetti chiude la sua brillante prestazione con una bella prescrizione di furosemide che a suo parere poteva risolvere un "EDEMA A MANTELLINA" che egli si ostinava a NON vedere.

Come recita l'Harrison "La diagnosi di sindrome della vena cava superiore è essenzialmente CLINICA (omissis) una radiografia del torace negativa è ancora compatibile con la diagnosi, in presenza di altri reperti caratteristici".

Essi c'erano ECCOME, in più, riflettendo a sepoltura avvenuta, la paziente aveva una figura molto slanciata, dita molte lunghe e sottili, che Cretinetti, abituato a vedere corpi geneticamente selezionati per la raccolta dei pomodori, aveva goffamente attribuito alle origini aristocratiche della diva.

In realtà era un HABITUS MARFANOIDE che, associato all'edema a mantellina, avrebbe potuto far pensare in tempo a una causa mediastinica del problema e scongiurare la ROTTURA di aneurisma dell'aorta ascendente .
