Il pensiero verticale

Data 14 novembre 2021
Categoria scienze_varie

Accettare passivamente una diagnosi proposta da altri può portare a errori di inquadramento e a ritardi terapeutici.

Una paziente di 56 anni si rivolge al medico curante perchè lamenta episodi ricorrenti caratterizzati da sensazione di svenimento, senza vera e propria perdita di coscienza.
La paziente è una frequentatrice nota dell'ambulatorio per disturbi ascrivibili a una nevrosi ansionsa cronica.
La visita risulta del tutto negativa, la pressione arteriosa è normale e così l'esame cardiaco e polmonare.
Il medico interpreta i sintomi come dovuti all'ansia e tranquillizza la paziente che, però, in un paio di occasioni, a causa dei suoi mancamenti, si è dovuta recare in Pronto Soccorso. Qui sono stati eseguiti esami ematochimici (normali), radiografia del torace (normale), visita neurologica (negativa), visita cardiologica (negativa), TC cranio (negativa).
La paziente, di sua iniziativa, ha consultato anche un cardiologo privato che ha eseguito un ecocardiogramma (negativo) e le ha consigliato di sentire un suo collega psichiatra molto bravo che diagnostica una nevrosi ansiosa con somatizzazioni vari e aspetti depressivi (per cui prescrive un ansiolito e un SSRI).
In occasione di un ennesimo episodio la paziente consulta ancora il medico curante e riferisce che il disturbo inizia con senso di testa vuota e sensazione di svenimento, poi le sembra che il cuore si fermi, vi è abbondante sudorazione e incapacità a mantenere la stazione eretta con vertigini e annebbiamento della vista.
Il medico curante visita di nuovo la paziente: l'esame è del tutto negativo se si esclude una lieve bradicardia (52 bpm). Riesaminata tutta la documentazione e letto le relazioni del Pronto Soccorso e dei vari specialisti, conferma la diagnosi di forma ansioso-depressiva.
Una domenica pomeriggio la paziente si reca ancora in Pronto Soccorso per i soliti "mancamenti" e mentre è in sala d'attesa ha un vero e proprio episodio lipotimico. Subito viene visitata e, dato il riscontro di importante bradicaradia, si esegue immediatamente un ECG che dimostra la presenza di un blocco atrio-ventricolare di secondo grado.
Viene dimessa dopo impianto di pace-maker.

Nel caso in esame la diagnosi era effettivamente difficile data la negatività degli esami eseguiti. Tuttavia alcuni particolari potevano far sospettare un'origine cardiaca del sintomo: la paziente riferiva che le sembrava il cuore si fermasse, vi era bradicardia, anche se modesta.
L'accettazione della diagnosi effettuata in Pronto Soccorso e dagli specialisti senza porsi il dubbio che potrebbe essere una diagnosi non corretta corrisponde ad un bias noto come pensiero verticale (vertical line thinking).
Nella paziente si poteva forse prescrivere un ECG dinamico 24/ore o meglio un loop recorder a domanda che avrebbe potuto portare a una diagnosi più tempestiva.

RenatoRossi

Perapprofondire:

Collecchia G, De Gobbi R, Fassina R, Ressa G, Rossi RL. La diagnosi ritrovata. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma2021.
pensiero.it/catalogo/libri/professionisti/la-diagnosi-ritrovata