

Troppo "amore" a volte fa "impazzire"

FRANCESCA DE CESARIS, MONICA BARRANI, TERESA VANACORE, SARA LUNARDI, VALERIA MADRIGALI, LAURA GALLI
UO Pediatria II, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

L. è una ragazza di 16 anni ricoverata numerose volte presso il nostro reparto di Pediatria (10 accessi presso il Pronto Soccorso e 5 ricoveri solo nell'ultimo anno). Dall'età di 11 anni L. ha iniziato a presentare cefalea di tipo tensivo, associata a fotofobia, per cui è stata seguita presso l'ambulatorio di Neuropediatria, con parziale miglioramento della sintomatologia dolorosa.

Nel maggio 2007 viene ricoverata per un episodio lipotimico insorto a scuola. Gli esami ematochimici, urinari, ormonali, ECG, ecocolordoppler cardiaco, ECG holter, Tilt test, ecografia pelvica risultano tutti nella norma.

Nel luglio 2007, per rifiuto dell'alimentazione in corso di episodio diarroico, si decide per un nuovo ricovero per eseguire terapia reidratante endovenosa.

Nell'ottobre 2007 la ragazza viene nuovamente ricoverata per episodio di "perdita di coscienza". L'esame neurologico e l'EEG risultano nella norma. RMN encefalo ha evidenziato una piccola cisti aracnoidea del recesso sovrapineale.

Nel dicembre 2007 la ragazza è stata nuovamente ricoverata per mialgie e artralgie diffuse. Esami nella norma. Dopo qualche giorno le sue condizioni cliniche sono migliorate spontaneamente.

Nel giugno 2008 la ragazza viene ricoverata per la stessa sintomatologia. In tale occasione vengono eseguiti capillaroscopia ed ecocolordoppler arterioso e venoso degli arti inferiori, ECG, ecocolordopplercardiaco, RX rachide cervicale-dorsale-lombosacrale, test da sforzo ischemico con valutazione dell'acido lattico, elettroencefalografia motoria e sensitiva, test per la tetania ed elettromiografia, che risultano tutti nella norma.

Per la persistenza della sintomatologia i genitori decidono spontaneamente di condurre la ragazza presso un altro ospedale dove, dopo l'esecuzione di un EEG che mette in evidenza anomalie elettriche "aspecifiche", viene iniziato trattamento con Tegretol. In seguito a tale terapia L. riferisce di stare meglio.

Nel giugno 2008 la ragazza viene ricoverata nuovamente presso la Pediatria del nostro ospedale per la seguente sintomatologia: nausea, cacosmia, malessere generale e pallore seguito da perdita di coscienza e stato soporoso post-critico. Durante la degenza vengono eseguiti EEG e RMN encefalo, che risultano invariate rispetto alla precedenti valutazioni. La ragazza continua terapia con Tegretol, ma i dosaggi plasmatici mettono in evidenza una estrema variabilità dei valori suggerendo una scarsa compliance.

A settembre 2008 nuovo ricovero per crisi lipotimica.

A ottobre 2008 i genitori riferiscono che la figlia presenta crisi epilettiche generalizzate settimanali nonostante la terapia con Tegretol e affermano di aver "letto" che tale sintomatologia potrebbe essere indicativa di malattia celiaca. Viene fatto presente che tale patologia era stata già esclusa in occasione dei ricoveri precedenti. Dopo circa 2 settimane la madre riferisce che la ragazza presenta dolori addominali dopo assunzione di carboidrati e richiede, in accordo con la figlia, l'esecuzione di una esofago-gastro-duodenoscopia in narcosi per escludere la malattia celiaca. Dopo il rifiuto del personale medico di eseguire tale indagine in quanto non suffragata da una sintomatologia appropriata per giustificare tale esame, la madre afferma di temere che gli episodi lipotimici della ragazza siano un segno di diabete.

Nel novembre 2008 la paziente giunge in Clinica per un nuovo episodio lipotimico della durata di alcuni minuti, senza perdita di coscienza, senza perdita di feci o urine, caratterizzato da pallore cutaneo con risoluzione spontanea dopo pochi minuti. La madre, spaventata, chiede un nuovo ricovero della figlia. Durante tale



ricovero è stata eseguita una consulenza neuropsichiatrica che rivelava un forte sospetto di disturbo di simulazione. Dopo notevoli difficoltà, per rifiuto della madre, la ragazza viene affidata ai colleghi psichiatri per un adeguato trattamento del caso.

Commenti: il caso presentato è indicativo di una **sindrome di Münchausen per procura**, che rappresenta la più grave forma di "ipercura", per la quale il bambino è sottoposto a continui e inutili accertamenti clinici e cure inopportune, conseguenti alla convinzione errata e delirante del genitore che proprio figlio sia malato.

In queste situazioni il bambino tende a simulare uno stato di malattia pur di avere garantite cure e attenzioni. Le conseguenze più gravi di questo tipo di abuso emergono nell'adolescenza. Il rischio che corre il ragazzo è quello di continuare a percepire il proprio corpo come malato ed evolvere verso strutture psicotiche.

Ciò è quello che è probabilmente accaduto alla nostra paziente. L., dopo essere stata sottoposta a numerosi ricoveri, numerose indagini mediche e a terapia con farmaci antiepilettici, forse in maniera non del tutto appropriata (dato che le "crisi anomale" persistono nonostante la terapia) ha lasciato la scuola, sta sempre chiusa in casa, dorme tutto il giorno e... adesso... è ricoverata per inquadramento clinico e impostazione terapeutica nel reparto di Psichiatria.

Vuoi citare questo contributo?

F. De Cesaris, M. Barrani, T. Vanacore, S. Lunar, V. Madrigali, L. Galli. TROPPO AMORE A VOLTE FA IMPAZZIRE. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2009; 12(5) http://www.medicoebambino.com/?id=IND0905_20.html