

## LA SINDROME DEL NEVO FANTASMA

Mario Cutrone  
Mestre (VE)

Il progressivo miglioramento delle condizioni economiche e igieniche in Italia, l'utilizzo estensivo delle vaccinazioni e l'organizzazione capillare e gratuita dell'assistenza sanitaria, hanno migliorato in modo netto negli ultimi decenni le condizioni generali di salute del bambino, modificando il tipo e le motivazioni degli interventi richiesti dai genitori al Pediatra ospedaliero e di base. Alle malattie esantematiche e alle patologie organiche "minori", che rappresentavano la stragrande maggioranza delle visite, si sono ormai sostituiti i cosiddetti problemi "funzionali" (turbe del sonno, inappetenza o scorretto rapporto con il cibo, coliche gassose, dolori addominali ricorrenti, cefalee). La descrizione dei casi sottoriportati sembrerebbe suggestiva di un altro ulteriore passaggio, quello verso le malattie "fantasma", né "Munchausen" né "malingering", ma frutto di equivoci e inadeguata comunicazione tra famiglia e medici.

### Descrizione di due casi

F. giunge alla nostra osservazione su invito del curante un pomeriggio dell'inverno 1996, nell'Ambulatorio divisionale. Ha 5 anni, è vivace e allegra. Durante la breve raccolta anamnestica la madre ci racconta che la bambina è sempre stata bene, ed è cresciuta senza problemi. Solo nei primi giorni successivi alla nascita i genitori avevano vissuto momenti di grande ansia: i medici del Nido (noi!) avevano sospettato una sindrome di Down ed eseguito una mappa cromosomica, poi risultata fortunatamente negativa.

A confronto del grave rischio corso, la madre ammette che il motivo della visita attuale può apparire banale, ma ci confida di essere preoccupata: F. presenta infatti dalla nascita una lesione cutanea al collo, cresciuta consensualmente alla bambina, che è stata in passato considerata talvolta come un nevo e talvolta come una non meglio specificata micosi. Un recente tentativo terapeutico con un antimicotico topico non ha comunque prodotto alcun cambiamento, e la madre teme pertanto si tratti di una lesione di tipo nevico, potenzialmente pericolosa. Alla visita rileviamo una lesione piana, lineare, di 2,5 per 0,5 cm e colore marrone chiaro. La superficie è finemente crostosa, con alcune squame sul punto di staccarsi. La restante obiettività, cutanea e generale, è negativa. Non assomiglia ad alcun quadro comune: non è una chiazza caffelatte, non è un comune nevo congenito né una lesione eczematosa o psoriasica.

Approfondendo l'anamnesi, la madre ci rivela di non sapere esattamente in quale giornata di vita la lesione era comparsa: F. era stata dimessa dal Nido con un cerottino al collo e, una volta rimosso, si era evidenziata la piccola lesione. Da allora, seguendo la diffusa convinzione che i "nei" non devono essere mai "toccati" (pena la loro trasformazione in tumori), la madre aveva sempre evitato di strofinare la lesione. In ambulatorio avviene il "miracolo": muniti di una garzetta e di latte detergente rimuoviamo la chiazzeria, che si lascia pulire con 2 sole "passate" senza lasciare alcun esito sottostante: ciò che abbiamo rimosso è in effetti la colla del cerotto applicato dopo il prelievo eseguito in giugulare per la mappa cromosomica 5 anni prima (poche ore dopo la nascita).

Forte del suo grado (usurato ma poi sempre confermato) di lesione congenita, la chiazzeria era resistita praticamente indisturbata, visita dopo visita, anno dopo anno, bagnetto dopo bagnetto (delicato!) senza produrre alcun danno, ma alimentando una tensione non necessaria in una mamma già scossa dal dubbio iniziale di avere generato una bambina con trisomia 21.

L. è un maschio di 9 anni. È sano (a parte qualche lontano episodio di bronchite asmatica), e giunge alla nostra osservazione circa 20 giorni dopo F. Il bambino, accompagnato spontaneamente in ambulatorio dal padre e dalla madre, presenta ormai da 2 anni 2 chiazze piane, di colore marrone chiaro disomogeneo, simmetriche, retroauricolari, di 4-5 cm di diametro. La madre riferisce di non avere finora dato molta importanza. In occasione di una recente visita scolastica le è stato

però consigliato di chiarire la natura delle lesioni, di probabile natura nevica, e uno specialista, consultato a questo scopo, l'ha messa un po' in ansia. Le ha infatti riferito che si tratta probabilmente di un tipo particolare di nevo (di cui la madre non ricorda però il nome), spesso associato ad alterazioni della curvatura del rachide (in particolare a scoliosi). Ha pertanto prescritto visita ortopedica ed eventuale Rx della colonna.

Forti della nostra recente (e casuale) preparazione "specificata", alla fine della visita compiamo il secondo miracolo in pochi giorni: anche in questo caso garza e latte detergente risolvono un "problema" di anni ed evitano una probabile Rx. In questa seconda situazione l'"eziologia" delle chiazze era da ricercarsi non in un fattore "iatrogeno", ma nella raggiunta (ma evidentemente inefficace) autonomia igienica del ragazzo, che fin dall'età di 6 anni preferiva lavarsi da solo.

### Considerazioni

La prima considerazione riguarda il problema della comunicazione. Nel caso di F., infatti, la madre (forse perché non adeguatamente informata alla dimissione), ha equivocato il significato del cerotto all'uscita dal Nido, considerandolo una protezione per una lesione cutanea che non era in realtà mai esistita, e la cui fantomatica esistenza è finita invece per protrarsi ben 5 anni. Nel secondo caso il rinvio del bambino per monitoraggio e rivalutazione al medico curante da parte della scuola avrebbe (forse) evitato la catena di interventi (fortunatamente interrotti) sulla malattia fantasma: medico scolastico-specialista-radiologo-ortopedico-risposte di questi allo specialista ecc.

La seconda considerazione riguarda il problema dell'informazione e della cultura: in entrambi i casi, la paura di "toccare" delle lesioni ritenute potenzialmente pericolose ha impedito, non soltanto alle madri ma addirittura ai medici coinvolti, di riconoscere della semplice "sporcizia", medicalizzando ed enfatizzando un problema di vita domestica.

Terza considerazione: il problema del metodo. I sanitari coinvolti hanno peccato di eccessiva fiducia nel prendere per valide le conclusioni dei medici che li avevano preceduti nel valutare il bambino, cercando di "approfondire ulteriormente la diagnosi" già fatta (affidandosi anche ad altri specialisti) senza approfondire l'anamnesi e rivalutare la (evidentissima) clinica.

### Conclusione

La mutata situazione economica, sociale e sanitaria in Italia, ha di molto modificato la tipologia dell'intervento del pediatra, limitando fortunatamente moltissimo il numero delle gravi patologie organiche e affidandoci in cura, di fatto, dei bambini globalmente sani. Questa situazione, se da un lato non deve portarci a sottovalutare e a farci sfuggire il significato di segni e sintomi sfumati di malattie "serie", dal lato opposto non deve nemmeno farci medicalizzare ed enfatizzare situazioni non mediche, creando casi e malati "fantasma" (con le annesse "serie" conseguenze psicologiche, sociali ed economiche che tale comportamento inevitabilmente comporta).

L'ascolto non frettoloso delle informazioni anamnestiche fornite spontaneamente dai parenti, la rivalutazione "ponderata" delle diagnosi già fatte da altri colleghi, una comunicazione circostanziata delle proprie impressioni e conclusioni a genitori e medici, ma soprattutto l'umiltà di "toccare" oltre che "guardare" i propri pazienti, sono probabilmente la maggior garanzia di limitare la possibilità di errore e di fornire una assistenza che, se non potrà essere sicuramente perfetta, sarà quantomeno corretta e in equilibrio tra il "fare troppo" e il "fare troppo poco".

