

Due casi molto diversi, che mettono in evidenza la difficoltà del PdF di fronte a casi rari ma potenzialmente gravi e la necessità di equilibrio, che deve essere sapientemente controllato tra una diagnosi di malattia fittizia o psicogena e una diagnosi di malattia organica severa. Come in altri casi di questa rubrica, l'idea che un bambino simuli il dolore per attirare l'attenzione risulta comoda ma perdente, mentre quella che un bambino simuli il dolore per evitare una situazione frustrante risulta scomoda ma vincente.

UN'EPIDEMIA DI MAL DI TESTA... OVVERO, LA STORIA DI DANIEL

Fabrizio Fusco - Valdagno (VI)

Daniel è un bravo ragazzino di 11 anni, sano, sportivo, intelligente, educato, con una mamma particolarmente bella e simpatica. Due anni fa ha fatto letteralmente ammattire, nell'ordine, la famiglia, me, un consulente neurologo, due pediatri ospedaliere, un secondo neurologo e... me di nuovo, con accertamenti ematologici, elettroencefalografici e neuroradiologici, il tutto nell'arco di tre mesi, con alcuni momenti di forte apprensione, fortunatamente immotivata, e lieto fine.

Ma iniziamo con ordine.

Siamo ai primi di gennaio del 1999; Daniel ha all'epoca 9 anni e mezzo e frequenta la terza classe elementare con profitto. Vengo interpellato perché da una settimana lamenta cefalea e dolore riferito al rachide dorsale basso e lombare, con spossatezza e dolori muscolari posteriormente alle regioni lombari laterali. Daniel accusa presenza di fosfeni con "mosche volanti", sensazione di impaccio alle mani e saltuaria difficoltà di deambulazione. La mamma mi riferisce che è preoccupata anche perché Daniel ha cambiato umore, «sembra un altro bambino».

Alla visita il ragazzo appare sofferente, ma l'esame obiettivo è completamente negativo. Consiglio una consulenza neurologica e un esame del fondo oculare.

Passa più di un mese senza che ne abbia più notizie. Un giorno mi telefona la madre per informarmi della situazione. Si era rivolta su mio consiglio al neurologo, che l'aveva molto spaventata parlandole di esiti di meningocefalite e le aveva proposto un ricovero urgente per eseguire ulteriori accertamenti. Il primario pediatra a cui l'aveva inviata aveva peraltro escluso l'ipotesi di meningocefalite, e aveva invece proposto accertamenti ambulatoriali per la cefalea. I genitori, spaventati, si sentivano più rassicurati da una presa in carico sotto ricovero, e pertanto si erano rivolti a un altro ospedale, dove Daniel viene ricoverato per 3 giorni. Nel corso della degenza vengono eseguiti accertamenti ematocimici di routine, visita NPI (obiettività neurologica negativa, compreso fundus oculi), EEG e TAC, tutti nella norma.

Daniel viene dimesso a poco più di un mese dall'inizio dei sintomi con diagnosi di emicrania e con la proposta di appoggio a un centro per lo studio delle cefalee, dove viene confermata la diagnosi da un neurologo pediatra; inizia la terapia con ketoprofene e oscitriptano.

Il paziente mi viene restituito più o meno come lo avevo lasciato. Infatti Daniel presenta ancora ogni giorno un mal di testa che disturba la sua normale attività.

Nei giorni successivi vengono a controllo due altri coetanei di Daniel, entrambi con cefalea insorta da poco, in pieno benessere, entrambi, guarda caso, compagni di classe di Daniel. Tutti e due, come Daniel, a causa di questo mal di testa frequentano a singhiozzo la scuola.

Naturalmente una delle prime cose che avevo chiesto al bambino era se c'erano problemi in classe con le maestre, con i compagni, per i troppi compiti... e mi era stato detto che non esisteva alcun problema.

Una delle mamme mi riferisce, però, che c'erano problemi in classe con un compagno che aveva atteggiamenti violenti, da bullo.

Sembra che nei bagni della scuola prendesse di mira i compagni e li picchiasse indisturbato, lontano dagli occhi delle insegnanti.

Messo alle strette, uno dei tre ragazzi, in un pianto liberatorio, confessa che questo ragazzo, nei bagni, si spingeva oltre la violenza fisica, fino a molestarli, lui e gli altri, sessualmente.

Per farla breve, presi i provvedimenti del caso, il mal di testa di Daniel dei suoi compagni è sparito.

LA STORIA DI MARTINA: UN MAL DI TESTA INGRAVESCENTE

Stefano Castelli

Martina è una bambina di nove anni che conosco fin dalla nascita. Nella sua storia remota non c'è niente di importante. Nell'ultimo anno Martina aveva presentato spesso mal di testa; niente di eccezionale, un mal di testa come se ne vedono molti: occasionale, passeggero (durava poco tempo e passava con l'uso di farmaci), non disturbava le normali attività della bambina e non compariva mai di notte.

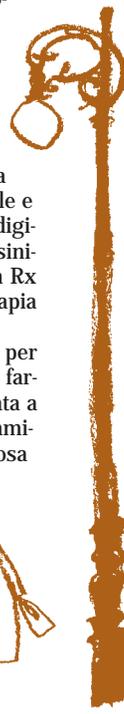
La mamma, persona piuttosto ansiosa, mi aveva consultato più volte per questo problema; dopo aver visitato la bambina, non avendo riscontrato niente di patologico, avevo sempre tranquillizzato la madre spiegando che forse si trattava di una maniera per attirare l'attenzione, vista anche la gelosia di Martina nei confronti delle due sorelline gemelle. L'unico accertamento che avevo consigliato, anche per far contenta la madre, era stata una visita oculistica, che era risultata negativa.

Verso la fine dell'anno (1999) sono consultato telefonicamente dalla madre che mi comunica come il mal di testa sia diventato più frequente, e come, per farlo passare, fosse ora necessaria una supposta di paracetamolo.

Dico alla madre di portarmi la bambina in ambulatorio per visitarla. La madre l'accompagna la settimana successiva, perché nel frattempo il mal di testa è scomparso. La bambina riferisce una cefalea frontale e l'esame obiettivo mette in evidenza dolorabilità alla digitopressione a livello del seno frontale e mascellare sinistro; per questo sospetto una sinusite e prescrivo un Rx cranio per i seni paranasali; nell'attesa prescrivo terapia antibiotica.

Passano circa due-tre giorni, e la madre mi telefona per dirmi che la cefalea è ancora presente nonostante i farmaci, e che quella stessa notte Martina si era svegliata a causa del mal di testa, ed era stata necessaria la somministrazione di paracetamolo. Capisco che c'è qualcosa che non torna, e che devo fare qualcosa: consiglio una visita neuropediatrica.

La sera stessa, era un lunedì, verso le ore venti (avevo appena finito di ricevere in un ambulatorio superaffollato), mi telefona di nuovo la madre, e con tono molto agitato mi racconta che aveva appena portato la bambina a una visita oculistica di sua iniziativa: il risultato era «fondo dell'occhio, stasi papillare bilaterale con emorragie a



fiamma». La mattina dopo Martina viene ricoverata in oculistica per accertamenti.

Capisco la gravità del caso e cerco di arrampicarmi sugli specchi di fronte alle domande della madre, che comunque ha capito.

La mattina dopo la bambina viene ricoverata in oculistica, dove viene subito eseguita una TAC; il giorno successivo una risonanza magnetica con mezzo di contrasto; il risultato è: «Enorme tumore biventricolare mediano andante dalla tela corioidea del III ventricolo, che appare schiacciato verso il basso, verso l'alto in situazione mediana settale invadente i due ventricoli laterali destro e sinistro a livello della cella media. Il tumore non determina edema perilesionale. Prende fortemente il contrasto alla risonanza».

Dopo pochi giorni, completati gli accertamenti, decidiamo insieme ai colleghi del reparto di oculistica di trasferire Martina presso la neurochirurgia pediatrica di Torino. Il giorno del suo arrivo viene sottoposta a risonanza magnetica con angiorisonanza, che conferma la «presenza di una lesione biventricolare mediale estremamente vascolarizzata con rami provenienti dall'arteria corioidea anteriore; le vene centrali cerebrali interne e basali di Rosenthal sono contenute all'interno della massa. La massa assume fortemente il gadolinio, e determina una netta dilatazione ventricolare». Il giorno successivo Martina viene sottoposta a intervento chirurgico, che dura circa otto ore. L'intervento va bene; io rimango in contatto telefonico sia con la madre che con il responsabile della neurochirurgia pediatrica.

La cosa che mi ha più colpito è come hanno gestito il caso i colleghi di Torino. Il giorno dopo l'intervento che, ripeto, è durato otto ore, Martina ha avuto il permesso di alzarsi e camminare per andare in bagno, con l'aiuto dei genitori ma sulle proprie gambe (pensare che ci sono reparti di chirurgia pediatrica che per una semplice ernia inguinale fanno stare a letto il bambino 5-7 giorni). Dopo due giorni dall'intervento telefono, come facevo tutti i giorni, per avere notizie. L'intermiera mi risponde che la bambina sta bene, e che in quel momento si sta lavando la testa. Non dico niente, ma rimango perplesso, e non capisco come sia possibile lavarsi la testa due giorni dopo un intervento neurochirurgico. Dopo tre giorni viene eseguita una TAC di controllo, che mostra la buona riuscita dell'intervento. Dopo cinque giorni, incredibile ma vero, la bambina viene dimessa senza nessuna terapia, nemmeno quella anticomiziale. La sera stessa vado a casa a trovarla; entro, e vedo Martina che gioca tranquillamente in piedi accanto al tavolo di cucina. Ha un tale bell'aspetto che sembra sia andata a Torino in villeggiatura. Quando la vedo, capisco perché dopo due giorni aveva potuto lavarsi la testa: non era stato tagliato nemmeno un capello e i punti di sutura, che erano di materiale riassorbibile, si vedevano appena tra i capelli.

Dopo pochi giorni abbiamo avuto il risultato dell'esame istologico: «Cisti dermoide ascessualizzata»; si trattava quindi di una cisti dermoide che si era infettata e che aveva dato un quadro di ipertensione endocranica.

CASI INDIMENTICABILI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Vicenza, venerdì 7 febbraio 2003

Carissimo/a,

siamo qui per invitarti personalmente a partecipare ai CASI INDIMENTICABILI che anche quest'anno, visto il successo della passata edizione, saranno dedicati alla pediatria ambulatoriale.

Ti scriviamo non solo perché contiamo sulla tua partecipazione in prima persona, ma anche perché sappiamo che puoi trasmettere il messaggio e invito ai pediatri della tua regione, che possono esserne interessati.

Il convegno si svolgerà come al solito a Vicenza il primo venerdì di febbraio (7 febbraio 2003). Come al solito "l'indimenticabilità" potrà essere data non solo dalle sue peculiarità cliniche, ma anche dal valore didattico e/o dall'esperienza umana che ha lasciato. Una sintesi del caso (una o due facciate dattiloscritte) dovrebbe essere inviata su dischetto al nostro indirizzo di Trieste (Alessandro Ventura, Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", via dell'Istria 65/1-34137 Trieste) o direttamente per posta elettronica (ventura@burlo.trieste.it; longog@burlo.trieste.it) **ENTRO E NON OLTRE IL 30 NOVEMBRE 2002.**

Contiamo di poter garantire l'ospitalità alberghiera ai pediatri il cui caso sarà accettato per la partecipazione.

Vi ringraziamo anticipatamente dell'aiuto che siamo sicuri vorrete darci.

prof. Alessandro Ventura, dott. Giorgio Longo

Programma preliminare

9.00-11.00 PRIMA SESSIONE (8 casi) Moderatori: A. Ventura, L. Zancan

11.30-13.30 SECONDA SESSIONE (8 casi) Moderatori: G. Longo, L. De Seta

14.30-16.30 TERZA SESSIONE (8 casi) Moderatori: G. Maggiore, F. Marchetti

17.00-18.30 4 Casi ambulatoriali visti dagli specialisti di Reumatologia (L. Lepore), di Pronto Soccorso (A. Lambertini), di Nefrologia (M. Pennesi), di Gastroenterologia (L. Greco)

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Alessandro Ventura, Giorgio Longo, Isabella Giuseppin, Daniela Sambugaro, Fabrizio Fusco
Istituto per l'Infanzia IRCCS "Burlo Garofolo" • via dell'Istria 65/1 • 34137 Trieste • Tel. 040 3785491 • Fax 040 3785482

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Quickline sas • via S. Caterina da Siena, 3 • 34122 Trieste • Tel 040 773737-363586 • Fax 040 7606590 • e-mail: info@quickline.it