

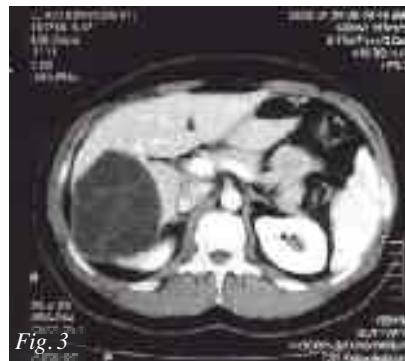
Una madre iperprotettiva e una diagnosi inaspettata

di A. Pizzo, C. Benedetti, C. Campanini, M. Dolciotti, A. Petrucci, C. Ravandoni, F. Bono

M. R. è un giovane sano, forte per i suoi 26 anni e per un'attività lavorativa che, per quanto faticosa, lo fa vivere a contatto con la natura e, soprattutto, gli permette di nutrirsi in maniera corretta. Negli ultimi anni lo si è visto pochissimo anzi, per nulla, nell'ambulatorio; solo ogni tanto "qualcosa per la gola" in inverno o "qualcosa per la schiena" durante la vendemmia. Giusto una telefonata, perché il suo lavoro, quello nei campi, non concede tregua, qualunque sia la stagione. M.R. non ha tempo per andare a fare la fila dal dottore tanto che delega la madre per "farsi prescrivere qualcosa" per una persistente dolenzia al "fianco" destro, come un "peso". La mamma, che oltre al cuore grande comune a tutte le mamme, ha anche una certa confidenza con l'anamnesi familiare ricorda al medico che è passato circa un anno dal suo intervento di colecistectomia per litiasi biliare. La domanda quindi è pertinente: "potrebbe essere la stessa cosa?". La risposta diventa articolata e quindi è perentorio l'invito, al contumace, a presentarsi in tempi brevi in ambulatorio. In effetti la diagnosi di litiasi biliare della paziente era stata estremamente rapida; la

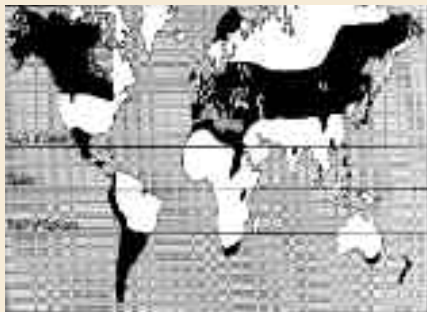
colica, l'ambulatorio, l'ecografia, tutto in meno di ventiquattro ore. Sì, meno di ventiquattro ore perché con l'ecografo nell'ambulatorio del mmg una diagnosi di quel genere diventa possibile. Giunto all'osservazione il paziente è estremamente povero di segni e sintomi; nulla fa pensare alla possibilità di patologia delle vie biliari o della colecisti, ma anche più in generale di una qualunque patologia epatica. Solo un sintomo (prurito saltuario) induce il medico a prescrivere esami di laboratorio prima di concludere per la più classica delle diagnosi di "colite". La genitrice però, presente alla visita, insiste affinché anche il figlio, come prima lei al momento della sua diagnosi di litiasi biliare, venga sottoposto ad ecografia dell'addome tanto che, prevedendo la non diagnosi con la semeiotica classica (preggenza materna!), ha mantenuto il figlio a digiuno per l'eventualità. L'ecografo è lì, già acceso, il paziente è preparato per l'esame, tutto sommato in attesa che faccia gli esami bioumorali perché non farlo? Ed è così che, all'improvviso, il medico si accorge che "il terzo occhio" ad ultrasuoni è davvero prodigioso; perché dopo quasi trent'anni di professione passati tra ospedali civili e militari, guar-

dia medica (pardon, continuità assistenziale) e tanta medicina generale capisce che "certe" diagnosi non sono più delegate o delegabili allo specialista ma sono sue, ovvero del caro, vecchio, affidabile medico della mutua. "Alla scansione ascendente sottocostale destra con sonda da 5 MHz e seconda armonica in uso si evidenzia al VI-VII segmento epatico una formazione multiloculare di circa 8 cm con setti e membrana limitante iperecogeni. La formazione non presenta afferezze vascolari intra o perilesionali significative al color Doppler. La scansione longitudinale mantiene e conferma le caratteristiche ecografiche già descritte. Nulla a carico degli altri segmenti. Il fegato è complessivamente di dimensioni normali, con margini regolari ed ecostruttura omogenea rappresentata da echi di normale ampiezza. La colecisti distesa, a pareti sottili, alitiasica. Di regolare calibro il coledoco. Normodisteso è l'asse venoso portale, con regolari variazioni di calibro in relazione alle escursioni respiratorie. Il pancreas è bene delineato con Wirsung non visibile. La milza regolare per morfovolumetria ed ecostruttura (fig. 1)." Eccola la diagnosi, semplice, portentosa, disarmante. Una cisti da echinococco di medie dimensioni, in fase attiva a monolocalizzazione anzi, a dirlo utilizzando la semantica e la semeiotica ecografica, una cisti da echinococco di tipo IIb (1) ovvero CE2 (2, 3). E allora si incasellano nella mente l'anamnesi lavorativa (pastorizia oltre all'agricoltura), la familiare (la convivenza con l'ospite definitivo, il cane) e, sia pure molto ambigui, gli unici sintomi (il saltuario prurito ed il "senso di peso" in ipocondrio destro). Viene corretta la richiesta di esami, si aggiunge la ricerca di anticorpi specifici e si pone maggiore attenzione agli indici di flogosi e di stasi epatica. Il risultato sarà negativo con l'eccezione di una lieve eosinofilia. L'esame Tac, oltre a confermare la diagnosi ecografica, esclu-



Infezione da echinococco granuloso

Epidemiologia



Le aree in nero sono quelle in cui è diffuso l'echinococco granuloso

Eziologia

- L'uomo si infetta ingerendo verdure contaminate dalle feci del cane oppure per ingestione diretta di scolici in seguito a contatto con questi.
- L'embrione viene liberato in seguito alla dissoluzione della membrana dell'embrioforo a contatto con i succhi gastrici.
- Raggiunto l'intestino, questo attraversa la parete intestinale ed attraverso il circolo portale raggiunge il fegato dove si sviluppa nel 70-90 % dei casi; nel restante 10-30% supera il filtro epatico giungendo al cuore dx e quindi al polmone.

Anatomia patologica

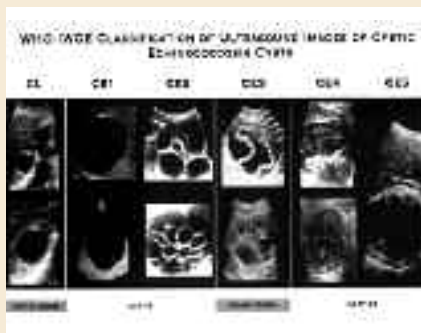
- L'accrescimento della cisti è molto lento e nel giro di parecchi anni la parete cistica può calcificarsi anche se gli scolici possono rimanere vivi ancora per lungo tempo.
- La crescita del parassita provoca da

un lato la compressione e l'atrofia della componente nobile del parenchima epatico e dall'altro stimola la proliferazione della componente fibrosa.

- Solo raramente raggiunge il versante arterioso per disseminarsi in altri organi ed apparati.
- Nel giro di 60 ore la larva provoca un granuloma infiammatorio; già il quarto giorno compare un vacuolo che si sviluppa molto lentamente per formare una cavità contenente liquido che può arrivare a 10 cm ed oltre.

Uso dell'ecografia

- Tecnica più indicata nelle forme addominali e superficiali
- Basso costo, sensibilità e specificità elevate
- Identifica: sede, numero, dimensioni, rapporti vascolari, stadio evolutivo
- Indispensabile per: la diagnosi differenziale, il trattamento ecoguidato, la valutazione del trattamento chirurgico e della terapia medica.



Localizzazioni anatomiche

- Fegato 90% (66-81% lobo dx)
- Polmone 9%

- Reni, peritoneo, ossa, cervello, cuore e milza 1%

Sintomatologia

- La sintomatologia può essere rappresentata da vaghi sintomi dispeptici quali digestioni lente e laboriose, bocca amara, eruttazioni post-prandiali, senso di peso in ipocondrio ed epigastrio, dolorabilità addominale.
- Questi disturbi, sono secondari a fenomeni compressivi sul parenchima epatico e sulle vie biliari.
- Altresì la comparsa di prurito cutaneo con vere e proprie reazioni orticarioidi, crisi asmatiche associate ad eosinofilia, sono secondarie a reazioni tossico-allergiche conseguenti alla fuoriuscita anche di minime quantità di liquido idatideo.
- Talora invece l'esordio della malattia si manifesta con il quadro clinico di una complicanza.
- Tra queste ricordiamo l'infezione della cisti, conseguente a piccole soluzioni di continuo della parete, ma soprattutto la rottura (spontanea o post-traumatica) che può essere causa non solo di diffusione di malattia ma anche di fenomeni gravi quali lo shock anafilattico.
- Dal punto di vista topografico, l'idatide si localizza più frequentemente nel lobo dx (66-81%). Questa predilezione è dovuta al maggior calibro del ramo dx della vena porta, con calibro maggiore del sinistro e con asse in diretta continuazione col tronco portale.
- Raramente sono presenti localizzazioni multiple.

de la presenza di ulteriori localizzazioni. Date le dimensioni della formazione il paziente viene indirizzato presso l'ospedale C.S.S. di S. Giovanni Rotondo (FG) dove, dopo sei mesi di trattamento domiciliare con 400 mg/die di albendazolo, è stato sottoposto ad intervento chirurgico in quanto altri trattamenti, PAIR, PEVAC o altri, meno aggressivi (4, 5) sono stati ritenuti non risolutivi dai colleghi ospedalieri. Il controllo ecografico effettuato subito prima dell'intervento mette in evidenza un iniziale "scollamento" della capsula del parassita (fig. 2) mentre il controllo un mese dopo l'intervento mostra un sieroma nella sede della pregressa lesione che si "asciuga" completamente dopo circa trenta giorni. Il paziente ha quindi con-

tinuato il trattamento farmacologico con albendazolo per altri 4 mesi dopo l'intervento ed attualmente è in ottimo stato di salute.

Cosa dire. Solo qualche anno addietro la diagnosi, il monitoraggio prima e dopo l'intervento, lo screening epidemiologico familiare di una patologia

come quella descritta avrebbe comportato tempi, costi, giorni di ricovero certamente maggiori rispetto a quelli di fatto impiegati ora. La chiave di volta è la presenza, in ambulatorio, di un ecografo e la conoscenza della diagnostica ecografica anche solo di primo livello.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Caremani M., Benci A., *Ultrasound Imaging in Cistic Echinococcosis. Proposal of a new sonographic classification*, Acta Tropica, 1997
- 2) McPherson C., *Standardization of the Ultrasound Classification of Hydatid Cysts*, WHO-IWGE, 2003
- 3) Gharbi HA et AA., *Ultrasound Examination of the Idatyc Liver*, Radiology, 1981
- 4) Filice C. et AA., *Ecografia e Sierologia nella Diagnosi e Follow-up dell'Echinococcosi Cistica Addominale*, Giornale Italiano di Ecografia, 2004
- 5) Filice C. et AA., *A New Therapeutic Approach for Hydatid Liver Cysts. Aspiration and Alcohol Injection Under Sonographic Guidance*, Gastroenterology, 1990