

***Quando  
il disagio  
si trasforma  
in malattia***

***Massimo Resti***

***Direttore U O Pediatria Medica***

***Azienda***

***Ospedaliera - Universitaria***

***Anna Meyer Firenze***

***XXI Congresso Nazionale SIPPS***

***Siena 30 maggio 1 giugno 2009***

***Disagio adolescenziale:  
quando i sintomi fisici portano al  
ricovero ospedaliero  
ovvero: il problema dei  
Medically Unexplained Symptoms  
(MUS)***



Roberto

16 anni

*viene ricoverato per  
parestesie, vertigini, dispnea*



# Roberto 16 anni

E' stato sempre bene fino a 16 anni quando durante una lezione di ginnastica, presenta **parestesie** agli arti inferiori, **vertigini** soggettive e **difficoltà respiratoria**.

La sintomatologia è di breve durata, ma dopo un mese...



# Roberto 16 anni

...al ritorno dalla piscina, riferisce:

- **instabilità,**
- **parestesie** agli arti inferiori
- **difficoltà respiratoria.**

La sintomatologia si risolve in pochi minuti senza intervento farmacologico. Si ripresenta la mattina successiva al risveglio, associata a **sudorazione algida** e **pallore.**

- Si ricovera



# Esame obiettivo all'ingresso

**Condizioni cliniche generali buone**

**Normotermico**

**Colorito cutaneo roseo**

**Buono stato di idratazione**

**Obiettività cardiorespiratoria ed addominale  
nella norma**

**Esame obiettivo neurologico negativo**

**Esami ematochimici nella norma**



# Principali esami strumentali

**EEG** → non alterazioni patologiche

**ECG, ecocolordoppler cardiaco, visita specialistica cardiologica** → nella norma

**TC cranio-encefalo** → nella norma

**Visita oculistica** → mezzi diottrici trasparenti, fundus nella norma bilateralmente



# Andamento clinico

Durante il ricovero Roberto presenta occasionali episodi caratterizzati da **palpitazioni, agitazione, tremore** degli arti.

**durante questi episodi** l'esame obiettivo generale, la valutazione dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e saturazione) **sono** **sempre normali.**



# Consulenze

Consulenza specialistica neuropsichiatrica infantile

*"..... Roberto presenta un livello intellettuale adeguato all'età cronologica. Dal punto di vista psicologico il ragazzo appare molto **insicuro**, ansioso con **scarsa autostima**.*

*..... Si ritiene utile che frequenti **attività ludico-sportiva** con i coetanei e che sia seguito dal punto di vista psicologico **s drammatizzando le competizioni**."*



# *la diagnosi: attacchi di panico*



**Maria**

**17 anni**

***viene ricoverata per  
astenia, nausea,  
pallore , vertigini,  
fame d'aria***



# Maria 17 anni

Sempre stata bene.

da qualche mese presenta in pieno benessere:

- **astenia improvvisa**
- **nausea**
- **pallore cutaneo**
- **fame d'aria**
- **vertigini**
- **flushing al collo**
- **sudorazione algida**

Per il persistere della sintomatologia

→ PS pediatrico e ricoverata



# Esame obiettivo all'ingresso

**Condizioni cliniche generali buone**

**Apiressia**

**P.A 125/80 mmHg, Fc 80 b/min, Sat O<sub>2</sub> 98%**

**Colorito cutaneo roseo, buono stato di idratazione**

**Obiettività cardiorespiratoria ed addominale nella norma**

**Esame obiettivo neurologico negativo**



# Decorso

Gli esami ematochimici risultano tutti nella norma; viste le buone condizioni cliniche, Maria **è stata dimessa** con in programma ulteriori accertamenti diagnostici ambulatoriali:

- Tilt test;
- EEG;
- Spirometria; .



# Decorso

**Maria non regge:**

**il giorno successivo nuovo episodio simil-lipotimico associato a difficoltà respiratoria, flushing del collo e del volto, nausea e sensazione di distensione gastrica. I sintomi sono molto più importanti rispetto agli episodi precedenti, si intensificano con assunzione di cibo, si attenuano con abbondante assunzione di acqua.**

**→ nuovo ricovero!**



**Maria**  
**attenua i sintomi**  
**bevendo acqua**



# Esame obiettivo all'ingresso II

**Nessun reperto patologico  
da segnalare**

**Esami ematochimici**

**Nella norma**



# Principali esami strumentali

**RX** apparato digerente completo con mezzo di contrasto per os → nella norma

**EEG** → non anomalie del ritmo, non asimmetrie interemisferiche

**Tilt-Test** → nella norma



# Consulenze

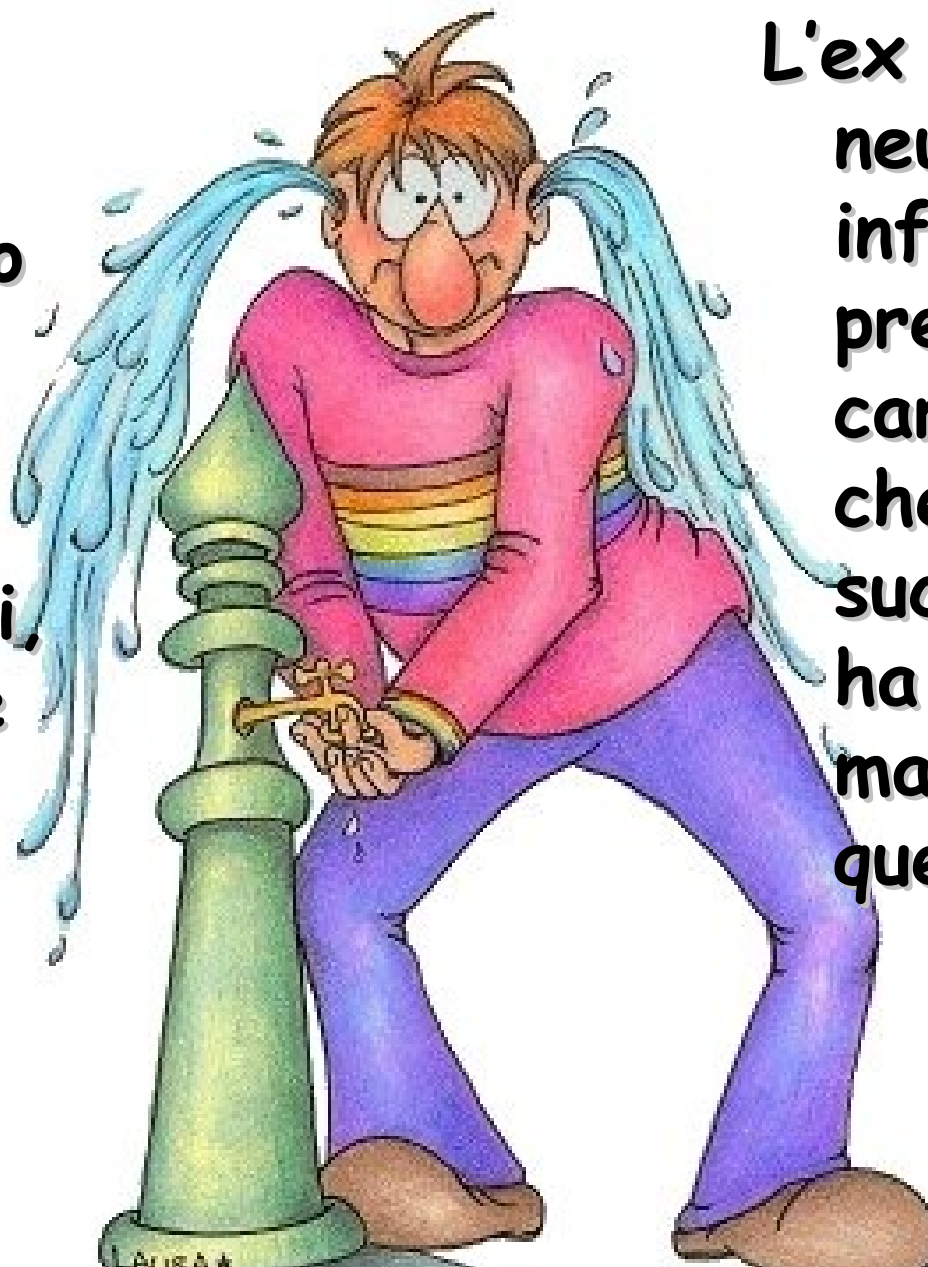
Consulenza specialistica neuropsichiatrica infantile

*"..... la ragazza è molto ansiosa ed insicura in relazione alla sintomatologia.*

*..... utile rassicurazione sul piano organico e sostegno sul piano psicologico, soprattutto per ridurre la tendenza alla **potomania**."*



**Durante il ricovero Maria ha presentato solo un episodio simile ai precedenti, con esame obiettivo negativo.**



**L'ex pediatra e la neuropsichiatra infantile prendono in carico Maria che nei controlli successivi non ha più manifestato questi sintomi**

**Mario**

**13 anni**

***viene ricoverato per  
epigastralgia,***

***vomito, eruttazioni, sudorazione fredda***



# Mario 13 anni

All'Anamn. patologica remota c'è una storia  
"pesante" di Reflusso Gastroesofageo:

a 3 mesi diagnosi clinica di **RGE**

a 2 anni evidenza radiologica di **ulcerazioni**  
del tratto terminale dell'esofago →  
terapia specifica

a 5 anni rilievo ecografico di **ipotonia** e  
**incontinenza del cardias**

mai eseguita Phmetria e esofagogastro



Mario 13 anni

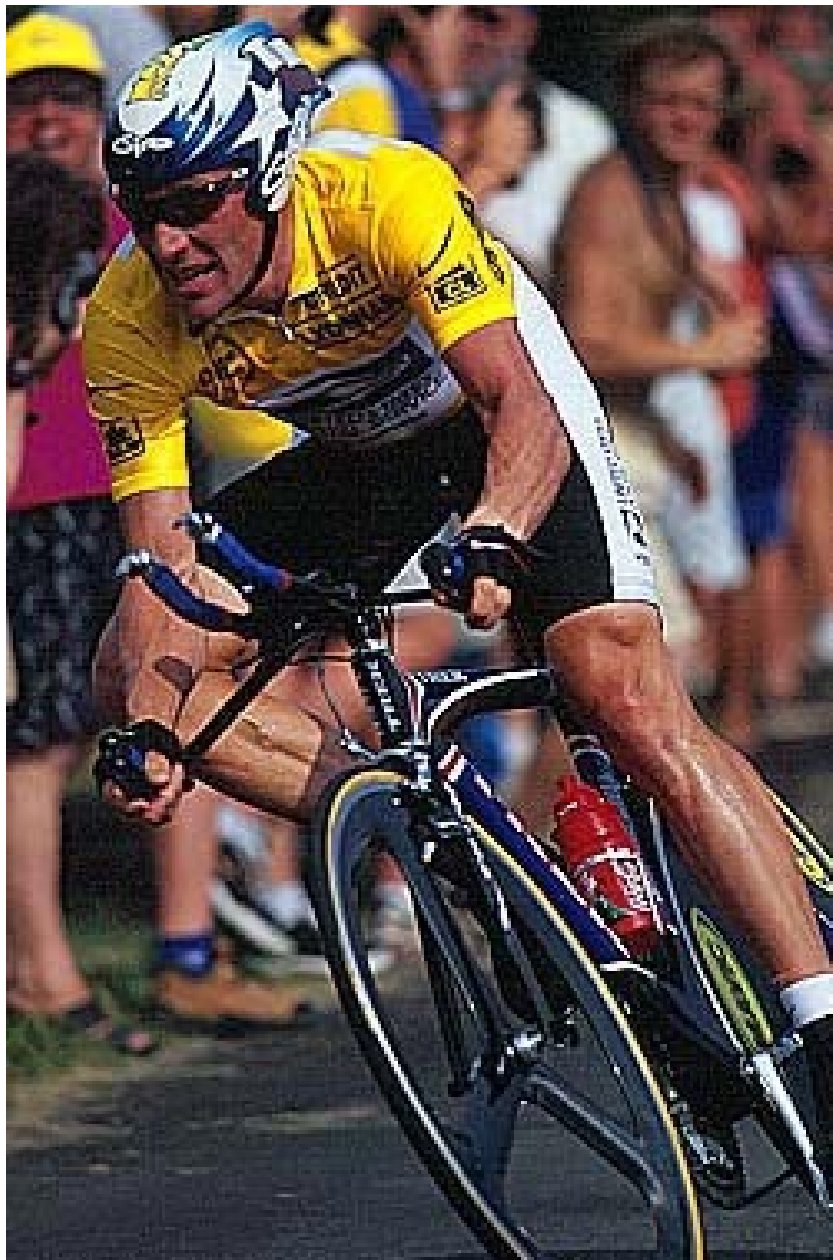
Anamnesi patologica prossima:

**IL REFLUSSO GASTRO ESOFAGEO**

La madre riferisce che

Mario a causa del **reflusso**:





*" non può andare  
in bicicletta.....*





*..... non può correre*





*..... non può mangiare in posizione  
seduta né alla mensa con i compagni*





.....è  
*astenico*

..... *ed ipotonico*





*..... non fa ginnastica*



*... ha effettuato la prima elementare con corsi privati a domicilio”.*



# Mario 13 anni

La mamma ha cambiato diversi pediatri, l'ultimo non ne può più e dopo diversi accessi al PS lo manda da noi.

La mamma riferisce che ha chiesto il ricovero perché:

Mario *"è in conflitto con il cibo"*

ha **epigastralgia**,

ha episodi ripetuti di **vomito** alimentare

ha frequenti **eruttazioni**



# Esame obiettivo all'ingresso

**Condizioni cliniche generali buone**

**Colorito cutaneo roseo**

**Buono stato di idratazione**

**Obiettività cardiorespiratoria nella norma**

**Lieve dolorabilità epigastrica alla palpazione addominale**

**Esame obiettivo neurologico negativo**

**Esami ematochimici nella norma**



# Principali esami strumentali

**Rx apparato digerente completo con mezzo di contrasto per os → nella norma**

**pH metria delle 24 ore → non reflussi acidi patologici**

**Visita specialistica cardiologica con ECG ed ecocolordoppler cardiaco → nella norma**



# Consulenze

Consulenza specialistica neuropsichiatrica infantile:

***“..... il bambino è risultato socievole con discrete competenze relazionali, adeguato il livello intellettivo per l'età, atteggiamento propositivo e reattivo.***

***Note ansiose ed insicurezza in relazione ai frequenti ricoveri ed accertamenti medici.***

***Si consiglia maggiore frequentazione dei coetanei e pratica ludico - sportiva.”***

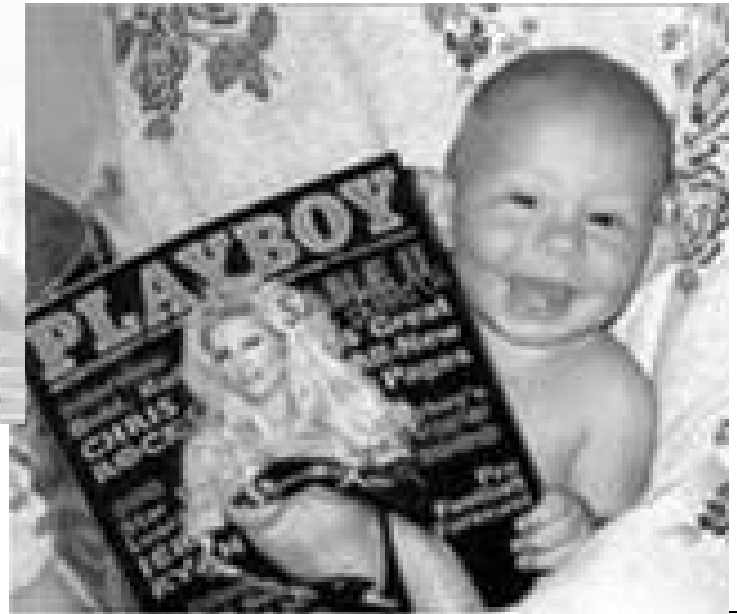


# Mario 13 anni

Finalmente il padre aiutato dal pediatra si fa carico del problema facilita l'inserimento di Mario in gruppi di coetanei e un mese dopo la situazione è fortemente cambiata e sembra avviata ad una soluzione...



...anche sperando in un po' di trasgressione



**... non solo vomito :**

**... anche tosse**



Federico

13 anni

*viene per: tosse persistente*



Federico 13 anni

*Tosse secca e stizzosa solo diurna*

*Da più di 100 giorni non va a scuola.*

*Questo è sufficiente  
per la diagnosi !*



# Federico 13 anni

Negli ultimi 2 anni è stato visitato da molti specialisti:

**Allergologo**

**Otorinolaringoiatra**

**Broncopneumologo**

**Cardiologo**

- Ha effettuato:
- radiografia dei seni paranasali,
- Rx torace,
- laringoscopia,
- prove di funzionalità respiratoria
- test provocazione bronchiale
- ECG ed ECO cardiogramma

nella NORMA





**Se almeno avesse ...  
fumato !**



**Questo  
non ha nulla !**

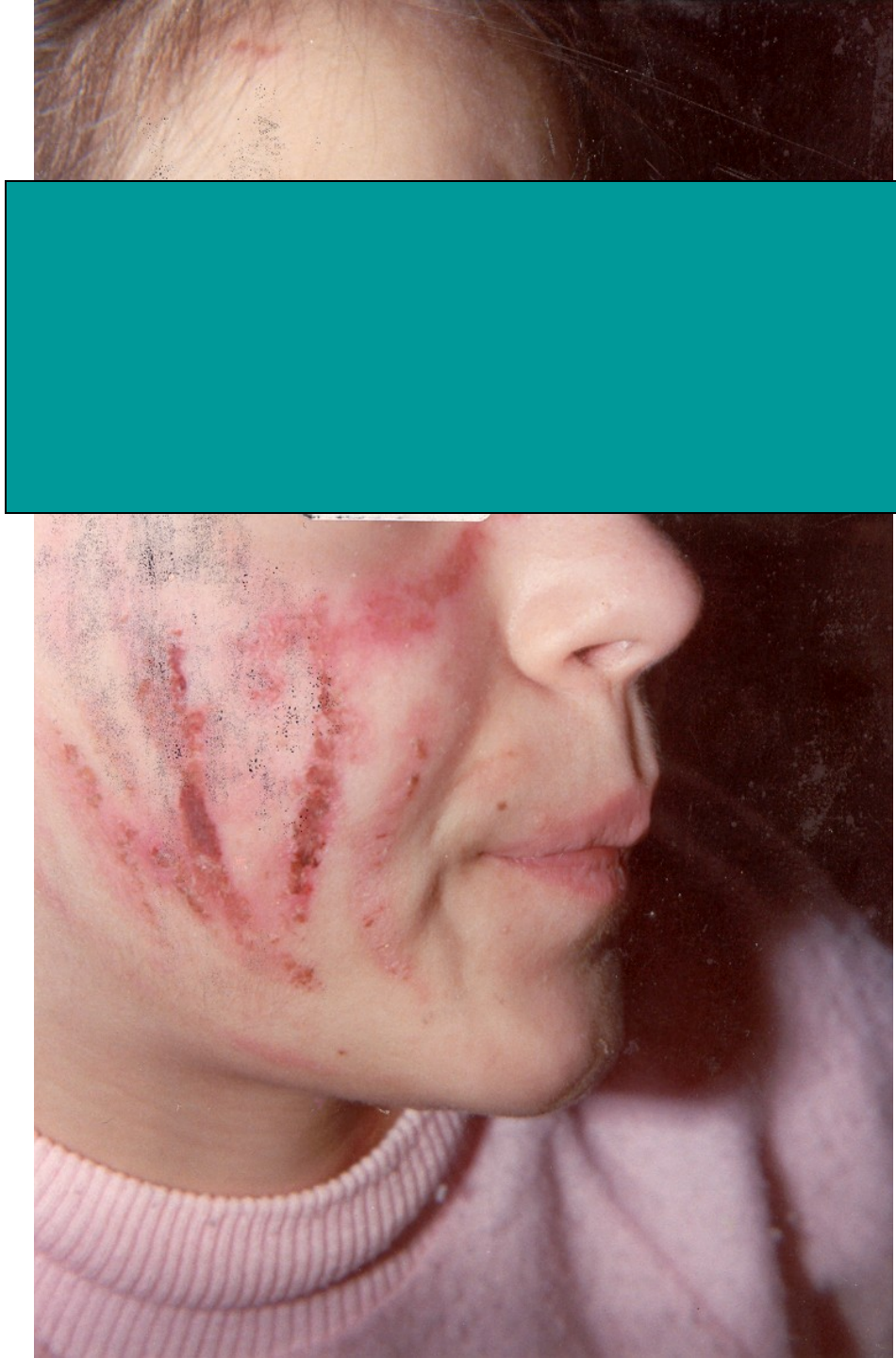












**Allora  
si entra in crisi !**



# di cosa parliamo?

**Disturbi  
psicosomatici**

**somatizzazione**

**Disturbi  
funzionali**

**Disturbi somatoformi**

**Medically unexplained  
symptoms "MUS"**



# Medically Unexplained Symptoms MUS

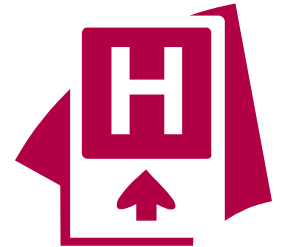
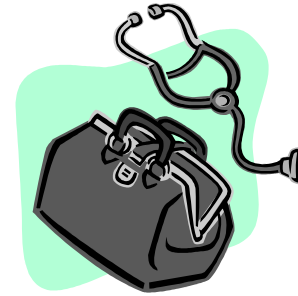
*gruppo eterogeneo di condizioni  
caratterizzate da persistenti  
sintomi fisici che non possono  
essere spiegati da nessuna  
malattia o danno*



# adolescenti

**Medical  
unexplained  
symptoms**

**Assistenza  
medica**



# Medically Unexplained Symptoms

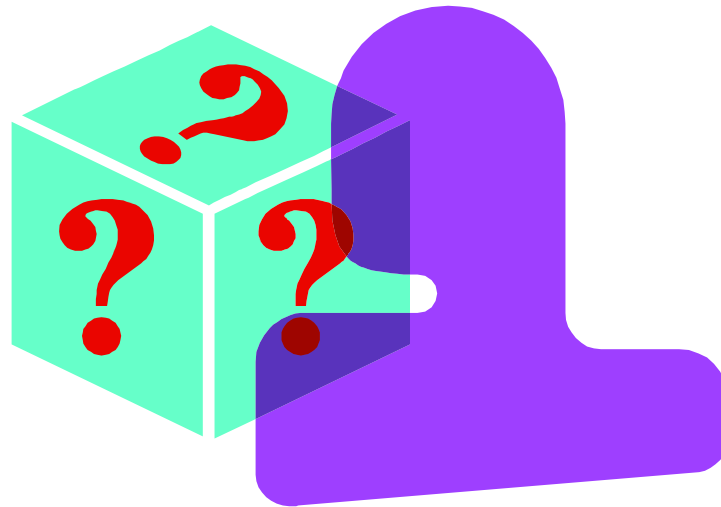
## MUS

**Che cosa ne sappiamo?**

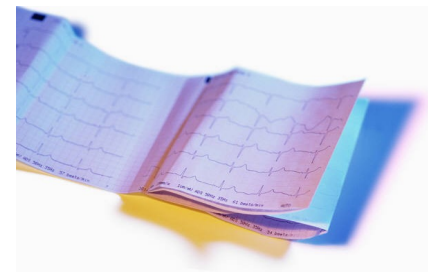
**Come ci comportiamo?**

**Siamo in grado di riconoscerli?**

**Possiamo aiutare l'adolescente?**



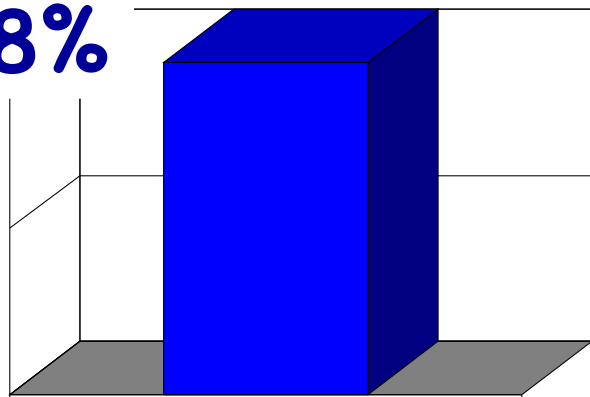
# Materiali and Metodi



- + Revisione retrospettiva delle cartelle cliniche di tutti gli adolescenti ricoverati nel nostro ospedale in un periodo di due anni
- + Selezione dei pazienti con accertamenti diagnostici completamente negativi e con una diagnosi finale di MUS.

# Risultati: 46/588 adolescenti con MUS

8%



Età media:

*13.5 anni (11-17)*

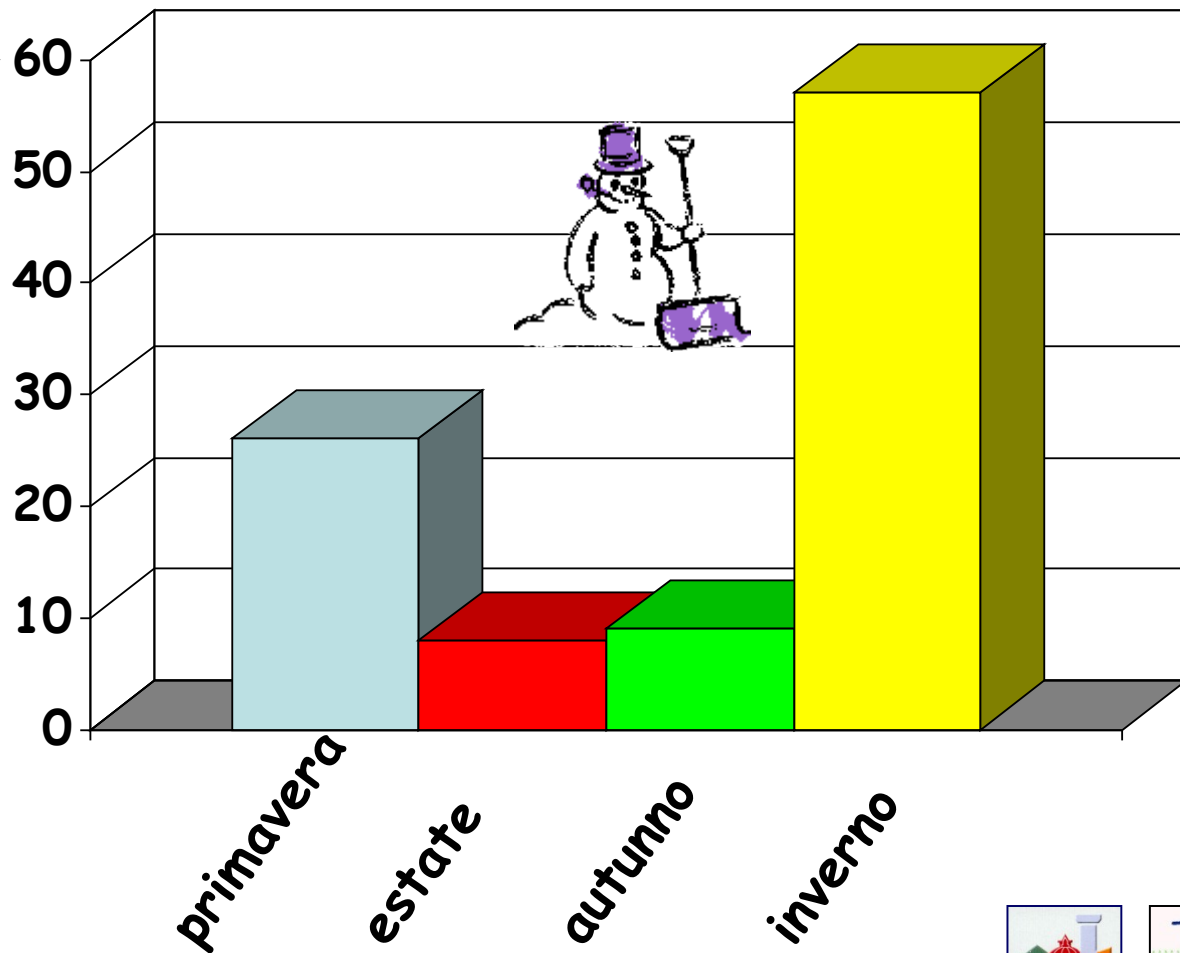
Nazionalità:

*43 Italiana,*

*3 Marocchina*

♀♂ 4/1

## Stagione all'esordio



# Risultati


## 2. Presentazione Clinica

**Neurologica (54%)** cefalea, parestesie, vertigini, stato confusionale, fino a perdita di coscienza

**Muscoloscheletrica (24%)** dolori arti inferiori, superiori, rachide (fino alla impossibilità a camminare)

**Gastrointestinale (17%)** dolori addominali, vomito e stipsi

**Altro (30%)** Respiratoria (8%) dispnea, tosse, stridore laringeo, febbre o febbricola (8%) Tachicardia e o lipotimia (6%) astenia (20%), ritenzione urinaria (4%)



**Un'associazione di differenti sintomi è stata trovata in 22 casi (48%) correlati a differenti sistemi (10 paz) o nella stessa area (12 paz).**

# **Risultati**

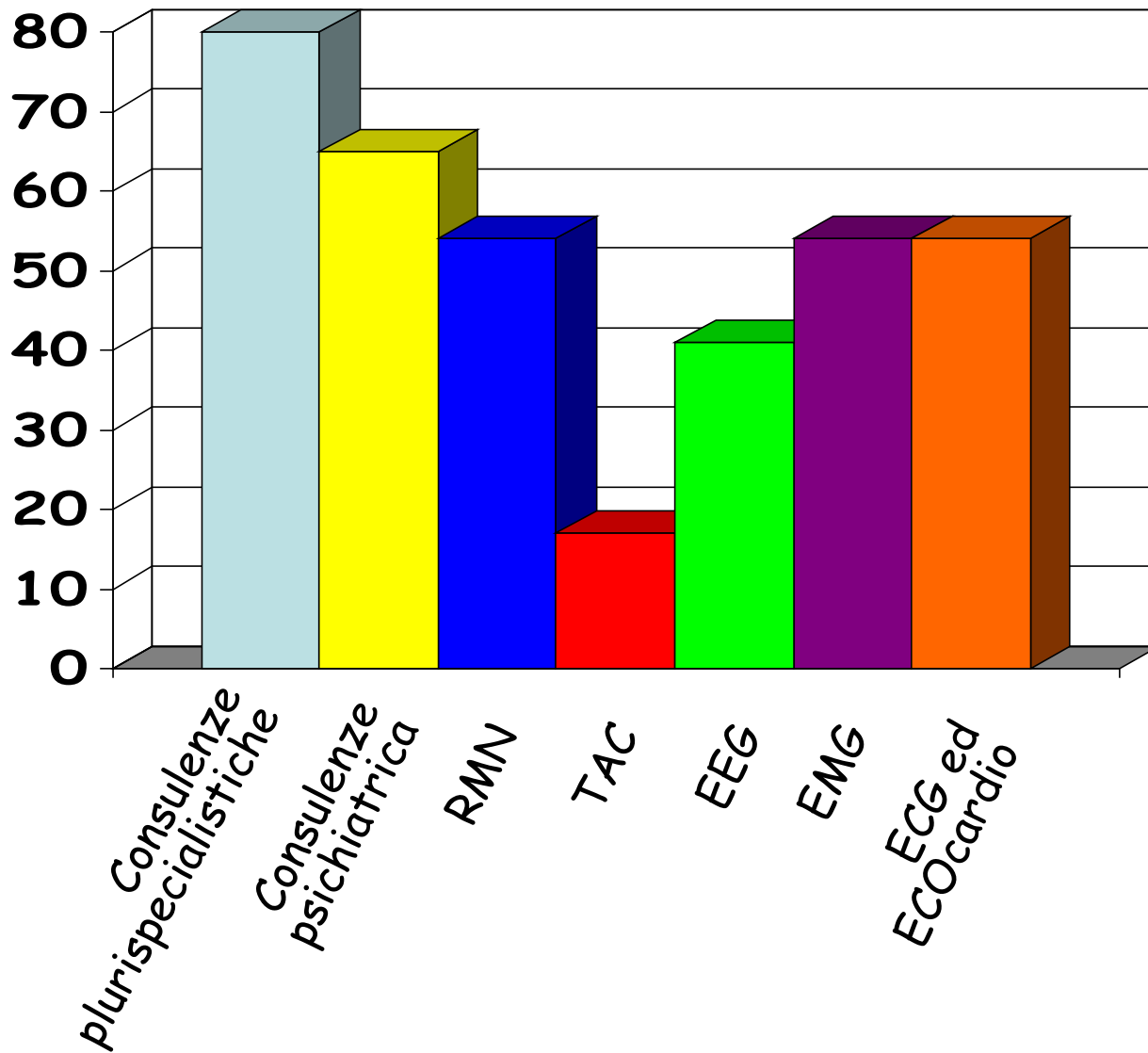
## **3. Rapporti con l'Ospedale**



- **16 paz (34%) hanno fatto più di un accesso al DEA (range 2-10 visite/anno)**
- **17 paz (37%) si erano direttamente ricoverati almeno due volte in diversi ospedali**
- **Media delle giornate di degenza era 5.5 giorni (range 2-20)**



# Risultati: Interventi diagnostici



# intervento Psichiatrico in 25 pazienti



## Diagnosi:

**Problemi di relazione (10)**

**Depressione (4)**

**Ansietà (5)**

**Attacchi di panico (4)**

**sintomi di Conversione (2)**



# Risultati

## 4. Fattori di rischio anamnestici

### Eventi familiari stressanti:

divorzio (15 casi)

decesso/malattia severa (4)

Scuola: assenteismo: occasionale (9), prolungato (7)

performance: scarsa (14), eccellente (2)

bullismo (1)

Sports: non praticato (5)

regolarmente praticato (8), competitivo (4)

Rapporti con coetanei: malattia severa o morte (2)

assenza di amici (4)



**In 25% assenza di dati anamnestici significativi**



# Risultati

## 5: il peso

**eccesso ponderale**

**+ 13/37 ragazze (35%)**

**+ nessun maschio**



# Risultati : Follow-up

**36/46 famiglie contattate telefonicamente  
dopo 4-6 mesi**

**1 aveva avuto altre ospedalizzazioni e  
persistevano condizioni patologiche di vita**

**35 conducevano una vita normale dalla  
dimissione**

**6 ragazzi/e continuavano ad avere sintomi  
fisici ( gli stessi o differenti)**

**9 erano in trattamento psichiatrico**

# L'accoglienza

è la migliore strategia per iniziare l'anamnesi e un corretto iter diagnostico

**Cosa ti è successo ?**

**Da quanto tempo stai male ?**

**Cosa non puoi più fare ?**

**Sei preoccupata ?**

**Come sei stata negli ultimi mesi ?**

Lasciare che il/la ragazzo/a  
parli dei suoi sintomi liberamente  
accettando descrizioni bizzarre o incongrue

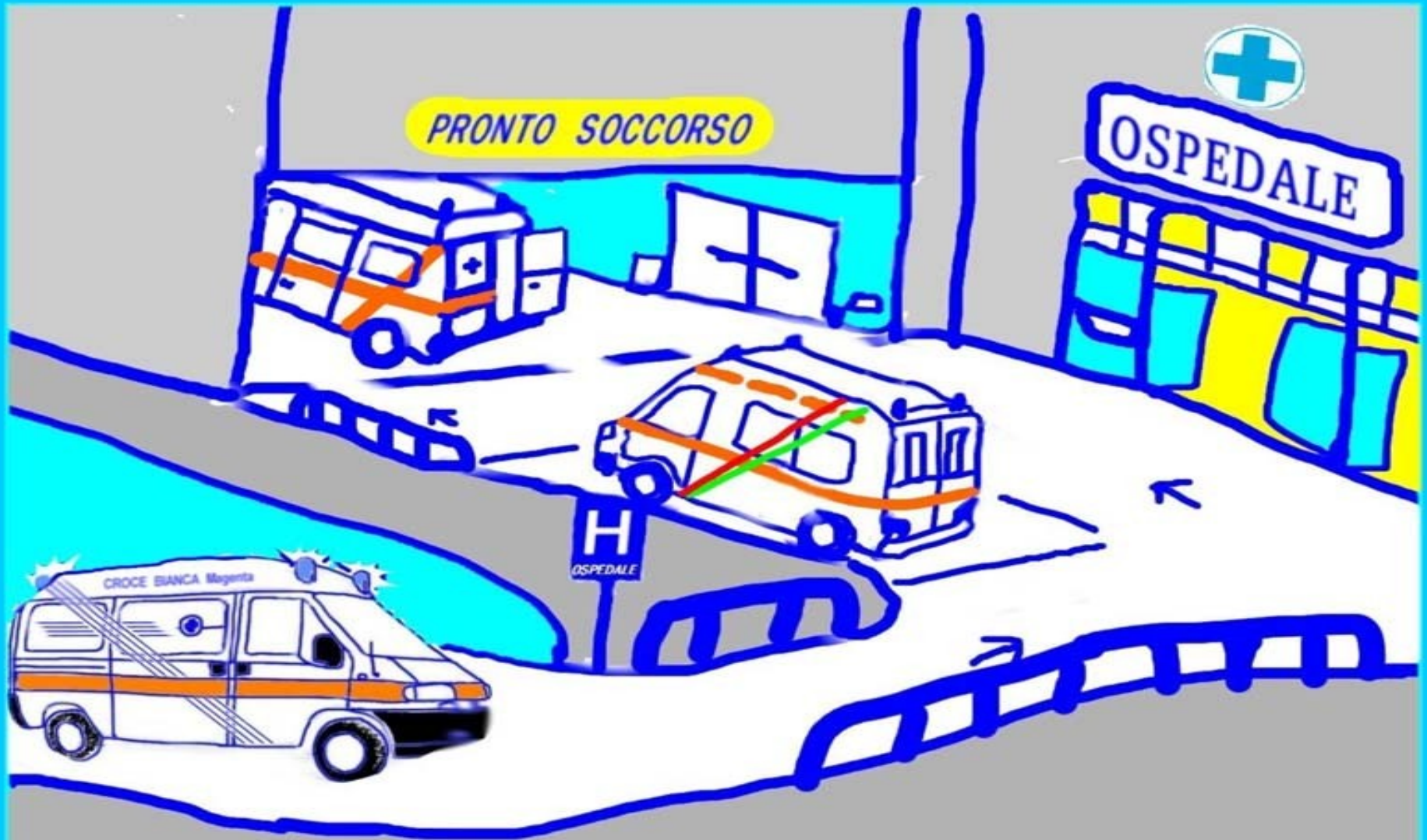


# ***Ruolo centrale del pediatra !***

## ***Il pediatra***

- ★ conosce il bambino (anche se cresciuto)***
- ★ conosce la famiglia***
- ★ conosce le malattie pregresse***
- ★ il "bambino" ha fiducia in lui***





Il Pediatra può evitare la gestione diretta della "malattia" da parte della famiglia e lavorare con i medici dell'ospedale quando è ricoverato

il mio pediatra è un  
bravo dottore,  
sono i ragazzi che gli  
fanno entrare il  
nervoso



Grazie per l'attenzione





## Conclusioni

Alta frequenza tra adolescenti particolarmente femmine

Manifestazione clinica eterogenea  
più frequentemente sintomi neurologici e muscoloscheletrici ma spesso sintomatologia multisistemica

Alto numero di controlli medici in ospedale e fuori

Nel 75% dei casi è dimostrata l'influenza di famiglia, scuola e gruppo di coetanei

L'obesità è un fattore di rischio importante per le femmine

Prognosi molto buona se diagnosticata precocemente e trattata adeguatamente



# Scopo dello studio



1. Quantificare il fenomeno
2. Studiare gli aspetti clinici ed epidemiologici
3. Quantificare gli interventi "medici"
4. Identificare i fattori di rischio
5. Verificare l'evoluzione clinica
6. Suggestire la presa in carico più idonea



# Materiali and Metodi

Dei casi selezionati sono stati rilevati

1. dati anagrafici (sesso, età, etnia, periodo del ricovero)
2. sintomatologia di accesso, eventuale presenza successiva o antecedente al ricovero di altri sintomi
3. n° accessi al PS, n° ricoveri e durata del ricovero in esame
4. accertamenti eseguiti (esami ematici, strumentali e consulenze)
5. notizie anamnestiche relative a famiglia, scuola, sport, amicizie, eventi stressanti, menarca
6. EO: peso, altezza e sviluppo puberale
7. evoluzione clinica



# francesca 14 aa

Bene fino a ora: brava a scuola, suona perfettamente violino fa sport. episodi quotidiani di vomito notturno e al risveglio preceduto da epigastralgia e cefalea frontale vertigini.

Domperidone per due settimane, poi **ricovero** esami normali visita oculistica neg, TAC neg scomparsa dei sintomi, dimessa.

Dopo breve benessere la sintomatologia riprende **nuovo ricovero**: esami ematici ECO addome, Prick test negativi

Dopo una decina di giorni di benessere: vomito cefalea. **Ricovero** visita ORL: sinusite mascellare terapia antibiotica. Normalizzazione quadro clinico

Dopo 15 gg nuovi episodi di vomito incoercibile **Ricovero**. Gastroenterologo: prescrive anti H2, Cefalologo: eventuale EEG, Valutazione metabolica ed esami metabolici normali. Normalizzazione clinica

7

18

30

45



# francesca 14 aa

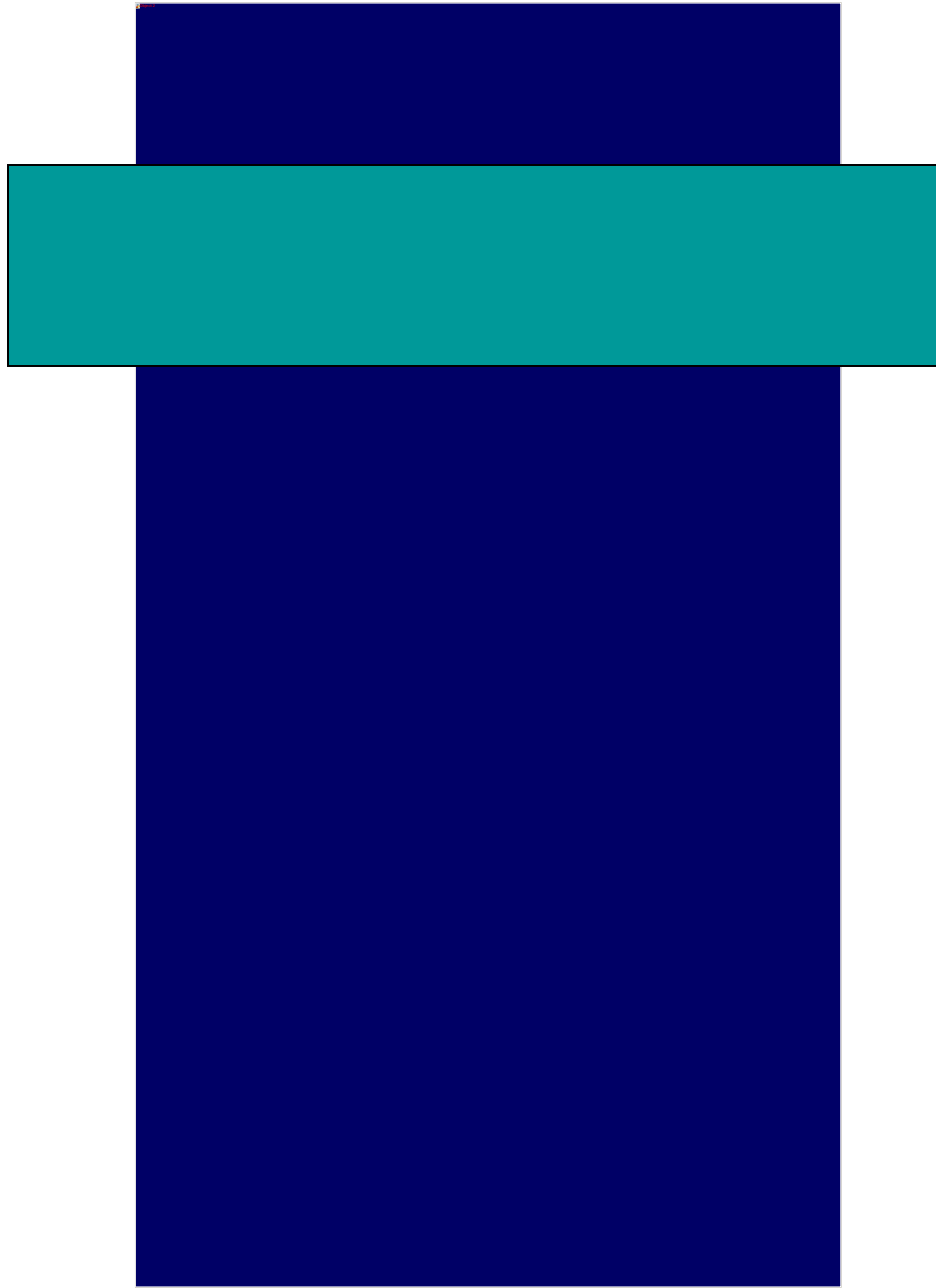
Dopo 10 giorni di benessere compare vomito incoercibile, astenia, mialgia cefalea. **Nuovo Ricovero**

All'esame obiettivo nessun reperto patologico da segnalare, Francesca **non parla mai** non risponde ai genitori che sono terrorizzati ma rifiutano valutazione neuropsichiatrica. La bambina ai medici risponde solo a cenni con la testa.

Esami nella norma, **Rx digerente** nella norma, **PH metria** nella norma, **EEG** nella norma, **RMN** nella norma, **visita oculistica** nella norma.

Una notte chiama il medico di guardia che è una dott. di reparto e le dice:

**SONO TERRORIZZATA, NESSUNO SENTE QUELLO CHE DICO, NESSUNO CAPISCE QUANTO SOFFRO..."**



# Risultati

## 1. Dati Epidemiologici

46/588 (8%) adolescenti con MUS

Femmine : maschi = 4:1

Età media: 13.5 anni (range 11-17)

Nazionalità: 43 Italiana, 3 Marocchina

Stagione al momento del ricovero:

**inverno** **57%**

**primavera** **26%**

**estate** **8.5%**

**autunno** **8.5%**

