

6 • ESEMPIO COMMENTATO DI UN CASE REPORT CLINICO

Esiste veramente un esempio di un buon report di caso singolo che risponda ai rigorosi criteri menzionati prima? Di certo ne abbiamo trovato almeno uno!

INTRODUZIONE ALL'ESEMPIO

I principi e i requisiti di un buon case report clinico, riesaminati nel capitolo 5, dovrebbero essere seguiti da tutti i case report clinici della letteratura. In realtà molti report sono eccellenti, ma altrettanti non lo sono. Ne abbiamo scelto uno che appartiene al primo gruppo.¹

Yackee, Lipson e Wasserman hanno riportato le modificazioni elettrocardiografiche come criterio di diagnosi differenziale tra l'ostruzione esofagea e l'ischemia coronarica.¹ Il loro case report ha suscitato due importanti commenti editoriali. Riesenber² si occupa del contesto di una buona politica editoriale in relazione ai case report clinici. Swirin e Hueter,³ invece, analizzano le difficoltà della diagnosi differenziale nelle situazioni in cui devono essere presi in considerazione sia i disturbi cardiovascolari che digestivi. Per risparmiare spazio non sono stati ripetuti qui questi commenti. Il lettore è incoraggiato a trovarli nella letteratura suggerita come ulteriore lettura consigliata.^{2,3}

Nelle pagine seguenti si trova la riproduzione integrale (ed autorizzata) del report di Yackee et al. Nelle nostre annotazioni, fatte passo dopo passo, sono stati sottolineati i punti in cui sono stati messi in pratica gli elementi positivi di un case report clinico. Abbiamo anche accennato ad alcuni punti mancanti e ai possibili miglioramenti. Questo, comunque, non svaluta in alcun modo il lavoro degli autori.

Questo case report clinico è degno di attenzione per diversi motivi. Innanzitutto gli autori presentano un evento inatteso. Quindi, lo confrontano con i casi in cui le modificazioni elettrocardiografiche venivano osservate insieme a disturbi digestivi. Infine, gli autori discutono le implicazioni pratiche delle decisioni cliniche prese in situazioni analoghe. Ovviamente questo report è ben strutturato, con una sequenza logica facile da seguire e da capire.

Gli elementi rilevanti del report sono indicati da un simbolo grafico (un quadratino) che corrisponde a un identico pittogramma posto di lato con i relativi commenti.

Ci dovrebbe essere abbastanza spazio nelle pagine per consentire al lettore di aggiungere le proprie osservazioni e i punti su cui riflettere. Questa lettura interattiva è fortemente incoraggiata. I nostri commenti non sono completi e non rispecchiano la verità assoluta. Lavorate con questo esempio mentre lo leggete!

Nota: il case report qui riprodotto è soltanto un esempio metodologico. Non è da considerarsi in alcun modo indicativo ai fini di decisioni diagnostiche, terapeutiche o prognostiche che possono cambiare nel tempo con il progresso delle conoscenze nel campo in questione.

CASE REPORT COMMENTATO

Modificazioni elettrocardiografiche suggestive di ischemia cardiaca in una paziente con ostruzione esofagea da cibo

«UN CASO DIFFICILE DA INGOIARE»*

John Yackee, Ace Lipson, Allan G. Wasserman**

■ Molti pazienti che presentano dolore toracico, inizialmente considerato di origine cardiaca, possono avere una patologia esofagea come causa alternativa o aggiuntiva dei loro disturbi. ■ Sebbene le modificazioni elettrocardiografiche della ripolarizzazione siano state ben descritte in ambito gastroenterologico, come nella pancreatite e nella colecistite, e siano state riportate anche nelle patologie esofagee,^{2,9} l'ECG viene in genere considerato come un mezzo attendibile per distinguere il dolore esofageo da quello cardiaco.^{10 11}

■ In questo report descriviamo il caso di una paziente che presentava modificazioni elettrocardiografiche suggestive di ischemia cardiaca secondaria ad ostruzione esofagea.

■ È messa in evidenza la rilevanza clinica dell'argomento.

■ I riferimenti alla letteratura sintetizzano la conoscenza generale del problema così come le procedure e le decisioni prevalenti in circostanze analoghe.

■ Qui vengono esposti gli obiettivi di questo case report (il motivo della sua descrizione).

Report di un caso

■ Una donna di 57 anni venne ricoverata al George Washington University Medical Center di Washington, perché lamentava come prima cosa discomfort toracico e disfagia. Riferiva una storia di bruciore intermittente epigastrico e sub-sternale ai pasti, alleviato dagli antiacidi e nel

■ La storia clinica della paziente è descritta a grandi linee per i suoi collegamenti con la cardiologia e la gastroenterologia, i due ambiti su cui verte la diagnosi differenziale di questo caso.

*Ristampato da JAMA (Journal of the American Medical Association), 18 Aprile 1986; 255: 2065-6. (Copyright 1986, American Medical Association. Riproduzione autorizzata.)

** Dalla Divisione di Cardiologia, Dipartimento di Medicina, George Washington University Medical Center, Washington, DC.

È riportato anche «lo stato iniziale» della paziente all'atto del ricovero.

■ Sono incluse la comorbidità e la relativa terapia.

■ I dati clinici e paraclinici ottenuti al momento del ricovero sono inclusi nello «stato iniziale» della paziente (ad esempio l'ECG e la radiografia; si vedano le figure 1 e 2).

1979 le era stata diagnosticata, dopo uno studio radiologico del tratto digestivo superiore, un'ernia iatale con reflusso esofageo. Da tre, quattro anni lamentava una disfagia intermittente e la sensazione che i cibi solidi le si «bloccassero» in gola. Successivi radiogrammi dell'esofago, fatti undici mesi prima del ricovero, mostravano un'ernia iatale con un'area della mucosa irregolare, nel tratto distale, compatibile con un'esofagite da reflusso. Le venne consigliato di dormire con il capo sollevato, di usare antiacidi, di masticare a lungo i cibi e di evitare caffeina e alcool, provvedimenti da cui trasse giovamento. Non era presente una storia di dolore toracico sotto sforzo. Il giorno del ricovero mentre mangiava carne ad una festa, dopo aver bevuto diversi aperitivi, aveva avuto la sensazione che un pezzo di carne le fosse rimasto bloccato in gola avvertendo discomfort sottoxifoideo ed epigastrico, associati a nausea e singhiozzo. Non era in grado di deglutire i liquidi, rigurgitando anche le secrezioni orali.

■ Dall'anamnesi emerse una storia di ipertensione, un disturbo maniaco-affettivo, una malattia degenerativa delle articolazioni, una polmonite ab ingestis da stupefacenti e l'escissione di noduli benigni tiroidei e mammari. I farmaci che prendeva erano atenololo, 75 mg al dì, e antiacidi.

■ All'esame obiettivo si presentava come una donna tranquilla, moderatamente obesa, che rigurgitava la saliva in una tazza. La pressione arteriosa era 120/70 mmHg; la frequenza cardiaca era di 84 battiti al minuto, con polso regolare, la frequenza respiratoria era di 18 atti al minuto, senza dispnea. Nulla di rilevante all'obiettività cardiaca e addominale. Tra gli esami di laboratorio era presente una kaliemia di 3.2 mEq/l. L'esame radiologico del torace era normale. L'ECG fatto al momento del ricovero presentava un sottoslivellamento del tratto ST ed un'inversione dell'onda T nelle derivazioni inferiori e

anterolaterali (figura 1) che non erano presenti nei precedenti tracciati. Un esame con pasto baritato mostrava nel lume esofageo un difetto di riempimento a contorni irregolari in prossimità della giunzione gastroesofagea (figura 2).

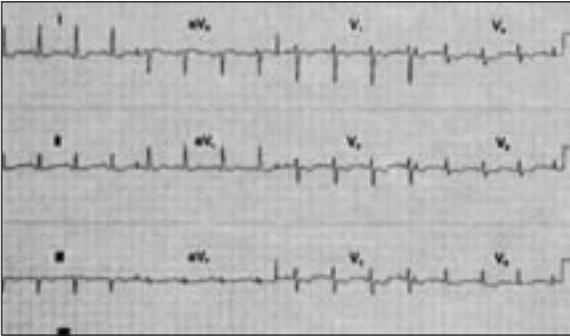


Figura 1 • Elettrocardiogramma con le dodici derivazioni durante l'ostruzione esofagea da cibo. Da notare il sottoslivellamento del tratto ST e l'inversione dell'onda T nelle derivazioni inferiori e anterolaterali

■ Le vennero somministrati nitroglicerina sublinguale e glucagone per via endovenosa senza risoluzione dei sintomi.

L'endoscopia esofagea mostrò un grosso pezzo di carne bloccato a 35 cm, nell'esofago distale. Dopo la somministrazione di nifedipina sublinguale il bolo di carne proseguì meccanicamente nello stomaco.

■ Si osservavano anche edema della mucosa e ulcerazioni superficiali nel punto d'incastro e un'ernia iatale distalmente ad esso. Non era evidente alcuna stenosi esofagea. L'ECG, fatto subito dopo la disostruzione per via endoscopica, mostrava un marcato miglioramento delle modificazioni del tratto ST (figura 3).

■ Viene definito ed erogato il trattamento in base al procedimento diagnostico (così da escludere la comorbidità coronarica), seguito dal trattamento (procedura terapeutica) del problema principale preso in considerazione (disostruzione dell'esofago).

■ Viene riferito lo «stato successivo» della paziente, confermato dal follow-up paraclinico (ECG dopo la disostruzione).



Figura 2 • L'esame radiologico con pasto baritato mostra il bolo di carne bloccato nell'esofago distale

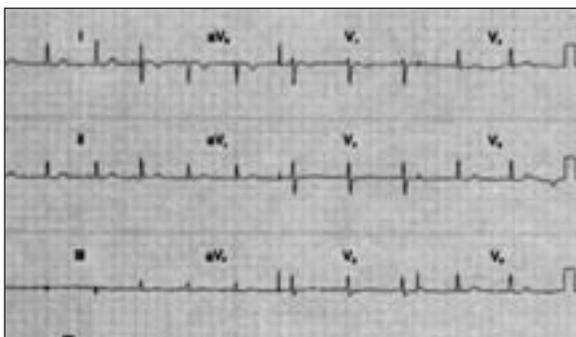


Figura 3 • Elettrocardiogramma con le dodici derivazioni ripetuto dopo la disostruzione. Da notare la risoluzione delle precedenti modifiche del tratto ST e dell'onda T

Commento

■ Le alterazioni del tratto ST sono state descritte in associazione con ernia iatale,¹² spasmo esofageo,^{2-5 7-9} diverticolo esofageo epifrenico⁶ e in seguito a distensione meccanica dell'esofago per via sperimentale.¹⁰ Comunque, non siamo al corrente di nessun altro caso di modificazioni del tratto ST secondarie ad ostruzione esofagea da cibo. Questa paziente si era presentata con discomfort toracico e modificazioni dell'ECG compatibili con ischemia cardiaca. Anche se la storia di una precedente sintomatologia esofagea, la sensazione soggettiva di blocco del cibo in gola e l'esame radiologico ed endoscopico esofageo portano rapidamente a riconoscere l'eziologia esofagea del disturbo toracico, questo caso ha delle importanti implicazioni per l'attendibilità delle modificazioni elettrocardiografiche nel differenziare le cause di dolore toracico di tipo cardiaco ed esofageo. Questa distinzione talvolta può risultare difficile poiché le caratteristiche della storia e del dolore toracico spesso non sono distinguibili.² Entrambi possono essere alleviati dalla stessa terapia, come i nitrati o i calcio-anta-

■ Qui vengono riportate le difficoltà della diagnosi differenziale dal punto di vista cardiologico e gastroenterologico, con particolare riguardo ai risultati dell'ECG.

gonisti, o aggravati dai test di provocazione con l'ergonovina o il cloruro di metacolina,^{5,8} e nello stesso paziente possono verificarsi entrambi i processi.^{4,7}

■ Gli autori giustificano e specificano la loro diagnosi finale.

■ Sono improbabili altre spiegazioni delle alterazioni dell'ECG della paziente oltre a quelle relative alla malattia esofagea. Dal momento che alla nostra paziente non venne fatto il test di provocazione con l'ergonovina mediante cateterizzazione cardiaca, non può essere del tutto esclusa un'etiologia cardiaca per le alterazioni dell'ECG, come un'ischemia secondaria all'ostruzione esofagea. Comunque, la mancanza di una passata storia cardiaca e la rapida risoluzione delle alterazioni dopo la disostruzione esofagea fanno decadere l'ipotesi di ischemia cardiaca. Inoltre, di recente, la paziente ha eseguito un test di tolleranza allo sforzo risultato nella norma.

■ Una diagnosi differenziale viene discussa per esclusione sulla base della storia della paziente. È importante notare che non sono stati omessi neppure i passati disturbi maniaco-depressivi della paziente.

■ Analogamente, appare improbabile un'ischemia cardiaca precipitata da uno spasmo coronarico come componente di un disturbo generalizzato della muscolatura liscia con un contemporaneo disturbo della motilità esofagea.^{7,8} La storia della paziente e le modificazioni dell'ECG non sono suggestive di spasmo coronarico.

Nell'ernia iatale,¹¹ dopo i pasti, sono state riportate alterazioni della ripolarizzazione insieme a ipokaliemia, ansia e disturbi psichiatrici, ognuno dei quali, in questo caso, potrebbe essere invocato come fattore scatenante. Comunque, nessuno di questi è compatibile con la presentazione della paziente e soprattutto con la comparsa delle modificazioni dell'ECG in concomitanza con l'ostruzione da cibo e la sua risoluzione.

■ Vengono discussi i possibili meccanismi fisiopatologici a dimostrazione che non sono stati dimenticati.

■ Il meccanismo con cui l'ostruzione esofagea potrebbe causare modificazioni del tratto ST è ipotetico. Un meccanismo di tipo vagale potrebbe spiegare tali modificazioni in condizioni gastroenterologiche come la pancreatite e la colecistite. Dal momento che l'apribocca è un poten-

te stimolo vagale non deve sorprendere che l'ostruzione esofagea possa fornire un tale stimolo. Uno spostamento meccanico dell'asse elettrico di T secondario ad un effetto diretto sembra improbabile, considerato il minimo cambiamento dell'asse elettrico di QRS. È anche difficile immaginare che un effetto meccanico diretto dovuto alla vicinanza dell'esofago al cuore possa causare alterazioni della ripolarizzazione ventricolare.

■ In conclusione, una paziente con una patologia esofagea e senza alcuna evidenza di malattia coronarica ha sviluppato una marcata modificazione del tratto ST a seguito di un'ostruzione esofagea da bolo alimentare che si è risolta immediatamente dopo la disostruzione.

■ Noi crediamo che questo sia il primo caso riportato di modificazioni del tratto ST in concomitanza con un'ostruzione esofagea e ipotizziamo un'interazione autonoma cardiaco-esofagea.

■ Questo caso fornisce un'evidenza aggiuntiva che l'ECG non è sempre attendibile nel differenziare il dolore toracico cardiaco da quello esofageo.

■ È presentato un sommario dei reperti fisiopatologici.

■ Viene sottolineata l'originalità dell'osservazione e dei reperti come giustificazione di questo case report.

■ Vengono proposte decisioni per situazioni analoghe nella pratica clinica.

■ Bibliografia

1. Schamroth L, ed. The electrocardiology of coronary artery disease. 2nd Ed. London: Blackwell Scientific Publications Ltd, 1984.
2. Davies HA, Rhodes J. How often does the gut cause angina pain? Acta Med Scand 1981; 209 (Suppl 644):62-5.
3. Dart AM, Davies AH, Loundes RH, et al. Oesophageal spasm and angina: Diagnostic value of ergometrine (ergonovine) provocation. Eur Heart J 1980; 1:91-5.
4. Edeiken J. Angina pectoris and spasm of the cardia with pain anginal distribution on swallowing. JAMA 1939; 112:2272-4.
5. Davis AH, Kaye MD, Rhodes J, et al. Diagnosis of

■ La bibliografia è basata principalmente sulla difficoltà della diagnosi differenziale in situazioni analoghe di dolore toracico cardiaco o digestivo.

- oesophageal spasm by ergometrine provocation. *Gut* 1982; 23:89-97.
6. Julian DG. Epiphrenic oesophageal diverticulum with cardiac pain. *Lancet* 1953; 2:915-6.
 7. Lee MG, Sullivan SN, Watson WC, et al. Chest pain: Esophageal, cardiac or both? *J Am Coll Cardiol* 1985; 80:320-4.
 8. Eastwood GL, Weiner BH, Dickerson WJ, et al. Use of ergonovine to identify esophageal spasm in patients with chest pain. *Ann Intern Med* 1981; 94:768-71.
 9. Davies HA, Jones DB, Rhodes J. Esophageal angina as a cause of chest pain. *JAMA* 1982; 248: 2274-8.
 10. Baylis JH, Kauntze R, Trounce JR. Observation on distension of the lower esophagus. *Q J Med* 1955; 94:143-53.
 11. Kramer P, Hollander W. Comparison of experimental esophageal pain with clinical pain of angina pectoris and esophageal disease. *Gastroenterology* 1955; 29:719-43.
 12. Delmonico JE Jr, Black A, Geusini GG. Diaphragmatic hiatal hernia and angina pectoris. *Dis Chest* 1968; 53:309-15.

COMMENTI CONCLUSIVI

Questo report degli autori dell'Università di Washington «che va dritto al punto» ha portato ad altre considerazioni nei due commenti editoriali sopra menzionati.^{2,3}

Di solito, i report clinici nordamericani si incentrano sulle decisioni e le azioni. Al contrario, i case report europei in genere mettono in rilievo la comprensione dei meccanismi fisiopatologici del caso e dei problemi clinici in corso di studio.

Infatti, è dovere dell'autore sottolineare l'unicità del caso e la sua rilevanza dal punto di vista delle scienze di base (anatomia, fisiologia, patologia, farmacodinamica) così come la sua utilità per diagnosi, terapia e prognosi.

Soddisfare tutti questi requisiti è un compito impegnativo, specialmente se il messaggio deve essere trasmesso in forma breve ad un collega assonnato dopo un fine settimana o ad una matricola confusa e disorientata o ad un medico anziano dello staff, oberato di lavoro.

I case report clinici devono essere più centrati e strutturati in modo da facilitare la comprensione da parte del lettore. Poiché l'autore è responsabile della qualità del suo report, può essergli utile consultare il capitolo 5 di questo libro, che dovrebbe servire come utile checklist per l'emittente (l'autore) e il ricevente (i lettori).

Ultima, ma non meno importante, considerazione: per realizzare i propositi e gli obiettivi del case report clinico possono servire più degli uno o due paragrafi consueti. Se è così, è necessaria una selezione rigorosa dei case report per giustificare il prezioso spazio loro riservato in ogni numero di una rivista medica rinomata.

L'autore ed il lettore devono sempre chiedersi se il report in questione dà un contributo alla prima linea delle evidenze in medicina. In caso contrario, dimentichiamolo.

Certamente un case report rappresenta un contributo molto limitato all'evidenza in medicina, ma è anche esattamente il punto d'inizio della cascata delle evidenze. Perciò dobbiamo essere sicuri che i nostri case report siano preparati in maniera corretta.

BIBLIOGRAFIA

1. Yackee J, Lipson A, Wasserman AG. Electrocardiographic changes suggestive of cardiac ischemia in a patient with esophageal food impaction. «A case that's hard to swallow». JAMA 1986; 255:2065-6.
2. Riesenberg DE. Case reports in the medical literature. JAMA 1986; 255:2067.
3. Swiryn S, Hueter DC. The electrocardiogram in esophageal impaction. JAMA 1986; 255:2067-8.