



PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”



Disturbi del comportamento

Lorenzo Azzalini

Monica Castelli

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

Possibili disturbi del
comportamento identificabili in
questo paziente:

- Ansia
- Disturbi del comportamento alimentare
- Disturbi somatoformi e disturbi fittizi

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

Ansia

Alberto – Ansia e cuore

“Lo so, cerco di ammetterlo che sono ansioso e che quel fastidio al petto e al braccio sinistro non c’entra nulla con l’infarto... Alla sera mi corico e la pressione va a 200/150 perché il cervello non riposa... Ma allora che si fa? Mi danno 20 gocce di ansiolitico che a leggere il foglietto illustrativo sembra facciano bene a un cavallo... Dovrei curare la psiche, eliminare le preoccupazioni, il lavoro...”

Depressione, mobbing e stress, associati ai più noti fattori di rischio, aumentano sensibilmente il rischio di infarto. L’accoppiata ansia-depressione aumenta il rischio di reinfarto in chi ha già subito un IMA.

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

Ansia

Criteri diagnostici DSM-IV per l'attacco di panico

Un periodo preciso di intensa paura o disagio, durante il quale **quattro (o più)** dei seguenti sintomi si sono sviluppati improvvisamente e hanno raggiunto il picco nel giro di **10 minuti**:

1. **Palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia**
2. Sudorazione
3. Tremori fino a grandi scosse
4. **Dispnea o sensazione di soffocamento**
5. **Sensazione di asfissia**
6. **Dolore o fastidio al petto**
7. Nausea o disturbi addominali
8. Sensazioni di sbandamento, di instabilità, di testa leggera o di svenimento
9. Derealizzazione (sensazione di irrealtà) o depersonalizzazione (essere distaccati da se stessi)
10. Paura di perdere il controllo o di impazzire
11. **Paura di morire**
12. Parestesie (sensazioni di torpore o di formicolio)
13. Brividi o vampate di calore

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

Ansia

Cause mediche di ansia

<u>Disturbi endocrini</u>	<u>Disturbi neurologici</u>	<u>Disturbi tossici e metabolici</u>	<u>Disturbi auto-immuni</u>
Feocromocitoma	Trauma cranico	Astinenza da alcol o da sedativi	Lupus eritematosus sistemicus
Disfunzioni tiroidee	Neurosifilide	Intossicazione da stimolanti (cocaina, amfetamine, caffeina)	Arterite temporale
Disfunzioni ipofisarie	Disturbi convulsivi	Agenti simpaticomimetici	Poliarterite nodosa
Disordini surrenalici	Neoplasie del SNC	Cannabinoidi	
	Malattie cerebro-vascolari	Deficit di vitamina B ₁₂	
	Encefaliti e meningiti	Ipossia	
	Malattia di Huntington	Ischemia	
	Sclerosi multipla	Anemia	

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

Ansia

*The pain of AMI may radiate as high as the occipital area but not below the umbilicus. It is often accompanied by weakness, sweating, nausea, vomiting, **anxiety**, and a **sense of impending doom**. The pain may commence when the patient is at rest. When the pain begins during a period of exertion, it does not usually subside with cessation of activity, in contrast to angina pectoris.*

Frequent sighing respirations and an irregular breathing pattern point to a psychogenic origin of the dyspnea. Anxiety and depression in association with heart or lung disease can serve to intensify dyspnea symptoms beyond what would be expected for a given degree of dysfunction.

L'ansia e la depressione diminuiscono la soglia del dolore del paziente e peggiorano i sintomi, in rapporto a quanto ci si aspetterebbe dal dato grado di compromissione organica.

*Pain is an unpleasant sensation localized to a part of the body. It is often described in terms of a penetrating or tissue-destructive process (e.g., stabbing, burning, twisting, tearing, squeezing) and/or of a bodily or emotional reaction (e.g., terrifying, nauseating, sickening). Furthermore, any pain of moderate or higher intensity is accompanied by anxiety and the urge to escape or terminate the feeling. These properties illustrate the duality of pain: it is both sensation and emotion. When acute, pain is characteristically associated with behavioral arousal and a stress response consisting of **increased blood pressure, heart rate**, pupil diameter, and **plasma cortisol levels**. In addition, local muscle contraction (e.g., limb flexion, abdominal wall rigidity) is often present.*

Per quanto riguarda gli elevati livelli plasmatici di cortisolo, vedi effetti cardiovascolari, pschici e metabolici del cortisolo.

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

Ansia

La riduzione del dolore e dell'ansia rimane un elemento essenziale nella cura del paziente con infarto miocardico acuto. Il dolore e l'ansia a esso associata contribuiscono all'eccessiva attività del sistema nervoso autonomo e all'irrequietezza. Questi fattori, a loro volta, aumentano le richieste metaboliche del miocardio.

Reduction of Cardiac Work Load - This consists of reducing physical activity, instituting emotional rest, and reducing afterload (see above). Modest restriction of physical activity in mild cases and rest in bed or in a chair in severe failure are useful. In acute, severe failure, meals should be small in quantity, but more frequent, and every effort should be made to diminish the patient's anxiety; sometimes drugs such as diazepam (2 to 5 mg tid) for several days are useful. Physical and emotional rest tends to lower arterial pressure and reduce the load on the myocardium by diminishing the requirements for cardiac output.

Riassumendo, i disturbi indotti dall'ansia possono simulare molte alterazioni funzionali proprie della cardiopatia ischemica.

Inoltre, a sua volta la cardiopatia ischemica può causare ansia nel paziente; questa, aumentando le richieste metaboliche del miocardio, non fa che aggravarne la compromissione organica. Per questo motivo, in certi casi è opportuno somministrare ansiolitici (es., diazepam) per alcuni giorni dall'evento acuto.

Nel caso specifico, è significativo che il paziente lamenti dolore retrosternale, nonostante gli esami di funzionalità cardiaca risultino normali. Inoltre, il paziente è preoccupatissimo di aver subito un infarto miocardico acuto: ciò può acutizzare i “sintomi cardiaci”.

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

Ansia

Il disturbo da panico e il prollasso della valvola mitrale

Alcuni Autori affermano che esiste un'associazione tra prollasso della valvola mitrale e disturbo da panico, anche se è controverso come essa si espliciti esattamente. Queste due patologie possono avere alcune caratteristiche in comune, come le palpitazioni, la leggera pesantezza del capo e il dolore al petto. Nei pazienti che soffrono di entrambi i disturbi, i “sintomi cardiaci” si risolvono previa assunzione di imipramina (anche se il prollasso non guarisce). L'imipramina potrebbe trattare un difetto neurochimico comune a entrambe le patologie, e i “sintomi cardiaci” potrebbero non derivare esclusivamente dal prollasso della valvola mitrale. Perciò, quando viene trattato il disturbo da panico, possono migliorare anche i “sintomi cardiaci”.

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

Ansia

Diagnosi differenziale tra dolore “cardiaco” da causa organica e ansia

- Ascoltare attentamente la storia medica
- Rivedere i trattamenti farmacologici
- Considerare le abitudini di vita (droga, alcol, fumo, caffè)
- Registrare i segni vitali del paziente e compiere un esame obiettivo per identificare segni di malattie endocrinologiche, cardiache, polmonari o neurologiche
- Esami di laboratorio: emocromo, emogas, glicemia, marker di funzionalità tiroidea
- Esami di funzionalità cardiaca: ECG, Rx torace, Holter, ecocardiogramma (soprattutto in pz con più di 40 anni con sintomi sia di ansia che di ischemia miocardica)

Disturbi del comportamento alimentare (DCA)

I DCA rientranti nella diagnosi differenziale di questo paziente sono:

- Bulimia nervosa
- Disturbo da abbuffate compulsive o *Binge eating disorder* (BED)

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

DCA

Disturbi del comportamento alimentare – Definizione:

Assunzione volontaria e protratta di una dieta sia qualitativamente che quantitativamente inappropriata.

Tali comportamenti possono determinare quadri sintomatologici sovrapponibili a malattie dell'apparato digerente diverse per eziopatogenesi. Può esserci un evento stressante scatenante.

Possibili cause:

- fattori genetici
- fattori ambientali (tali disturbi si manifestano soprattutto nelle aree a più elevato sviluppo sociale e tecnologico (*culture-bound syndrome*))
- fattori psicologici
 - alterazione dei vissuti emozionali
 - alterazioni delle sensazioni psicosomatiche

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

DCA

Bulimia nervosa

Epidemiologia

Colpisce soprattutto il sesso femminile in età compresa tra i 15 e i 18 anni, sebbene siano possibili anche degli esordi tardivi (attorno ai 20 anni). Nei maschi, invece, sembra che l'età media di insorgenza sia più tardiva.

Prevalenza nel sesso femminile: 1-1,7%

Prevalenza nel sesso maschile: 0,2% (10% di tutti i casi di bulimia nervosa)

Disturbo da abbuffate compulsive (*binge eating disorder*)

Epidemiologia

Sono interessati in genere individui tra i 20 e i 30 anni, con rapporto F:M = 3:2.

Prevalenza: 0,7-4% nella popolazione non clinica; fino al 30% nei sovrappeso.

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

DCA

Criteri diagnostici DSM-IV per la bulimia nervosa

- A. Ricorrenti abbuffate. Una abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti punti:
 - 1) Mangiare in un definito periodo di tempo (es., due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 - 2) Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
- B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso (vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo).
- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per tre mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

DCA

Criteri diagnostici DSM-IV per il disturbo da abbuffate compulsive

- A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è definito dai due caratteri seguenti (entrambi necessari):
 - 1) Mangiare, in un periodo di tempo circoscritto (es., due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte della gente mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili.
 - 2) Senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (es., sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa e quanto si sta mangiando).
- B. Gli episodi di abbuffate compulsive sono associati a tre (o più dei seguenti caratteri):
 - 1) Mangiare molto più rapidamente del normale.
 - 2) Mangiare fino ad avere una sensazione penosa di eccessiva ripienezza.
 - 3) Mangiare grandi quantità di cibo pur non sentendo, fisicamente, fame.
 - 4) Mangiare in solitudine per l'imbarazzo legato alle quantità di cibo ingerite.
 - 5) Provare disgusto di sé, depressione o intensa colpa dopo aver mangiato troppo.
- C. Le abbuffate compulsive suscitano sofferenza e disagio.
- D. Le abbuffate compulsive capitano, in media, almeno due giorni a settimana per sei mesi.
- E. Le abbuffate compulsive non sono associate all'uso regolare di comportamenti impropri di compenso (es., vomito autoindotto, lassativi, diuretici, clisteri, digiuno, esercizi fisici eccessivi) e non capitano soltanto nel corso di anoressia nervosa o di bulimia nervosa.

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

DCA

La differenza principale tra la bulimia nervosa e il disturbo da abbuffate compulsive è che l'eccessiva ingestione di cibo nel primo caso è di norma seguita da condotte di eliminazione (vomito autoindotto, lassativi, diuretici, clisteri, digiuno, esercizio fisico eccessivo, ecc.), mentre nel secondo questa caratteristica manca.

La bulimia nervosa è un disturbo che colpisce quasi esclusivamente soggetti adolescenti di sesso femminile. La patologia, nei maschi, ha una prevalenza di circa un decimo rispetto alle femmine.

Più plausibile appare l'ipotesi del disturbo da abbuffate compulsive, in quanto non si è a conoscenza di eventuali condotte di eliminazione del paziente in questione e costui è “sovrappeso”: è stata riportata una frequente associazione tra BED e obesità. Questa patologia psichiatrica si differenzia dalla “normale” sovralimentazione per la perdita di controllo: questi pazienti sentono la propria vita come dominata dall'alimentazione e hanno una significativa compromissione della capacità di lavorare e relazionarsi con gli altri. La perdita del controllo nell'alimentazione è spesso accompagnata da stati d'ansia e agitazione (anche motoria) e, successivamente, da sensazioni fisiche di stanchezza, mal di stomaco e sonnolenza improvvisa.

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

DCA

Principali complicanze dei disturbi del comportamento alimentare:

- ipertrofia bilaterale delle paratiroidi (a volte dolente)
- alterazioni delle corde vocali con modificazione del timbro della voce
- rallentata motilità gastrica per progressiva dilatazione
- meteorismo

In caso di vomito auto-indotto (o abuso di lassativi):

- esofagite da reflusso
- gastrectasie
- squilibri idro-elettrolitici:
 - alterazioni elettriche ed emodinamiche legate all'ipokaliemia
 - alcalosi ipocloremica
- stato confusionale

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

Disturbi somatoformi e disturbi fittizi

I disturbi somatoformi e i disturbi fittizi rientranti nella diagnosi differenziale di questo paziente sono:

- **Ipocondria**
- **Disturbo algico**

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

Disturbi somatoformi e disturbi fittizi

I pazienti affetti da disturbi somatoformi e da disturbi fittizi manifestano tipicamente sintomi fisici e, generalmente, si rivolgono in primo luogo allo specialista di medicina interna o al medico di base.

Nei disturbi somatoformi vengono riferiti sintomi fisici senza alcuna base organica; particolari vissuti psichici inconsci possono contribuire all'esordio, all'esacerbazione o al mantenimento della sintomatologia. I sintomi fisici sono verosimili: hanno origine inconscia, non sono prodotti intenzionalmente, causano disagio rilevante e interferiscono con il normale funzionamento di vita del paziente.

Nei disturbi fittizi il paziente simula intenzionalmente uno o più sintomi di malattia organica al fine di assumere il ruolo di malato.

Tra i disturbi somatoformi, due in particolare potrebbero entrare nella diagnosi differenziale di questo paziente, data la prevalenza relativamente alta e l'ampia fascia d'età in cui queste patologie si possono manifestare: il disturbo algico e l'ipocondria.

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

Disturbi somatoformi e disturbi fittizi

Disturbo algico

È caratterizzato dalla presenza di dolore sufficientemente grave da essere degno di attenzione medica, che causa malessere clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale o lavorativo. Il dolore, in questa patologia, ha origini psichiche: non è possibile identificare in questi pazienti una corrispondente patologia organica che giustifichi l'entità dei sintomi o la loro localizzazione anatomica. Quando si presenta in comorbidità con una patologia organica, il dolore è sproporzionato rispetto alla malattia obiettivabile e causa una marcata riduzione del funzionamento sociale o lavorativo. La conferma della natura psichica del sintomo può essere ricercata dal clinico indagando sull'eventuale presenza di una relazione temporale tra l'insorgenza di un conflitto o di uno *stressor* e l'inizio della sintomatologia dolorosa. Il dolore si presenta localizzato a diverse parti del corpo: apparato muscolare, articolazioni, zona precordiale (dolori anginoidi).

La prevalenza di questo disturbo varia in base a come viene fatta la diagnosi; in oltre il 40% dei pazienti che presentano dolore, quest'ultimo è correlato a fattori psicologici. Il disturbo algico è più frequente nelle donne e nella fascia di età tra i 30 e i 50 anni (cioè nel periodo di massima attività lavorativa).

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

Disturbi somatoformi e disturbi fittizi

Ipocondria

Il paziente affetto da ipocondria è costantemente preoccupato dalla convinzione o dal timore di avere una malattia grave, a causa di una erronea interpretazione di segni provenienti dal proprio organismo. Ad esempio, un soggetto può convincersi che i movimenti dell'alvo siano segno di un cancro intestinale. La patologia neoplastica, insieme a quella cardiaca, è tra quelle più coinvolte nel disturbo ipocondriaco. A volte, il paziente si polarizza su una patologia di cui non ha alcun sintomo.

Il 10% circa di tutti i pazienti che si rivolge al medico di famiglia è affetto da ipocondria. L'età in cui si ha la maggior prevalenza è intorno ai 40-50 anni, senza differenze significative tra i due sessi.

PBL n. 1 – “Dolore al petto: è mal di cuore?”

Bibliografia

<u>Autore</u>	<u>Titolo</u>	<u>Casa editrice</u>	<u>Anno</u>
Cutler, Marcus	<i>Psichiatria</i>	EdiSES	1999
Faccio	<i>Il disturbo alimentare</i>	Carocci	2001
AA. VV.	<i>Hurst - Il cuore</i>	McGraw-Hill	2003
AA. VV.	<i>Harrison's Principles of internal medicine</i>	McGraw-Hill	2002