

La buona pratica della raccolta di una
anamnesi completa mediante colloquio
con il medico di base in relazione alla
selezione dei donatori di tessuti oculari

Napoli, 23 aprile 2016

I. Zorzi, M. De Rossi, E. Ghedin, G.L.A. Jones



FONDAZIONE
BANCA DEGLI OCCHI
DEL VENETO - ONLUS

Solo una piccola premessa...

Come parte del processo di selezione dei donatori, in conformità con gli standard nazionali ed internazionali e con le procedure interne, intervistiamo sempre qualcuno che conoscesse personalmente il donatore e che possa fornirci un' anamnesi sociale e patologica affidabile.

A questo proposito, la figura più utile che abbiamo identificato è quella del Medico di Medicina Generale (MMG).

Vediamo alcuni casi clinici in cui questa scelta si è rivelata essere estremamente buona!



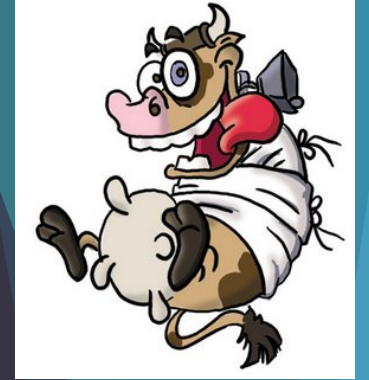
CASO 1 «Familiarità sconosciuta per CJ»

Donatore: B.A. Maschio, 72 anni.

Causa del decesso: coma secondario a metastasi cerebrali di tumore primitivo sconosciuto.

Durante l'intervista, il MMG riferisce di «voci di paese» secondo cui un fratello del donatore sarebbe recentemente morto di una malattia prionica.

Guardando la documentazione clinica in nostro possesso, non troviamo alcun riferimento all'esistenza di questo fratello.



Sig. _____

(31/3/41)

Letto n. _____

Data	DIARIO CLINICO
	ANAMNESI:
A. gen:	Padre deceduto da 75 ee per cause impresc Madre deceduta a 55 ee per IMA Un fratello deceduto a 66 ee per neoplasia oree; un fratello deceduto a 65 ee per neoplasia impresc; un fratello deceduto a 28 ee per leucemia -

Anamnesi familiare raccolta in ospedale

A questo Punto, per scoprire qualcosa rispetto al «fratello fantasma», abbiamo contattato i familiari del donatore: essi hanno confermato la recente morte di un ulteriore fratello che era stato ricoverato in ospedale per uno stato confusionale morendo poi, poche settimane dopo, a causa di gravissimi sintomi neurologici.

Quindi, attraverso il competente Coordinamento Ospedaliero Trapianti (COT), abbiamo ottenuto tutta la documentazione clinica del fratello dalla quale si evinceva che la sospetta causa di morte era proprio la Malattia di Creutzfeldt-Jakob.

Cognome e Nome: [REDACTED]

Data di Nascita: 12.05.1943

Deceduta: 08.05.2013

Provenienza: U.O.S. di Medicina Necroscopica e Anatomia Patologica Forense, Ospedale di Vicenza

(Dr. [REDACTED])

Ricevuto il : 23.05.2013

Materiale fresco: Encefalo

Sospetto clinico: Malattia di Creutzfeldt-Jakob

La risposta definitiva è arrivata poi dall'esame immunostochimico del cervello, eseguito presso il Dipartimento di Neuropatologia dell'Università di Verona:

Analisi mediante tecnica di Immunoblotting: la ricerca della Proteina Prionica Proteinasi-K resistente (PrP^{res}) e' risultata **POSITIVA**.

Il taglio della PrP con proteinasi-K mostra una PrPres di Tipo 1 (20 kDa).

Conclusione: L'indagine biochimica permette di formulare la diagnosi di:

Malattia di Creutzfeldt-Jakob sporadica definita

La selezione del donatore è stata dunque conclusa con un verdetto di «**NON IDONEITA'**».

CASO 2 «Metastasi cerebrali... o altro?»

Donatore: T.A. donna, 52 anni.

Causa di morte: tumore al polmone con metastasi cerebrali, spinali, epatiche, renali e surrenali; la morte è sopraggiunta 4 giorni dopo la diagnosi.

Durante la raccolta anamnestica, il MMG riferisce di recenti problemi relazionali che la paziente avrebbe avuto sul luogo di lavoro. Al momento dell'intervista, conoscendo la causa del decesso prima a lui ignota, attribuisce i sintomi alle metastasi cerebrali.

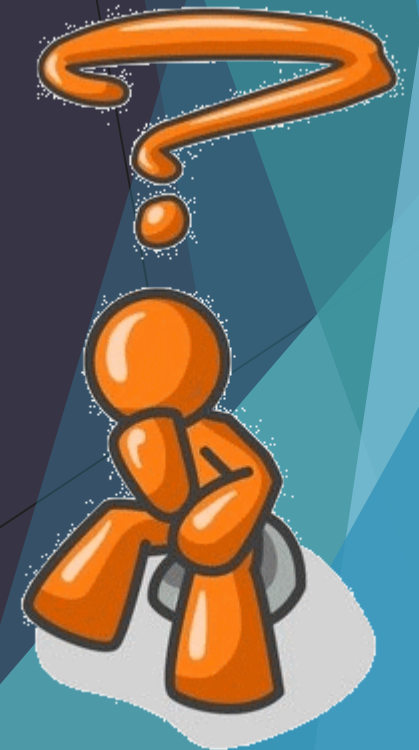
Sintomi neurologici: astenia (compatibile con lo stadio avanzato di malattia), paraplegia flaccida e clonie degli arti inferiori, scarsa collaborazione.

Per chiarire la questione dei sintomi comportamentali e le citate metastasi cerebrali, abbiamo chiesto al COT di competenza se esistessero del neuroimaging della donatrice.

Questa è la TAC che ci è stata inviata:

Esame TAC CEREBRALE TORACE ADDOME SUP. MDC	22/05/2015 11:55
Cerebrale: Non lesioni focali sostitutive nel contesto del parenchima cerebrale e cerebellare. <u>Linea mediana in asse, sistema ventricolare normoconformato.</u>	

Quindi...nessuna metastasi cerebrale documentata.
Come si possono dunque giustificare i vari sintomi neurologici?



Abbiamo chiesto ai curanti ospedalieri che avevano assistito la donatrice come avessero valutato tali sintomi e quali ritenessero esserne le cause. Sfortunatamente, in assenza di metastasi cerebrali documentate e, considerando anche i sintomi comportamentali riportati dal MMG, nessuno ha ritenuto abbastanza sicure le evidenze cliniche da poter escludere le nostre controindicazioni. La selezione del donatore è stata chiusa anche in questo caso con donatore «NON IDONEO».

Conclusioni

CASO 1

In questo caso il MMG, soltanto conoscendo e riportando “voci di paese”, è stata in grado di aprire una questione medica precedentemente nemmeno considerata.

La collega ha saputo darci un sentiero da seguire che ci ha portato all' esclusione del donatore: senza il suo contributo, avremmo potuto distribuire tessuti potenzialmente pericolosi per i riceventi a causa di una completa mancanza di informazioni.

Conclusioni

CASO 2

Nel secondo caso, l'intervista con il MMG ci ha dato alcuni nuovi elementi molto utili per completare la selezione del donatore.

I sintomi comportamentali da lui riportati sono stati in grado di fare la differenza quando è risultato chiaro dal neuroimaging che non c'era traccia di metastasi cerebrali. Con queste nuove informazioni, basate su una profonda conoscenza del paziente, anche i curanti ospedalieri hanno concordato sulla mancanza di un margine di sicurezza adeguato ad escludere le nostre controindicazioni.

Conclusioni

Il Medico di Medicina Generale, nella valutazione e nella selezione dei donatori di tessuti oculari, dimostra di essere una inestimabile fonte di informazioni capace di riportare dettagli della vita sociale e del contesto ambientale del donatore, aprendo a dubbi clinici prima non considerati e aiutando a risolvere questioni rimaste aperte rispetto alla causa del decesso e/o alle sue circostanze.



Grazie