

V. Bonavita

## La diagnosi clinica di tumore endocranico

Una lettura breve su “La diagnosi clinica di tumore endocranico”, si può solo proporre come introduzione ad un dibattito che segue le regole della retorica scientifica alla ricerca di una congettura non confutabile.

Qualunque diagnosi clinica si propone come la ricostruzione di un paradigma, un archetipo, che dal sintomo (il disturbo subiettivamente vissuto) risale all’etiologia. Il paradigma è tuttora solo parzialmente ricostruibile per molte malattie del sistema nervoso centrale o periferico. Nel caso delle neoplasie sussiste la limitazione generale relativa all’etiologia del processo e il paradigma viene riproposto dal sintomo alla lesione.

La storia della neurologia è stata contrassegnata dalla possibilità di diagnosi di sede e di qualità lesionale in termini di crescente certezza: in passato come conferma o eventuale negazione, da parte del neuropatologo, dell’ipotesi clinica e ora come dimostrazione per immagini, con-

vertibile in certezza assoluta ad opera del neurochirurgo. Non v’è dubbio, infatti, che non v’è neuroimmagine che possa essere accettata come indicazione assoluta di qualità lesionale.

Quel che può stimolare la curiosità del clinico neurologo, o lo stesso clinico in formazione, non è tanto il ripresentare alberi decisionali, diversi in rapporto al sintomo o ai sintomi di esordio, e selezionati sulla base della regola metodologica dell’accettazione-rifiuto-preferenza, quanto ripercorrere i modi ed i tempi della diagnosi di tumore endocranico nella storia della neurologia.

Un antico trattato, o un caso clinico non attuale, possono anche insegnare più di una storia clinica di oggi.

Quando nel 1936, nella “*Medicina Interna*” originariamente edita da A. Ceconi, e poi dallo stesso Ceconi e da F. Micheli, Onofrio Fragnito scriveva, con impareggiabile chiarezza, della clinica dei tumori cerebrali, era inevitabile il riferimento ad una semeiotica raffinata di cui si sta oggi perdendo il seme. Quella semeiotica era ricerca di suggestioni diagnostiche, che meritano ancora di essere rivisitate e di cui anche in un indirizzo solo introduttivo può valere la pena di ricordarne qualcuna. Scriveva Fragnito, a proposito delle cefalee localizzate: “*Il Bruns suggerisce una norma che nella pratica mi è riuscita utile: la cefalea acquista valore di fenomeno da focolaio quando la pressione e la percussione della zona dolente provocano un dolore vivo che si traduce nell’espressione mimica caratteristica della sofferenza*”. E, tuttavia, “*nell’interpretazione diagnostica della cefalea localizzata si deve andar molto cauti. Per recare un esempio: non è raro che un tumore del cervelletto provochi una cefalea prevalentemente nella regione frontale controlaterale*”.

E ancora, a proposito della papilla da stasi: “*è anche essa fenomeno generale, e quindi, per definizione sprovvista di significato topodiagnostico. Nondimeno noi sappiamo che i tumori della fossa cranica posteriore producono papilla da stasi precoce e accentuata, ma che tra essi i tumori del ponte solitamente non la producono né presto*

V. Bonavita (✉)  
Dipartimento di Scienze Neurologiche  
Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Università di Napoli “Federico II”, Napoli, Italia

*né tardi. Una sindrome da tumore dell'angolo ponto-cerebellare senza papilla da stasi deve far pensare al ponte piuttosto che all'angolo".* Ed a proposito delle vertigini: *"Stewart e Holmes sostengono, in base ad una ricca casistica, che il falso movimento degli oggetti (vertigine obiettiva) si svolge dal lato malato verso il sano tanto nei tumori intracerebellari quanto negli extracerebellari, laddove la falsa rotazione del corpo intorno al proprio asse (vertigine subiettiva) si svolge dal lato malato verso il sano nei tumori intracerebellari, dal lato sano verso il malato negli extracerebellari".*

Se le affermazioni che precedono possono essere accettate o rifiutate o comunque discusse, v'è un'affermazione di Fragnito che segna la distanza di meno di settanta anni come una distanza di anni luce: *"La diagnosi generica di tumore si fonda abitualmente sulla constatazione della sindrome da aumentata tensione endocranica".* L'affermazione di Fragnito può e deve essere ribaltata: oggi la diagnosi clinica di tumore endocranico non si basa abitualmente sull'osservazione di una sindrome da ipertensione endocranica e deve anzi precederla in virtù di una attribuzione tempestiva di significato a vissuti subiettivi minori o minimi, anche quando l'obiettività neurologica rimane silente. Nove anni fa Chanalet et al. hanno insistito molto acutamente sulla significatività diagnostica dei prodromi da disfunzione encefalica globale, anche se proprio i sintomi da sofferenza cerebrale diffusa sono spesso rilevati solo retrospettivamente. Proprio perciò, essi sono

stati costretti a riconoscere che non è ragionevole proporre l'ipotesi diagnostica di tumore cerebrale per una semplice astenia prolungata, anche se specie in caso di patologia gliale profonda, un senso di intensa fatica può precedere di settimane o mesi il momento diagnostico. In associazione a questa sensazione di astenia e fatica possono ritrovarsi, anche una diminuzione dell'*elan vital*, la difficoltà a portare a conclusione impegni protratti, una diminuzione della capacità di concentrazione e della libido, la comparsa di reazioni ansiose non motivate; da qui alla diagnosi di disturbo depressivo il passo è assai breve, come anche per l'ipotesi di esordio demenziale. Tanto breve il passo quanto grande l'errore.

L'epidemiologia, i cui dati portano alla congettura diagnostica prioritaria per ogni fenotipo clinico osservato, il ruolo diagnostico parcellare e da "individuare volta per volta" della rachicentesi e dell'esame liquorale, ed infine la prognosi che tenga conto della sede e della qualità lesionale, saranno parti non autonome di un discorso integrato in cui il clinico fa confluire le sue conoscenze epidemiologiche e neuropatologiche, anche se la sua operatività rimane contenuta nei limiti e nelle incertezze della semeiotica clinica, ma con il privilegio irrinunciabile della fantasia congetturale. Non a caso è stato scritto a tutt'altro scopo: *"lo scoprire consiste nel vedere quello che tutti hanno visto, e nel pensare quel che nessuno ha pensato".* Così deve accadere per un clinico neurologo che meriti di definirsi tale.