

Morte improvvisa ed inaspettata

La morte è sempre un evento improvviso: anche quando si presume che, data la situazione clinica del malato, essa sia inevitabile ed imminente.

Il termine inaspettata, aggiunto a improvvisa, serve ad indicare che si tratta di un evento del tutto impreveduto. In questo caso il morto poteva infatti trovarsi in condizioni fisiche perfette, oppure essere portatore di una malattia conosciuta, acuta o cronica, ma non tale da considerarlo in pericolo di vita.

Il grande numero di morti improvvise ed inaspettate da eventi acuti cardiovascolari riscontrato in uomini tra i 40 ed i 60 anni, nel decennio che seguì la seconda guerra mondiale, creò nel pubblico il mito secondo il quale, il compimento dei 40 anni implichi l'entrata nel regno dell'infarto del miocardio. Questa paura fu di grande importanza perché stimolò la dovuta attenzione nei confronti di questa pericolosa malattia.

Come però spesso succede in medicina, la grande importanza assunta dall'infarto generò un pregiudizio molto pericoloso: l'attribuzione alla patologia cardiovascolare e, soprattutto, coronarica, di gran parte delle morti improvvise ed inaspettate. Si è creata così l'identificazione di questo tipo di morte con la morte cardiaca improvvisa. Probabilmente, non vi è nulla di più falso in medicina. Scopo di questa lezione è la dimostrazione di quanto ho appena scritto. Alla fine, forse, vi convincerete del fatto che un'autopsia ben fatta è purtroppo l'unico mezzo utile a risolvere il problema prospettato. Forse, è anzi oramai l'unica valida ragione d'essere per l'anatomia patologica.

autopsia

La definizione tradizionale d'autopsia, come vedremo, è priva di utilità, almeno oggi, e le regole ad essa connesse sono fonte di pregiudizi e di errori metodologici che impediscono di fruire dei grandi vantaggi che questa procedura potrebbe fornire, specialmente nello studio della morte improvvisa ed inaspettata.

Prima di addentrarci nell'argomento, dobbiamo affrontare il problema dell'accertamento della morte: la morte clinica, constatata da un medico in reparto, o nel luogo in cui si rinviene il cadavere, richiede infatti un periodo di osservazione, trascorso inizialmente in reparto (circa 3 ore), poi, sino alla 24° ora, in camera mortuaria. In tale periodo, se la morte è reale, si manifestano i segni certi di questa: le macchie ipostatiche fisse nelle parti del corpo poste dal lato in cui esso era posto a giacere dopo il decesso, la rigidità cadaverica (questi segni sono già chiaramente manifesti dopo 18 ore), e le macchie verdastre della putrefazione (si evidenziano alla 24° ora).

Questi segni certi di morte, utilissimi ai medici legali, hanno tempi d'insorgenza molto variabili, specialmente in funzione dello stato dell'ambiente esterno, e delle condizioni dello stesso cadavere. Soprattutto, però, comportano l'insorgenza d'una serie di gravi fenomeni regressivi dei tessuti, che si verificano anche in ambiente sterile. A ciò si aggiunge la rapida aggressione dei tessuti da parte dei microorganismi residenti, che facilmente 'spazzano via' eventuali patogeni eventualmente da isolare.

I fenomeni postmortali creano modificazioni così gravi dei tessuti, da simulare patologie non esistenti, specialmente una necrosi. In aggiunta, il proliferare degli agenti della putrefazione, può simulare una flogosi. Si deve pensare che non sempre, in queste condizioni, è possibile riconoscere fenomeni di reazione vitale (reazione infiammatoria).

Per questi motivi, la classica autopsia eseguita dopo che siano trascorse le 24 ore stabilite dalla legge risulta spesso una procedura irrazionale.

La legge sui trapianti del 1975 consente però una deroga a questo procedimento tradizionale, di grande valore dopo l'avvento della patologia molecolare. Essa consente infatti di registrare, dopo aver constatato la morte clinica, un tracciato elettrocardiografico continuo per 20'. Il riscontro dell'assenza di attività elettrica consente di eseguire subito l'autopsia. In condizioni ottimali ciò può avvenire 20 minuti dopo la morte.

Tutto questo permette di studiare tessuti ancora in ottime condizioni per gli studi istologici tradizionali, per l'immunoistochimica ed anche per la patologia molecolare. Inoltre, poiché talora una morte improvvisa ed inaspettata può essere dovuta ad una malattia infettiva ancora ignota, gli agenti eziologici possono essere ancora prelevati all'inizio dell'autopsia nelle sedi sospette, senza contaminazione da parte degli agenti della putrefazione.

In Italia, l'autopsia non è oggetto di particolari limitazioni.

Poiché il modulo statistico, che il medico deve compilare quando presenzia alla morte d'un proprio paziente, richiede una ricostruzione della sequenza di eventi che hanno portato alla morte, è previsto che, in presenza d'incertezze in questa ricostruzione, si richieda l'autopsia. Quest'ultima, potrebbe essere eseguita da qualunque medico: ciò avvenne senza problemi sino agli anni 20 del secolo scorso. Questo fra l'altro era il motivo per cui s'insegnava l'anatomia patologica a medicina. In seguito, è prevalsa l'idea di Virchow di togliere al clinico il cadavere, affidandolo al patologo, che, fra l'altro, si trova dinanzi ad una storia che impara a conoscere malamente poco tempo prima dell'autopsia.

Proprio per questo il patologo deve essere sempre informato con grande cura dei problemi che l'autopsia dovrebbe risolvere. In un adulto o in un vecchio è infatti facile trovare patologie non rilevanti, cui si può fare assumere un'importanza non dovuta, distogliendo invece l'attenzione da ciò che invece realmente conta.

La diagnosi autoptica

Tutta l'attività diagnostica del patologo termina con l'elaborazione d'una diagnosi scritta, che comprende una descrizione di tutto quello che egli ha osservato. Una semplice diagnosi, infatti, sarebbe troppo astratta. La descrizione delle modificazioni osservate serve a dar prova della correttezza della diagnosi stessa. Non si deve dimenticare che una diagnosi può essere sbagliata. C'è. L'errore può essere di varia gravità, e può essere semplicemente un errore storico: una diagnosi che poteva essere corretta 50 anni fa, oggi, per l'acquisizione di nuove conoscenze, potrebbe non essere più tale. La descrizione serve proprio a questo: a capire anche dopo molti anni di che cosa il patologo stesse parlando. Bisogna poi aggiungere che anche in autopsia, come in diagnostica istopatologica bioptica o su resezione chirurgica, non ci si può fondare sul semplice esame macroscopico. Occorre sempre l'istologia, anche nei casi più semplici. Anzi, gli errori più grossolani in autopsia si registrano proprio nella diagnosi macroscopica di broncopolmonite e d'infarto del miocardio.

La diagnosi anatomopatologica segue le regole dell'esperimento scientifico: deve essere riproducibile. Per questo, tutta la procedura, comprese le colorazioni ed i metodi di patologia molecolare utilizzati, deve essere riportata in modo comprensibile.

Chi non segue queste regole obbliga coloro che leggono le sue diagnosi ad un atto di fede inaccettabile.

Il problema della causa di morte (Die Todesursache)

La diagnosi anatomopatologica consiste di solito d'un elenco delle malattie riscontrate all'autopsia, disposto con criteri logici e cronologici, in modo tale da fornire un'immagine dinamica del procedere degli eventi, visibili nelle lesioni riscontrate, dai più remoti ai più recenti, sino a quello finale, che si presume abbia portato alla morte. Può sembrare che così si sia giunti a definire la causa di morte.

In realtà, ciò che un governo vuol sapere è se vi sia qualcosa, nella morte di un individuo, su cui debba essere puntata l'attenzione: una malattia ereditaria, pratiche alimentari anomale o abusi, esposizione a sostanze tossiche, oppure responsabilità di altre persone (medici od operatori sanitari; assassini) o la volontà dello stesso defunto.

Proprio per questi aspetti, l'autopsia diviene una pratica difficile. Le difficoltà, poi, si accentuano, quando si affrontano casi di morte improvvisa ed inaspettata.

È possibile una definizione di morte improvvisa ed inaspettata?

Non è cosa semplice. Questa categoria comprende casi in cui ci si trova di fronte ad un cadavere completamente sconosciuto, talvolta a parti di esso. Altre volte la morte si manifesta in tempi rapidissimi, nei posti più strani, apparentemente senza segni premonitori. Altre volte, la morte dà tempo sufficiente ad attuare tentativi di soccorso, un trasporto in ambulanza, o i primi interventi in un reparto d'urgenza. Ciò che accomuna tutte queste eventualità, è l'impossibilità di servirsi di tutte le procedure diagnostiche, di cui oggi siamo dotati, in tempi ragionevoli.

I casi di morte improvvisa e inaspettata verificatisi al di fuori d'un ospedale sono competenza dell'autorità giudiziaria, indipendentemente dalla responsabilità di terze persone.

L'anatomopatologo si occupa soltanto di morti avvenute in ambiente ospedaliero, dovute, fino a prova contraria, a cause naturali.

Indipendentemente da queste regole, il problema della morte improvvisa ed inaspettata richiede un esame autoptico senza idee preconcepite e, soprattutto, completo, a cominciare dall'esame esterno.

Esame esterno del cadavere

Quest'aspetto dell'autopsia, insieme con l'esame ambientale, è trascurato dal patologo, in quanto sembra più di pertinenza di un'autopsia medicolegale.

In realtà, proprio nei casi di morte inaspettata, può dare informazioni utili, esaminando gli orifizi, sulla presenza di emorragie interne, di corpi estranei nelle vie aeree superiori, di traumi cranici, o di altre lesioni traumatiche

L'esame esterno di un feto o di un neonato, poi, può evidenziare malformazioni anche modeste, le quali possono accompagnarsi a malformazioni interne molto più gravi.

L'autopsia pediatrica e perinatale dovrebbe essere sempre svolta considerando le differenze anatomiche e funzionali tra feto, neonato, bambino, adolescente e adulto. In particolare, un esame sconosciuto dell'apparato cardiovascolare può essere la strada maestra verso il caos.

sids

La sindrome della morte improvvisa infantile (sids è oramai l'acronimo internazionale per questa misteriosa entità) sembra essere in diminuzione nel mondo, dagli anni '80.

L'encefalo prelevato in autopsia è in genere fissato intero in formalina per 10 giorni, poi è sezionato con tagli paralleli molto accurati, simili alle sezioni virtuali della diagnostica per immagini.

Si viene meno a questa regola quando si sospetti una malattia infettiva. In questo caso il materiale è prelevato prima della fissazione, possibilmente anticipando l'autopsia con l'elettrotanatogramma, ed è inviato in microbiologia. L'istopatologia spesso non è in grado d'identificare gli agenti eziologici senza l'intervento del microbiologo.

Prelievi a fresco sono eseguiti anche quando si sospetti la presenza di sostanze tossiche nell'encefalo (perizia tossicologica)

Per finire, ricordo che, nella morte improvvisa e inaspettata, è bene pensare per tempo alla possibilità di un avvelenamento. Questo tema è da medici legali. È bene comunque tener presente che il prelievo di sangue, critico per quest'accertamento, va effettuato prima di procedere con l'autopsia, raccogliendo sangue non coagulato dalle vene del collo o degli arti.

È rischioso prelevarlo dalle cavità cardiache. Le cavità di destra sono infatti ricche di sangue, che però, a causa della gastromalacia acida (dello stomaco, ovviamente!), potrebbe contenere sostanze tossiche non ancora assorbite, contenute nel lume gastrico e propagate dopo la morte negli organi vicini.

Anche per la perizia tossicologica vale la regola di anticipare quanto possibile l'autopsia con l'elettrotanatogramma