Niente diagnosi senza i famigliari

Autor(en): **Kornacher, Johannes**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Parkinson : das Magazin von Parkinson Schweiz = le magazine de Parkinson Suisse = la rivista di Parkinson Svizzera**

Band (Jahr): **- (2006)**

Heft 83: **Ehrung für Lydia Schiratzki = Cérémonie en l'honneur de Lydia Schiratzki = Omaggio a Lydia Schiratzki**

PDF erstellt am: **29.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-815587

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Foto: fotolia.de

Niente diagnosi senza i famigliari

Nella malattia di Parkinosn possono – ma non devono necessariamente – manifestarsi anche taluni disturbi cognitivi. Essi compaiono soprattutto in pazienti anziani e sono diversi da quelli della malattia di Alzheimer. Per la diagnosi è importante il coinvolgimento dei famigliari.

Fonte: www.parkinson-web.de, redazione: Johannes Kornacher

Secondo le stime, in Svizzera circa 15'000 persone sono affette dalla malattia di Parkinson. Le possibilità terapeutiche scoperte negli ultimi decenni hanno reso possibile un miglioramento non solo della qualità di vita dei malati di Parkinson, ma anche della loro aspettativa di vita. Con ciò aumenta purtroppo anche il rischio di soffrire di disturbi cognitivi e di demenza. La cosiddetta Parkinson-demenza (PDD) è una grande sfida per i medici e il personale curante. Spesso è necessario un management globale per trattare in modo ottimale sia la malattia di base, sia la demenza sopravvenuta nel frattempo.

Diversi studi dimostrano che dal 20 al 40 percento dei pazienti parkinsoniani sviluppa una demenza nel corso della malattia. La frequenza della demenza dipende tuttavia fortemente dall'età e dalla durata della malattia. L'età media dei pazienti con Parkinson-demenza si situa sui 72 anni circa. In presenza della malattia di Parkinson, il rischio di una demenza aumenta di sei volte rispetto alla popolazione generale. I fattori di rischio sono i seguenti: età avanzata, lunga durata della malattia, inizio simmetrico, forma rigida-ipocinetica e apparizione di allucinazioni. Ci sono attualmente solo poche indicazioni sul grado di gravità della demenza da Parkinson.

I disturbi cognitivi e i sintomi di una demenza non sono la stessa cosa

Una demenza è un'affezione del cervello che porta alla perdita progressiva delle capacità intellettive e alla comparsa di crescenti disturbi cognitivi e alterazioni psichiche. Essa può provocare la dipendenza totale. Le funzioni cognitive comprendono il senso dell'orientamento, la memoria, la facoltà di ragionamento, la comprensione, le emozioni, il calcolo, la facoltà d'apprendimento, la capacità di giudizio e l'eloquio.

La PDD non va confusa con la demenza da Alzheimer, nella quale già dall'inizio i disturbi della memoria sono in primo piano. La Parkinson-demenza colpisce altre regioni del cervello. La capacità di svolgere simultaneamente diversi compiti e di percepire diverse fonti di stimolo diventa sempre più limitata. Il paziente può concentrarsi su un solo compito, perde più in fretta la capacità di concentrazione e l'esecuzione contemporanea di diverse mansioni supera i suoi limiti. Di solito, con l'apparire di disturbi dell'eloquio si impoverisce anche il linguaggio. Questo comporta altresì alterazioni

della personalità, con apatia e tendenze a isolarsi, depressione e paura, fino a manifestazioni psicotiche con illusioni ed allucinazioni (inganno dei sensi).

Sono frequenti le turbe del sonno, accompagnate da agitazione notturna e disorientamento, come pure da una stanchezza diurna più accentuata. Siccome a causa delle allucinazioni di regola occorre diminuire il dosaggio dei medicamenti per il Parkinson, si assiste a un peggioramento della mobilità, unito a un aumento dei disturbi del portamento e della tendenza a cadere. I disturbi vegetativi, come per esempio l'incontinenza, aumentano sensibilmente. I disturbi della memoria si presentano solo più tardi nel corso della malattia e sono diversi da quelli dei malati di Alzheimer. Quest'ultimi non sono in grado di memorizzare nuove informazioni e quindi non possono nemmeno richiamarle. Le persone affette da Parkinson-demenza posseggono ancora la capacità di memorizzare e d'imparare, ma l'accesso alle informazioni è difficoltoso e più lento. Contrariamente a quanto accade con i malati di Alzheimer, possono perciò risultare utili degli aiuti a sostegno della memoria (biglietti, calendario).

La cosiddetta «Parkinson-demenza» progredisce solo lentamente.

Il motivo dell'insorgere di una PDD risiede in una carenza di sostanze importanti per il trasporto dei messaggi. Abbiamo bisogno del «carburante» dopamina per muovere il corpo, mentre per la mobilità intellettuale ci vuole il «carburante» acetilcolina. Oltre alla carenza di dopamina, le ricerche hanno evidenziato anche una carenza di acetilcolina. Sorprendentemente, l'insufficienza di acetilcolina è perfino più pronunciata in caso di Parkinson-demenza che in caso di Alzheimer.

I pazienti con una demenza leggera sono ancora autosufficienti. Le prime difficoltà insorgono per compiti complicati, come per esempio guidare l'automobile. Anche le allucinazioni possono indicare un inizio di demenza. Si arriva alla perdita dell'efficienza sociale e professionale e ad accenni di cambiamenti della personalità. I pazienti con un grado di demenza medio necessitano di aiuti nella vita quotidiana, perdono l'autosufficienza e trascurano il disbrigo di faccende quotidiane importanti. I pazienti con un grado grave di demenza hanno bisogno di sorveglianza e di cure sull'arco di tutta la giornata. L'aumento dei disturbi cognitivi è accompagnato, di regola, da un peggioramento dello stato confusionale. La PDD progredisce molto lentamente: in caso di avanzamento più rapido occorre rivedere la diagnosi.

La diagnosi è complicata. La PDD si può distinguere solo difficilmente dalle limitazioni dovute alla malattia di base. Per la diagnosi è indispensabile, oltre ad un'anamnesi dettagliata, il coinvolgimento dei famigliari. In aggiunta a ciò si eseguono analisi chimiche di laboratorio ed esami neuropsicologici ed elettrofisiologici, e si utilizzano tecniche di radiologia per immagini. Occorre anzitutto escludere altre cause dei disturbi della memoria. Anche una funzione limitata della tiroide, per esempio, può causare disturbi della memoria. Per una diagnosi differenziale si deve pensare anche a una demenza da Alzheimer esistente, a una demenza da corpi di Lewy o a una demenza fronto-temporale. Test semplici sono quelli dell'orologio (disegnare un orologio) o compiti di fluidità nel parlare (numero massimo di parole al minuto). Generalmente viene eseguito pure il test dello stato mini-mentale (MMST).

Si può trattare la PDD anche farmacologicamente, per esempio con un inibitore dell'acetilcolinesterase. La logica di questo trattamento va ricercata nel metabolismo dell'acetilcolina: siccome c'è scarsità di acetilcolina, un'ulteriore diminuzione viene inibita per mezzo di questo medicamento. I disturbi depressivi possono essere trattati con successo mediante farmaci antidepressivi. Le allucinazioni e gli stati ansiosi richiedono l'impiego di neurolettici atipici. Per il paziente e i famigliari che si prendono cura di lui contano però soprattutto una diagnosi precisa e l'individuazione delle peculiarità di questa malattia. Fisioterapia regolare, movimento all'aria aperta, assunzione sufficiente di liquidi e alimentazione sana sono i pilastri di ogni trattamento di base. Per finire, è inoltre essenziale definire un piano terapeutico psico-sociale (p. es. cliniche diurne, consulenza per i famigliari, assistenza durante le vacanze, servizi ausiliari mobili, ecc.). ▪

Deficit cognitivi: di che si tratta esattamente?

Questi disturbi riguardano il senso dell'orientamento, la memoria, la facoltà di ragionamento, la comprensione, le emozioni, l'apprendimento, il calcolo, la capacità di giudizio e l'eloquio. Badate in particolare a:

- disturbi dell'attenzione
- rallentamento cognitivo
- disturbi nel recupero delle informazioni mnestiche
- disturbi dell'apprendimento abbinati a una capacità di riconoscimento ben preservata
- deficit delle abilità visuo-spaziali
- deficit esecutivo-frontali (capacità di pianificare, di organizzare, di attenersi a una sequenza)
- fluidità dell'eloquio
- alterazioni della personalità
- disturbi del comportamento
- apatia
- atteggiamento depressivo
- illusioni e allucinazioni