

DIAGNOSI E TERAPIA DELLA MALATTIA DI PARKINSON E PARKINSONISMI

DIAGNOSI

La malattia di Parkinson è una malattia neurologica comune : la sua prevalenza nei paesi industrializzati è di circa lo 0.3% (3 pazienti su 1000) nella popolazione generale e aumenta fino all'1% nelle persone oltre i 60 anni di età e fino al 4% della popolazione sopra gli 80 anni di età. L'età media di insorgenza è circa 60 anni, anche se il 5-10% dei casi iniziano tra i 20 e i 50 anni. I sintomi cardinali della malattia sono la bradicinesia (lentezza e faticabilità dei movimenti), la rigidità muscolare e il tremore . Mentre bradicinesia e rigidità sono immancabilmente presenti (anche se assenti all'esordio , emergono nell'evoluzione della malattia), il tremore si manifesta solo in una parte dei pazienti . A questi disturbi possono associarsi anomalie del cammino , della postura e dell'equilibrio, che possono comparire più o meno precocemente nella progressione della patologia.

Sebbene i disturbi del movimento costituiscano l'elemento più evidente della malattia di Parkinson, la patologia può compromettere anche altre funzioni del sistema nervoso centrale (p.es: i processi cognitivi , il comportamento, l'umore , il riposo notturno) e del sistema nervoso autonomo (controllo della pressione arteriosa e del battito cardiaco, controllo della minzione e dei movimenti intestinali, salivazione, sudorazione, percezione e elaborazione del dolore). L'alterazione di una di queste funzioni, o l'interessamento parallelo di più sistemi può comportare l'insorgenza dei cosiddetti **sintomi non motori**.

Altre patologie del sistema nervoso, chiamate **Parkinsonismi atipici**, come l'atrofia multisistemica (MSA) , la paralisi sopranucleare progressiva (PSP) ,la sindrome cortico-basale (CBD) e la malattia da corpi di Lewy (LBD).Queste patologie presentano sintomi simili a quelli della malattia di Parkinson, ma se ne discostano nelle modalità di presentazione e nell'evoluzione clinica. In particolare, nei parkinsonismi atipici si può riscontrare una comparsa più precoce e una evoluzione più rapida di alcuni disturbi motori (alterazioni del cammino, dell'equilibrio e della postura) e non motori (ipotensione, disturbi urinari o deficit cognitivi) che nella malattia di Parkinson compaiono più tardivamente. Infine, alcuni pazienti presentano dei disturbi del movimento secondari ad altre patologie (es. idrocefalo normoteso, cerebropatia vascolare, intossicazione da metalli pesanti) o vengono prodotti dall'utilizzo cronico di determinati farmaci.

La diagnosi differenziale tra malattia di Parkinson e Parkinsonismi è di notevole importanza per la definizione del percorso terapeutico più idoneo ad ogni patologia. Il percorso diagnostico prevede la valutazione dei sintomi motori e non motori, attraverso test farmacologici e clinici. Ove necessario, viene eseguita una valutazione specifica dei disturbi cognitivi e comportamentali, una valutazione dell'eloquio e la deglutizione. Per un inquadramento esaustivo, ai test clinici si associano esami strumentali, come la risonanza magnetica, l'elettroencefalogramma e lo studio del sistema vegetativo cardiovascolare. Per garantire una presa in carico globale di ciascun paziente, viene inoltre studiato lo stato di salute generale, attraverso esami di laboratorio ed elettrocardiogramma e vengono svolti gli approfondimenti necessari in merito ad eventuali patologie associate, avvalendosi anche della consulenza degli specialisti operanti nella struttura (Cardiologo, Fisiatra, Psichiatra, Nutrizionista).

Vengono inoltre analizzati lo **stato metabolico** e i principali markers di stress ossidativo, uno dei principali meccanismi implicati nell'evoluzione della malattia di Parkinson e dei Parkinsonismi. Le valutazioni effettuate permettono di instaurare una terapia personalizzata, adatta alle esigenze del singolo individuo.

TERAPIA

TRATTAMENTO DEI DISTURBI MOTORI

Il meccanismo che da origine alla comparsa dei sintomi della malattia di Parkinson è una ridotta produzione di una sostanza di fondamentale importanza per il corretto svolgimento dei movimenti e di molte funzioni del nostro organismo: la dopamina. La terapia della malattia di Parkinson si basa quindi sulla somministrazione di composti che possano rimpiazzare dall'esterno le scorte di dopamina (levodopa) che possano "mimare" l'effetto della dopamina a livello del sistema nervoso centrale (dopaminoagonisti).

In tutte le fasi di malattia si punta ad ottimizzare il regime terapeutico per ottenere il massimo beneficio e minimizzare gli effetti secondari. All'esordio della malattia la scelta del trattamento si basa sulla valutazione delle condizioni cliniche del paziente e del suo stato generale di salute. Possono essere utilizzati i dopaminoagonisti o la levodopa, a seconda della severità dei disturbi motori e non motori. Ambedue questi trattamenti possono causare effetti secondari, tra i quali il più comune è la nausea, relativamente frequente nei primi giorni o settimane di trattamento. In alternativa, si può optare per altri farmaci che possono alleviare i sintomi e sono solitamente ben tollerati, come la rasagilina e la selegilina. Nel corso degli anni comunque è sempre necessario utilizzare la levodopa anche nei pazienti che hanno iniziato il trattamento con altri farmaci. Dopo 5-6 anni dall'inizio della malattia, molti pazienti cominciano a presentare un effetto discontinuo della terapia sperimentando l'alternanza di momenti di benessere a momenti di rallentamento e difficoltà motoria (fluttuazioni motorie). In queste fasi di malattia vengono utilizzati farmaci che potenziano l'effetto della levodopa, come entacapone, tolcapone, rasagilina e selegilina. Talvolta, con il progressivo incremento della terapia, compaiono movimenti bizzarri del capo o degli arti, dovuti ad una stimolazione anomala ed eccessiva del sistema nervoso. Il corretto utilizzo di questi farmaci, in ogni fase di malattia, è fondamentale per ritardare ed alleviare questi disturbi. In presenza di disturbi non motori è fondamentale adottare le opportune misure terapeutiche.

TRATTAMENTO DEI DISTURBI NON MOTORI

Per disturbi non motori si intende una serie di sintomi che sono associati alla malattia di Parkinson, ma non riguardano la capacità di movimento. I più comuni sono la stitichezza, i disturbi del sonno, l'apatia, la riduzione dell'olfatto (iposmia), l'ipotensione. Alcuni possono comparire già nei primi anni di malattia, o addirittura precedere l'inizio dei disturbi motori, mentre altri, come i disturbi cognitivi, la sudorazione eccessiva, i disturbi della deglutizione e la perdita di saliva (scialorrea) sono più comuni nelle fasi avanzate di malattia.

I pazienti non sempre riferiscono spontaneamente i disturbi non motori, perchè non credono che facciano parte della malattia di Parkinson. Invece, individuare queste problematiche è di fondamentale importanza per l'impostazione di una terapia corretta. Infatti, alcuni disturbi non motori possono risentire positivamente dell'adeguamento del trattamento dopaminergico. Per esempio, i disturbi comportamentali, le allucinazioni e l'ipotensione possono essere indotti o peggiorati dal trattamento farmacologico e si attenuano con la sua riduzione. Altri sintomi, come la depressione, la fatica, il dolore possono migliorare con il potenziamento della terapia antiparkinsoniana. In altri casi è possibile ricorrere a trattamenti specifici efficaci, come midodrina e fludrocortisone per l'ipotensione, infiltrazioni intraparatoidi di tossina botulinica per la scialorrea, trattamenti specifici per i disturbi cognitivi e il dolore.

TRATTAMENTO DEI PARKINSONISMI ATIPICI

Nei parkinsonismi atipici, la risposta alle terapie dopaminergiche è meno evidente; l'uso della levodopa può comunque alleviare la sintomatologia. Raramente si utilizzano invece i dopaminoagonisti. Farmaci come entacapone o tolcapone vengono utilizzati sporadicamente, dato che raramente si osserva la comparsa di fluttuazioni motorie e discinesie. In queste patologie è frequente osservare disturbi non motori severi, che impongono anche una particolare cautela nell'utilizzo della terapia dopaminergica e spesso richiedono l'utilizzo di trattamenti specifici. Nei parkinsonismi secondari è necessario intraprendere interventi mirati ad affrontare la causa primaria che ha dato origine ai disturbi motori. Per esempio nel caso dei parkinsonismi associati a cerebropatia vascolare è necessario effettuare un controllo dei possibili fattori di rischio (monitoraggio e controllo dell'iperglicemia, delle dislipidemie, dell'ipertensione, delle aritmie e prescrizione di trattamento antiaggregante); nei parkinsonismi indotti da farmaci è opportuno sospendere il farmaco responsabile (nella maggior parte dei casi si tratta di farmaci che contrastano l'azione della dopamina utilizzati per patologie psichiatriche o anche per il trattamento delle vertigini e della nausea). L'idrocefalo normoteso può essere corretto attraverso un intervento neurochirurgico.