

PATOLOGIE 4

DIAGNOSI E TERAPIA DELLA DEMENZA

IDENTIFICARE LA DEMENZA

È necessario eseguire un iter diagnostico di fronte ad un paziente con decadimento cognitivo, al fine di confermare la diagnosi di demenza senile e di effettuare una valutazione multidimensionale del paziente.

La raccolta della *storia clinica* deve precedere qualsiasi altra indagine: attraverso l'anamnesi eseguita anche sui familiari, ed in particolare sul Caregiver, è possibile individuare i sintomi iniziali della malattia, la loro progressione nel tempo, le ricadute che la patologia comporta sul piano lavorativo, funzionale, comportamentale ed affettivo.

Alla raccolta anamnestica segue *l'esame obiettivo*, che potrà dare indicazioni sulla possibile etiologia della demenza e sulle patologie concomitanti. Ad esempio la positività dell'esame neurologico per segni focali ed una storia positiva per fattori di rischio, quali ipertensione, diabete, ecc., sono elementi che possono orientare la diagnosi verso una etiopatogenesi vascolare. La precoce comparsa di riflessi primitivi sarà indicativa di una demenza fronto-temporale, così come la presenza fin dall'esordio di segni extrapiramidali sarà indicativa di una demenza a corpi di Lewy. La individuazione delle patologie concomitanti è ovviamente della massima importanza per la gestione complessiva del malato.

All'anamnesi ed all'esame obiettivo deve seguire la esecuzione di *test specifici neuropsicologici*: il grado della compromissione cognitiva verrà valutato attraverso il Mini Mental State Examination (MMSE), lo stato depressivo attraverso la Geriatric Depression Scale (GDS) e la presenza di eventuali disordini comportamentali attraverso il Neuro Psychiatric Inventory (NPI).

Lo *stato funzionale* del paziente sarà studiato mediante la valutazione delle Basic Activities of Daily Living (BADL) e delle Instrumental ADL (IADL).

DEFINIRE L'EZIOLOGIA DELLA DEMENZA

Allo scopo di definire la etiologia della demenza è di notevole importanza l'esecuzione delle *indagini neuroradiologiche* (TAC, RMN), che possono evidenziare, di volta in volta, segni di atrofia corticale o sottocorticale, infarti corticali o lacunari, leucoaraiosi, idrocefalo normotensivo od altre patologie neurologiche.

La SPECT (Tomografia ad emissione di positroni) è una indagine complementare che dà indicazioni sulla distribuzione del flusso cerebrale e che può essere utile in particolare per diagnosticare precocemente la demenza fronto-temporale.

I comuni *esami di laboratorio*, il dosaggio degli ormoni tiroidei, della Vitamina B12 e dei folati, sono utili per escludere forme secondarie di demenza dovute a queste carenze ormonali o vitaminiche.

APPROCCIO AI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA

Riassumendo, gli step della valutazione clinica del soggetto con demenza contemplano una precisa diagnosi, in accordo con i criteri riconosciuti in campo internazionale dal DSM-IV, la sua tipizzazione, la stadiazione della sua gravità, la valutazione funzionale del soggetto e della frequente comorbilità.

A questo punto il medico potrà stabilire un programma individuale di terapia ed assistenza, tenendo conto dei principali bisogni del paziente e della famiglia.

CARATTERISTICHE DISTINTIVE TRA DEMENZA E PSEUDODEMENZA DEPRESSIVA

Prima di illustrare i provvedimenti terapeutici ed assistenziali che sono consigliati per la demenza senile, ci sembra opportuno accennare a due condizioni morbose che ricorrono frequentemente

nell'anziano e che devono essere poste in diagnosi differenziale con la demenza senile in fase iniziale.

La prima di esse è rappresentata dalla depressione che comporta sintomi e segni spesso simili a quelli di esordio della demenza di Alzheimer.

CARATTERISTICHE DISTINTIVE TRA DEMENZA E PSEUDODEMENZA DEPRESSIVA	
• Insorgenza insidiosa	• Insorgenza improvvisa
• Progressione lenta	• Progressione rapida
• Paziente non consapevole	• Paziente consapevole
• Confabulazioni	• Disturbi della memoria
• Il paziente sminuisce la disabilità	• Enfasi della disabilità
• Comportamento congruo all'entità del deficit	• Comportamento spesso incongruo all'entità del deficit
• Spesso mancanza di risposte	• Risposte globali (ad es: "non so")
• Peggioramenti notturni	• Non variazioni notturne
• Umore incongruo	• Umore depresso
• Scarsi sintomi vegetativi	• Frequenti sintomi vegetativi
• Precedenti psichiatrici non frequenti	• Precedenti psichiatrici

Ovviamente la diagnosi differenziale è importante sotto l'aspetto terapeutico.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE COL MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Un'altra condizione da porre in diagnosi differenziale è il Mild Cognitive Impairment (MCI), caratterizzato da un preminente deficit mnesico, ed altrimenti definito con il termine di Amnesia Senile Benigna.

Nella sezione relativa all'invecchiamento fisiologico abbiamo ricordato come con l'avanzare dell'età venga compromessa la memoria a breve termine. Questo deficit è isolato, non si estende alle altre sfere della cognitivtà e non compromette la vita di relazione del soggetto. In alcuni anziani tuttavia il disturbo della memoria è particolarmente intenso, tanto da far sospettare la demenza senile. In alcuni casi esso è stabile e non compromette altre funzioni cognitive, ma in un certo numero di soggetti esso può evolvere verso un quadro conclamato di demenza. La conversione in demenza raggiunge valori del 50% dopo 4 anni di follow-up.

I POSSIBILI OUTCOME NELLA CURA DELLA DEMENZA

Quali risultati è possibile perseguire nella cura della demenza?

E' opportuno fin d'ora precisare che l'attenzione del medico non deve essere rivolta, come abitualmente avviene, esclusivamente verso il *paziente*, ma deve tener conto anche delle esigenze del *Caregiver e della famiglia*.

L'obiettivo di raggiungere la guarigione è perseguibile in un numero estremamente limitato di casi, vale a dire nelle cosiddette forme reversibili, per esempio da lesioni endocraniche occupanti spazio o deficit endocrini. Nella grandissima maggioranza dei casi gli obiettivi sono meno ambiziosi e riguardano la possibilità di modificare lo stato naturale della malattia, di migliorare i sintomi, con ricadute sulla qualità della vita e sul funzionamento sociale del paziente.

Deve essere previsto anche un intervento sul Caregiver, tenendo conto delle conseguenze che esso può avere sulla salute fisica e mentale, in rapporto al gravoso impegno assistenziale.

PRINCIPALI ASPETTI NEL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE DEMENTE

Entrando nel dettaglio, l'intervento sarà mirato alla specifica patologia di fondo, sia attraverso trattamenti farmacologici e non farmacologici, sia attraverso la cura di patologie concorrenti che possono influenzare la sfera cognitiva. Inoltre bisogna prevenire le complicanze e instaurare una riabilitazione neuropsicologica e neuromotoria.

Importante è la ottimizzazione dello stato funzionale, anche in questo caso attraverso interventi di ordine specifico e di ordine generale.

Nei pazienti con disordini comportamentali si rende spesso necessaria una terapia sintomatica.

Oltre che curare è necessario anche prevenire possibili complicanze quali i rischi di cadute e smarrimento, la incontinenza urinaria e la malnutrizione. Da non trascurare infine il supporto alla famiglia, che consiste sia nella informazione sulla natura e sulla evoluzione della malattia sia nel sostegno assistenziale e psicologico.

TERAPIA FARMACOLOGICA

Nella terapia della malattia di Alzheimer sono stati impiegati numerosissimi principi terapeutici, quali ad esempio i farmaci anti-infiammatori, gli estrogeni, i colino-mimetici, gli anti-ossidanti, i calcio-antagonisti ed altri ancora. Nessuna di queste categorie farmacologiche ha fornito risultati apprezzabili o comunque documentati da studi controllati in doppio cieco contro placebo.

Gli unici farmaci che hanno dato qualche risultato positivo sono gli inibitori dell'acetil-colinesterasi (Donepezil, Rivastigmina e Galantamina). Il razionale del loro impiego si fonda sulla inibizione da essi esercitata sull'enzima che idrolizza la acetil-colina, vale a dire il neurotrasmettitore più specificamente carente nella malattia di Alzheimer. In tal modo la acetil-colina persiste più a lungo a livello del vallo sinaptico e può pertanto espletare le sue funzioni fisiologiche.

Va comunque segnalato che tali farmaci possono stabilizzare solo temporaneamente il quadro clinico in soggetti con demenza di grado lieve o moderato ed in una percentuale di casi che non supera il 50%.

Il sistema colinergico del cervello umano è prevalentemente localizzato in alcuni nuclei sottocorticali che proiettano sulle differenti regioni della corteccia.

TERAPIA NON FARMACOLOGICA

Incerti sono i risultati ottenibili anche attraverso varie terapie non farmacologiche, a cui tuttavia va ascritto il merito di stabilire un continuo rapporto tra paziente ed operatori con conseguenti ricadute positive sul tono dell'umore e sulla qualità della vita (terapia occupazionale, reality orientation therapy, terapie comportamentali, etc) .

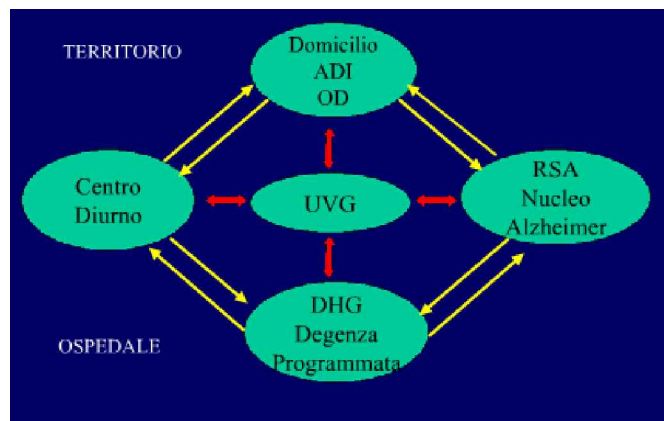
FATTORI FAVORENTI L'ISTITUZIONALIZZAZIONE DEL PAZIENTE DEMENTE

La malattia nel suo progressivo decorso finisce spesso per esaurire ogni possibilità gestionale nell'ambito familiare, per cui si rende necessaria la istituzionalizzazione del demente, cioè il suo ricovero permanente presso una struttura protetta.

I fattori che più frequentemente comportano questa dolorosa decisione sono costituiti da gravi disturbi comportamentali, non controllabili con terapia farmacologica, la perdita completa della autosufficienza o la comparsa di complicanze (ad esempio incontinenza urinaria e fecale) di difficile gestione. In molti casi la decisione deriva dallo scompensamento del Caregiver per motivi di ordine fisico o psicologico.

RETE INTEGRATA DEI SERVIZI PER IL PAZIENTE CON DEMENZA

Da quanto in precedenza esposto si evince l'importanza di una rete assistenziale di sostegno, che si deve basare sulla assistenza domiciliare, sui centri diurni e sulle residenze sanitarie.



INIBIZIONE DELLA PRECIPITAZIONE DI BETA-AMILOIDE

La ricerca su nuovi farmaci che possano prevenire, curare o rallentare il decorso della malattia di Alzheimer è molto attiva in tutti i paesi dell'occidente industrializzato.

Al momento attuale sono in corso di sperimentazione un vaccino ottenuto da un frammento della β -amiloide, farmaci inibitori delle secretasi, cioè degli enzimi responsabili della scissione della APP e sostanze in grado di inibire l'aggregazione della β -AP e la fosforilazione della proteina τ .

Si stanno inoltre analizzando i possibili effetti protettivi delle statine.

Non sono disponibili comunque al momento dati concreti circa i vantaggi ottenibili con queste terapie.