

I PROBLEMI NELLE FASI INIZIALI DELLA DEMENZA E I MODI PER AFFRONTARLI

Dr. Emiliano Petrò

Responsabile Unità Valutativa Alzheimer
Policlinico San Marco, Zingonia

Importanza della diagnosi precoce

- Esclude le cause reversibili del declino cognitivo
- Riduce l'ansia del paziente, della famiglia, del caregiver e li aiuta a gestire i mutamenti
- Evidenzia i problemi inerenti la sicurezza del paziente: guidare, camminare, cucinare
- Implementa una strategia di trattamento efficace
 - L'efficacia della terapia aumenta se iniziata precocemente
 - Evita trattamenti con farmaci inadeguati e modifica il trattamento di patologie concomitanti
- Facilita la pianificazione delle questioni finanziarie e legali mentre il paziente è ancora competente
- Può ritardare l'istituzionalizzazione

Primi segnali di allarme: quando sospettare la DA

Segnali di perdita della memoria

- Non ricorda date, stagione, conversazioni o avvenimenti recenti
- Ripete la stessa domanda; perde oggetti familiari (ad esempio le chiavi)

Problemi cognitivi/funzionali

- Può non riconoscere persone o cose familiari
- Ha problemi nel pagare le bollette, nel calcolare il resto o nell'effettuare altri compiti complessi (funzione esecutiva)
- Utilizza le parole in modo scorretto/ha problemi nell'esprimere i pensieri
- Ha problemi nella guida (si perde) o nell'utilizzo di utensili casalinghi

Primi segnali di allarme: quando sospettare la DA

Problemi relativi alla personalità/comportamento

- Più introverso, passivo o depresso del solito
- Atteggiamento irritabile, ostinato o paranoide
- Ansia o agitazione insolita
- Razionalizzazione o rifiuto dei problemi

Avvenimento specifico

- Vacanze rovinate
- Trascuratezza nei comportamenti consolidati
- Comportamento fuori luogo o inadeguato

Processo diagnostico: la storia del paziente

Storia generale

- Qual è la storia familiare del paziente? Patologie fisiche, ictus, trauma cranico?
- Il paziente è in trattamento con farmaci? Per quale motivo?

Sintomi cognitivi

- Com'è la memoria del paziente? Quando sono cominciati i problemi?
- Per quanto tempo sono continuati? Insorgenza improvvisa o graduale?
- Hanno coinciso con qualche altra patologia medica?
- La situazione sta peggiorando, è variabile o sta migliorando?
- Se questo è il caso, con quale velocità? Graduale o continua?

Processo diagnostico: la storia del paziente

Sintomi funzionali

- Ci sono stati problemi nello svolgimento delle attività quotidiane? (ad esempio, rapporti con la banca, guida, utilizzo di utensili domestici)

Sintomi comportamentali

- Si sono riscontrati evidenti cambiamenti della personalità? Variazioni dell'umore?
- Il paziente si è sentito depresso, introverso, sospettoso, ha avuto voglia di piangere?
- Il paziente è mai stato depresso? Ha avuto problemi di abuso d'alcol?
- Qualcuno nella famiglia è mai stato depresso? Ha mai avuto problemi con l'alcol?

Cosa verificare all'esame obiettivo

- Stato nutrizionale
- Deficit dell'udito o della vista
- Valutazione di eventuali patologie cardiovascolari
- Segni di alcolismo, disturbi endocrini, abuso di farmaci
- Segni neurologici focali: indebolimento, alterazioni sensoriali, afasia
- Movimento e marcia: parkinsonismo, atassia della marcia, mioclono
- Segni di abuso fisico

Iter diagnostico

- **Esami di routine**
 - Anamnesi e obiettività generale e neurologica
 - Indagini di laboratorio
 - Emocromo, elettroliti, calcio, glucosio, funzionalità epatica e renale, vitamina B12 e folati, sierologia per la lue, funzione tiroidea.
- **Indagini mirate**
 - Test neuropsicologici (test di screening, batteria estesa), valutazione psicocomportamentale, valutazione dello stato funzionale
 - Neuroimaging
 - Puntura lombare
- **Indagini specifiche**
 - PET o SPECT
 - Test genetici (genotipizzazione APOE, mutazioni APP e preseniline)

Diagnosi differenziale

- Quali altre patologie devono essere prese in considerazione nella diagnosi differenziale di pazienti che presentano problemi cognitivi e/o funzionali?

Altre cause di demenza apparente da considerare

- Depressione
- Delirium
- Tumori cerebrali
- Ematoma subdurale
- Demenze vascolari
- Patologie infiammatorie
- Infezioni
- Demenze tossico-metaboliche
- Reazioni avverse da farmaci, sovradosaggi, interazioni farmacologiche.
- Perdita dell'udito

Identificare la condizione di transizione tra normalità e demenza conclamata: **MILD COGNITIVE IMPAIRMENT**

Utilizzo per la diagnosi differenziale di marcatori biologici e neuroimmagini funzionali

Criteria diagnostici e relativi strumenti per Mild Cognitive Impairment (MCI)

Criteria diagnostici *(Petersen et al., 1999)*

- **disturbo di memoria**

(riferito dal soggetto, da un familiare o dal medico curante)

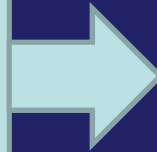
- **presenza di tutte le seguenti caratteristiche:**

- assenza di impatto funzionale
- test cognitivi globali normali per l'età
- test di memoria anormali per l'età
- assenza di demenza

Tipo di MCI

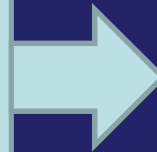
Possibile evoluzione

aMCI
amnesico



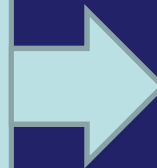
Malattia di Alzheimer

mdMCI
*Lieve compromissione di più
funzioni cognitive*



Malattia di Alzheimer,
Demenza vascolare

snmMCI
*Lieve compromissione di una
sola funzione cognitiva non
mnesica*



Demenza fronto-temporale, a
corpi di Lewy, vascolare,
afasia, progressiva
primaria, Parkinson-
demenza, demenza di Alzheimer

Demenze reversibili

- **Tossiche**
 - Farmaci
 - Alcool
- **Dismetaboliche**
- **Carenziali**
- **Malattie sistemiche**
 - Insufficienza respiratoria
 - Insufficienza renale
- **Depressione**
- **Prevedibili per storia di cefalea o crisi convulsive**
 - Neoplasie
 - Ematomi
 - Meningiti croniche
- **Prevedibili per storia di incontinenza o disturbi dell'equilibrio**
 - Idrocefalo normoteso

Differenziazione della demenza vascolare dalla DA

Demenza vascolare		AD
<ul style="list-style-type: none"> • Improvvisa o progressiva; può essere correlata all'ictus 	Insorgenza	<ul style="list-style-type: none"> ■ Graduale
<ul style="list-style-type: none"> • Graduale: improvviso declino cognitivo, fluttuazioni 	Progressione	<ul style="list-style-type: none"> ■ Declino cognitivo/funzionale graduale
<ul style="list-style-type: none"> • Deficit focali comprovati, lesioni riscontrate attraverso neuroimaging 	Risultati Neurologici	<ul style="list-style-type: none"> ■ Subdoli: i segni possono non essere rilevati
<ul style="list-style-type: none"> • Uno o più infarti nelle aree che influiscono sulla cognizione 	Neuroimaging	<ul style="list-style-type: none"> ■ Può sembrare normale: eventuale atrofia ippocampale
<ul style="list-style-type: none"> • Precocemente compromessa 	Marcia	<ul style="list-style-type: none"> ■ Usualmente normale (precoce)
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesi di attacchi ischemici transitori, ictus remoti o fattori di rischio vascolare 	Anamnesi CV	<ul style="list-style-type: none"> ■ Meno comune (ad eccezione della demenza mista)

DELIRIUM

Quadro clinico caratterizzato da un disturbo dello stato di coscienza ad esordio acuto, andamento fluttuante nel corso della giornata ed alterazioni delle funzioni cognitive. Altro elemento caratterizzante è l'estrema eterogeneità del quadro clinico: a volte prevale ansia, irritabilità ed aggressività; altre volte apatia e letargia; in una percentuale significativa di casi momenti di agitazione si alternano con ipoattività.

La demenza rappresenta un importante fattore di rischio di delirium per quanto quest'ultimo rappresenta spesso l'elemento che slatentizza un deterioramento cognitivo silente o misconosciuto.

Differenziazione del delirium dalla DA

Delirium		AD
<ul style="list-style-type: none">• Improvvisa (eventuale data precisa): da giorni a settimane	Insorgenza	<ul style="list-style-type: none">• Graduale: da mesi ad anni
<ul style="list-style-type: none">• Usualmente sì	Reversibile?	<ul style="list-style-type: none">• Generalmente no: declino progressivo
<ul style="list-style-type: none">• Precoce e pronunciato	Disorientamento	<ul style="list-style-type: none">• Si verifica tardi nella malattia (da mesi ad anni)
<ul style="list-style-type: none">• Obnubilata, variabile	Coscienza	<ul style="list-style-type: none">• Usualmente non compromessa
<ul style="list-style-type: none">• Straordinariamente breve	Intervallo di attenzione	<ul style="list-style-type: none">• Non particolarmente ridotto
<ul style="list-style-type: none">• Straordinariamente iperattivo o ipoattivo	Variazioni psicomotorie	<ul style="list-style-type: none">• Si verificano tardi

Depressione in corso di demenza

- Incrementa la disabilità
- Appesantisce il carico dei *caregivers*
- Incrementa le probabilità di inserimento in istituzioni
- Incrementa la mortalità

Differenziazione della depressione dalla DA

Depressione

- Rapida: durata relativamente breve (da settimane a mesi)
- Demoralizzato o depresso (a volte con ansia, insonnia, idee di suicidio)
- Resistente ai test o con risposte del tipo “non so”
- A breve o a lungo termine
- Compromissione della concentrazione
- Scarsa
- il paziente o i familiari possono avere un’anamnesi psichiatrica

Insorgenza

Umore

Funzione intellettuale

Perdita della memoria

Sintomo associato

Auto-percezione

Anamnesi familiare

AD

- Graduale: durata lunga (da mesi ad anni)
- Da apatico a irritabile (in primo luogo si verifica la perdita della memoria)
- Risposte approssimative, è sicuro di sé
- Molto deteriorata recentemente
- Deterioramento dell’orientamento
- Normale
- Usuale anamnesi di demenza

Pseudodemenza

Quadro clinico di deterioramento cognitivo, potenzialmente reversibile, sostenuto da un disturbo depressivo maggiore (o più raramente da altri disturbi psichiatrici) spesso “mascherato” da reperti clinici tipici del morbo di Alzheimer

Decorso clinico e anamnesi

Pseudodemenza

- Familiari sempre consapevoli della disfunzione e della sua gravità
- Esordio datato con precisione
- Sintomi di breve durata prima della richiesta di aiuto medico
- Rapida progressione dei sintomi
- Frequente anamnesi psichiatrica positiva

Demenza

- Familiari spesso inconsapevoli
- Esordio imprecisato (solo entro larghi limiti)
- Sintomi di lunga durata prima della richiesta di aiuto medico
- Lenta progressione dei sintomi
- Infrequente anamnesi psichiatrica positiva

Demenza vs pseudodemenza depressiva

Pseudodemenza

- I sintomi depressivi compaiono per primi
- L'umore è sempre disforico
- Paziente non cooperativo
- Mancano i disturbi fasici e prassici
- Vi è sempre anedonia
- I sintomi cognitivi rispondono agli antidepressivi

Demenza

- I sintomi cognitivi compaiono per primi
- L'umore è labile
- Paziente cooperativo ma con performance ridotta
- Presenti i disturbi fasici e prassici
- Non vi è anedonia
- I sintomi cognitivi non rispondono agli antidepressivi