

Patologie del sistema nervoso

Le malattie che interessano il sistema nervoso acquistano sempre più importanza con l'invecchiamento progressivo della popolazione. Sono una delle cause più frequenti di disabilità e richiedono notevoli risorse anche organizzative per la necessità e i problemi assistenziali che esse richiedono. In passato erano più importanti gli eventi neurologici acuti, attualmente invece sono sempre più diffuse le malattie di tipo degenerativo. Alcune di queste malattie hanno un inizio molto insidioso, con sintomi molto sfumati che possono far ritardare la diagnosi. È quindi molto importante l'osservazione continua ed attenta da parte degli addetti all'assistenza per poter intervenire precocemente. Tra i sintomi principali da ricercare ricordo: alterazioni dello stato di coscienza, deficit delle funzioni cognitive superiori (orientamento spazio-temporale, memoria, calcolo, critica e giudizio, lettura e scrittura, affettività), cefalea, riduzione della vista e dell'udito, vertigini, instabilità, difficoltà del linguaggio e della deglutizione, riduzione della forza muscolare degli arti, intorpidimento e parestesie agli arti, insufficiente controllo sfinterico vescicale e rettale.

Malattie cerebrovascolari

Le patologie cerebrovascolari sono una delle cause più frequenti di invalidità. Qualora i sintomi neurologici appena descritti comparissero improvvisamente, è indispensabile pensare alla possibilità di un evento vascolare acuto. Ricordo che l'ictus (stroke) è in Italia la terza causa di morte.

L'ictus è un evento acuto caratterizzato dal manifestarsi di un deficit neurologico, che si sviluppa nel corso di alcuni minuti o poche ore, causato da un'alterazione della vascolarizzazione cerebrale, più frequentemente di tipo ischemico (riduzione del flusso del sangue), meno frequentemente emorragico. Come nelle malattie vascolari anche in quelle cerebro vascolari di tipo ischemico sono conosciuti fattori di rischio, cioè situazioni che aumentano la probabilità di ammalare, evitando i quali è possibile prevenire la malattia. I fattori di rischio principali sono: il fumo di sigaretta, l'ipercolesterolemia, il diabete, l'ipertensione e l'obesità. Le emorragie cerebrali invece sono dovute principalmente a crisi ipertensive e/o a malformazioni vascolari congenite (es. aneurismi). Mentre in passato una diagnosi differenziale di un evento

neurologico acuto era difficile, attualmente con l'uso diffuso della TAC e della RMN è diventata abbastanza agevole. È comunque essenziale un intervento il più precoce possibile, anche per ridurre le sequele croniche dell'evento acuto.

Spesso l'ictus ischemico è preceduto dagli stessi sintomi neurologici dall'evento acuto, ma di breve durata (da pochi minuti ad alcune ore, massimo 24) e che si risolvono senza sequele, chiamati *attacchi ischemici transitori (TIA)*. È importante cogliere e segnalare con attenzione questi sintomi, per poter identificare i pazienti che potrebbero a breve incorrere in un ictus, in modo di prevenirlo con gli opportuni interventi terapeutici.

Malattia di Alzheimer e altre forme di demenza

Tra le patologie che stanno diventando sempre più frequenti sono molto importanti quelle che portano ad interessamento delle funzioni superiori, in particolare le demenze.

La demenza consiste in una compromissione delle funzioni corticali superiori, caratterizzata da un deterioramento, persistente e progressivo, delle capacità intellettive, compresa la memoria, del comportamento e della personalità. Il paziente perde sempre più l'efficienza nella gestione della propria autonomia, della vita di relazione sociale e del ruolo lavorativo. È importante ricordare che il deterioramento intellettivo e delle capacità pratiche può rappresentare anche una delle caratteristiche iniziali dei disturbi psichici, in particolare della depressione. Sebbene per le cause di demenza più diffuse non ci siano attualmente terapie efficaci, esistono alcune forme di demenza secondarie ad altre malattie (come malattie ormonali, infezioni, traumi, intossicazioni, stati carenziali, ecc.) che sono potenzialmente curabili. Bisogna inoltre tener presente che molti farmaci (in particolare ipnotici, tranquillanti, neurolettici) possono favorire o aggravare sintomi simili a quelli della demenza. È indispensabile quindi per tutte le forme di demenza una precisa e tempestiva diagnosi. La demenza colpisce dal 6 al 10% della popolazione sopra i 65 anni e circa il 20-25% dopo gli 85. L'operatore, a contatto continuo con il paziente, ha un compito importante nel cogliere e riferire sintomi precoci, e quindi anche sfumati e dubbi, che possano far pensare ad una possibile demenza o ad un suo eventuale aggravamento. Il sintomo iniziale più frequente è la perdita di memoria recente. Il paziente dimentica i nomi, i numeri di telefono, gli eventi della giornata, gli appuntamenti. Possono comparire anche perdita d'interesse, modifiche della personalità, disturbi del sonno. Meno frequenti all'inizio sono i disturbi del linguaggio e la difficoltà ad eseguire i ge-

sti necessari nella vita quotidiana, oppure deficit della funzione sfinterica, vescicale ed anale. Con il progredire della malattia tutti questi sintomi poi possono comparire ed aggravarsi. Nei primi stadi della malattia, quando il paziente ha ancora una certa consapevolezza del deterioramento delle sue facoltà, sono frequenti reazioni d'ansia o di depressione marcata, quindi all'inizio è spesso difficile fare una diagnosi differenziale fra depressione e demenza. Il quadro clinico, in caso di demenza, è progressivo, con peggioramento generalizzato di tutti i sintomi, fino a un quadro di decadimento mentale e fisico impressionante.

È importante però rilevare che una corretta assistenza socio-sanitaria e riabilitativa è in grado di rallentare il decorso della malattia. Circa il 15% dei casi di demenza è dovuta alla presenza nell'encefalo di molteplici infarti dovuti all'ostruzione di vasi cerebrali di piccolo o medio calibro: *demenza multinfartuale o vascolare*. Il quadro clinico è quello di una demenza che peggiora a gradini, non in modo progressivo. Anche l'esordio può essere brusco. A differenza della demenza degenerativa, per la quale non esiste nessuna possibilità di prevenzione, per quella multinfartuale sono conosciuti quei fattori di rischio ricordati in precedenza.

La malattia di Alzheimer è la causa più frequente di demenza, circa il 60% di tutte le forme di demenza. È caratterizzata dalla morte progressiva e irreversibile delle cellule cerebrali (neuroni). La causa della malattia non è ancora conosciuta. Esistono rare forme (meno del 10% del totale) di ricorrenza familiare. È molto rara prima dei 60 anni, anche se vi sono alcuni casi ad insorgenza precoce, anche prima dei 50 anni. In questi casi di solito il decorso è molto più veloce. La frequenza di questa malattia aumenta con l'età. Non esiste nessun esame specifico per l'Alzheimer, anche se il rilievo all'esame TAC di una diffusa atrofia cerebrale e l'esclusione di altre forme di demenza trattabili lasciano di solito pochi dubbi circa la diagnosi. I sintomi di esordio sono molto variabili e sono quelli tipici della demenza. Il quadro clinico lentamente e progressivamente peggiora fino a un completo disorientamento, incapacità di deambulare autonomamente, incontinenza sfinterica, perdita di peso, incapacità a parlare; può comparire irrequietezza e aggressività. Il paziente diventa totalmente dipendente dagli altri per tutte le attività di vita quotidiana. Il decorso della malattia di Alzheimer è molto variabile, oscillando sopravvivenza media tra i 5 e i 10 anni.

Non esistono attualmente farmaci efficaci per la guarigione; alcuni nuovi farmaci entrati da poco nell'uso clinico sembra che possano dare un rallentamento dell'evoluzione della malattia. È ormai dimostrata un'importante efficacia in tale senso invece da parte di un'assistenza

precisa, personalizzata e verificata costantemente. È importante anche il coinvolgimento convinto e informato della famiglia e una rivalutazione periodica clinica e funzionale per monitorare la progressione della malattia, lo stato di salute globale, le eventuali patologie associate, la possibilità di interventi riabilitativi.

Morbo di Parkinson

È una malattia abbastanza frequente. L'età media di insorgenza è sui 50 anni. Colpisce circa 1 individuo adulto su 1000 e 1 su 200 dopo i 65 anni. Non si conosce la causa, un ruolo forse importante può essere esercitato da alcuni fattori tossici ambientali e da una certa suscettibilità genetica. L'alterazione anatomica è una perdita di neuroni in una zona particolare dell'encefalo (substanza nigra). In queste zone del cervello viene prodotto un particolare neurotrasmettitore chiamato dopamina, che quindi risulta molto ridotta. Questa zona del cervello coordina l'attività motoria del nostro organismo.

I sintomi compaiono sempre inizialmente da un solo lato, rimanendo più gravi in detta sede per tutta la durata della malattia. Il tremore è il sintomo iniziale più frequente. Altri sintomi frequenti sono: la difficoltà ad iniziare tutti i movimenti volontari e povertà dei movimenti (acinesia), che portano andatura lenta e a piccoli passi, difficoltà di arresto della marcia, difficoltà a vestirsi e a scrivere, volto amimico, difficoltà alla parola e abbondante salivazione (scialorrea), rigidità degli arti, posture anomale in flessione (ricurve). Questa difficoltà al controllo posturale favorisce frequenti cadute sia nella stazione eretta che nel corso della marcia. È stata rilevata un'aumentata incidenza di demenza e depressione tra i pazienti con morbo di Parkinson.

Il decorso della malattia è molto variabile. A differenza dell'Alzheimer però la qualità della sopravvivenza è stata indubbiamente migliorata in modo significativo dai farmaci, anche se la risposta alla terapia è molto diversa da paziente a paziente. I farmaci più usati sono la levodopa (che supplisce alla carenza della dopamina), un inibitore dell'enzima metabolizzante lo stesso farmaco, i farmaci anticolinergici (controindicati in casi di glaucoma e ipertrofia prostatica). Sono sperimentate anche nuove terapie come la chirurgia stereotassica o l'impianto di cellule fetali. È consigliabile una riduzione dell'apporto dietetico di proteine e che il paziente si mantenga attivo. Questi pazienti vanno incontro spesso a cadute, per cui possono richiedere aiuto nella deambulazione, in particolare negli orari in cui si riduce l'effetto del farmaco.

Altre patologie del movimento

Diventano sempre più frequenti patologie che portano ad interessamento della motilità. Le cause sono molteplici: vascolari, degenerative, infiammatorie, carenziali, neoplastiche e post-traumatiche. Tra le forme degenerative ricordo la *la sclerosi multipla o a placche*. Si tratta di una malattia caratterizzata dalla comparsa in molte regioni del cervello e del midollo spinale di aree in cui si ha perdita della mielina che riveste le fibre nervose (placche di demielinizzazione). Compare tra i 20 e i 40 anni e ha un decorso estremamente vario, anche con lunghi periodi di remissione oppure con un decorso cronicamente progressivo. Tuttavia si accumula con il decorrere della malattia un sempre maggior numero di alterazioni neurologiche. La causa della malattia è sconosciuta anche se ormai è prevalente l'ipotesi di considerarla come una malattia immune. La durata media della vita è di circa 20 anni dal momento della diagnosi e con il peggioramento della malattia viene sempre meno l'autonomia del paziente, per cui viene richiesta un'assistenza sempre più intensa.

In Italia circa 5000 persone muoiono ogni anno a causa di un trauma cranico e in molte di quelle che sopravvivono residuano esiti invalidanti. Gli incidenti stradali sono la causa più frequente di questi traumi e anche l'assunzione di alcool è spesso implicata. Le fratture del cranio si verificano solo in un limitato numero di casi, ma l'assenza di lesioni ossee non implica un trauma necessariamente più lieve. La persistenza di deficit neurologici è la regola dopo un grave trauma cranico. Possono comparire emiparesi (alterazione della motilità di metà corpo) o perfino tetraparesi (deficit della motilità di tutti e quattro gli arti), riduzione del campo visivo, difficoltà nel linguaggio. Si può sviluppare a distanza di tempo anche l'epilessia. È evidente la necessità di un intervento riabilitativo. Postumi persistenti possono essere anche la conseguenza di un ictus sia di origine emorragica che più frequentemente ischemica. Il deficit più comune è un'emiparesi controlaterale, che colpisce cioè metà la metà del corpo opposta alla sede della lesione. Possono essere presenti però quadri più o meno gravi o localizzazioni diverse in base alla zona del cervello colpita dall'ictus. Fondamentale dopo un ictus, indipendentemente dalla causa di questo la riabilitazione fisica e la riduzione dei fattori di rischio eventualmente presenti.