

3. agosto

Sei conoscenze imprescindibili sul morbo di Parkinson

I'm no more demented than I was before.

Alan Alda

Quando ha comunicato sul suo sito di avere
il morbo di Parkinson



Per due secoli, il **morbo di Parkinson** è stato diagnosticato clinicamente sulla base della caratteristica sindrome motoria della bradicinesia accompagnata da tremore a riposo, rigidità e compromissione del riflesso posturale, tutti in gran parte il risultato di una disfunzione dopaminergica nel sistema nigrostriatale.

Postuma RB et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. Mov Disord. 2015 Oct;30(12):1591-601.

I progressi nella comprensione della malattia suggeriscono che una definizione biologica potrebbe essere possibile, ma rimangono molte domande.

Sebbene la sindrome motoria del parkinsonismo attribuibile alla perdita di neuroni dopaminergici rimanga la pietra angolare della diagnosi, il morbo di Parkinson è un disturbo neurologico multisistemico.

I sintomi non motori includono *disturbi del sonno, deterioramento cognitivo, alterazione dell'umore e dell'affettività, disfunzione autonoma (stitichezza, disturbi urogenitali e ipotensione ortostatica) e sintomi sensoriali (iposmia e dolore).*

I sintomi non motori, in particolare iposmia e disturbo comportamentale del sonno REM (rapid eye movement), caratterizzato dalla perdita dell'atonia normale durante il sonno REM e da movimenti degli arti che simulano la corsa o il dimenarsi, spesso precedono di molti anni l'insorgenza dei sintomi motori, il che suggerisce che tali sintomi potrebbero essere prodromici. Il peso dei sintomi progredisce, contribuendo ad aumentare la disabilità e il declino funzionale.



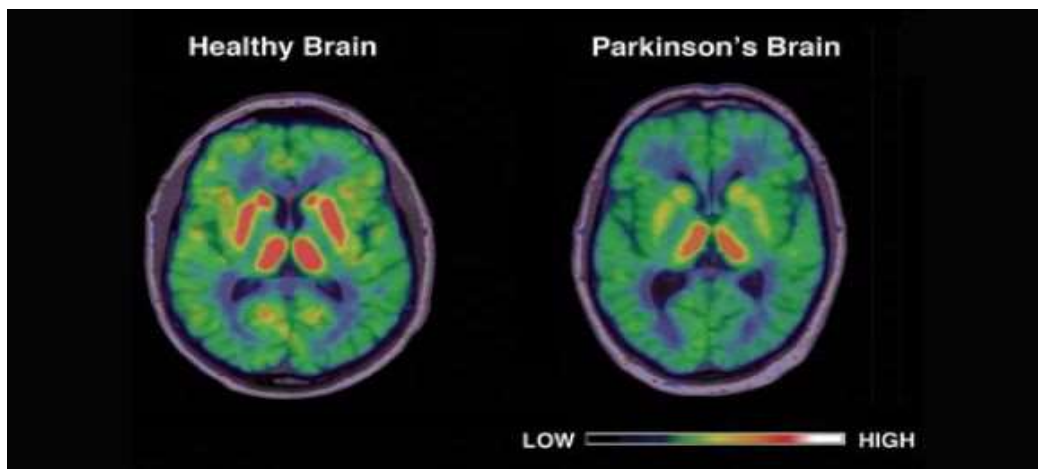
International Parkinson and
Movement Disorder Society

L' **International Parkinson and Movement Disorder Society** ha pubblicato criteri diagnostici clinici per il morbo di Parkinson e 3 criteri diagnostici di ricerca per il morbo di Parkinson prodromico.

Postuma RB et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. Mov Disord. 2015 Oct;30(12):1591-601.

Questi criteri si basano su caratteristiche cliniche e sono integrati da speciali tecniche di imaging. Sebbene nessuna tecnica di imaging possa confermare la diagnosi del morbo di Parkinson, la

visualizzazione del sistema dopaminergico striatale (principalmente con l'uso della tomografia computerizzata a emissione di fotone singolo con ^{123}I -ioflupane [SPECT] o della tomografia a emissione di positroni con fluorodopa marcata con ^{18}F) può distinguere tra il morbo di Parkinson e disturbi come il tremore essenziale.

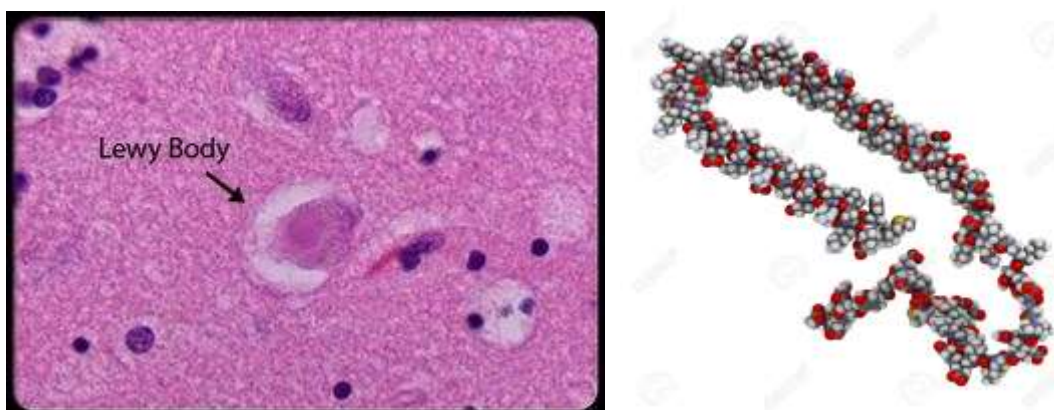


La sensibilità e la specificità dell'imaging SPECT con ^{123}I -ioflupane sono pari al 90% o superiori e una revisione sistematica ha dimostrato che l'uso di queste tecniche ha portato a cambiamenti nella diagnosi nel 31% dei partecipanti allo studio e a cambiamenti nella gestione nel 54%.

Bega D et al. A. Clinical utility of DaTscan in patients with suspected Parkinsonian syndrome: a systematic review and meta-analysis. NPJ Parkinsons Dis. 2021 May 24;7(1):43.

La risonanza magnetica per immagini (RMI) del cervello può identificare cambiamenti nei gangli della base o nelle strutture infratentoriali che sono caratteristici di altri disturbi neurodegenerativi che coinvolgono il parkinsonismo ma distinti dal morbo di Parkinson, come la paralisi sopranucleare progressiva e l'atrofia multisistemica. Si stanno inoltre esplorando progressi nelle tecniche di risonanza magnetica allo scopo di perfezionare la diagnosi del morbo di Parkinson e distinguerlo da altri disturbi del movimento. ¹⁵

Maiti B Imaging in Movement Disorders. Continuum (Minneapolis Minn). 2023 Feb 1;29(1):194-218.



All'autopsia, l'accumulo intraneuronale di proteina α -sinucleina mal ripiegata (corpi di Lewy e neuriti di Lewy, collettivamente denominati "patologia di Lewy") è presente fino al 90% dei casi clinicamente definiti di malattia di Parkinson, colpendo selettivamente i nuclei del tronco encefalico (nucleo motore dorsale del vago, locus coeruleus e substantia nigra), la regione

autonoma periferica (plesso mienterico, gangli simpatici e sistema nervoso autonomo cutaneo) e le regioni limbica e neocorticale.

Dickson DW et al. Neuropathological assessment of Parkinson's disease: refining the diagnostic criteria. Lancet Neurol. 2009 Dec;8(12):1150-7.

La perdita di neuroni pigmentati, in particolare neuroni della substantia nigra che producono dopamina, è considerata un'altra caratteristica altamente caratteristica della malattia. Sebbene i criteri diagnostici clinici rimangano utili, presentano dei limiti. In una coorte, la concordanza tra la diagnosi clinica e i risultati dell'autopsia era solo del 28% al momento della diagnosi iniziale, ma è aumentata all'89% con una lunga durata della malattia. L'accordo tra i risultati diagnostici e quelli post-mortem è più probabile quando la diagnosi viene fatta da esperti di disturbi del movimento.



1

Il morbo di Parkinson è una malattia progressiva che si manifesta in età avanzata, definita clinicamente da caratteristiche motorie (bradicinesia asimmetrica, rigidità, tremore e squilibrio) e patologicamente da degenerazione neuronale e α -sinucleina intraneuronale anomala ripiegata (corpi di Lewy) in regioni specifiche del sistema nervoso centrale e periferico, compresi i neuroni dopaminergici del tronco encefalico.

2

Sono comuni disturbi dell'umore, del sonno, della sensibilità, della cognizione e delle funzioni autonome, che spesso precedono di anni i segni motori (morbo di Parkinson prodromico) e aumentano con la durata della malattia.

3

Le varianti genetiche sono causali in circa il 20% dei casi. I fattori di rischio non genetici che aumentano il rischio (sostanze tossiche e lesioni alla testa), più piccoli contributi di varianti comuni, probabilmente causano la maggior parte dei casi. L'esercizio fisico può ridurre il rischio.

4

Nessuna terapia ha dimostrato di rallentare la progressione. Le terapie dopaminergiche migliorano la funzione motoria, ma la perdita di efficacia e gli effetti collaterali sono comuni. La chirurgia di stimolazione cerebrale profonda è efficace per le fluttuazioni motorie.

5

I sintomi non motori causano una morbidità sostanziale, ma le prove per il trattamento sono scarse. I farmaci off-label sono comunemente usati. Un'assistenza multidisciplinare completa è utile.

6

La ricerca sui biomarcatori suggerisce che è possibile una definizione biologica del morbo di Parkinson.

C'è di più nella vita



che fissare il piccolo schermo di un smartphone...

Depressione e ansia sono comuni negli adolescenti e sono aumentate nell'ultimo decennio. Durante quel periodo l'uso degli smartphone è diventato onnipresente. Questa settimana due studi hanno collegato **"l'uso problematico degli smartphone"** tra gli adolescenti a un aumento dei sintomi di ansia, depressione e insonnia.

Ma è un problema reale?

I ricercatori di entrambi gli studi hanno definito l'uso dello smartphone come "problematico" se comporta che qualcuno perda il senso del controllo sull'uso, sia preoccupato per il proprio dispositivo a scapito di attività significative e si senta angosciato quando non può usarlo.

L'uso problematico dello smartphone" non è riconosciuto come una condizione diagnosticabile dalla Organizzazione mondiale della sanità e dai centri per il controllo e la prevenzione delle malattie o dai servizi sanitari che operano nei sistemi sanitari nazionali. I due lavori hanno trovato un'associazione solo per alcune condizioni. Ciò significa che sono necessarie ulteriori ricerche per accertare se l'uso degli smartphone possa causare tali problemi di salute,



afferma **Nicola Jane Kalk** del *King's College di Londra*, che è stata coinvolta in entrambi gli studi. In particolare è significativo lo studio di coorte con metodi misti sull'uso problematico degli smartphone e la relazione con ansia, depressione e sonno negli studenti di età compresa tra 13 e 16 anni nel Regno Unito. L'obiettivo dello studio era valutare l'associazione tra l'uso problematico dello smartphone (PSU) e l'ansia.

Nel dettaglio

Utilizzando un disegno di studio di coorte prospettico con metodi misti, i ragazzi di età compresa tra 13 e 16 anni di due scuole sono stati arruolati in merito al loro uso dello smartphone, all'umore e al sonno tramite un questionario semi-strutturato all'inizio e alla settimana 4. L'esito primario era rappresentato dai sintomi di ansia (GAD-7) e l'esposizione era PSU (Smartphone Addiction Scale versione breve). È stata adattata una regressione lineare per valutare il cambiamento nell'ansia. È stata condotta un'analisi tematica delle risposte di testo libero.



Risultati

Di quelli con PSU, il **44,4%** ha mostrato **sintomi di ansia da moderata a grave**, rispetto al **26,4%** di quelli senza PSU.

C'era un'associazione lineare tra il cambiamento nei sintomi di ansia e PSU $\beta=0,18$ (95%CI 0,04-0,32; $p=0,013$).

Sono stati trovati diversi temi: effetti sia positivi che negativi degli smartphone sulle relazioni; effetti negativi sul rendimento scolastico e sulla produttività; effetti misti sull'umore; desiderio di ridurre la quantità di tempo trascorso sugli smartphone.

Conclusioni

Aumento di ansia, depressione e incapacità di dormire sono stati osservati nei partecipanti man mano che il **loro punteggio PSU aumentava nel tempo**. I partecipanti hanno segnalato effetti sia positivi che negativi degli smartphone e quasi tutti hanno utilizzato strategie per ridurre l'uso.

Implicazioni cliniche

È necessario sviluppare e valutare interventi per coloro che cercano supporto.

Carter B et al BMJ Ment Health. 2024 Jul 31;27(1):e301115.

SEXSEXSEXSESEXINTERSEXSEXSEXSEXSEXSEX



**Il sesso è una delle nove ragioni per la reincarnazione:
le altre otto non sono importanti**

Henry Miller

Il sesso è il più grande niente di tutti i tempi

Andy Warhol

La bisessualità raddoppia immediatamente le tue chances al sabato sera.

Woody Allen