

# Inquadramento diagnostico della malattia di Parkinson nel setting della medicina generale

**Dr. Marilena Capriotti**

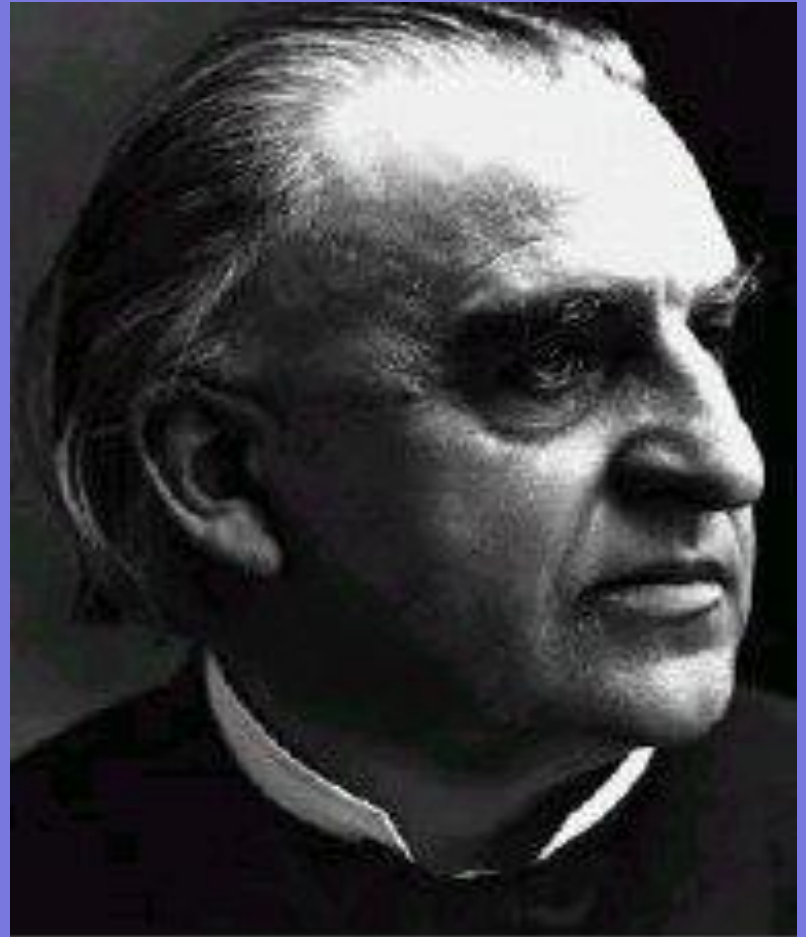
# Un po' di storia...

- Descritta per la 1° volta da James Parkinson in un libro intitolato **Trattato sulla paralisi agitante** pubblicato nel 1817



# Un po' di storia...

- Jean Martin Charcot ne individuò le caratteristiche cliniche nel 1872-1873



# Un po' di storia...

- Konstantin Tretiakoff ha scoperto le alterazioni anatomopatologiche della sostanza nera nel 1919



# Malattia di Parkinson

Malattia del SNC a decorso cronico progressivo

- **Non è coinvolto solo il sistema extrapiramidale!**
- Alterazioni degenerative della zona compatta, della sostanza nera del mesencefalo e di altri nuclei pigmentati del tronco (locus coeruleus, n. motore dorsale del vago)
- Inclusioni intracellulari (corpi di Lewy) nei neuroni residui: → *marcatore neuropatologico del processo degenerativo*

# Malattia di Parkinson

Malattia del SNC a decorso cronico progressivo

- Distruzione dei neuroni nigrostriatali (putamen, n.caudato) → riduzione dopamina  
→ *disturbi della motilità*
- Compromissione neuroni del tronco, ipotalamo, bulbo olfattorio, corteccia, sistema autonomico  
→ *disturbi di postura, endocrini, cognitivi, affettivi, di termoregolazione*
- Riduzione NA, Serotonina, ACh → compromissione multisistemica della neurotrasmissione  
→ *alterazione globale della funzionalità SNC*

# Malattia di Parkinson

## Epidemiologia



- Incidenza: 1,9 - 22,1 / 100.000 / anno (dati I.S.S.)
- Picco di incidenza intorno a 60 anni
- Prevalenza: 56 -234 /100.000 (dati I.S.S.)
- Lieve maggiore prevalenza nel sesso maschile
- Un medico di MG con 1500 assistiti deve attendersi 1- 4 pazienti affetti in media

# Parkinson - classificazione

Primario	Malattia di Parkinson
Secondario	Da farmaci (calcio antagonisti, fenotiazine, butirrofenoni) Tossico (Mn, CO, MPTP, metanolo) Post - infettivo Metabolico Vascolare Da idrocefalo Post-traumatico Malattia di Creutzfeldt –Jacob Tumori cerebrali



# Parkinson - classificazione

<p>Parkinsonismi plus <i>sporadici</i></p>	<p>Atrofia multisistemica Paralisi sopranucleare progr. Degenerazione corticobasale M. di Pick M. da corpi di Lewy diffusi Parkinson – Demenza -SLA</p>
<p>Parkinsonismi plus <i>eredodegenerativi</i></p>	<p>Huntington, Wilson, emocromatosi, mitocondriopatie</p>

# Manifestazioni cliniche

## Motorie

- Bradi-acinesia
- Rigidità
- Tremore
- Instabilità posturale

## Non motorie

- Disautonomie (ipotensione ortostatica, stipsi, disfagia, disturbi minzionali, iperidrosi, seborrea)
- Dolori e disestesie (crampi)
- Disturbi respiratori
- Disturbi del sonno, depressione e ansia
- Disturbi cognitivo-comportamentali
- Disturbi psicotici
- **Disturbi olfattivi**

**N.B. I segni clinici motori  
compaiono quando c'è una  
riduzione di dopamina del 60-  
80% nello striato, e la perdita di  
almeno il 50% delle cellule della  
sostanza nera**

# Manifestazioni non motorie

Indicatori precoci di malattia subclinica. Importanti per anticipare la diagnosi (anche 6 anni) e quindi iniziare la terapia farmacologica, → prevenzione del danneggiamento irreversibile dei neuroni dopaminergici \*

\* A.H.V. Schapira, J.Obeso – Annals of Neurol.2006;9(suppl.3):559

# Bradi-acinesia

Ritardo nell'iniziare un movimento e lentezza della velocità di esecuzione

(ipomimia facciale, rarità ammiccamento, parola monotona, palilalia, disartria, perdita dei movimenti spontanei, micrografia, difficoltà deambulazione, perdita movimenti pendolari della braccia, freezing, festinazione, acatisia)

# Rigidità

Aumento del tono muscolare (muscoli agonisti e antagonisti → resistenza ai movimenti passivi)

Ruota dentata. Ipertono di tipo plastico.

Inizia dai muscoli del cingolo scapolare e pelvico, poi si estende distalmente, tronco e collo (camptocornia)

Scompare col sonno, aumenta con emozione, freddo, sforzi.

# Tremore

Movimento ritmico involontario oscillatorio di una parte del corpo.

Inizia dai segmenti distali di un artro superiore per poi estendersi a quelli prossimali e successivamente agli arti inferiori, labbra, viso e lingua.

A riposo: 4-6 scosse/sec.

Scompare con il sonno, aumenta con le emozioni.

Nel 70% segno di esordio.

# Instabilità posturale

Fasi avanzate della malattia (10 -15 anni).

Causata da: acinesia, rigidità, perdita dei riflessi di raddrizzamento.

Comporta perdita di equilibrio → cadute (fratture)

Può portare a alterazioni scheletriche (cifoscoliosi, deformità delle dita delle mani e dei piedi)



# Valutazione obiettiva del paziente

## *Attività di vita quotidiana*

- Linguaggio
- Salivazione
- Deglutizione
- Scrittura
- Taglio dei cibi e manualità degli utensili
- Vestirsi
- Igiene personale

- Girarsi nel letto
- Cadute
- Freezing
- Marcia
- Tremore
- Disturbi sensoriali

# Valutazione obiettiva del paziente

## *Esame della motricità*

- Articolazione del linguaggio
- Espressione del volto
- Tremore a riposo
- Rigidità
- Movimento delle mani
- Agilità delle gambe

- Alzarsi dalla sedia
- Postura
- Andatura
- Stabilità posturale
- Bradicinesia

# Valutazione obiettiva del paziente

*Attività psichica, comportamento, umore*

- Alterazioni cognitive
- Alterazioni del pensiero, allucinazioni
- Depressione
- Motivazione/iniziativa



Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS), modificata

L'utilizzo della scala permette di ottenere un punteggio numerico e offre l'opportunità di confronti ripetuti nel tempo dello stesso paziente ottenendo informazioni sull'andamento della malattia, inoltre permette il confronto tra pazienti che si rivolgono a centri specialistici diversi

# Diagnosi

- La diagnosi è clinica
- Laboratorio: **no** marcatori specifici
- Diagnostica per immagini: **no** TAC e RM (vengono effettuate solo per escludere cause secondarie)
- Diagnostica per immagini: PET (ridotta captazione del m.d.c. 18 fluorodopa a livello del sistema striatale); uso limitato a manifestazioni cliniche atipiche

# Criteria diagnostici

## *Elementi considerati per la diagnosi*

### **1. Segni motori cardinali**

- Tremore a riposo, distale
- Rigidità
- Bradicinesia
- Esordio asimmetrico

### **1. Responsività alla levodopa**

- Somministrazione di 1 dose di levodopa (100-250 mg per os)

### **1. Assenza di segni atipici**

- Precocità di: instabilità posturale, deterioramento cognitivo, allucinazioni, movimenti involontari patologici, paralisi verticalità sguardo
- Cause accertate di Parkinson secondario

# Conclusioni

## *Il ruolo del medico di medicina generale*



- Conoscere sintomi e segni della malattia di Parkinson
- Conoscere i sintomi prodromici sfumati e aspecifici
- Saper effettuare una adeguata anamnesi ed un adeguato esame obiettivo
- Saper formulare un primo sospetto diagnostico
- Consultare e collaborare con lo specialista per la conferma della diagnosi (diagnosi differenziale) e per la scelta terapeutica
- Gestione del follow up (controllo clinico e aderenza terapeutica)