

RICERCA IN MOVIMENTO

GNP. Settima edizione 2015

Il 28 Novembre 2015 si è celebrata in tutta Italia la **Giornata Nazionale Parkinson** promossa dall'Accademia LIMPE-DISMOV e dalla Fondazione LIMPE per il Parkinson ONLUS.

L'obiettivo principale di questa manifestazione, ormai giunta alla settima edizione, è quello di diffondere informazioni scientifiche su questa malattia che, pur essendo per diffusione la seconda malattia neurodegenerativa dopo l'Alzheimer, rimane ancora poco conosciuta.

Più di novanta centri specializzati per la diagnosi e per la cura della malattia di Parkinson, sparsi su tutto il territorio nazionale, hanno aderito alla Giornata. I pazienti e i loro familiari hanno avuto l'opportunità di avere informazioni sulla malattia e sulle novità in ambito terapeutico: non solo informazioni mediche e scientifiche, ma anche spettacoli teatrali, eventi musicali e culturali.

Da segnalare, in particolare, la conferenza stampa tenutasi al Circolo Aniene di Roma e la conferenza sulla malattia di Parkinson che si è svolta a Roma in una delle sale del Senato della Repubblica Italiana.

L'edizione del 2015 ha avuto un testimonial d'eccezione: il campione olimpico **Jury Chechi**, protagonista di un bellissimo ed emozionante spot televisivo sulla malattia di Parkinson.

La Giornata è stata un'occasione di raccolta fondi per sostenere i progetti di ricerca che l'Accademia LIMPE-DISMOV e la Fondazione LIMPE promuovono. In particolare, quest'anno le vostre donazioni sosterranno il progetto di ricerca sulla *Qualità della vita dei pazienti con malattia di Parkinson e dei caregiver*.

Un grazie di cuore a tutti coloro che ci sostengono e ci affiancano in questa battaglia contro la malattia di Parkinson, sottoscrivendo l'abbonamento a Ricerca in Movimento.

Alfredo Berardelli - Giovanni Defazio



VOLUME 3, NUMERO 1, 2016



*Alfredo Berardelli
Presidente*

*Accademia LIMPE-DISMOV
Dip.to Neurologia e Psichiatria
Sapienza Università di Roma*



*Giovanni Defazio
Presidente Onorario
Accademia LIMPE-DISMOV
Dip.to Sc. Neurologiche e Psichiatriche
Università Aldo Moro di Bari*

Indice

- pag. 2
Le vitamine e gli integratori
(N. Modugno, F. Morgante)*
- pag. 3
Curarsi giocando
(E. Pelosi)*
- pag. 4
Allucinazioni e psicosi
(R. Marconi)*
- pag. 5
Alterazioni posturali
(C. Vitale)*
- pag. 6
La sindrome delle gambe senza riposo
(P. Cortelli, F. Perini)*
- pag. 7
Atrofia multisistemica
(M.T. Pellecchia)*

Le vitamine e gli integratori



Nicola Modugno

Centro Parkinson e Disturbi del Movimento
IRCCS Neuromed, Pozzilli (IS)



Francesca Morgante

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
Università di Messina

Nel corso degli anni, la vitamina E, le vitamine del gruppo B e il coenzima Q10 sono stati utilizzati in studi clinici per valutarne la loro efficacia nel Parkinson, sia a livello sintomatico, sia come terapia neuroprotettiva. Lo studio DATATOP è uno dei più rilevanti e ha chiaramente dimostrato che la vitamina E non ha né un'azione sintomatica, né neuroprotettiva. Per il coenzima Q10 i dati sono contrastanti, sebbene uno studio del 2014, abbia dimostrato che il coenzima Q10 ad alte dosi (1200 mg al giorno) non porti un beneficio sui sintomi motori nei pazienti parkinsoniani in fase iniziale.

In un articolo pubblicato su New England Journal of Medicine nel 1972, si indicava che la nicotinamide (vitamina B3) era inefficace nel trattamento della malattia di Parkinson, viceversa i dati osservati suggerivano che la vitamina B6 potesse determinare una riduzione dell'effetto della levodopa; tale effetto non si verificava se la levodopa era associata alla carbidopa, inibitore enzimatico presente in una delle formulazioni di levodopa più comunemente usate.

È stato ipotizzato che nei pazienti vi fossero bassi livelli di vitamine del complesso B, con un possibile ruolo nella cascata neurodegenerativa. Gli studi più indicativi, tuttavia, non hanno ancora evidenziato un differente livello di folati tra pazienti e soggetti normali, mentre la vitamina B12 sembra essere più bassa nei pazienti. Si è anche tentato di verificare se la somministrazione di vitamine del complesso B potesse aiutare a migliorare la gestione della malattia e si è visto che un apporto di Vitamina B6 (ma non di vitamina B12 e folati) può essere associato a una migliore gestione dei sintomi della malattia.

Recentemente, il dibattito sull'uso delle vitamine del gruppo B si è acceso grazie ad alcune segnalazioni di pazienti che hanno usato la vitamina B1 per via intramuscolare ad alto dosaggio con miglioramenti dello stato clinico. La vitamina B1 è utilizzata nella pratica clinica per trattare i pazienti che ne sono carenti (spesso per malnutrizione oppure per abuso cronico di alcool) e che sviluppano una grave sindrome neurologica caratterizzata da disturbi dell'equilibrio, della vista, delle funzioni cognitive (Sindrome di Wernicke); lo stesso deficit di questa vitamina può determinare una polineuropatia, ossia una malattia dei nervi periferici. A parte queste applicazioni, non ci sono studi condotti su un campione rappresentativo di pazienti, per cui ne è stata ancora provata l'efficacia della vitamina B1 sui sintomi motori e non motori del Parkinson, né si possono trarre conclusioni e dare raccomandazioni al riguardo. Infine, integratori e vitamine potrebbero essere d'ausilio nel trattare alcuni sintomi come la fatica e i crampi, agendo sul muscolo e sul nervo periferico, ma sono necessari studi su casistiche ampie che valutino altresì i possibili meccanismi d'azione.

In conclusione, gli studi finora effettuati non consentono alcuna affermazione scientificamente valida sull'utilizzo delle vitamine nella prevenzione e nella gestione della malattia di Parkinson.

curarsi giocando



Elisa Pelosin

Centro per la Malattia di Parkinson e i Disordini del Movimento – DINOGMI
Università di Genova

Il trattamento riabilitativo della malattia di Parkinson, assieme a quello farmacologico e chirurgico è ormai considerato a pieno titolo un elemento essenziale nel processo di cura dei pazienti e la recente pubblicazione delle "Linee guida europee sulla riabilitazione" ne rappresenta un ulteriore conferma.

Gli approcci riabilitativi considerati efficaci sono diversi (informazioni sensoriali o cues, tapis roulant, esercizi per il miglioramento dell'equilibrio e del cammino e allenamento

aerobico) e altri stanno emergendo grazie a nuovi studi scientifici (Action Observation, Realtà Virtuale e Motor Imagery). Tuttavia, la possibilità di effettuare in maniera continuativa il trattamento riabilitativo rappresenta un problema diffuso in tutta Europa, sia in termini di fattibilità, sia di costi troppo elevati per la sanità pubblica. Per questa ragione, negli ultimi anni, è cresciuto l'interesse da parte della comunità scientifica verso l'exergaming, ovvero l'utilizzo delle nuove console di gioco (ad esempio, Wii® e Kinet®) come potenziale supporto alla fisioterapia. Grazie a queste nuove tecnologie, l'utente può "comandare" il personaggio virtuale attraverso i suoi movimenti e può eseguire diverse tipologie di esercizi (ad esempio, esercizi aerobici o di equilibrio) avendo un feed-back continuo da parte del software di gioco. Il principio utilizzato è, comunque, sempre quello di registrare in tempo reale i movimenti fatti dall'utente e di trasferirli all'interno di un "ambiente virtuale" con il quale è possibile interagire attivamente. In base alla console utilizzata, è possibile simulare diversi tipi di sport (tennis, sci, bowling), fare stretching e esercizi aerobici (esercizi a corpo libero, corsa sul posto, step) o di equilibrio (yoga, simulazione di percorsi ad ostacoli), ricevendo continue informazioni sulla performance effettuata. Tutti questi elementi, uniti all'ambiente di gioco, facilitano e stimolano la partecipazione attiva dei pazienti.

Studi recenti sull'efficacia dell'exergaming hanno rilevato miglioramenti significativi del cammino e dell'equilibrio, non solo nella popolazione anziana, ma anche in pazienti affetti da patologie neurologiche, tra cui la malattia di Parkinson. Inoltre, alcuni studi hanno evidenziato che l'allenamento quotidiano, eseguito con queste console di gioco, può avere ricadute positive non solo sulla forma fisica generale (maggior resistenza aerobica e perdita di peso), ma anche su alcune funzioni cognitive (ad esempio attenzione e abilità visuo-spatiali). Tuttavia, sebbene i risultati siano promettenti, è importante tenere presente che i dati raccolti derivano da un campione limitato di partecipanti e quindi devono essere ancora confermati.

Per quanto riguarda la malattia di Parkinson, una recente revisione della letteratura scientifica ha messo in evidenza che l'utilizzo di queste nuove tecnologie può rappresentare una reale e concreta possibilità per i pazienti parkinsoniani di continuare ad allenarsi quotidianamente anche a domicilio, con ricadute positive sulla mobilità. Incoraggianti, in questo senso, sono i risultati pubblicati sull'utilizzo della Wii Balance Board® abbinata al software Wii-fit®, dove al termine di un periodo di allenamento quotidiano, è stato registrato un miglioramento significativo del cammino e dell'equilibrio nella maggior parte dei pazienti. Altrettanto positivi sono stati i risultati ottenuti, anche se su un numero minore di partecipanti, con l'utilizzo di altre console di gioco (Microsoft Kinect®).

Il dato, comunque, che accomuna tutti questi studi è che l'aspetto ludico e divertente del gioco rappresenta un aspetto importante per tutti i pazienti.

Ad oggi le conoscenze sulle reali potenzialità di queste nuove tecnologie sono ancora limitate, soprattutto rispetto alla riabilitazione "convenzionale" che resta, comunque, il trattamento di riferimento per tutti i pazienti.

Certamente si apriranno nuovi scenari con la possibilità di creare esercizi e giochi specifici che rispondano maggiormente a quelle che sono le necessità dei pazienti parkinsoniani e facilitandone pertanto l'uso domiciliare.



Allucinazioni e psicosi nella malattia di Parkinson



Roberto Marconi

U.O.C. Neurologia
Ospedale Misericordia
Grosseto

I sintomi psicotici sono comuni nella malattia di Parkinson e sono generalmente associati con l'uso di farmaci dopaminergici. Tuttavia, in alcune circostanze, possono essere presenti in pazienti non in trattamento. I sintomi psicotici consistono abitualmente in allucinazioni tipicamente visive, meno comunemente uditive e raramente in altri domini. Le allucinazioni sono generalmente stereotipate e senza contenuto

emozionale. Inizialmente i pazienti mantengono la capacità di introspezione (insight), in tal modo le allucinazioni sono benigne in termini di impatto immediato, ma hanno implicazioni prognostiche negative, per il rischio di demenza, il peggioramento dei sintomi psicotici e la mortalità.

La prevalenza delle allucinazioni nella malattia di Parkinson è del 40%-50%, raggiungendo tassi più elevati con l'aumento della durata di malattia. Le allucinazioni sono frequentemente di tipo visivo complesso e raramente uditive o tattili. Manifestazioni minori iniziali (illusioni, sensazioni di presenza) sono possibili e tendono a persistere, manifestandosi prevalentemente la sera o durante la notte. Le allucinazioni non sono rilevate dal paziente quando il declino cognitivo è avanzato e possono associarsi a disturbi psichiatrici e comportamentali, quali idee deliranti e disturbi dell'identificazione. È importante escludere altre cause scatenanti, come l'uso di farmaci, disturbi oculari, depressione, infezioni e disidratazione, soprattutto in età avanzata.

Non esiste un unico modello fisiopatologico per spiegare tutti i possibili meccanismi patogenetici. È probabile che le allucinazioni visive complesse possano originare da un'attivazione anomala delle aree associative temporali extra-striatali, ma i meccanismi sono ancora ipotetici. È stato ipotizzato un deficit corticale della trasmissione colinergica a vantaggio dei sistemi monoaminergici.

Le allucinazioni possono manifestarsi con l'uso di amantadina e anticolinergici, ma la causa più frequente è l'utilizzo di farmaci dopamino-mimetici. I farmaci agonisti diretti della dopamina hanno un potenziale di rischio per le allucinazioni più elevato rispetto alla levodopa e un'adeguata riduzione del dosaggio giornaliero di tali composti è una misura terapeutica importante in questi pazienti.

I deliri si verificano in circa il 5-10% dei pazienti trattati e sono considerevolmente più distruttivi, per la natura paranoidea, a contenuto di gelosia o di abbandono da parte della famiglia.

Il trattamento della psicosi in corso di malattia di Parkinson si è concentrato sulla riduzione globale dei sintomi psicotici, cercando di compensare i problemi di mobilità. Fattori che contribuiscono all'esordio di sintomi psicotici, quali malattie sistemiche o uso di farmaci psicoattivi, dovrebbero essere esclusi prima di intraprendere un trattamento farmacologico. Se nessuna delle suddette cause è identificata o può essere eliminata, i farmaci antiparkinsoniani dovrebbero essere ridotti, per consentire un livello di mobilità accettabile. Una volta che tale livello è raggiunto, se i sintomi permangono, ci sono due opzioni possibili: l'uso di anticolinesterasici, se coesiste demenza, o l'impiego di antipsicotici atipici. Tra questi ultimi solo la clozapina ha un livello di evidenza di efficacia di classe I, mentre la quetiapina ha scarsi effetti collaterali motori, ma non ha dimostrato superiorità rispetto al placebo in studi doppio-cieco. La pimavanserina è stata recentemente approvata dalla FDA per l'utilizzo in pazienti parkinsoniani con sintomi psicotici.

Abbonamento 10 €

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

- **BOLLETTINO POSTALE** c/c 1019835709

intestato a: Lega Italiana per la Lotta contro la Malattia di Parkinson e Sindromi Extrapiramidali

- **BONIFICO SU BANCO POSTA** (effettuabile da qualsiasi banca)

intestato a: Lega Italiana per la Lotta contro la Malattia di Parkinson e Sindromi Extrapiramidali

IBAN IT95R0760103200001019835709

Si ricorda che è indispensabile indicare, sia sul bollettino postale che nella causale del bonifico, nome, cognome e indirizzo dell'Abbonato. In caso contrario non sarà possibile inviare la rivista.

PER RICEVERE RICERCA IN MOVIMENTO

inviare la scheda allegata a:

Accademia LIMPE-DISMOV

Viale Somalia 133 - 00199 Roma

Oppure fax al nr. 06 98380233

Oppure e-mail a info@accademialimpedismov.it

Alterazioni posturali nella malattia di Parkinson



Carmine Vitale

Centro Parkinson e Disturbi del Movimento
IDC Hermitage Capodimonte
Università degli Studi di Napoli Parthenope
Rete Regionale Malattia di Parkinson e
Disordini del Movimento

possibile riconoscere anomalie posturali maggiori del piano anteriore, quali la camptocormia e l'antecollo, e del piano posteriore, come la sindrome di Pisa.

La camptocormia consiste in un'inclinazione anteriore del tronco uguale o superiore a 45°, presente in posizione eretta o durante la marcia e completamente reversibile in posizione supina. Spesso i pazienti sono poco consapevoli dell'alterazione posturale, fino a quando non interferisce con i movimenti e con la visione nel piano frontale. Di solito l'esordio clinico è subdolo, con un lento peggioramento nel corso dei mesi. Il dolore dorsale e lombare è frequente; molti pazienti riferiscono anche una sensazione di tensione a carico dei muscoli addominali, instabilità e tendenza alla pulsione anteriore durante la marcia. Il cammino e l'attività fisica prolungata possono peggiorare la camptocormia. Con il tempo possono insorgere modificazioni osteo-articolari e muscolari secondarie che rendono quest'alterazione posturale strutturata e non più reversibile; in tali circostanze possono manifestarsi complicanze respiratorie e disturbi della deglutizione, oltre a impedimenti meccanici nella marcia e nel mantenimento della stazione eretta.

Generalmente la camptocormia non migliora con i farmaci dopaminergici, sebbene, a volte, vi è un peggioramento dei sintomi in corso di blocco motorio o in prossimità dell'esaurimento dell'efficacia da fine dose. Il ricorso alla tossina botulinica o alla lidocaina, iniettata in gruppi muscolari selezionati della schiena o dell'addome, si è rivelato efficace in alcuni pazienti, mentre in altri non ha prodotto benefici durevoli. Le terapie conservative basate sulla fisioterapia e sull'adozione di corsetti o tutori ortopedici possono essere prese in considerazione allo scopo di contenere l'evoluzione delle deformità posturali.

L'antecollo è una severa (>45°) flessione anteriore del collo e del capo. Solo recentemente è stato riconosciuto tra le caratteristiche cliniche dei parkinsonismi, in particolare dell'atrofia multisistemica di cui rappresenta un segno clinico distintivo. L'antecollo può presentare un esordio subdolo ovvero manifestarsi in maniera sub-acuta con un rapido peggioramento nel corso di settimane o mesi. Può essere presente dolore al collo; quando severo, può interferire con la visione e la deglutizione. L'incremento dei farmaci antiparkinsoniani e in particolare l'impiego dei dopamino-agonisti, è stato rapportato con la comparsa o il peggioramento dell'antecollo. In tali circostanze la diminuzione nel dosaggio o la sospensione dei suddetti farmaci può accompagnarsi alla sua riduzione o scomparsa. Il trattamento è di tipo conservativo e basato sull'impiego di tutori e/o collari o sulla terapia fisica. In casi selezionati può essere contemplato il ricorso alla chirurgia spinale.

Le alterazioni posturali del piano laterale includono la sindrome di Pisa. Con tale termine si definisce una flessione laterale del tronco >10°, completamente reversibile in seguito a mobilizzazione passiva del tronco o quando il paziente giace in posizione supina. L'esordio clinico può essere cronico con una lenta evoluzione, ovvero acuto con un rapido peggioramento dell'inclinazione laterale nel corso di settimane o mesi. Nelle fasi iniziali della sua manifestazione, la sindrome di Pisa può presentarsi come un atteggiamento di inclinazione laterale del tronco maggiormente evidente in posizione seduta o durante il cammino. Quando il disturbo è clinicamente manifesto, possono comparire dolore lombare o dorsale, difficoltà respiratorie e instabilità nel mantenimento della stazione eretta e durante la marcia. L'incremento e/o la riduzione dei farmaci antiparkinsoniani sono stati messi in relazione con la comparsa della sindrome di Pisa. Il riconoscimento tempestivo di tale rapporto di causa/effetto, seguito dalla correzione posologica dei farmaci, può portare in alcuni casi alla risoluzione dell'alterazione posturale. Non esistono linee guida per il trattamento di tale condizione. Generalmente la terapia è basata sulla ginnastica posturale, oltre che sull'adozione di tutori ortopedici e corsetti con finalità contenitiva. Non sono univoci i risultati derivanti dall'impiego di tossina botulinica. È raro il ricorso alla chirurgia spinale in casi selezionati.

CHIEDI AL NEUROLOGO

Sarà possibile inviare domande riguardanti la malattia di Parkinson e i disturbi del movimento a:

info@accademialimpedismov.it

Esperti risponderanno alle domande ricevute nell'apposita rubrica.

La sindrome delle gambe senza riposo

La Sindrome delle gambe senza riposo (Restless Legs Syndrome, RLS) è una patologia neurologica caratterizzata da sintomi sentivi e motori la cui diagnosi si basa puramente sulla descrizione fornita dal paziente. La sintomatologia si manifesta soprattutto la sera, ritardando l'addormentamento o compromettendo il mantenimento del sonno, con un impatto rilevante sulla qualità del sonno e, di conseguenza, sulle attività diurne.

Attualmente i criteri per porre diagnosi di RLS sono i seguenti:

1. necessità impellente di muovere le gambe, di solito associata a una sensazione spiacevole;
2. i sintomi iniziano o peggiorano durante il riposo o l'inattività (ad esempio, quando si sta seduti o sdraiati);
3. i sintomi scompaiono o migliorano nettamente con il movimento;
4. i sintomi si manifestano soprattutto la sera e la notte, mostrando un tipico andamento circadiano;
5. i sintomi possono associarsi anche ad altri sintomi, come crampi o insufficienza venosa, ma queste manifestazioni non devono giustificare gran parte della sintomatologia.

La presenza di una storia familiare positiva, di movimenti periodici degli arti durante il sonno, (contrazioni muscolari involontarie che si ripetono periodicamente ogni 20-30 secondi e che spesso interessano gli arti inferiori, con movimenti di estensione dell'alluce e flessione dorsale del piede) e la risposta alla terapia con farmaci dopaminergici sono elementi utili e di supporto per la diagnosi, soprattutto nei casi dubbi.

La RLS può manifestarsi come forma cronica, se compare per almeno due volte la settimana per almeno un anno, oppure come forma intermittente, se si manifesta con minor frequenza.

La RLS può essere idiopatica oppure secondaria, associandosi ad altre patologie (la più frequente è l'insufficienza renale) o ad altre condizioni come la gravidanza, soprattutto nel terzo trimestre, con la remissione dei sintomi dopo il parto. Non è, inoltre, da sottovalutare la presenza di un deficit di ferro (in particolare associato a livelli di ferritinemia inferiori a 50 ug/L).

Le cause della malattia non sono ancora note. Accanto ai fattori genetici (non ancora completamente definiti), vi sono dati in favore di alterazioni del sistema dopaminergico e del metabolismo del ferro. Solitamente, invece, non si evidenziano lesioni strutturali cerebrali agli esami neuroradiologici.

La RLS interessa l'8-10% della popolazione oltre i 65 anni, con una frequenza doppia nelle donne rispetto agli uomini, se si considerano tutte le manifestazioni della malattia, anche quelle di lieve entità. Nella sua forma clinicamente rilevante, invece, la RLS riguarda il 2-3% della popolazione.

Non è chiaro se la RLS sia più frequente tra i pazienti affetti da malattia di Parkinson, poiché i risultati che emergono dagli studi non sono ancora conclusivi.

Tra i fattori che possono confondere la diagnosi, si segnala la presenza della terapia dopaminergica, che potrebbe mascherare la presenza della malattia (poiché la RLS risponde bene a questi agenti farmacologici) e la difficoltà, per il paziente, di distinguere i sintomi della RLS da quelli del Parkinson.

È importante porre la diagnosi di RLS anche nei pazienti con malattia di Parkinson, perché una terapia adeguata migliora il sonno notturno e, conseguentemente, le performances diurne. In assenza di marker biologici, la diagnosi di RLS rimane clinica.

La polisonnografia notturna non è un esame da eseguire di routine, soprattutto se il paziente non presenta altri sintomi sonno-correlati.

La terapia della RLS si basa sulla correzione delle condizioni favorenti, come il deficit di ferro e sull'impiego di farmaci. I farmaci dopaminergici sono efficaci a dosaggi inferiori rispetto a quelli somministrati per il Parkinson, ma vanno assunti sotto stretto controllo medico perché potrebbero provocare un peggioramento paradosso dei sintomi della RLS. Altre possibilità terapeutiche sono costituite dal gabapentin o dagli oppioidi, nei casi di particolare gravità.



Pietro Cortelli e Federica Provini

IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna
Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie
Università di Bologna

L'atrofia multisistemica

L'atrofia multisistemica (MSA) è una malattia degenerativa del sistema nervoso centrale che appartiene al gruppo dei parkinsonismi atipici. È una malattia rara che colpisce circa 5 persone su 100.000, interessa sia uomini che donne e si manifesta generalmente nella sesta decade di vita, ma può colpire anche persone più giovani o più anziane.

La genesi della malattia è ancora sconosciuta. Non sono noti fattori ambientali, tuttavia, come nella malattia di Parkinson, il consumo di alcool e l'abitudine al fumo sono meno comuni nei pazienti con MSA rispetto ai soggetti sani. L'atrofia multisistemica è generalmente considerata una malattia non ereditaria; nondimeno, è stato evidenziato il ruolo di fattori genetici in alcune famiglie giapponesi ed europee (caso piuttosto raro).

La caratteristica anatomico-patologica della malattia è la presenza di accumuli di alfa-sinucleina mal ripiegata nelle cellule dell'oligodendroglia. Per questo motivo l'MSA e la malattia di Parkinson fanno parte delle alfa-sinucleinopatie.

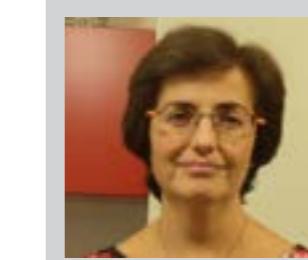
Le manifestazioni cliniche includono sintomi extrapiramidali (rigidità e rallentamento dei movimenti, come nel Parkinson), autonomici (come ipotensione nella stazione eretta, incontinenza urinaria, stipsi e impotenza), cerebellari (deficit dell'equilibrio e della coordinazione degli arti, disartria) e piramidali in varie combinazioni. Sono distinte due presentazioni cliniche maggiori: l'MSA-P, in cui predominano i sintomi parkinsoniani e che costituisce l'80% dei casi nei Paesi occidentali, e l'MSA-C, in cui predominano i sintomi cerebellari e che costituisce il 20% dei casi.

La diagnosi clinica si basa principalmente sulla storia clinica e sull'esame obiettivo. Esami strumentali come la Risonanza Magnetica Nucleare sono utili per escludere diagnosi alternative e possono mostrare segni caratteristici a supporto della diagnosi clinica.

La terapia dei sintomi extrapiramidali si basa sui farmaci antiparkinsoniani. In particolare, la terapia con levodopa può essere efficace se tollerata, spesso, tuttavia, sono necessari dosaggi superiori a quelli somministrati nella malattia di Parkinson. I pazienti possono sviluppare nel tempo fluttuazioni motorie e discinesie, soprattutto facciali. Per il trattamento delle disfunzioni autonomiche sono consigliati interventi non farmacologici e sono disponibili diversi trattamenti sintomatici. Vista la complessità del quadro clinico, inoltre, al paziente con MSA giova particolarmente il supporto del trattamento fisioterapico e logopedico.

Attualmente non esistono farmaci in grado di arrestare la progressione della malattia. Diverse sostanze hanno mostrato effetti positivi negli studi su modelli animali o in colture cellulari, ma la loro efficacia non è stata confermata negli studi clinici sui pazienti. I problemi che hanno finora rallentato lo sviluppo di terapie efficaci per l'MSA sono l'insufficiente conoscenza della storia naturale e della progressione della malattia e l'assenza di test specifici per diagnosticare soggetti in fase precoce di malattia. Inoltre, l'MSA è una malattia rara quindi manca la partecipazione di un numero sufficiente di pazienti alle sperimentazioni cliniche dei nuovi farmaci.

Da alcuni anni è attivo in Europa un consorzio di ricercatori (European MSA Study Group) che si dedica allo studio di questa malattia per migliorare la conoscenza e le prospettive terapeutiche. Una recente iniziativa di questo gruppo, in collaborazione con il corrispondente consorzio nordamericano, è la realizzazione di un Registro Mondiale dei pazienti con MSA, che ha l'obiettivo di migliorare la conoscenza della storia naturale della malattia e di facilitare il reclutamento dei pazienti per i futuri trial clinici.



Maria Teresa Pellecchia

Centro per le Malattie Neurodegenerative
Università di Salerno

OSSERVATORIO Nazionale PARKINSON

www.osservatorionazionaleparkinson.it

STUDIO MULTICENTRICO OSSERVAZIONALE DI COORTE SULLA FREQUENZA ED I FATTORI PREDITTIVI DI CADUTA NEI PAZIENTI CON MALATTIA DI PARKINSON

RISULTATI DEL PROGETTO 2014

Lo studio si proponeva di valutare, in un ampio campione di pazienti italiani affetti da malattia di Parkinson, la frequenza delle cadute e i possibili parametri clinici associati o predittivi del rischio di caduta.

19 centri

I risultati preliminari evidenziano che il 42% dei pazienti italiani con malattia di Parkinson cade almeno una volta l'anno (media 23 cadute) rispetto al 17% dei soggetti di controllo.

Numerosi fattori (età, durata e gravità di malattia, stato cognitivo, presenza di disturbi del cammino, presenza di ansia e depressione) sono associati al rischio di cadere, ma soprattutto la durata della malattia e alcuni specifici disturbi del cammino risultano essere predittivi.

L'identificazione di fattori predittivi del rischio di caduta appare fondamentale al fine di programmare interventi preventivi o trattamenti riabilitativi specifici.

La ricerca si è svolta in **19 centri** che hanno arruolato **544 pazienti** e **301 soggetti di controllo**.

**544
Pazienti**

Non fermare la ricerca!!!!

**Sostieni il nuovo progetto
sulla qualità della vita nei pazienti
parkinsoniani e nei loro familiari**

dona tramite

Bonifico c/c nr. 000000001450 intestato a
Fondazione LIMPE per il Parkinson ONLUS
Banca di Credito Cooperativo di Roma
IBAN IT 07 B 08327 03251 000000001450

Carta di credito disponibile dal sito
www.giornataparkinson.it

RICERCA IN MOVIMENTO

EDITORS: Alfredo Berardelli; Giovanni Defazio

COMITATO DI REDAZIONE: Consiglio Direttivo Accademia LIMPE-DISMOV; Consiglio di Amministrazione Fondazione LIMPE per il Parkinson ONLUS

SEGRETERIA EDITORIALE: Francesca Martillotti, Silvia Mancini, Lucia Faraco

REDAZIONE: Ivana Barberini

ACCADEMIA LIMPE-DISMOV

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

A. Berardelli

Presidente Onorario

G. Defazio

Past-President

G. Abbruzzese

P. Barone

Segretario

F. Morgante

Tesoriere

R. Ceravolo

Consiglieri

A. Antonini

L. Avanzino

M. Bologna

C. Colosimo

P. Cortelli

G. Cossu

V. Fetoni

L. Lopiano

N. Modugno

C. Pacchetti

M. Pilleri

P.P. Pramstaller

C.L. Scaglione

M. Tinazzi

C. Vitale

M. Zibetti

REVISORI DEI CONTI

F. Mancini

R. Marconi

V. Thorel

FONDAZIONE LIMPE PER IL PARKINSON ONLUS

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Presidente

G. Abbruzzese

Segretario

A. Antonini

Consiglieri

A. Berardelli

R. Ceravolo

L. Lopiano

Viale Somalia 133 - 00199 Roma

Tel 06.96046753 - Fax 06.98380233

www.academialimpedismov.it

info@academialimpedismov.it