

RICERCA IN MOVIMENTO

FONDAZIONE LIMPE
PER IL PARKINSON ONLUS

VOLUME 10, NUMERO 2, 2022

LA FONDAZIONE LIMPE LO SPORT PER LA RICERCA

“**V**i invito a guardare i vostri video di adesso i vostri visi, le vostre posture e... quello che siete in questo momento che, a mio avviso, ha poco a che vedere con quello cui siete abituati a pensare che voi siete. Perché siete sereni, felici, sorridenti, siete veramente bellissimi. Sembra che non ci sia assolutamente alcuna differenza”.

Lo scorso anno a Messina ci eravamo lasciati con questa pensiero del Dr. Nicola Modugno racchiudendo in poche righe tutto lo spirito della Swim for Parkinson.

Il grande successo delle scorse edizioni ha spinto la Fondazione a riproporre la traversata dello Stretto di Messina anche quest'anno.

Swim for Parkinson 2022 si svolgerà il 6 Settembre e saranno 30 gli atleti che si cimenteranno nella sfida e nei 3 chilometri da percorrere a nuoto per una giornata all'insegna dello sport. Il movimento, unito alla leggerezza dell'acqua sono di grande beneficio sia fisico che mentale nella malattia del Parkinson; l'allenamento preparatorio rappresenta uno stimolo continuo, un obiettivo da raggiungere bracciata dopo bracciata.

La Fondazione LIMPE, da sempre impegnata per migliorare la qualità di vita delle persone affette da Parkinson e dei loro familiari, negli ultimi anni ha intrapreso queste iniziative sportive con la consapevolezza che il Parkinson è una malattia del movimento che si cura con il MOVIMENTO.

La malattia parkinsoniana è poco nota al “grande pubblico” e proprio per questo scopo è nata l'idea di parlare di Parkinson anche giocando a golf.

GOLF FOR PARKINSON 2022 parte in grande con gare golfistiche inserite nel calendario delle manifestazioni annuali in diversi importanti campi da golf sul territorio italiano. Si inizia il 9 luglio al “Marco Simone Golf & Country Club” a Roma, e si prosegue al “Golf Club Courmayeur et Grandes Jorasses” il 13 agosto a Courmayeur. Quindi saremo il 10 settembre al “Sicilia's Picciolo Etna Golf” a Catania, il 5-6 Novembre al “Castello Tolcinasco Golf Resort & Spa” a Tolcinasco (MI) per concludere il 25-26-27 Novembre al “San Domenico Golf” a Savelletri di Fasano (BR).

È sicuramente un modo diverso di divulgazione e di sensibilizzazione della popolazione “sana” nei confronti della patologia parkinsoniana ed è anche il momento per una raccolta fondi a favore della ricerca.

“Il golf è una attività sportiva da condividere con gli amici o il coniuge, con benefici sull'equilibrio e coordinazione, da vivere all'aperto in contatto con la natura. Non è necessario diventare esperti giocatori per cui dopo alcune lezioni con il maestro si può cominciare questa avventura. Sarebbe davvero bello in un futuro pensare di coinvolgere nelle gare giocatori *parkinsoniani*” - commenta la Dr.ssa V. Fetoni dilettante golfista e promotrice di questa iniziativa.

5x1000

INSERISCI
NELLA DICHIARAZIONE
DEI REDDITI IL
CODICE FISCALE DELLA
FONDAZIONE LIMPE
PER IL PARKINSON ONLUS
C.F.12809581007

Sostenendo la “Swim for Parkinson” e il Golf for Parkinson sosteniamo i pazienti, il loro benessere e miglioriamo la qualità della loro vita.

Ricordandoci che “Tutte quelle parti del corpo con una funzione che verranno mantenute in allenamento invecchieranno molto più lentamente e manterranno la loro funzione più a lungo” (Cit.).

V. Fetoni, F. Morgante, M. Sensi

IN QUESTO NUMERO

- pag. 2 I disturbi vescicali nella malattia di Parkinson
- pag. 3 Come età, malattia e farmaci possono influenzare la libido e come affrontarne i disturbi
- pag. 4-5 Sexualità e malattia di Parkinson
Il punto di vista dell'uomo
Il punto di vista della donna
- pag. 6 Parkinson e fatica, cosa c'è dietro questo problema e come affrontarlo
- pag. 7 Dolore nel parkinson, una ferita invisibile
- pag. 8 Il Parkinson...oltre la dopamina

Questo numero è stato realizzato
con il contributo incondizionato di

Zambon
1905



Livia BRUSA - Neurologo
Centro Parkinson UOC Neurologia, Ospedale S. Eugenio
Roma

Tra le diverse manifestazioni non motorie della malattia di Parkinson, i disturbi dell'apparato urogenitale sono sintomi comuni, fastidiosi e con impatto sulla qualità di vita. Si manifestano come aumentata frequenza urinaria diurna, urgenza urinaria fino all'incontinenza, aumentata frequenza urinaria notturna (nicturia).

Nel Parkinson tali sintomi sono sostenuti da una ipersensibilità della vescica che a fronte di minimi volumi di riempimento urinario si contrae dando vita a svuotamenti precoci, urgenti e più frequenti. Attraverso l'esame urodinamico è possibile definire meglio lo stato vescicale. È importante per i pazienti riferire al neurologo la presenza di problemi urinari perchè venga indagato se questi sintomi siano correlati alla malattia di Parkinson. Negli uomini va innanzitutto escluso un problema a livello della prostata. Nelle donne bisogna escludere presenza di un prolasso pelvico. Inoltre, vanno esclusi in entrambi i sessi possibili infezioni urinarie, nonché valutati eventuali sintomi secondari a condizioni di stress emotivo. Infine, si deve sempre valutare l'anamnesi farmacologica per escludere che alla base dei disturbi non ci sia il contributo di alcuni farmaci, come i beta bloccanti o i diuretici.

Dal punto di vista farmacologico, per quanto riguarda i disturbi urinari specificamente associati alla malattia

di Parkinson si sa che la terapia dopaminergica può essere di aiuto. Inoltre, nei pazienti parkinsoniani sottoposti a intervento di stimolazione cerebrale profonda l'accensione dello stimolatore consente una ripresa del controllo corticale sul centro della minzione e un netto miglioramento dei sintomi irritativi vescicali.

Una volta valutata l'ottimizzazione della terapia dopaminergica, si possono considerare altre linee di trattamento, quali gli anticolinergici che agiscono attraverso un'inibizione della contrattilità della parete vescicale. Questi sono tuttavia farmaci da utilizzare con opportuna cautela in considerazione della loro possibilità di influire sulle funzioni cognitive.

Il mirabegron è un farmaco che facilita la fase di riempimento vescicale, garantendo quindi una maggior capacità di riempimento e di continenza vescicale. Tale farmaco è solitamente ben tollerato anche nella persona anziana. Come terapia di secondo livello è possibile considerare l'utilizzo di tossina botulinica iniettata in sede intravesicale. Tale metodica è estremamente efficace ma l'invasività del metodo ne limita l'impiego a coloro che abbiano una qualità di vita estremamente limitata dai disturbi urinari e che non abbiano avuto risposta soddisfacente agli altri farmaci.

In conclusione, è importante considerare i disturbi della sfera urinaria come parte integrante della malattia di Parkinson e tenere presente come già l'ottimizzazione della terapia dopaminergica possa essere di aiuto nel loro controllo prima di ricorrere a trattamenti specifici con l'aiuto di un urologo.

GIORNATA NAZIONALE
2022
PARKINSON

26
NOVEMBRE

Rimani aggiornato sulle nostre iniziative



Manuela **PILLERI** - Neurologo
Casa di Cura Villa Margherita
Arcugnano - Vicenza

La sessualità è un aspetto rilevante per il benessere generale e la qualità della vita sul quale la malattia di Parkinson può avere un impatto negativo.

Un recente studio multicentrico spagnolo ha rilevato che l'insoddisfazione per la vita sessuale è più frequente nelle persone con malattia di Parkinson (70%) rispetto a un gruppo di persone sane della stessa età (52%).

I disturbi dell'erezione nei maschi e la secchezza vaginale nelle femmine sono piuttosto frequenti nella malattia di Parkinson e compromettono la capacità di consumare un rapporto completo. Anche i disturbi motori, come il tremore e la lentezza, e alcuni sintomi non motori, come l'incontinenza urinaria, l'ipotensione, il dolore e la fatica possono avere un impatto negativo sulla qualità dei rapporti. Secondo uno studio multicentrico italiano pubblicato nel 2020 sul Journal of Sexual Medicine, oltre all'alterazione delle prestazioni fisiche, il 68% degli uomini e il 53% delle donne affette da malattia di Parkinson riferisce un calo del desiderio sessuale.

Il calo del desiderio è associato alla depressione dell'umore, che può essere generata dalla reazione alla diagnosi e alle limitazioni funzionali associate alla malattia; inoltre la perdita dell'integrità fisica può generare un calo dell'autostima, che induce la persona malata a sentirsi meno desiderabile e ad evitare di prendere l'iniziativa e di accettare le proposte del partner.

Inoltre, bisogna considerare che la dopamina ha un ruolo molto rilevante nei meccanismi cerebrali che regolano il desiderio e il piacere, per cui la carenza di questa sostanza nella malattia di Parkinson può determinare apatia, con riduzione della motivazione e della soddisfazione per gli aspetti piacevoli della vita, tra i quali l'attività sessuale.

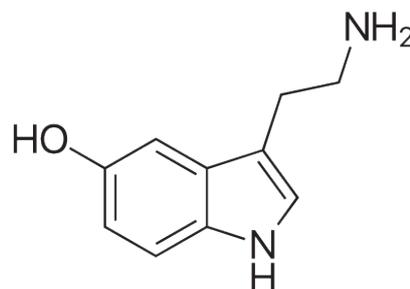
La terapia con la levodopa e i dopaminoagonisti compensa, almeno in parte, la carenza di dopamina e, oltre a migliorare le problematiche motorie che limitano l'attività sessuale, può avere una funzione positiva sulla vita sessuale, contrastando l'apatia e la diminuzione del desiderio

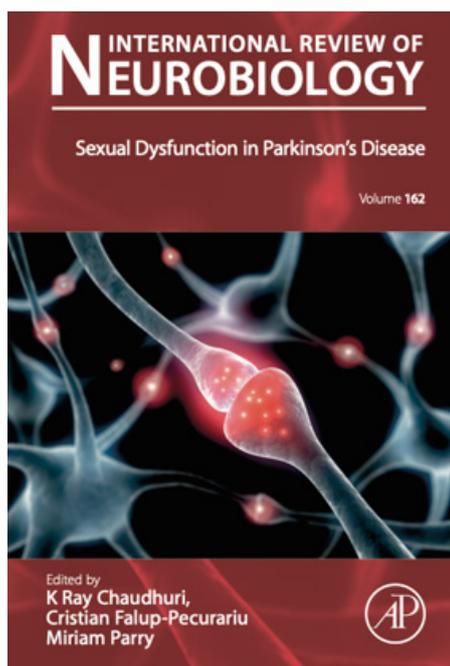
In alcuni casi i dopaminoagonisti e, meno frequentemente, la levodopa stessa, possono produrre un aumento eccessivo del desiderio sessuale, che può generare problemi nella coppia o può addirittura dare adito a condotte socialmente inappropriate, fonte di imbarazzo e sofferenza per il malato e per la sua famiglia.

Il tema dei disturbi della sfera sessuale viene affrontato raramente nel corso delle visite specialistiche, anche a causa di un certo imbarazzo sia da parte del medico, sia da parte del malato.

Tuttavia, è importante affrontare l'argomento, possibilmente con un approccio multidisciplinare che coinvolga il neurologo di riferimento, ma anche urologi e psicologi, per apportare le opportune misure farmacologiche e consigliare misure comportamentali che possono migliorare la vita sessuale e di relazione.

SEROTONINA è la vincitrice indiscussa dell'oscar per "MIGLIOR ATTRICE NON PROTAGONISTA" nella malattia di Parkinson. Nonostante ciò, tale sostanza fa soffrire l'assenza di sé già nella fase "pre-motoria" di malattia, ovvero quando ancora la carenza di dopamina non si è resa manifesta con i sintomi motori. Questa è la ragione per cui i sintomi da disfunzione del sistema serotoninergico come la deflessione del tono dell'umore, le alterazioni del ciclo sonno/veglia e l'eccessiva sonnolenza diurna risultano così frequenti a qualsiasi stadio di malattia. Oltretutto, la serotonina sembra voler collaborare con le "catecolamine" nella modulazione del dolore e della fatica, e in aspetti meno discussi come la alterazioni dell'appetito - sintomi "invisibili" ma importantissimi per la qualità della vita. Il neurologo è in grado di regolare i livelli di serotonina tramite i farmaci "antidepressivi". Questi sono in grado di risolvere almeno in parte i sintomi di cui abbiamo discusso.





Miriam Parry, è uno degli autori di un libro appena pubblicato “Disfunzione sessuale nella malattia di Parkinson” curato dal Prof. K. R. Chaudhuri, M. Parry, il Prof. C. Falup-Pecurariu.

Questo libro affronta un argomento delicato e molto importante: la sessualità nelle persone con la malattia di Parkinson.

Gli operatori sanitari dovrebbero essere incoraggiati ad affrontare, riconoscere e trattare attivamente i problemi della sfera sessuale come parte integrante della gestione della malattia. Questi temi sono sensibili e spesso difficili da affrontare. Per tale motivo, la presenza di un esperto dell'argomento può essere utile.

Buongiorno Miriam, grazie per avermi incontrato oggi e complimenti per il tuo libro. Vorrei iniziare con una semplice domanda: perché dovremmo parlare di “sesso e malattia di Parkinson”?

La sessualità è un diritto umano fondamentale e una parte essenziale di una vita sana. Il sesso è una parte importante della vita di molte persone.

Nella malattia di Parkinson, la sessualità è un aspetto significativo della qualità di vita e avere un'attività sessuale sana è stata associata ad una generale soddisfazione di vita.

Le disfunzioni sessuali sono frequenti nei pazienti con malattia di Parkinson ma spesso trascurate dagli operatori sanitari. I sintomi comprendono l'intero spettro delle disfunzioni sessuali e possono variare da un aumento eccessivo ad una diminuzione del comportamento sessuale.

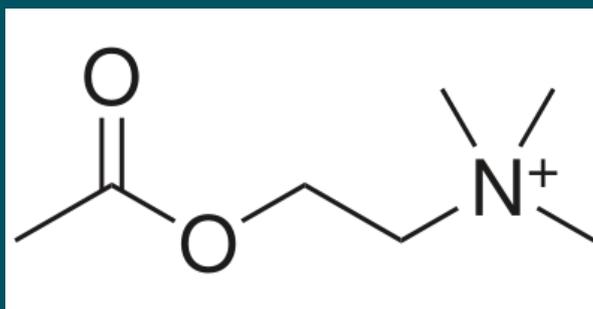
Le disfunzioni sessuali sono potenzialmente trattabili, ma devono essere adeguatamente riconosciute e gestite dai medici, poiché i bisogni sessuali dei pazienti possono essere complessi e altamente personali. La chiave del successo nella valutazione e nel trattamento dei problemi sessuali è porre le domande pertinenti in un ambiente confortevole, fornire informazioni, offrire un trattamento o indirizzare i pazienti a uno specialista.

Molte disfunzioni sessuali possono essere, almeno parzialmente, migliorate aggiustando il trattamento dei sintomi motori, non motori e delle co-morbidità. Esistono varie opzioni per il trattamento delle disfunzioni sessuali primarie, anche se molti trattamenti non sono stati ancora studiati in maniera sistematica nei pazienti con malattia di Parkinson. Lo sviluppo di nuovi trattamenti e la sperimentazione di rimedi esistenti in persone con malattia di Parkinson rimane una priorità.

ACETILCOLINA Al giorno d'oggi, alla luce di tutti i farmaci dopaminergici disponibili e delle terapie avanzate, sembra impossibile che il primo farmaco adottato per il trattamento della malattia di Parkinson possa aver avuto a che fare con l'acetilcolina. Questa è croce e delizia della malattia di Parkinson e, come accade con la dopamina, la ritroviamo proprio ovunque. Studi risalenti ai primi del '900 ci hanno insegnato come l'utilizzo di sostanze in grado di bloccare l'acetilcolina possono migliorare i sintomi parkinsoniani. Tuttavia, il neurologo di oggi è più tentato ad utilizzare gli effetti paradossi di questi farmaci al fine di trattare sintomi specifici. Ad esempio, la secchezza delle fauci indotta da un “anticolinergico” può essere usata per trattare l'ipersalivazione. L'acetilcolina regola l'attività del sistema parasimpatico.

Quest'ultimo è il sistema della quiete, del “riposa e digerisci”, in contraltare all'azione dell'adrenalina e della noradrenalina. Ha effetti meno noti come quello di regolare lo svuotamento vescicale, per cui la prescrizione di farmaci anticolinergici da parte del neurologo può essere volta a trattare sintomi tediosi come l'urgenza urinaria. Nonostante questi farmaci vengano utilizzati anche per controllare il tremore, vedrete come la prescrizione da parte del vostro neurologo sarà particolarmente prudente.

L'acetilcolina è infatti il neurotrasmettitore della memoria e dei processi cognitivi, bisogna sempre proteggerla ma anche saperne contrastare i suoi effetti sul corpo umano qualora indesiderati.



In che modo la malattia di Parkinson può influenzare il sesso nelle donne e negli uomini?

Nella malattia di Parkinson, la qualità della vita sessuale e l'autostima sessuale sono ridotte e la disfunzione sessuale è più frequente rispetto alla popolazione sana. Ci sono vari fattori che hanno un impatto negativo sulla sessualità, per esempio, le disfunzioni motorie come tremore, ipomimia, rigidità, bradicinesia o discinesie sono note per interferire con la funzione sessuale.

Anche i sintomi non motori hanno un forte impatto sulla sessualità. Per esempio, i sintomi da deficit del sistema nervoso autonomo come l'eccessiva sudorazione, l'eccessiva salivazione o i disturbi urinari. Un grosso peso hanno anche i sintomi neuropsichiatrici e il declino cognitivo. La depressione e altri disturbi neuropsicologici correlati alla malattia come l'apatia o l'affaticamento possono compromettere il desiderio sessuale sia negli uomini che nelle donne e, a loro volta, potrebbero aumentare la disfunzione sessuale. Inoltre, i farmaci antiparkinsoniani possono alterare la libido e il desiderio.

Sia gli uomini che le donne con malattia di Parkinson possono avere difficoltà sessuali, ma la loro prospettiva e le loro esigenze sono diverse. Puoi commentare in base alla tua esperienza clinica?

Sia i pazienti con malattia di Parkinson di sesso maschile che quelli di sesso femminile riportano disfunzione sessuale più frequentemente rispetto alla popolazione sana di pari età. Mentre gli uomini riportano deficit in tutti gli aspetti della funzione sessuale (desiderio sessuale, disfunzione erettile e problemi di eiaculazione), i sintomi predominanti nelle donne con malattia di Parkinson sono la diminuzione del desiderio sessuale, la difficoltà con l'orgasmo, la ridotta lubrificazione e il dolore durante la penetrazione vaginale.

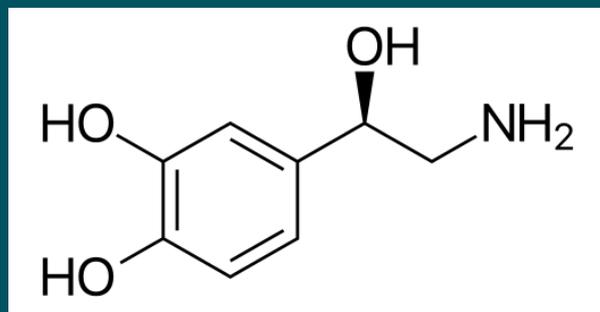
In uno studio recente, i pazienti di sesso maschile hanno dichiarato di essere più insoddisfatti della loro vita sessuale rispetto ai pazienti di sesso femminile. Il modello di disfunzione sessuale cambia man mano che la malattia progredisce e la disfunzione sessuale sembra essere più frequente e più grave nella malattia ad insorgenza tardiva.



Miriam PARRY - Infermiere
Parkinson's Foundation Centre of Excellence, King's College Hospital, Londra

Lucia RICCIARDI - Neurologo
Neurosciences Research Centre, St George's University of London, U.K.;
Medical Research Council Brain Network Dynamics Unit, Nuffield Dept. of Clinical Neurosciences, Oxford, U.K.

NORADRENALINA è il neurotrasmettitore del "LOTTA O FUGGI", la nota reazione primordiale al pericolo che si manifesta con sintomi quali l'aumento della frequenza dei battiti cardiaci e la sudorazione. Fa parte della famiglia delle "catecolamine" o "amine biogene", stessa famiglia della famosa dopamina. Nel Parkinson però il suo ruolo è meno lampante di quello della più nota cugina (la dopamina). Tuttavia se pensiamo a sintomi come la tachicardia e la sudorazione ecco come la noradrenalina torna subito familiare! La noradrenalina è famosa anche per essere un'ottima compagna di squadra. Infatti, lavora in team con la serotonina per regolare l'umore, l'appetito e la veglia mentre gioca con la dopamina e l'acetilcolina nel garantire le capacità di cammino e la possibilità di effettuare una qualsiasi attività senza affaticarsi eccessivamente. È possibile modulare il tono "noradrenergico" di un paziente tramite alcuni farmaci "antidepressivi" in grado di far risparmiare al paziente le proprie scorte di serotonina e noradrenalina. Oltretutto, dato che quest'ultima tende spesso a farsi scudo delle sue più famigerate colleghe, è compito del neurologo smascherarla e trattare adeguatamente i disturbi derivati dalla sua mancanza o eccessiva attività.



Pensi che l'uso di una scala clinica per misurare la disfunzione sessuale possa aiutare a migliorare la cura del paziente e la qualità della vita?

La disfunzione sessuale è un sintomo molto frequente nella malattia di Parkinson. Tuttavia, i pazienti sono spesso riluttanti a dichiarare i loro problemi sessuali e molti medici non chiedono informazioni né documentano la presenza di questi sintomi durante le visite di routine. L'utilizzo di scale di valutazione e questionari validati consente di superare queste difficoltà, caratterizzando la natura e le cause della disfunzione sessuale del paziente e contribuendo a implementare e monitorare gli interventi più adeguati.



Ilaria DE VICO - Neurologo

Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università degli Studi di Verona

Department of Neurology, The Marlene and Paolo Fresco Institute for Parkinson's and Movement Disorders, NYU Langone Health, New York, USA

La fatica è una sensazione universale che compare in seguito ad un'attività intensa ed indica al corpo di interrompere la sua attività e ricercare il riposo. È un segnale fisiologico che ci protegge dall'eccessivo sforzo. Purtroppo, in alcune malattie, la fatica può perdere questa funzione positiva ed acquisire un aspetto patologico, manifestandosi cronicamente anche a riposo, in assenza di attività.

La fatica patologica è un sintomo comune della malattia di Parkinson (MP) e si stima che fino al 50% dei pazienti ne sia affetto e fino ad un terzo la consideri il singolo sintomo più fastidioso, anche più dei sintomi motori. La fatica nella MP è pervasiva e molto disabilitante. Viene descritta come un senso di stanchezza profonda e di mancanza di energia o la percezione di un aumentato sforzo, non commisurato all'attività compiuta.

Essa può attenuarsi, ma non migliorare completamente con il riposo e spesso interferisce con le normali attività quotidiane, come prendersi cura di sé o della casa, fare la spesa o sostenere una conversazione, rendendo la qualità di vita molto bassa.

Uno studio italiano ha indagato gli

aspetti clinici di questo sintomo nella MP e ha concluso che la fatica può comparire in tutti gli stadi di malattia, anche precocemente (può esserne il primo campanello d'allarme!) e persistere nel tempo, al di là dell'età del soggetto, della gravità dei suoi sintomi motori, della presenza o meno di deterioramento cognitivo o di depressione. Inoltre, diversi sintomi quali ansia e apatia sembrano essere associati alla fatica ed insieme ad essa, concorrono a peggiorare la qualità della vita. In ogni persona la fatica può essere diversa e declinarsi nella sua dimensione più fisica o mentale. Proprio questa natura squisitamente soggettiva rende la fatica particolarmente difficile da riconoscere e da diagnosticare.

Per questo, nonostante la sua importanza, la fatica è tra i sintomi invisibili di questa malattia, difficile da caratterizzare in maniera rigorosa. Finalmente, di questo sintomo invisibile se ne inizia a parlare e diverse Università italiane stanno compiendo lo sforzo di studiare a fondo questo sintomo per poter dare una risposta a tanti pazienti.

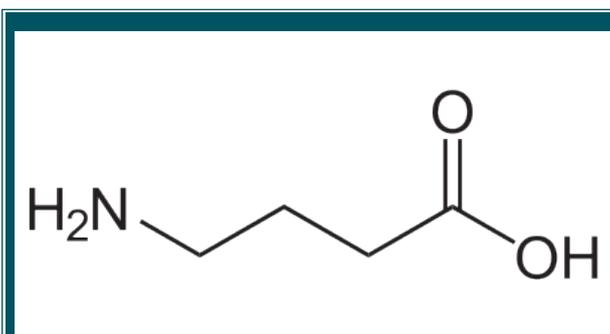
Ora sappiamo che alla base della fatica nella MP vi potrebbe essere una disfunzione di alcune aree del nostro cervello implicate nella

organizzazione e pianificazione dei movimenti, e questo potrebbe aprire la strada a nuovi trattamenti basati sulla neuromodulazione.

Riconoscere i segnali della fatica ed imparare a gestire le proprie energie è il primo passo per combattere questo sintomo. Questa strategia può aiutare i pazienti a sottrarsi al circolo vizioso della fatica, innescato dalla progressiva limitazione delle attività fisiche e mentali, con la conseguenza di una sempre maggiore intolleranza all'esercizio, che potrebbe a sua volta cronicizzare il sintomo.



Infine, è sempre fondamentale escludere cause di fatica secondaria, legata invece maggiormente a stati depressivi, ansiosi, disturbi del sonno notturno o altre patologie (anemia, patologie cardiache o respiratorie, etc.) o l'assunzione di alcuni tipi di farmaci, come i beta bloccanti. Per questo, è sempre necessario consultarsi con il proprio medico, in caso di comparsa di fatica.



GABA L'acido gamma-amino-butirrico (o GABA) pervade il lobo frontale: la parte più recente (in termini di sviluppo) del nostro sistema nervoso. Il lobo frontale si occupa di regolare le nostre reazioni, che siano esse motorie o emotive, in base agli eventi esterni. In altre parole è responsabile delle nostre decisioni. Il GABA si occupa di modulare le sue funzioni ed ha un ruolo principale nella genesi di disturbi del comportamento e dell'umore, come ad esempio l'ansia, e con essi di eventi secondari come l'insonnia - problemi invalidanti per molti pazienti.



Domiziana RINALDI - Neurologo

Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso, Sapienza Università di Roma
Fondazione Santa Lucia, IRCCS, Roma

Il dolore è un sintomo non motorio comune ed invalidante nella malattia di Parkinson (MP), con impatto negativo significativo sulla qualità di vita dei pazienti e dei caregiver. Pazienti con MP riportano dolore cronico con frequenza doppia rispetto a soggetti sani e utilizzano più frequentemente farmaci analgesici (82% verso 77%).

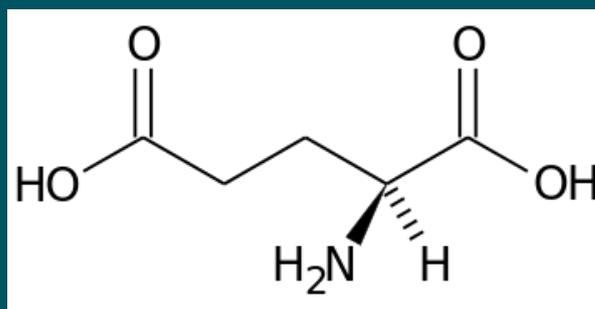
Il dolore può manifestarsi in qualsiasi fase della malattia e può anche essere riportato precedentemente alla diagnosi. Il dolore può essere correlato a sintomi motori quali le fluttuazioni, le discinesie, la distonia, oltre a poter essere espressione di dolore centrale, ma può anche essere secondario a comorbidità osteoarticolari o rappresentare un sintomo somatico della depressione. La caratterizzazione e il trattamento del dolore proprio della MP è quindi piuttosto difficile.

Il trattamento farmacologico del dolore nella MP rappresenta spesso una sfida per il clinico. Nel caso di dolore correlato alle fluttuazioni (per esempio le contratture che si possono verificarsi in fase OFF), spesso è di aiuto la razionalizzazione della terapia dopaminergica, in casi severi anche con il ricorso a terapie avanzate (stimolazione cerebrale profonda, infusione continua sottocutanea di apomorfina o digiunale di levodopa/carbidopa gel). In particolare un dopaminoagonista assunto per via transdermica e l'ultimo uscito tra gli inibitori delle monoaminoossidasi-B si sono mostrati particolarmente utili sul controllo del dolore. Tra i farmaci analgesici, l'ossicodone-naloxone a rilascio prolungato può essere di efficacia con moderati rischi di effetti collaterali, in particolare dell'incremento della stipsi. Sebbene alcuni studi suggeriscano l'utilità dell'antidepressivo duloxetina sul dolore cronico della MP, non vi sono chiare evidenze per altri farmaci della stessa classe così come per antiepilettici e cannabinoidi. Gli analgesici tipo FANS (per esempio ibuprofene) possono essere di beneficio se usati per brevi periodi, considerando però i frequenti effetti collaterali (di tipo gastrico e renale) dell'assunzione cronica.

Nell'ambito di trattamenti non farmacologici, la tossina botulinica è di efficacia sul dolore secondario a distonia, la fisioterapia può essere di beneficio se protratta nel tempo, il Nordic Walking ed in generale la regolare e prolungata deambulazione (60-70 min almeno 3 volte/settimana per 6 mesi) sono associati a riduzione del dolore.

In conclusione, visto il forte impatto negativo del dolore su soggetti con MP, è importante comunicarne la presenza, intensità e caratteristiche al neurologo di riferimento, il quale potrà suggerire il più adeguato percorso diagnostico e terapeutico in considerazione della severità di sintomi motori e non motori della malattia oltre a eventuali comorbidità.

GLUTAMMATO è il neurotrasmettitore più diffuso nel nostro cervello è infatti a capo delle gerarchie del nostro sistema nervoso. Regola gli impulsi motori, lo stato di attivazione del nostro cervello e con esso la percezione del dolore. Un'attività eccessiva del glutammato sembra inoltre avere un ruolo nello sviluppo dei processi neurodegenerativi comuni a malattie come l'Alzheimer. Tuttavia, insieme alla dopamina, il glutammato coordina l'apprendimento e la plasticità cerebrale. La possibilità di modulare farmacologicamente questi neurotrasmettitori è importantissima per ridurre il rischio di sviluppare alcune complicanze motorie del Parkinson come le discinesie. Nonostante possa sembrare complesso, esistono farmaci multimodali come la safinamide in grado di interagire con glutammato e dopamina al fine di controllare ciò che deriva da un'attività non bilanciata di una o delle due sostanze come, rispettivamente, il dolore e i movimenti involontari.



SEGUICI SUI NOSTRI CANALI SOCIAL 

 **facebook** Fondazione LIMPE per il Parkinson Onlus

 **twitter** Limpe_Parkinson

 **Instagram** limpe_parkinson

COMITATO EDITORIALE

IL PARKINSON...OLTRE LA DOPAMINA

di Marina Picillo



Marina PICILLO - NEUROLOGO

Centro per le Malattie Neurodegenerative (CEMAND),
Dipartimento di Medicina, Chirurgia ed Odontoiatria
"Scuola Medica Salernitana", Università di Salerno

La malattia di Parkinson (MP) è classicamente associata ad un deficit di neuroni che producono il neurotrasmettitore dopamina. La carenza di dopamina infatti sarebbe la principale responsabile dei disturbi motori che si presentano classicamente alla diagnosi come rigidità, rallentamento dei movimenti e tremore a riposo. Tuttavia è ormai noto che deficit di altri neurotrasmettitori si possono presentare in varie fasi della malattia ed essere responsabili di altri sintomi motori e non motori.

Un chiaro esempio è rappresentato dalla depressione. Tale sintomo molto frequente nei pazienti parkinsoniani è associato in prima battuta a modificazioni del sistema dopaminergico, ma anche ad alterazione del sistema serotoninergico. Supportano questa teoria gli effetti delle terapie farmacologiche. La depressione nel parkinsoniano infatti beneficia innanzitutto dell'ottimizzazione della terapia dopaminergica. Nel caso questo non sia sufficiente, l'introduzione di farmaci antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina di solito migliora i sintomi depressivi. Altro esempio sono i disturbi cognitivi.

Le funzioni cognitive più frequentemente coinvolte nel paziente parkinsoniano sono le funzioni esecutive e l'attenzione, ma anche la memoria e altre funzioni possono essere colpite. In molti casi i disturbi cognitivi del paziente parkinsoniano sono associati a deficit colinergici in modo simile alla malattia di Alzheimer. Infatti studi clinici hanno evidenziato che il trattamento con farmaci che aumentano la stimolazione colinergica hanno effetti positivi sui disturbi cognitivi dei pazienti parkinsoniani.

In altri disturbi invece come quelli urinari viene utilizzato un approccio farmacologico volto a bloccare l'azione della stimolazione colinergica sulla vescica per ridurre l'iperattività della muscolatura vescicale associata a minzione frequente e urgenza urinaria.

In conclusione, l'equilibrio terapeutico del paziente parkinsoniano è complesso e prevede l'utilizzo di farmaci che agiscono su numerosi sistemi neurotrasmettitoriali oltre a quello dopaminergico.

EDITOR

L. Lopiano

ASSOCIATE EDITORS

R. Ceravolo

A. Tessitore

M. Tinazzi

M. Zappia

COORDINATORI

G. Cossu

C.A. Artusi

M. Marano

SEGRETERIA EDITORIALE

F. Martillotti

S. Mancini

FONDAZIONE LIMPE PER IL PARKINSON ONLUS

Viale Somalia, 133

00199 - Roma

06-96046753

info@fondazioneimpe.it

SOSTIENI I NOSTRI EVENTI DI BENEFICENZA

Bonifico Bancario c/c nr. 000106149238 - IT 44 D 02008 03284 000106149238 intestato a:

Fondazione LIMPE per il Parkinson ONLUS

oppure visita il sito WWW.FONDAZIONELIMPE.IT

**GARE DI GOLF A SOSTEGNO DELLA RICERCA
SULLA MALATTIA DI MARKINSON**



6 SETTEMBRE 2022

