

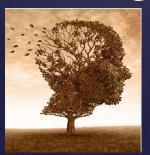
### S.I.M.G.

## SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE Sezione "Andrea Corridoni" di Ferrara

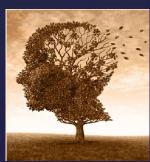
## Le demenze: malattie dei «vecchi»?

L'intercettazione dei disturbi mnesici e/o comportamentali negli ultra  $50\mathrm{enni}$  in Medicina Generale Ferrara,  $27~\mathrm{settembre}~2014$ 

# L'insidiosa e subdola comparsa di disturbi cognitivi e/o comportamentali. Diagnosis dementia: «no easy job»



ง Benini dott.ssa Lucia



## Il concetto di diagnosi 'tempestiva'

- "Per diagnosi tempestiva si intende il momento in cui il paziente o il caregiver ed il MMG riconoscono la possibilità che si stia sviluppando una forma di demenza"
- Diagnosi:atto iniziale di un progetto di cura
  - la diagnosi tempestiva implica che la diagnostica si concentri non tanto su di uno screening della popolazione, ma su una rapida identificazione dei primi segni di cambiamento comportamentali e funzionali

De Lepeleire J, et al. Aging & Mental Health. 2008;12:568-76

## **Diagnosticare la Demenza**

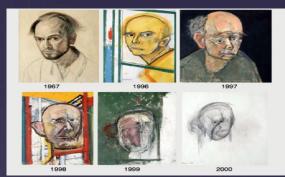
- Per la D. il primo stadio del processo diagnostico non è la testistica, ma l'iniziare a sospettare la possibilità che stia emergendo una sindrome cognitiva
- E' necessario notare gli indizi da inserire nella storia di malattia
- Nella D. preclinica alcuni indizi sono costituiti da una maggiore frequenza di accessi ambulatoriali, disturbi della marcia, riferite difficoltà mnesiche non sempre rilevabili alla testistica

lliffe S et al, Int J Geriatr Psychiatry, 2010 Ramakers I et al, Dement Geriatr Cogn Disord, 2007

Elementi facilitanti il sospetto diagnostico sono la conoscenza delle patologie, degli stili di vita, del carattere, della personalità e delle dinamiche familiari dei pazienti

Fase iniziale: il sospetto diagnostico

Evidenza di un cambiamento cognitivo rispetto al livello precedente dell'individuo.



Declino in uno o più ambiti cognitivi (memoria, attenzione, linguaggio, abilità di esecuzione delle attività quotidiane, orientamento spazio-temporale) superiore a quanto ci si aspetterebbe rispetto all'età del paziente o al suo livello culturale.

Lieve decadimento del livello precedente di efficienza (tempo impiegato, errori di esecuzione, precisione) nello svolgimento di attività complesse, pur mantenendo una sostanziale indipendenza nell'attuazione delle mansioni quotidiane.

Mancanza di compromissione del funzionamento sociale o occupazionale del paziente rispetto al livello precedente

Valutazione intra-individuale, riportato dal paziente, dai parenti , dal medico stesso ossia un cambiamento rispetto ad un livello precedente

- El deterioramento cognitivo si evidenzia progressivamente con diversa espressività clinica e temporale in funzione della complessa interazione tra età, assetto bio-psico-sociale, riserva cognitiva, comorbilità del paziente ed eziopatogenesi, forma clinica, entità del danno neuronale (Valenzuela and Sachdev, 2006; Stern Y., 2009).
- Questa miscela di caratteristiche cliniche e funzionali rendono molto difficile il compito del MMG di differenziare il normale invecchiamento dalla fase preclinica di una delle varie forme di demenza (Wilson *et al.*, 2010, Buntinx, F. et al. 2011).

## Criticità

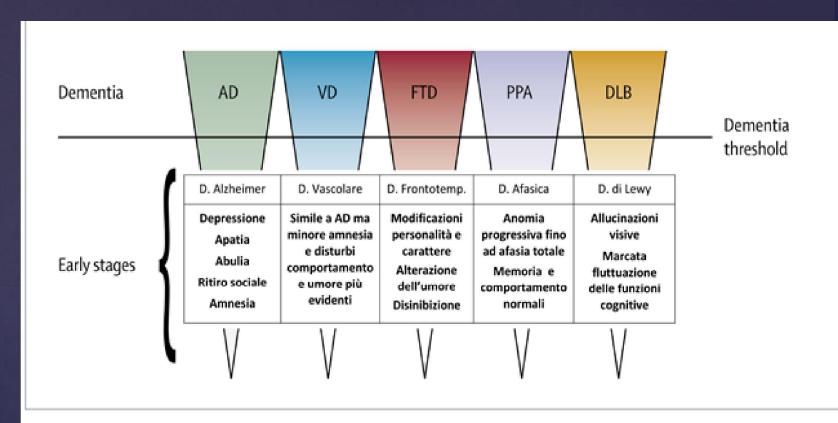


Figure: Alzheimer's disease starts and should be identified before the occurrence of full-blown dementia (as for other dementing conditions)

AD=Alzheimer's disease; VD=vascular dementia; FTD=frontotemporal dementia; PPA=primary progressive aphasia; DLB=dementia with Lewy bodies.

- Sposata, non ha mai lavorato, scolarità scuola media superiore, discreto tenore di vita!

- **2006** Epatopatia HCV correlata, trattata con interferone.
- № 2007 Herpes zoster
- 2007 Malattia di Basedow, trattata prima con Tapazole e, un anno dopo, con terapia radiante soppressiva con iodio. Messa in terapia con Eutirox al dosaggio di 100mg
- 2009 comparsa di <u>disturbi cognitivi : riferisce amnesie</u>. Il MMG richiede in urgenza Ecocolordoppler TSA : stenosi CI-dx oltre il 60%,
- Prima dell'intervento di TEA, Chir. Vascol. fa eseguire Tc cerebrale: referto <u>leucoaraiosi</u> completa, ventricoli in asse.
- k Eseguita TEA e dimessa con Ascriptin,

Troppi fattori confondenti! M. C. nata il 01/11/1940

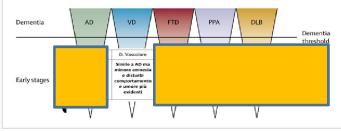
**2011** per la comparsa di <u>disturbi del comportamento</u> (depressione con apatia e abulia) viene eseguita Visita Geriatrica:

- Esami biochimici : nn, tranne folato e vitamina B
- MMSE 24,30/30 corretta per età e scolarità
- Clock drawing test 5/7

**Diagnosi:** sindrome depressiva reattiva a problemi familiari (marito con gravi esiti di ictus, affetto da diabete tipo 2 IT), ipotiroidismo, epatopatia, lieve deficit di vitamina B

Terapia consigliata: Sertralina 100mg 1cp, Ascriptin 1cp, Eutirox 100 1cp, cicli di vitamina b

Commento: diagnosis dementia no easy job anche..... per gli specialisti



igure: Alzheimer's disease starts and should be identified before the occurrence of full-blown dementia (as or other dementing conditions)

AD=Alzheimer's disease; VD=vascular dementia; FTD=frontotemporal dementia; PPA=primary progressive aphasia; DLB=dementia with Lewy bodies.

- Settembre 2013: la paziente viene in ambulatorio, alla visita del MMG si presenta pallida, confusa, stato cachettico (BMJ 16,8, peso 47 kg, nel 2010 pesava kg 63), vengono chiesti gli esami di laboratorio urgenti che mostrano una anemia con 9 g/dl di HB e ferro a 30 μg/dl, ormoni tiroidei nella norma.
- Eseguita EGDS di urgenza. Referto: gastrite erosiva da Ascriptin
- Il MMG informa la figlia perché la paziente è confusa, aprassica e disartrica, disorientata nel tempo e nello spazio, situazione compatibile con grave compromissione funzionale strumentale. (IADL: preparare i pasti, gestione farmaci, ect). La figlia nega quanto il MMG le riferisce ribadendo che la madre è solo depressa e non essendosi pertanto accorta della grave compromissione funzionale

Commento: ageismo? negazione della malattia? Stigma? Indifferenza? da parte DEI FAMIGLIARI

Ottobre 2013. Accesso in pronto soccorso per caduta accidentale (non la prima) vengono eseguiti gli esami di laboratorio, ECG, Rx torace ,ecc, risultati nella norma. Referto: trauma cranico min., paziente vigile, orientata

- tempo/spazio!

  Novembre 2013 . Il MMG convince la figlia a ripetere visita geriatrica. Valutazione funzionale e comportamentale :
- Geriatric Depression scale. 5/15 (flessione tono dell'umore)
- *♥* Valutazione neuropsicologica:
- № MMSE: 17,30/30 (24,30/30 nel 2011)
- *Clock Drawing Test: 0/7 (5/7 nel 2011)*
- & ADL: 2/6
- & IADL: 1/8

RM cerebrale: "diffusa iperintensità della sostanza bianca periventricolare, reperto più evidente in sede peritrigonale, compatibile con quadro di sofferenza vascolare cronica, concomitano nella vascolare bianca sottocorticale biemiesferica ulteriori piccoli reperti compatibili con piccoli esiti ischemici"

- k Conclusioni: deterioramento cognitivo di grado grave (CDR 2) in encefalopatia vascolare
- ₹ Terapia attuale : Ascriptin, PPI , Exelon 4,5 patch, Trittico 50 mg I cp

### ESC Congress 2014 - European Society of Cardiology -Barcellona, 30 agosto-3 settembre 2014

**NFWS** 

#### Curare l'ipertensione per prevenire la demenza?

disturbi cognitivi e della demenza.

Ictus, emorragie cerebrali e disturbi cognitivi sono in rapporto molto stretto; questi eventi vascolari acuti provocano disturbi cognitivi con esordio equalmente rapido che in alcuni casi possono tuttavia regredire. talvolta completamente.

Il Dott, Hans-Christoph Diener (Essen, Germania) ha sottolineato, nella sessione di oggi, che la sofferenza dei piccoli vasi è molto importante nella fisiopatologia di forme di deterioramento cognitivo progressivo. Il rapporto tra ipertensione e demenza, tuttavia, in questi casi appare meno evidente: il Dott. Diener spiega che in condizioni normali il flusso sanguigno cerebrale è modulato dall'autoregolazione dei vasi, ma nei soggetti affetti da ipertensione viene persa questa capacità modulatoria. Le cellule endoteliali vanno incontro a stress ossidativo favorendo la ialinosi dei piccoli vasi e, in ultima analisi, la sofferenza dei tessuti cerebrali. Inoltre, lesioni della sostanza bianca che si riscontrano nei casi di demenza vascolare sono state correlate all'ipertensione, oltre che all'età dei pazienti. Ulteriori evidenze provengono dalla demenza di tipo Alzheimer (AD) dove i fattori cardiovascolari, tra i

quali l'ipertensione e la dislipidemia, spiegano il 50% dei fattori eziologici. Nell'AD l'ipertensione favorisce il depositarsi di beta-amiloide contribuend trattamento precoce dell'ipertensione possi DIBATTITI E IDEE

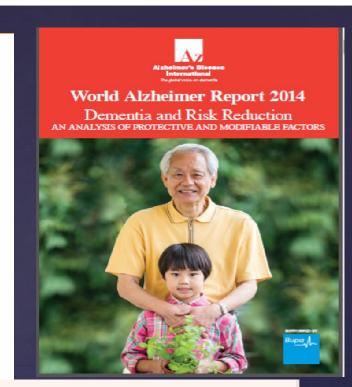
Emergenza Alzheimer, nel rapporto mondiale 2014 le strategie di prevenzione e l'appello per inserire la demenza tra le priorità nazionali



Contrastare il rischio demenza si può: controllo dell'ipertensione, astensione dal fumo e monitoraggio cardiovascolare sono in grado di ridurre la probabilità di comparsa della malattia. Mentre, al contrario,

diabete, obesit La conoscenza, in questo come in tutti gli ambiti, è fondamentale: sia intesa come nei Piani nazio

sotto controllo. consapevolezza dei fattori di rischio (l'astinenza dal fumo, ad esempio, risulta strettamente mondiale Alzhe legata a una diminuzione della probabilità di sviluppare la demenza) sia come istruzione: se quest'ultima sembrerebbe non avere alcune effetto sulle alterazioni cerebrali che portano alla demenza, ne riduce comunque l'impatto sulle funzioni intellettive. In generale, è il monito, è importante favorire la salute del cervello per tutta la vita, ma soprattutto nella parte centrale, in



What is good for your heart is good for your

- $_{\&}$  Sesso femminile. Nata nel 1953. Nubile
- ℕ Non familiarità per patologia neurodegenerativa o del SNC
- ℕ Non patologie rilevanti, non fumo, non alcool
- Nel settembre 2010 passa a un lavoro part-time per stanchezza, piccoli problemi mnesici attribuiti a stress da lavoro, non disturbi del comportamento e dello stato funzionale. Continua una vita attiva con viaggi e hobbies.
- ₹ Esegue spontaneamente RM: negativa (marzo 2011).
- k Finora non si è mai rivolta al MMG o ad altri medici.

Esordio precoce di Malattia di Alzheimer? L.A.

Dicembre 2012: da alcuni mesi presenta disordini cognitivo-mnesici, associati a riduzione delle iniziative e delle attività con sensazione di inadeguatezza (apatia, abulia, distimia). <u>Anedonia</u>. Al momento della visita dal <u>MMG</u> dichiara di non andare da una settimana al lavoro. Recente «separazione». Dimagrimento per non congrua alimentazione.

Commento: depressione reattiva?

Visita Psichiatrica: batteria di esami negativa per patologia psichiatrica

Visita Neurologica: esame obiettivo non deficit stenici o della coordinazione motoria, non disordini sensitivi. Romberg negativo. Stazione eretta e marcia come di norma.

Rx torace negativo, esami di laboratorio negativi, cardiovascolare nella norma

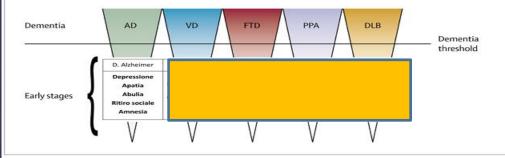


Figure: Alzheimer's disease starts and should be identified before the occurrence of full-blown dementia (as for other dementing conditions)

AD=Alzheimer's disease; VD=vascular dementia; FTD=frontotemporal dementia; PPA=primary progressive aphasia; DLB=dementia with Lewy bodies.

## Valutazione Centro Disturbi Cognitivi:

MMSE 25/30

Clock Drawing test: produzione di una figura adeguata nel numero dettagli. Ma con imperfezioni nella disposizione dei numeri e nella collocazione delle lancette Frontal Assessment Battery: punteggio complessivo corretto ai limiti della norma di 14,8 (cut-off: 13,4)

Spect cerebrale: ipoperfusione compatibile con esordio di patologia

neurodegenerativa

Conclusioni: esordio di patologia tipo AD

Terapia: Exelon patch a dosaggio basso

Negazione totale e rifiuto della patologia da parte dei famigliari che non si rivolgono più al MMG

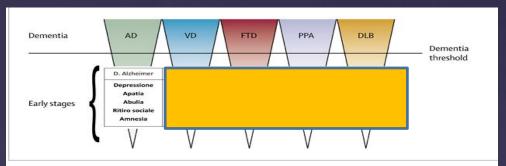


Figure: Alzheimer's disease starts and should be identified before the occurrence of full-blown dementia (as for other dementing conditions)

AD=Alzheimer's disease; VD=vascular dementia; FTD=frontotemporal dementia; PPA=primary progressive aphasia; DLB=dementia with Lewy bodies.

- Aprile 2013: Seconda visita Neurologica in altro CDC
- Esami liquoriali: riduzione valori BetaAmiloide (284pg/ml vn>600), aumento valori proteina TAU (482,7 pg/ml, vn <300), aumento valori PTAU (170,5 vn<61 pg/ml). Ricerca Proteina 14,33: negativa.
- & Conclusioni: patologia degenerativa del SNC suggestiva di probabile Alzheimer. In alternativa «Possibile demenza a corpi di Levi» (????)
- 🛾 Terapia: Exelon 9. 6 patch; Ebixa; Cardioaspirin, Sertralina 100 mg



- & C.GC nato il 10/08/1931, scolarità 3 elementare, fumatore, alcool? Caregiver di compagna con diagnosi di AD da vari anni
- Non patologie rilevanti tranne una gonartrosi, esami di laboratorio, cardiologici nn, non esegue nessuna terapia tranne cicli di Fans
- № In ambulatorio (2010) il paziente si presenta con oppositività, polemico, qualche afasia nominum, «oligofrenico»
- Nel 2012- 2013 ha avuto piccoli incidenti stradali di cui sono stata informata solo in seguito
- Nel dicembre 2013 vengo informata dalla figlia di 45 aa disoccupata, che vive con lui, di episodio di violenza nei propri confronti e di disturbi minori del comportamento anche nei confronti della compagna, con tendenza all'aggressività verbale e al danneggiamento di oggetti. Mi chiede di convincere il padre a sottoporsi a visita Geriatrica. Prescrivo una visita geriatrica non senza difficoltà
- Visita geriatrica: la familiare che lo accompagna riferisce deficit mnesici. Il paziente nega.
- Valutazione neuropsicologica: MMSE 16,4/30 corretto per età e scolarità
- ∀alutazione funzionale: ADL 6/6, IADL 7/7 (riferito dal paziente)
- k Nessun insight della malattia
- \@ Conclusioni diagnostiche: Disturbo neurocognitivo maggiore (DSM V, grado lieve
   ) su base mista(degenerativa primaria + vascolare).

## Bassa riserva cognitiva, caso sociale



- Sesso femminile. Nata il 10/05/1932
   ■
- Non fumatrice, scolarità 3 media, casalinga, vedova e vive sola.
- k Problemi:
- k Cataratta senile
- k Trombosi venosa AAII
- & Artropatia degenerativa
- k Psoriasi
- Reflusso gastroesofageo; diverticolosi del colon
- & Motivo della visita in data 20/08/2014: riferisce disturbi mnesici.
- negli ultimi tempi la pz è DIVENTATA molto ansiosa ed eccessivamente preoccupata per la propria salute, ha aumentato la frequenza di visite in ambulatorio, spesso non rispetta le normali regole di attesa in ambulatorio, eloquio rallentato, monotono, ripetitivo, le ho dovuto riscrivere molte volte la scheda di somministrazione della complessa politerapia

## Cosa facciamo? L'intercettiamo?

## L'intercettiamo!

### Prima

Esordio 2009 comparsa di <u>disturbi cognitivi: riferisce amnesie</u>. Il MMG richiede in urgenza Ecocolordoppler TSA: stenosi CI-dx oltre il 60%

Diagnosi 2013: deterioramento cognitivo di grado grave

## Adesso

2014: Ho eseguito GPCog = punteggio 5/9 sezione A (completo deficit nel richiamo delle 5 parole) non eseguibile la B per mancanza famigliari. GDS five items 3/5

Deterioramento cognitivo borderline in paziente a rischio sociale : Invio presso CDC per approfondimento diagnostico con esami di Iaboratorio, TC encefalo <u>senza</u> mdc; ECG; eventuale ecodoppler TSA ...

Visita Geriatrica tra un mese. Inquadramento Diagnostico nell'arco dei prossimi tre mesi

# aGrazie per l'attenzione

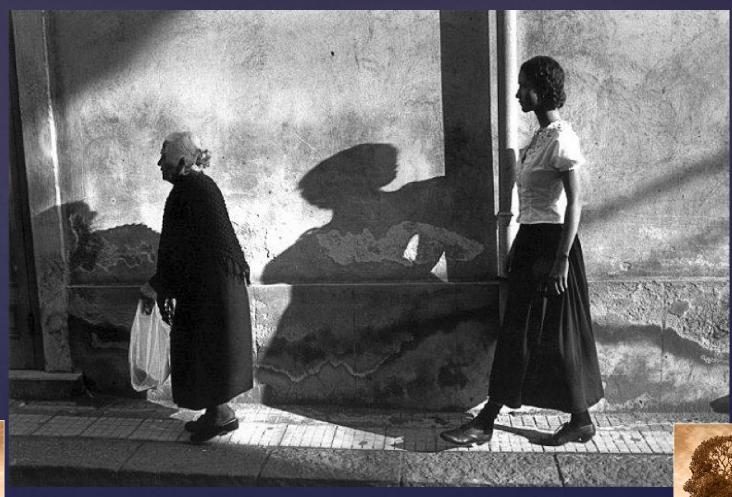




Foto di F. Scianna