

CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE

DEMENZE

Dott.ssa Ornella Sassone


14-22 marzo 2016

DEMENZE

DEMENZA= deficit cognitivo multiplo caratterizzato da compromissione della memoria recente e da una o più altre alterazioni cognitive (afasia, aprassia, agnosia, deficit di pensiero astratto o di capacità critica).

I deficit cognitivi devono determinare un significativo peggioramento rispetto al livello funzionale precedente del paziente.

In fase conclamata la demenza è una sindrome clinica caratterizzata dalla perdita di più **funzioni cognitive** e da **sintomi non cognitivi** (riguardanti la personalità, l'affettività, il comportamento, le funzioni vegetative) di entità tale da interferire con le attività sociali e lavorative abituali del paziente.



La demenza non è l'accentuazione di un normale processo di invecchiamento, non è l'effetto dell'età.

DETERIORAMENTO COGNITIVO LIEVE (MCI – Mild Cognitive Impairment) = presenza di disturbo di memoria con conservazione delle capacità cognitive globali e delle attività della vita quotidiana.

Può essere:


- Transizione tra invecchiamento normale e demenza
- Patologia con propria individualità che può rimanere tale nel tempo
- Fase precoce di demenza




Utile follow up

La diagnosi di demenza è clinica, basandosi su: anamnesi, colloquio clinico ed esame obiettivo.


Gli **accertamenti strumentali** servono per escludere patologie che possono provocare sintomi deficitari simili e per differenziare le diverse forme di demenza.

Decorative white lines consisting of several parallel diagonal strokes in the bottom right corner of the slide.

Accertamenti indispensabili per definire l'eziologia della demenza:

1. Esami di laboratorio (ormoni tiroidei, dosaggio B12, folati, omocisteinemia, routine)
 2. Esami neuroradiologici (TAC e RMN encefalo)
 3. Test neuropsicologici
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted diagonally from the bottom right towards the top right, located in the lower right quadrant of the slide.

È importante identificare le **cause di deficit cognitivi** potenzialmente **reversibili**. Le principali sono:


- **Ipotiroidismo**
 - **Deficit di B12**
 - **Alcolismo**
 - **Patologie epatiche**
- 
- Decorative white lines consisting of several parallel diagonal strokes in the bottom right corner of the slide.

Esami neuroradiologici (TAC e RMN) permettono di evidenziare possibili cause di deficit cognitivo:

- **Patologie vascolari cerebrali** con conseguente diagnosi di demenza vascolare
- **Tumori cerebrali, ematomi subdurali, idrocefalo normoteso**

N.B. Scarsa corrispondenza tra entità di atrofia cerebrale e sintomatologia. Sono più utili esami funzionali (SPECT e PET): es. alterazioni temporoparietali in M. di Alzheimer.

I **test neuropsicologici** permettono di evidenziare oltre ai deficit cognitivi eventuali sintomi depressivi.



Rapporti tra depressione e demenza

- La depressione nell'anziano può provocare deficit cognitivi potenzialmente reversibili (pseudodemenza).
- La depressione con sintomi cognitivi modesti può essere fase precoce di demenza.
- La depressione nell'anziano può essere fattore di rischio per demenza.

Le demenze globalmente considerate:

- Costituiscono la 4° causa di morte nelle persone con età >65 anni.
- Sono responsabili di oltre il 50% dei ricoveri in casa di riposo.
- Aumentano progressivamente per frequenza con l'età, soprattutto dai 65 agli 85 anni.




Grosso impatto sociale ed economico!

La **M. di Alzheimer** è la **causa più frequente di demenza** (50-60% dei casi). Le altre forme di demenza comprendono:

- **Demenza vascolare** (20-25% dei casi)
- **Demenza mista** = degenerativa e vascolare (20% dei casi in generale, ma molto più frequente nei pazienti più anziani)
- **Altre forme di demenza degenerativa** (10-15% dei casi), rappresentate da Parkinson-demenza, demenza fronto-temporale, demenza a corpi di Lewy.

Sintomatologia delle demenze

Sintomi cognitivi:

- Deficit mnestici
 - Disorientamento temporo-spaziale
 - Aprassia
 - Afasia, alessia, agrafia
 - Deficit di ragionamento astratto, di logica e giudizio
 - Acalculia
 - Agnosia
 - Deficit visuo-spaziali
- 

Sintomi non cognitivi:

- Psicosi (deliri paranoidei, allucinazioni)
- Alterazioni umore (depressione, euforia, labilità emotiva)
- Ansia
- Sintomi neurovegetativi (alterazioni ritmo sonno-veglia, appetito, comportamento sessuale)
- Disturbi attività psicomotoria (affaccendamento afinalistico, vagabondaggio)
- Agitazione (aggressività verbale o fisica, vocalizzazione persistente)
- Alterazioni personalità (indifferenza, apatia, irritabilità, disinibizione)

Disturbi comportamentali e psichici (BPSD= Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia)

- Ansia e alterazioni umore sono più frequenti in fasi iniziali di malattia; tutti gli altri sintomi sono tipici di fasi avanzate.
- BPSD hanno importanti conseguenze sulla qualità di vita dei pazienti e dei caregivers.
- Rendono più complessa la terapia della malattia.
- Costituiscono la causa più frequente di istituzionalizzazione dei pazienti.

L'**ambiente circostante** può essere fattore scatenante molto importante per BPSD.

È utile lasciare al paziente **oggetti familiari**, mantenere uniformità d'ambiente.

È utile **rassicurare il paziente** con la voce o con il contatto fisico.

Se deprivazione sensoriale scatena sintomi è utile **sottofondo musicale o luminoso**.

Se la produzione delirante è rigida è utile distogliere la sua attenzione **cambiando discorso**.

Presa in carico del paziente demente dopo la diagnosi:

1. Fornire cure adeguate:

- Trattamento farmacologico specifico del deficit cognitivo (ove possibile)
- Terapie non farmacologiche
- Prevenzione di complicanze e riabilitazione neuropsicologica e neuromotoria

2. Fornire informazioni al paziente e alla famiglia su:

- Natura della malattia
- Evoluzione e prognosi
- Possibilità di prevenzione e cura

3. Ottimizzare lo stato funzionale:

- Trattare le patologie sottostanti (M. di Parkinson, Fattori di rischio vascolare, ecc.)
- Prestare attenzione ai farmaci con potenziali effetti dannosi su SNC
- Valutare ambiente di vita del paziente e suggerire eventuali modifiche
- Stimolare l'attività fisica e mentale
- Favorire adeguata nutrizione

4. Identificare e trattare i sintomi non cognitivi

5. Identificare e trattare le possibili complicanze:

- Rischi di caduta e di smarrimento
- Incontinenza
- Malnutrizione

6. Fornire supporti socio-assistenziali e consulenze familiari:

- Servizi territoriali temporanei o definitivi
- Supporto economico
- Supporto psicologico ai famigliari

Malattia di Alzheimer:

- È la forma di demenza più studiata e più frequente.
- È modicamente prevalente nelle donne (eccetto per pazienti ultra 85enni)
- Ha durata media di 10 anni (con casi di morte da 4 a 15 anni)
- Porta a morte per cause extracerebrali (traumi da caduta, malnutrizione, complicanze broncopolmonari e cardiocircolatorie da allettamento).

La diagnosi può essere **possibile o probabile**.

La **diagnosi certa** è solo autoptica.

N.B. è molto utile il follow up dei pazienti per seguirne le evoluzioni.

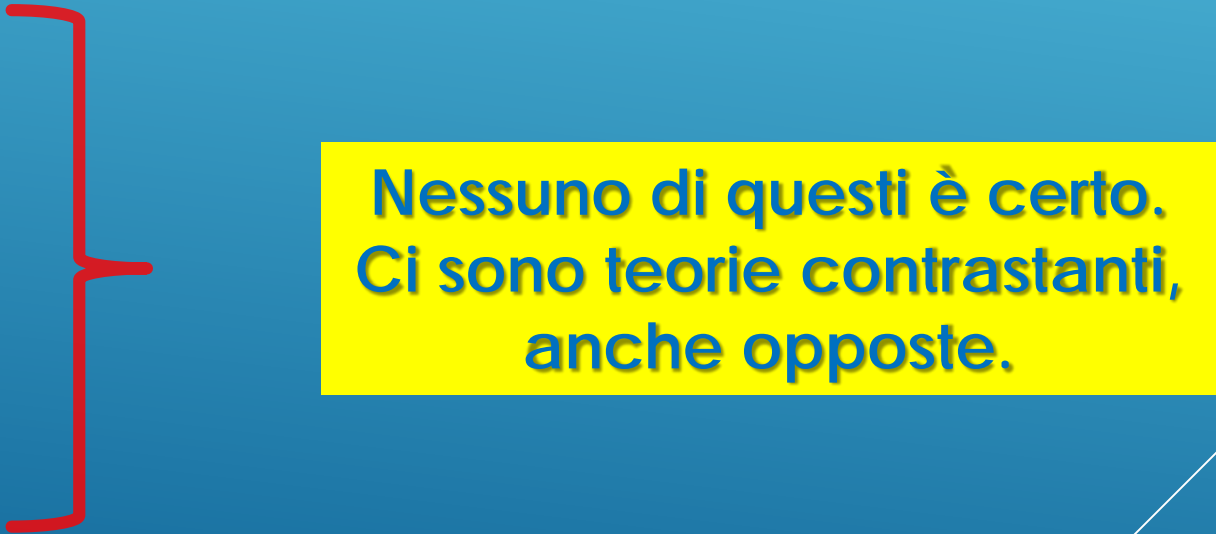
A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

La M. di Alzheimer sembra avere **eziologia polifattoriale**.

Fattore genetico: riscontrate mutazioni geniche in famiglie con M. di Alzheimer a trasmissione autosomica dominante.

Fattori di rischio correlati a M. di Alzheimer:

- Traumi cranici
- Depressione
- Antiinfiammatori
- Estrogeni
- Fumo di sigaretta
- Scolarità
- Fattori ambientali




**Nessuno di questi è certo.
Ci sono teorie contrastanti,
anche opposte.**

Demenza vascolare:

- È il secondo tipo di demenza più frequente.
- È tipica dell'età avanzata, leggermente prevalente nei maschi.
- Comprende qualsiasi forma di demenza conseguente a danno vascolare cerebrale su base ischemica o emorragica.
- È sempre associata a deficit neurologici focali
- Deve essere riconosciuta perché potenzialmente trattabile.

Cause di demenza vascolare:


- Vasculopatia cerebrale multinfartuale.
 - Infarti singoli o emorragie in particolari aree cerebrali (es. lesioni emisfero sinistro, talamo, ecc.).
 - Vasculopatia cerebrale sottocorticale.
- 

Il **deterioramento cognitivo** è complessivamente meno grave rispetto alla M. di Alzheimer.

Sono più frequenti i **disturbi sfinterici** e i **disturbi dell'andatura** con rischio di caduta.

Decorative white lines consisting of several parallel diagonal strokes in the bottom right corner of the slide.

Demenza mista:

- È la forma più frequente di demenza nei pazienti più anziani (>75 anni).
 - È l'associazione tra demenza degenerativa tipo M. di Alzheimer e demenza vascolare.
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

CONSIGLI UTILI PER UN AMBIENTE DOMESTICO, STABILE, ADEGUATO E CONFORTEVOLE:

- preferire spazi non troppo grandi e poco rumorosi, con pavimenti non abbaglianti e non scivolosi
- utilizzare arredi non spigolosi e di colori caldi, cartelli decorativi e piante verdi
- evitare il buio inserendo lampadine a spina nelle prese basse
- installare serrature fuori della portata del malato, dispositivi per la chiusura del gas, maniglioni di sostegno nel bagno e doccia al posto della vasca
- non introdurre modifiche negli arredi e nella disposizione degli oggetti domestici che possano confondere
- evitare la vicinanza di oggetti pericolosi taglienti, puntuti, tossici
- eliminare ostacoli che possano provocare cadute (gradini, tappeti, panchetti).

QUALI PROBLEMI POSSONO PRESENTARSI ALLA PERSONA CHE ASSISTE DA VICINO IL MALATO?

Si considerano, per semplificare, tre fasi di malattia; ma poiché i sintomi e le espressioni di malattia si accavallano tra una fase e l'altra, le raccomandazioni possono riguardare più fasi allo stesso tempo.

FASE LIEVE

Se il paziente dimentica...

- ... aiutarlo a ricordare i fatti recenti senza sottolineare le sue dimenticanze; cercare insieme a lui gli oggetti che non trova; fargli scrivere una lista delle cose da fare e degli appuntamenti presi; far sì che svolga i suoi impegni uno alla volta.
- ... stimolare i ricordi del passato, utilizzando fotografie, vecchie canzoni e oggetti legati alla sua storia personale, ascoltando con pazienza i suoi racconti.

Se il paziente non è più in grado di gestire da solo la terapia farmacologica...

- ... prestare molta attenzione alla somministrazione dei farmaci, al loro dosaggio e agli orari consigliati dal medico, con il quale è bene avere un rapporto di continuità nel riportargli le osservazioni e i commenti sulla vita del malato.

Se il paziente è disorientato sul tempo e sui luoghi...

... usare il calendario per la data, o i santi del giorno o il giornale quotidiano; usare orologi da muro per l'ora, la luce e il buio per il giorno e la notte, i colori per le stagioni; far percorrere le stesse strade per uscire e tornare a casa, marcando punti di riferimento sul percorso: case conosciute, negozi, giornalaio, chiesa, monumenti ecc. Cercare di mantenere sempre gli stessi ritmi giornalieri.

Se il malato ripete continuamente le stesse domande...

... rispondere una o due volte, quindi distrarre il malato su altri oggetti e argomenti, per calmare la sua ansia.

Se il malato piange e si dispera...

... consolarlo con buone parole, cercando di diminuire la sua tristezza per la decadenza di cui si va accorgendo.

FASE MODERATA

Se il malato è agitato...

... cercare di capirne la causa, come un dolore fisico, o un disagio mentale (ad esempio non riconoscere le persone a lui vicine o il luogo in cui si trova); rimuoverla, se possibile, mostrandogli un viso calmo e comprensivo, partecipando al suo problema e distraendolo. Nel caso sia evidente una causa patologica, rivolgersi al medico.

Se il malato è aggressivo o dice male parole...

... non offendersi per gli insulti e le accuse, ma mostrarsi calmi e comprensivi, cercando un contatto affettuoso con il malato, facendogli sentire che si è dalla sua parte.

Se cammina incessantemente per casa o se si affaccenda in modo irragionevole...

... lasciarlo libero di esprimere così la sua irrequietezza, senza costringerlo, tranne nei casi di rischio o di pericolo; aiutarlo semmai nelle azioni che intraprende (rovistare nei cassetti, preparare fagotti ecc.).

Se tende a fuggire di casa...

... installare serrature fuori della sua portata e distrarlo.

Se vuole mangiare continuamente o se rifiuta il cibo...

... renderlo partecipe dei ritmi della nutrizione, facendosi aiutare in cucina, e nella preparazione della tavola; offrirgli le pietanze una per volta e non in grande quantità, disposte in modo invitante su tovaglie colorate, privilegiando i suoi gusti e la cucina mediterranea, alla quale è abituato.

Se rifiuta di bere o beve troppo poco...

... distribuire i liquidi necessari (1 litro e mezzo) in varie volte durante il giorno (acqua, latte, tè, succhi di frutta e anche gelati), assicurando una adeguata idratazione, molto importante perché non cada in confusione.

Se rifiuta di lavarsi...

... rendere la stanza da bagno un luogo piacevole come arredi, colori e temperatura; dare aiuto con discrezione, rispettando il pudore del malato, lodandolo per il suo aspetto dignitoso come effetto del lavarsi, pettinarsi e aver cura di sé.

Se non sa vestirsi in modo adeguato...

... preparare la biancheria e i vestiti; accompagnare il malato a indossarli nell'ordine giusto, approvando volta per volta ogni suo atto. Farlo specchiare (se ciò non lo mette a disagio), per ammirare il suo aspetto appropriato. Usare vestiti comodi e scarpe chiuse con suola antiscivolo.

Se comincia ad essere incontinente...

... non umiliarlo, facendoglielo notare. Accompagnarlo al bagno ogni due ore, facilitandolo, se è necessario, negli atti da compiere. Se ha bisogno del pannolone, usare molta delicatezza nel porgerlo e nel cambiarlo.

Se vede cose o persone inesistenti o se dà interpretazioni sbagliate della realtà (dice che è stato derubato, tradito, abbandonato ecc.)...

... non contraddirlo, né tentare di farlo ragionare in quel momento, ma distrarlo da quei pensieri ed avvertire il familiare e il medico.

Se ha problemi col sonno...


... evitare che dorma durante il giorno; farlo camminare a lungo, possibilmente all'aperto e in zona verde; tenerlo in attività; evitare il caffè di pomeriggio.

FASE SEVERA

Quando il malato si aggrava o è addirittura allettato, non mangia da solo, ha difficoltà a inghiottire, non parla, o ha perso del tutto la sua autonomia...

- ... cercare con lui un contatto non verbale, al di là delle parole, nella convinzione che sia sempre possibile comunicare attraverso il tocco, il suono carezzevole, un viso sorridente, un profumo piacevole, un sapore dolce;
- ... porgere il cibo con delicatezza, in piccoli bocconi, stando di fronte al malato, e farlo bere a piccoli sorsi;
- ... gratificarlo con lievi massaggi, soprattutto sul collo, le spalle, le gambe e le braccia, usando creme idratanti;
- ... fargli effettuare movimenti regolari delle articolazioni per evitare rigidità e cattive posizioni del corpo;
- ... mobilizzarlo frequentemente, in modo da far appoggiare sul materasso (possibilmente antidecubito) parti diverse del corpo alternativamente, per evitare le ulcere da pressione.

Malattia di Parkinson:

- È una patologia cronica neurodegenerativa che inizia più spesso tra 50-70 anni.
 - Presenta **sintomi motori** e **non motori**.
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

Malattia di Parkinson, sintomi motori:

- **Tremore** (ritmico, tipico alle mani, alle labbra, alla lingua).
- **Rigidità** (prevalente ai muscoli flessori del tronco e degli arti).
- **Bradicinesia** e **acinesia** (lentezza, povertà di movimenti, perdita di automatismi motori, perdita di movimenti espressivi).

Dalla diversa associazione dei sintomi fondamentali si distinguono due forme:

1. **Forma ipertonico-ipocinetica** (scarso o assente il tremore)
2. **Forma ipercinetica** (prevalente il tremore)

N.B. Forma ipercinetica è quella meno grave e a prognosi migliore.

La rigidità provoca:

- Disturbi del cammino (piccoli passi, passi strascicati)




frequenti cadute

- Ipo- o amimia
- Disfonia
- Disfagia

Malattia di Parkinson, sintomi non motori:

- **Depressione** (presente nel 50-70% dei casi anche in fase precoce e premorbosa, caratterizzata da apatia e rallentamento ideomotorio).
- **Disturbi del sistema nervoso autonomo** = disautonomia (ipotensione ortostatica, disturbi urinari, stipsi, nausea).
- **Disturbi del sonno** (insonnia, sogni vividi, allucinazioni, crampi, parestesie).
- **Deterioramento cognitivo** (presente nel 20-30% dei casi in fase avanzata).
- **Disturbi psicotici** (allucinazioni, deliri, presenti nel 15-30% dei casi in fase avanzata).

La Malattia di Parkinson non è un disturbo del movimento, ma una **patologia complessa** che coinvolge l'intero organismo.

Decorative white lines consisting of several parallel diagonal strokes in the bottom right corner of the slide.

M. di Parkinson, maggiori criticità di malattia in fase avanzata :

- Disturbi motori con difficoltà di mobilizzazione e alto rischio di cadute.
- Disturbi del sonno con frequenti allucinazioni visive serali e notturne.
- Disturbi del comportamento.
- Disfagia e problemi alimentari (necessità di orari corretti per somministrazione di farmaci, diete particolari, indispensabile assunzione di liquidi).
- Difficoltà terapeutiche.

Parkinsonismi = Sindromi Parkinsoniane

Sono tutte le condizioni che causano sintomi tipici della M. di Parkinson. I più comuni parkinsonismi sono:

- **P. vascolare** (soprattutto da vasculopatia sottocorticale)
- **P. iatrogeno** (da assunzione di farmaci, soprattutto neurolettici)
potenzialmente modificabile


N.B. Sintomatologia parkinsoniana con bradicinesia e ipertonia compare anche in fase avanzata di M. di Alzheimer.

Sclerosi multipla:


Patologia frequente, prevalente nel sesso femminile ma a evoluzione più grave nel sesso maschile, a esordio abitualmente **intorno ai 30 anni**, caratterizzata da fasi di peggioramento clinico con possibilità di recupero con terapia.

La **sopravvivenza media** di 25-30 anni è attualmente prolungata dall'uso delle terapie specifiche.

Cause di morte sono le broncopolmoniti da disfagia e le sepsi urinarie in pazienti con gravi disabilità.

Decorative white lines consisting of several parallel diagonal strokes in the bottom right corner of the slide.

È una **patologia multifattoriale**:

- Predisposizione familiare
 - Fattore infiammatorio-autoimmunitario
 - Fattori ambientali (clima, infezioni virali banali che agiscono su terreno di base)
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted diagonally from the bottom right towards the top right, set against the blue background.


La **diagnosi** è certa con **RMN-encefalo** con e senza mezzo di contrasto che evidenzia lesioni disseminate in diverse fasi di attività.

Decorative white lines consisting of several parallel diagonal strokes in the bottom right corner of the slide.

La clinica è molto eterogenea, caratterizzata da:

- **Disseminazione spaziale** (sintomi da lesioni in aree diverse del sistema nervoso)
- **Disseminazione temporale** (sintomi a comparsa in epoche diverse)
- **Evoluzione a poussée** (recidive cliniche con possibilità di recupero completo o incompleto)
- **Evoluzione progressiva** senza poussée ma con graduale peggioramento clinico

I **principali sintomi** sono:

- Deficit del visus
 - Disturbi di equilibrio e coordinazione
 - Disturbi motori e/o sensitivi focali
 - Disturbi sfinterici
 - Disturbi mentali
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths and orientations, located in the bottom right corner of the slide.

Sclerosi multipla, disturbi mentali:

- Deterioramento cognitivo modesto in fase avanzata (deficit di memoria, di attenzione, di fluenza verbale, di astrazione).
- Depressione dell'umore, sia reattiva che in comorbidità, presente in tutte le fasi di malattia.

N.B. può essere anche depressione grave, con forte componente ansiosa



forte rischio di suicidio