Newsletter quadrimestrale N.° 8

I quadrimestre 2013

MULTIMEDICA ALZHEIMER ONLUS notizie

PERIODICO DI INFORMAZIONE PER I SOCI DELL'ASSOCIAZIONE MULTIMEDICA ALZHEIMER ONLUS

La persona affetta da demenza e la patologia somatica

In Gran Bretagna si stima che il 66% dei posti letto in un tipico ospedale generale sia occupato da pazienti anziani e che il 30% di questi sia affetto da demenza.
Negli Stati Uniti la demenza e le sue complicanze è causa di ricovero nel 12,2 % dei pazienti ultraottantacinquenni e un paziente demente ricoverato per altra patologia somatica necessita mediamente di un ricovero più lungo (10,4 giorni rispetto a 6,5 giorni).
In uno studio finlandese si evidenzia come fra i soggetti ricoverati in un reparto di Medicina con un età fra i 55 e i 64 anni il 9,1% fosse demente, mentre fra gli ultraottantacinquenni il 31,2%.
A Brescia uno studio retrospettivo sulle cartelle di un reparto di Medicina nel periodo 2004-2005 ha evidenziato come la diagnosi di demenza fosse presente nel 18,8% degli ultrasessantacinquenni.
Lo studio ILSA (Italian Longitudinal Study of Aging) ha dimostrato che il rischio di mortalità a due anni è 3,61 negli anziani dementi, mentre è 2,01 in quelli affetti da neoplasia, 1,87 in coloro che hanno uno scompenso cardiaco, 1,62 nei diabetici.
Se quindi da un lato questi numeri dimostrano che la demenza aggrava la prognosi delle malattie acute e croniche, bisogna anche dire che l'identificazione precoce e il pronto trattamento della comorbilità rappresenta uno degli strumenti fondamentali in nostro possesso per assicurare una buona qualità di vita ma anche una mitigazione del progredire dei deficit cognitivi al paziente demente.
Questo avviene perché il rapporto fra malattie somatiche e demenza è bidirezionale e complesso: la demenza è un fattore di rischio per la comparsa di malattie somatiche, ma le patologie somatiche possono essere causa (o concausa) di demenza e possono aggravare le manifestazioni sintomatologiche (sia cognitive che comportamentali).
Gestire questa situazione per i famigliari e per i medici sia a domicilio che in ospedale è molto difficile per una serie di motivi:

- spesso la malattia somatica (anche la piu' banale come una bronchite o una disidratazione) in questi pazienti si manifesta all'inizio in modo indiretto, cioè con una perdita funzionale e di autonomia o con disturbi comportamentali (agitazione, aggressività , insonnia) in assenza di sintomi specifici (Es. tosse, febbre, dispnea nell'esempio precedente di bronchite),
- è difficile stabilire un contatto con il paziente per capire i disturbi ed è difficile spesso conoscere la condizione premorbosa (cioè il reale livello di efficienza prima della malattia somatica),
- la scelta della cura non sempre è immediata perché alcuni tipi di trattamenti sono troppo difficili da gestire in un paziente demente (es: anticoagulanti orali, terapie endovena) o perché alcuni presidi dimostratisi utili nei pazienti integri cognitivamente falliscono nel migliorare la prognosi nei pazienti dementi (es beta-bloccanti usati nello scompenso cardiaco),
- nelle fasi più avanzate della malattia molte volte i benefici di una terapia esclusivamente sintomatica superano di gran lunga quelli della terapia eziologia che generalmente si pratica in pazienti non dementi,
- i pazienti con demenza ricoverati in ospedale per acuti sono maggiormente suscettibili a complicanze come infezioni e danni iatrogeni,
- decidere di sottoporre un paziente demente ad un processo riabilitativo può essere frustrante perché destinato all'insuccesso ma è altresì dimostrato che anche pazienti con demenza di grado moderato-severo in una percentuale non indifferente possono condurre a termine un percorso riabilitativo con successo (Es recuperare il cammino autonomo dopo una frattura di femore).

Riguardo alla riabilitazione, se è vero che in generale ha lo scopo di raggiungere il maggior livello di recupero e autonomia possibile, nei pazienti dementi può porsi obiettivi apparentemente minimali, ma altrettanto importanti. Ad esempio il recupero dell'autonomia motoria per brevi tratti (stanza-bagno) o restituire una buona collaborazione nei passaggi posturali può rivelarsi decisivo nel favorire l'assistenza a domicilio o evitare una istituzionalizzazione definitiva.
Ancora una volta si evince da tutte queste problematiche e da tutti questi esempi quanto sia fondamentale la comunicazione del medico con il paziente e con i familiari per ottenere un percorso di cura che sia orientato ad un preciso obiettivo e ad una specifica persona che vive in un determinato contesto assistenziale.

2012 anno cruciale

Il 2012 per quanto riguarda la ricerca scientifica sulla M di Alzheimer è stato un anno importantissimo

Innanzitutto bisogna segnalare due importanti scoperte in campo genetico. Una mutazione per la proteina precursore dell'amiloide (denominata A673T) renderebbe questa molecola meno attrattiva per l'azione delle beta-secretasi. Dunque i pazienti portatori di questa mutazione sarebbero protetti nei confronti della M. di Alzheimer anche quando vi fossero altri fattori predisponenti come ad esempio l'omozigosi per apolipoproteina epsilon 4. Lo stesso studio ha evidenziato come i cambiamenti nel metabolismo dell'amiloide inizino 15-20 anni prima della comparsa dei primi sintomi.

Un'altra molecola (TREM2), implicata nell'attività della microglia e quindi dell'infiammazione cerebrale, ha dimostrato di essere correlata con l'Alzheimer ad insorgenza tardiva.

Continuano in tutto il mondo molte sperimentazioni con anticorpi monoclonali (i cosiddetti vaccini). I risultati finora ottenuti sono contrastanti ma si continua su questa strada e a breve partirà una nuova vasta sperimentazione con crenezumab in Colombia (vedi Newsletter n.° 7).

Si stanno anche studiando le proprietà che hanno alcuni aggregati di proteine responsabili della neurodegenerazione (tau e sinucleina) di diffondere nel cervello per via transinaptica.

Si sta focalizzando l'attenzione sui traumi cranici come fattore di rischio per la demenza: a questo scopo negli stati Uniti partirà a breve uno studio epidemiologico e genetico che coinvolgerà gli atleti della massima lega professionistica di football americano.

Bisogna anticipare i tempi dell'intervento

E' ormai chiaro che tutte le strategie atte a determinare una riduzione dei depositi di beta amiloide stanno fallendo perché vengono effettuate troppo tardi, cioe' quando il danno neuronale è tale da non consentire benefici evidenti per il paziente. E' quindi fondamentale individuare soggetti in epoca presintomatica.

Sempre nello studio di popolazione colombiano è stato dimostrato mediante PET che i primi depositi di amiloide possono essere visti verso i 30 anni, almeno 16 anni prima dei primi segni di decadimento cognitivo.

Conclusioni analoghe sono state raggiunte da studi che analizzavano l'atrofia ippocampale mediante risonanza magnetica.

Fenilbutirrato

Il fenilbutirrato è un inibitore dell'enzima istone deacetilasi. Già in passato aveva mostrato la sua efficacia in un modello murino nel diminuire la fosforilazione delle proteine tau, aumentare la eliminazione della beta-amiloide e rigenerare le spine dendritiche a livello ippocampale.

Ora giungono nuove conferme in tal senso, sempre su modelli animali.

Predirre l'Alzheimer in soggetti affetti da MCI

Su una campione di quasi quattrocento pazienti affetti da decadimento cognitivo lieve (MCI) sia amnesico che non amnesico (cioè con o senza disturbo di memoria) si è cercato di predirre il rischio di evoluzione verso un decadimento cognitivo piu' grave di tipo Alzheimer. Sono stati eseguiti esami ematochimici, liquorali e studio Rm dell'encefalo.

Dopo un tempo medio di 2 anni e mezzo di follow up il 38% degli MCI amnesici e il 20% degli MCI non amnesici è evoluto in AD. Sia l'aumento di beta amiloide liquorale, che la presenza di ApoE epsilon4 e l'atrofia ippocampale erano predittivi in questo senso con una ridotta sensibilità e una maggiore specificità nel gruppo dei non amnesici.

Un nuovo importante gene

Il BIN1 è un gene noto da tempo, localizzato sul cromosoma 2, che codifica una proteina implicata in varie funzioni, ma soprattutto nel processo di trasporto di molecole attraverso la membrana cellulare.

Uno studio multicentrico ha effettuato un ampio studio di associazione genomica che ha dimostrato che questo gene è fortemente implicato nel metabolismo della proteina tau . Le prime analisi dei dati sembrano indicare BIN1 come il gene piu' importante dopo quello di ApoE come fattore di rischio per la demenza di Alzheimer.

Confusione genetica

Alcune mutazioni genetiche sono universalmente riconosciute come associate all'Alzheimer: le mutazioni dell'APP e quelle della presenilina 1 e presenilina2. Altre mutazioni sono state trovate in forte associazione con la Demenza fronto-temporale: MAPT, progranulina e C9ORF72.

Gli studi piu' recenti, in particolare ne segnaliamo uno condotto in Florida, dimostrano come questa divisione non sia poi cosi' netta e si possano trovare nei pazienti AD alterazioni tipiche dei pazienti frontotemporali.

INFO DALL'ASSOCIAZIONE

Prossimi appuntamenti del corso informativo sulla Malattia di Alzheimer 2013:

Lun 27/5 ore 18-19 - Il disagio della famiglia: i ruoli che cambiano.

Lun 24/6 ore 18-19 – Possiamo curarla? I farmaci.

Continua l'appuntamento con gli incontri di auto-aiuto per i famigliari di malati di Alzheimer. Il gruppo si riunisce ogni secondo lunedi' del mese presso l'Auditorium della CdC S. Maria alle ore 21:00, non è necessaria preiscrizione.

Proseguono anche i laboratori di arteterapia e di psicomotricità per i malati di Alzheimer; si ricorda che è possibile richiedere il servizio di trasporto gratuito effettuato dall'Associazione.

Da poche settimane è attiva la possibilità di un breve ciclo di colloqui psicologici individuali per i caregivers degli ammalati di Alzheimer. Ci si può prenotare con le usuali modalità telefoniche o via mail.

E' sempre attivo lo sportello telefonico dell'associazione al n.° 0331 393457 ogni Venerdi' dalle ore 11:00 alle ore 13:00.

La segreteria è presente in struttura ogni Mercoledì dalla ore 13:00 alle ore 15:00.

Infine segnaliamo che è disponibile una pergamena con il logo dell'Associazione, personalizzabile con qualsiasi tipo di scritta, che può essere utilizzata per cerimonie, matrimoni (Es. bomboniere), biglietti d'auguri o d'invito etc…