

MALATTIA DI PARKINSON

Malattia idiopatica

Malattia a decorso cronico progressivo caratterizzata da:

- tremore
- rigidità
- bradi-, acinesia
- instabilità posturale

Sindromi Parkinsoniane (“parkinsonismi”)

Malattie secondarie ad altra patologia (encefaliti, malattie cerebrovascolari, malattia di Alzheimer, farmaci)

www.fisiokinesiterapia.biz

Epidemiologia

Esordio clinico in genere tra i 50 e 60 anni

Incidenza di 1 su 4000 nei soggetti sopra i 50 anni, 20 su 1000 sopra gli 80 anni

Prevalenza in Italia: 66-243 per 100.000

Lieve preponderanza per il sesso maschile

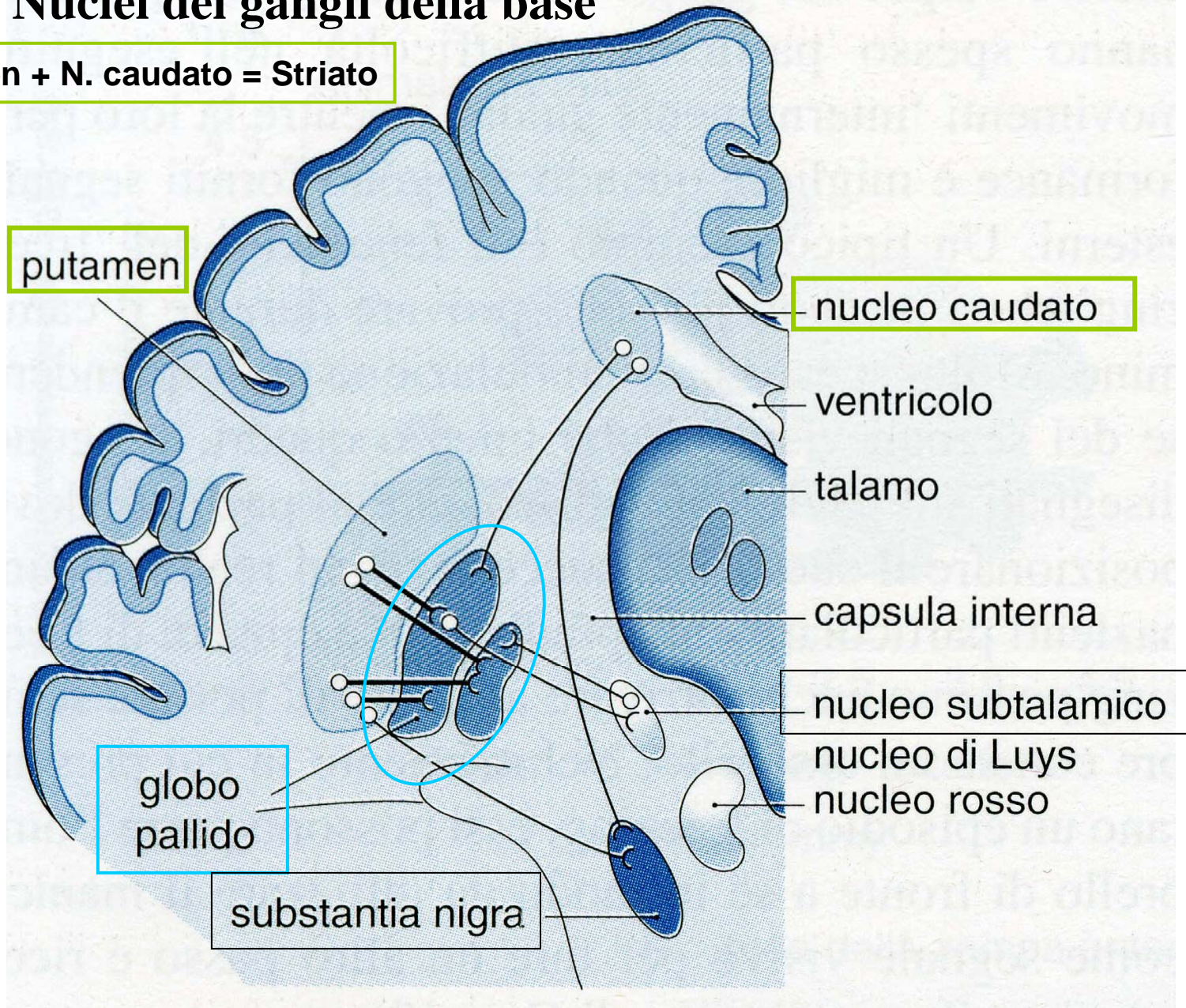
Cause sconosciute: forse esposizione a sostanze tossiche di origine ambientale su predisposizione genetica

10-15% forme familiari

Intervallo medio tra esordio e morte: 10-15 anni

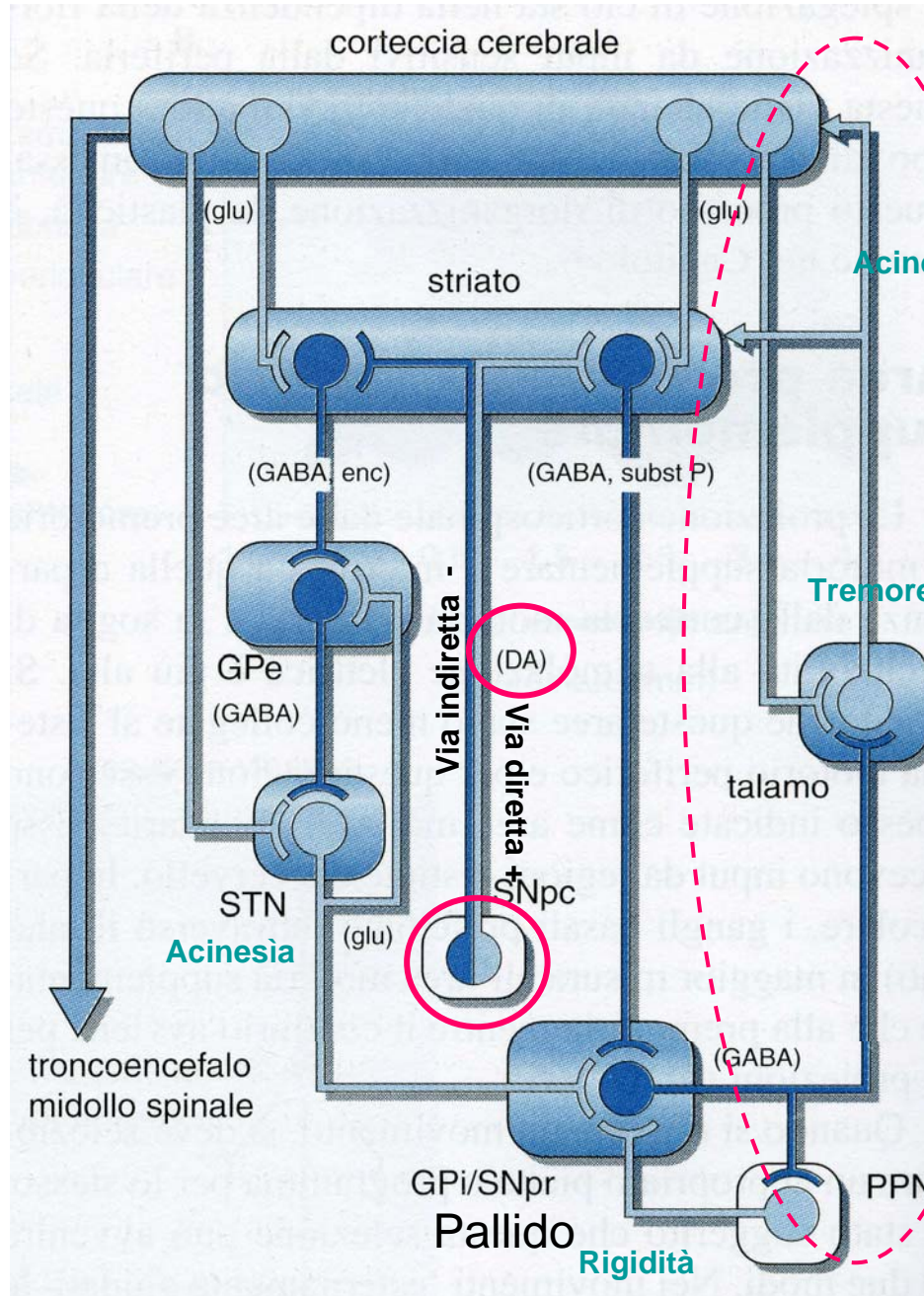
Nuclei dei gangli della base

Putamen + N. caudato = Striato



Flusso di informazioni nei gangli della base

Controllo motorio



Neurone scuro: -
Neurone chiaro: +

DA: dopamina
Glu: glutammato
**GABA: ac. gamma ammino-
 butirrico**
**PPN: nucleo peduncolo-
 pontino**

**Via diretta ed indiretta in
 equilibrio funzionale!!!**

Disinibizione della corteccia ad
 opera dello striato

Tremore

Ipertono plastico

Patogenesi

Perdita di neuroni dopaminergici per alterazioni degenerative della sostanza nera (pars compacta) causa di deplezione di dopamina a livello striatale.

Anche alterazione del normale equilibrio neurotrasmettitoriale dopamina/acetilcolina a favore di quest'ultima.

Teorie più attuali: malattia complessa legata ad un'alterazione del normale rapporto tra vari neurotrasmettitori

Sintomatologia

Esordio insidioso:

1. Impaccio motorio, sensazione di irrigidimento di un arto, dolori, affaticabilità, depressione del tono dell'umore, turbe dell'andatura, modificazioni del timbro vocale possono essere presenti prima che la malattia si manifesti compiutamente;
2. Tremore;
3. Cute grassa, stipsi

Unilaterale o asimmetrica all'esordio.

Segni cardinali (IMPORTANTE!)

1. Tremore
2. Rigidità
3. Acinesia (ipo-, bradi-)
4. (Alterazioni della postura e dell'equilibrio)

Andatura festinante

Modificazioni comportamentali: passività, depressione, bradifrenia, demenza.



Postura tipica: camptocormia

Tremore

A riposo.

Contrazione ritmica di tipo alternante di muscoli antagonisti con frequenza di 4-6 scosse al secondo (Hz). Scompare durante l'esecuzione di movimenti volontari, almeno nelle forme iniziali.

Aumento del tremore: fatica, emozioni, calcolo mentale

Riduzione/scomparsa: condizioni di tranquillità, sonno

Localizzato preferenzialmente agli arti superiori, parti distali; movimenti a tipo “contare monete”, “confezionare pillole”. Arti inferiori e capo meno interessati.

Rigidità

Sintomo caratteristico e costante, per lungo tempo può essere l'unico sintomo della malattia.

Aumento del tono muscolare d'intensità analoga a carico dei gruppi muscolari agonisti ed antagonisti, costante per tutto l'ambito della manipolazione, da cui "**ipertonìa plastica**" (flessibilità della cera o di un tubo di piombo).

Colpisce tutti i gruppi muscolari, inizialmente muscolatura assiale, cervicale e prossimale degli arti, poi prevalenza su muscolatura flessoria, atteggiamento "**camptocormico**": capo e tronco in lieve flessione, spalle in avanti, braccia aderenti al torace, avambracci semiflessi ed intraruotati, cosce addotte in modesta flessione, gambe leggermente flesse e piedi in varismo.

Aumento della rigidità: emozioni, freddo, fatica, sforzo.

Riduzione della rigidità: sonno.

Fenomeno della "**ruota dentata**" o "**troclea**" (specie al polso ed al gomito) di piccoli cedimenti regolari e ritmici dell'ipertonìa muscolare, attribuiti ad una reazione di allungamento-accorciamento, o scariche di tremore d'azione subclinico.

Acinesia

Globale riduzione della motilità (volontaria, automatica, associata e riflessa).

I movimenti volontari ed appresi sono ridotti per velocità (bradicinesia) ed estensione (ipocinesia)

I movimenti automatici sono ridotti o assenti (ammiccamento, oscillazioni, pendolamento, mimica facciale, scialorrea); richiedono attenzione e concentrazione, per cui riduzione dei movimenti spontanei.

Deambulazione: lenta a piccoli passi, riduzione dei movimenti pendolari degli arti superiori, avvio alla marcia difficoltoso.

“Freezing”, acinesia paradossa: il paziente esita e si blocca quando incontra un ostacolo o nel passaggio attraverso spazi ristretti.

“Festinazione”: tendenza costante all’anteropulsione, come se il paziente “inseguisse il proprio centro di gravità” (per atteggiamento globale in flessione).

Ipo-amimia: perdita della normale espressione facciale, segno precoce.

Linguaggio: lento, monotono, senza inflessione (disprosodia). Voce ipofonica.

Scrittura: micrografia.

Alterazioni posturali

L'atteggiamento camptocormico può nel tempo associarsi ad alterazioni scheletriche (cifo-scoliosi).

Deformazioni posturali alle mani ed ai piedi, con estensione dell'alluce ed atteggiamento "a martello" delle altre dita.

Progressiva compromissione dei meccanismi riflessi di fissazione posturale.

Altri sintomi

Disturbi sensitivi soggettivi

Crampi muscolari

Disfunzione vegetativa: aumento sudorazione e secrezione sebacea della cute, costipazione, ipotensione ortostatica (10%).

Alterazioni cognitive

Turbe affettività (ansia, depressione, disforia ecc,)

Compromissione funzioni cognitive: quadro di demenza nel 20% dei soggetti, soprattutto interessamento di funzioni legate ai lobi frontali (visuo-spaziali, alterata fluenza verbale, deficit attenzione, perseverazione ecc).

Diagnosi

Clinica, basata sulla triade sintomatologica.
Esami strumentali per diagnosi differenziale.

Decorso

Variabile. Per lo più lentamente progressivo. Malattia eterogenea:

forma ipercinetica: dominata dal tremore, spesso unilaterale, insorgenza precoce, meno frequente l'associazione con demenza

forma acinetico-ipertonica: più rara, dominata clinicamente da grave rigidità ed acinesia, con precoce instaurazione di turbe posturali e dell'andatura, evoluzione rapidamente invalidante.

Sindrome da trattamento con levodopa

L'introduzione della terapia sostitutiva con L-Dopa ha modificato l'evoluzione naturale della malattia.

Tuttavia accanto agli effetti benefici (attenuazione dei sintomi, preservazione dell'autonomia, allungamento della vita), dopo circa 5 anni la gran parte dei pazienti sviluppa complicanze e fluttuazioni cliniche: **sindrome a lungo termine della L-Dopa**.

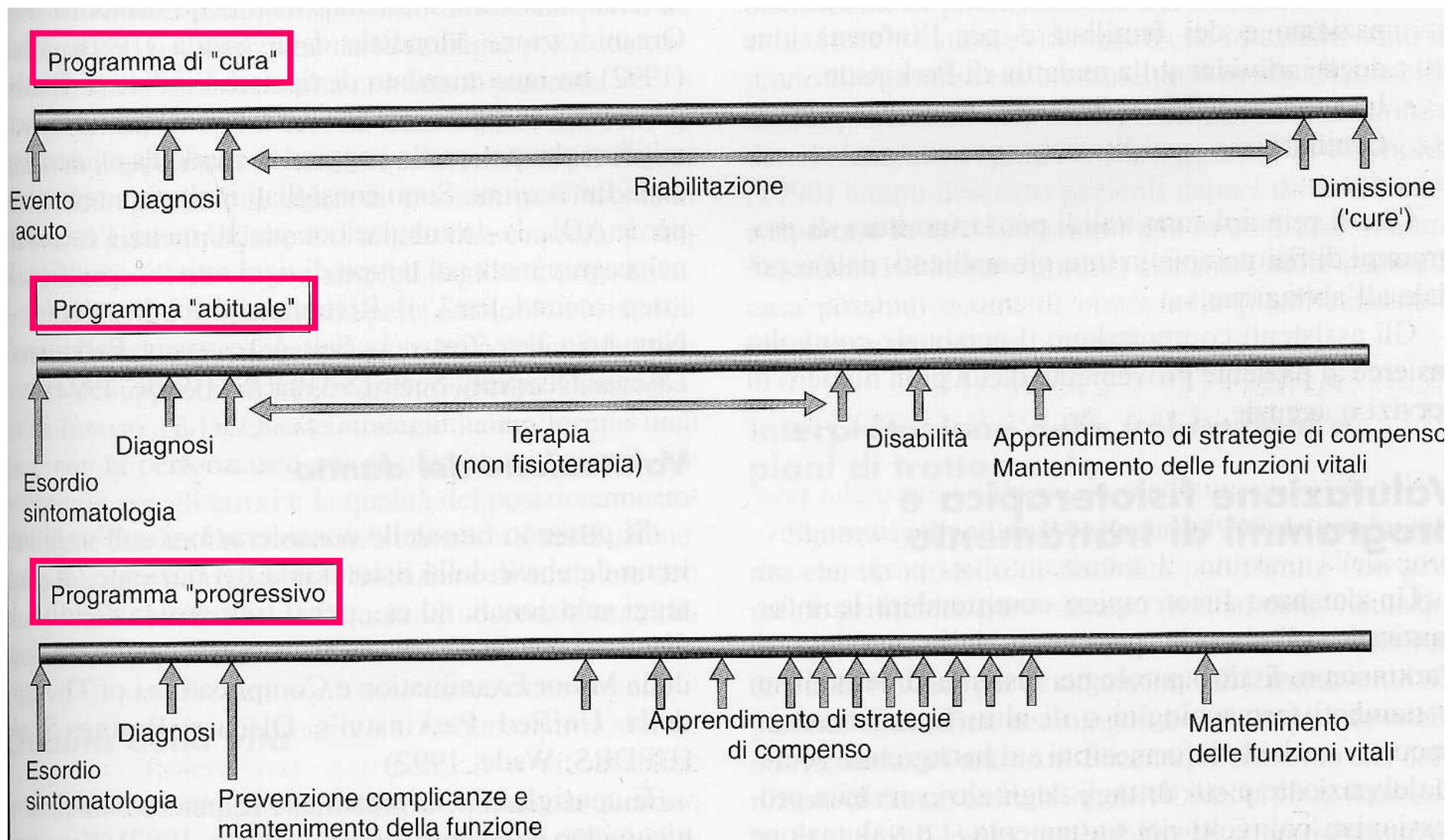
“Wearing off”: deterioramento di fine dose, accorciamento dell'effetto terapeutico della singola dose, dalle 4 ore iniziali fino a 1-2 ore.

Fasi “on” e fasi “off”: alternanza di periodi di conservata mobilità in rapporto ad assunzione della terapia. Talvolta effetto “yo-yo”, fluttuazioni casuali ed imprevedibili senza rapporto con terapia.

Discinesie: movimenti involontari patologici nella fase “on”, spesso in coincidenza con picco di L-Dopa; prevalentemente distretto oro-facciale.

Turbe neuropsichiatriche: disturbi del sonno e fenomeni allucinatori (visivi notturni), stati confusionali, psicosi, soprattutto in soggetti anziani.

Tre modelli di fisioterapia per la Malattia di Parkinson



Principi di trattamento fisioterapico

- Programma precoce di esercizio preventivo
- Identificazione priorità di trattamento e monitoraggio dei progressi
- Intervento mirato su deterioramento
- Apprendimento psico-motorio per deficit motori
- Coinvolgimento dei familiari per migliorare la compliance e motivazione
- Identificazione dei bisogni e informazione su Parkinson
- Insegnamento di tecniche di trattamento ai familiari

Approcci fisioterapeutici nella Malattia di Parkinson

Biomeccanici	Tecniche di rilassamento, esercizi di respirazione, esercizi di escursione articolare
Neurofisiologici	Tecniche di facilitazione neuro-muscolare propriocettiva
Facilitazioni sensitive	Facilitazioni visive e verbali
Teorie dell'apprendimento	Utilizzo di movimenti alternativi
Bio-psicosociali	Terapia di gruppo, motivazione, informazione

Fisioterapia e stadio della malattia

Stadio precoce	Prevenzione dei danni muscolo-scheletrici: stretching e rilassamento Informazione (pazienti e familiari)
Stadio intermedio	Miglioramento stabilità posturale Correzione dei danni muscolo-scheletrici Strategie di movimento (trasferimenti) Disturbi dell'umore (depressione) Decadimento cognitivo Presidi per bagno, auto
Stadio intermedio	Assistenza toracica (respirazione, deglutizione) Equipaggiamento per motilità a letto Assistenza multidisciplinare