



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE
BIOMEDICHE E NEUROMOTORIE

neuro...PILLOLE

Notiziario sui farmaci neurologici *e non*
a cura del Laboratorio di Neurofarmacologia Clinica

Numero 168
27 gennaio 2016
Anno XVI

IN QUESTO NUMERO:

1. I NUOVI CRITERI CLINICI per la DIAGNOSI di MALATTIA di PARKINSON della "MOVEMENT DISORDER SOCIETY"
2. EPILESSIA, ESERCIZIO FISICO e SPORT: il "CONSENSUS PAPER" della LEGA INTERNAZIONALE contro l'EPILESSIA
3. IL SITO WEB: "DRDRIN"

1. I CRITERI CLINICI DIAGNOSTICI per la MALATTIA di PARKINSON della "MOVEMENT DISORDER SOCIETY"

Segnaliamo questo mese la recente pubblicazione dei nuovi criteri clinici diagnostici per la Malattia di Parkinson (MP) a cura della *Movement Disorder Society* (MDS) ([Mov Disord 2015;30:12;1591-9](#)). I criteri sono dichiaratamente finalizzati alla creazione di coorti omogenee di pazienti per ricerche cliniche e, secondo gli Autori, possono essere impiegati anche nel percorso diagnostico-clinico del singolo paziente. Abbiamo chiesto al professor Paolo Martinelli, già docente del nostro Dipartimento, uno dei massimi esperti italiani nella diagnosi e cura della MP, di commentare per noi i punti di forza e di debolezza dei nuovi criteri. [La Redazione](#)

"Sono due i livelli di certezza diagnostica proposti dalla MDS: MP clinicamente certo, categoria che punta a massimizzare la specificità, con almeno il 90% dei casi certi, e MP clinicamente probabile, categoria che bilancia sensibilità e specificità, con almeno l'80% dei casi con diagnosi certa. Strumenti operativi sono: 1) criteri di esclusione assoluta; 2) elementi di incertezza (*red flags*), che però possono essere controbilanciati, elemento di novità, da criteri addizionali di sostegno. Dati di supporto con elevato grado di certezza risultano: la documentata anosmia e le anomalie della scintigrafia cardiaca, mentre l'*imaging* funzionale neuroradiologico risulta utile per differenziare la MP dal Tremore Essenziale ma non la MP dai Parkinsonismi. Elementi di perplessità, per il clinico che si trovi ad inquadrare il caso singolo, sono, ad esempio, gli aspetti clinici incompatibili con la diagnosi di MP che divengono compatibili nei quadri avanzati; ancora, la demenza non è criterio d'esclusione di MP e per i pazienti già diagnosticati portatori di demenza con Corpi di Lewy, la diagnosi può essere formulata come "MP (sottotipo demenza con Corpi di Lewy)". Utile invece la specificazione che l'assunzione di basse dosi di sola quetiapina non comporta la diagnosi di Parkinsonismo farmaco-indotto, così come l'esclusione dell'uso diagnostico della scala UPDRS. Elementi clinico-emeiologici fondamentali per la diagnosi di Parkinsonismo (ma attenzione, non determinano automaticamente MP)

sono: 1) bradicinesia, comprendente anche l'acinesia; 2) tremore di riposo; 3) rigidità. La diagnosi è possibile con 1+2 o 1+2+3. La bradicinesia può essere valutata utilizzando il test del tapping del dito indice della mano, dell'alluce, e movimenti di prono-supinazione. Opportuna risulta l'esclusione, finalmente, della ruota dentata dalla definizione di rigidità; utile la restrizione del tremore al tremore di riposo, anche se è fonte di dubbio la non specificazione dei territori coinvolti: un tremore delle dita non è assimilabile a un tremore, pur di riposo, dell'avambraccio o dell'intero arto. Tra i criteri di esclusione appaiono discutibili: 1) la non risposta ad alte dosi di levodopa (≥ 600 mg/die), considerando il dato (noto da più di 20 anni) che più è elevata la dose di levodopa, più facilmente la sinapsi si blocca; 2) la normalità dell'*imaging* funzionale presinaptico, considerando il crescente interesse per il *follow-up* di questo sotto-gruppo di pazienti definiti "SWEDD" (Scan Without Evidence of Dopaminergic Deficit) ([Mov Disord 2014;29:1820-5](#)); 3) l'assenza dei disturbi non motori: iposmia, disturbi del sonno, disregolazione del sistema nervoso autonomo. Utile invece l'esclusione dalla diagnosi di MP dei casi con presenza di risposta in estensione del riflesso cutaneo plantare. La ragione è, fra le altre, la possibile difficoltà di differenziazione con la presenza dell'alluce striatale, che è in realtà una postura riscontrabile nella MP. Infine, tra le "*red flags*", l'inclusione e la quantificazione dell'ipotensione ortostatica, i disturbi urinari precoci e l'anterocollo offrono al clinico strumenti di completamento diagnostico". [A cura di Paolo Martinelli](#)

2. EPILESSIA, ESERCIZIO FISICO e SPORT: il "CONSENSUS PAPER" della LEGA INTERNAZIONALE contro l'EPILESSIA

Le informazioni riguardo ai benefici dell'attività fisica in pazienti con epilessia (EP) sono poche e spesso contrastanti, pertanto nell'incertezza ai pazienti con EP viene spesso sconsigliato di praticare sport. Un recente articolo redatto dal Gruppo di lavoro su Sport ed Epilessia della Lega Internazionale contro l'Epilessia (ILAE) propone una serie di criteri da utilizzare come indicazioni in merito alla

partecipazione dei pazienti con EP ad attività sportive, e fornisce suggerimenti per il rilascio dei relativi certificati medici di idoneità (*Epilepsia* 2016;57:6-12). A questo fine sono stati valutati 981 articoli pubblicati da gennaio 1950 a marzo 2015 sull'argomento, estratti dal database elettronico PubMed; le evidenze su cui l'articolo si basa sono state ricavate alla fine solo da 17 articoli ritenuti idonei. Alcuni studi clinici hanno evidenziato che l'esercizio è associato ad un ridotto numero di crisi epilettiche, evidenziabile all'elettroencefalografia (EEG) e dall'incremento della soglia convulsiva (*Epilepsia* 1997; 38:279-84). Il rischio di avere crisi, invece, sembra presentarsi solo nei casi di attività fisica estrema, al limite dello sfinimento fisico (*Epilepsy Behav* 2010;19:504-8). Queste evidenze sono rafforzate da alcuni studi sperimentali che hanno dimostrato come l'attività fisica possa ritardare il processo epilettogeno, ridurre la frequenza delle crisi, e promuovere cambiamenti plastici nell'ippocampo (*Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007;31:814-22). Questi benefici sembrano essere maggiori durante l'infanzia, pertanto la partecipazione dei bambini affetti da EP ad attività sportive dovrebbe essere incoraggiata, ove possibile (*Epilepsia* 2006;47:631-9). In letteratura sono pochi i casi segnalati di crisi epilettiche associate all'attività fisica e si tratta per lo più di forme di epilessia scatenate da stimoli sensoriali (*Neurology* 1988;38:633-4).

TABELLA 1. TIPOLOGIE DI SPORT SUDDIVISE IN BASE AL RISCHIO DI LESIONI O DECESSO IN CASO DI CRISI EPILETTICA.

Gruppo 1 (nessun potenziale rischio)	Gruppo 2 (moderato potenziale rischio per i pazienti con EP, ma non per i soggetti presenti)	Gruppo 3 (alto potenziale rischio per i pazienti con EP e in taluni casi anche per i soggetti presenti)
Atletica leggera (escluse le discipline del gruppo 2) Bowling Sport di contatto (judo, lotta) Sci di fondo Curling Danza Golf Sport con racchetta (squash, tennis da tavolo, tennis)	Sci alpino Tiro con l'arco Atletica leggera (salto con l'asta) Biathlon, triathlon, pentathlon moderno Canoa Ciclismo Scherma Ginnastica Equitazione Hockey su ghiaccio e pattinaggio Tiro a segno Skateboard Snowboard Sollevamento pesi Nuoto Sci d'acqua	Volo Motociclismo Vela solitaria Arrampicata Rodeo Surf, wind-surf Tuffi Immersioni subacquee Corsa a cavallo (agonismo) Salto con gli sci

Tabella riadattata da: *Epilepsia* 2016;57:6-12

Uno dei problemi che il clinico si trova ad affrontare è la mancanza di indicazioni specifiche al rilascio di certificati sia per attività sportiva non agonistica che agonistica, obbligatori in molti Paesi dell'Unione Europea. In assenza di solidi dati epidemiologici sull'entità del rischio per ogni specifico sport,

viene proposto di utilizzare come possibile orientamento il regolamento già esistente per il rilascio dei certificati di idoneità per la guida. Questi ultimi tengono conto di una serie di variabili, quali la probabilità che un attacco epilettico si verifichi, il tipo e la gravità delle crisi epilettiche, i fattori che possono scatenare una crisi e la relativa tempistica di accadimento e pertanto possono essere considerati validi anche per ritenere idoneo un paziente epilettico alla pratica di attività sportiva. Per meglio dettagliare il potenziale rischio di indurre lesioni o morte secondarie allo scatenarsi di crisi epilettiche sia per i pazienti che per gli altri soggetti presenti, gli sport sono stati divisi in tre categorie (**Tabella 1**). Gli Autori inoltre hanno formulato, sulla base delle diverse tipologie di crisi epilettiche, ivi comprese quelle singole, che non hanno dato seguito ad una diagnosi di EP, una serie di indicazioni utili ai clinici per valutare l'idoneità dei pazienti alla pratica sportiva e al tipo di sport (vedi Tabella 2 del lavoro). Questo "Consensus Paper" è in ogni caso da considerare come un lavoro in corso, da aggiornare e implementare non appena saranno disponibili ulteriori dati scientifici sull'argomento. **A cura di Giovanna Lopane**

3. IL SITO WEB: "DRDRIN"

Questo mese presentiamo non un sito web, ma una **app** ("applicazione per dispositivi mobili") per tablet e smartphone (piattaforme Apple e Android): **DrDrin** (<https://www.drdrin.it/>). DrDrin è un progetto italiano che, nelle parole di uno dei creatori "oltre a migliorare le condizioni di salute e di vita dei pazienti, in particolare i malati cronici che hanno difficoltà ad assumere regolarmente i farmaci, permette di ottenere al contempo una riduzione della spesa a carico del Sistema Sanitario Nazionale." Partendo dallo scopo di facilitare una assunzione più regolare dei farmaci, DrDrin ambisce a divenire "un nuovo canale comunicativo tra medico e paziente in grado di coinvolgere anche i familiari e i caregiver, facilitando il monitoraggio dell'aderenza del paziente alle singole terapie prescrittegli". Per saperne di più: <https://www.unipi.it/index.php/tutte-le-news/item/1159-con-drdrin-le-tecnologie-informatiche-si-mettono-al-servizio-dei-malati>. **A cura di Fiorenzo Albani**

neuro...Pillole

Periodico mensile d'informazione sui farmaci del Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum- Università di Bologna
Via Foscolo 7, 40123 Bologna

Proprietà Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum- Università di Bologna

Direttore responsabile Manuela Contin

Redazione Fiorenzo Albani, Manuela Contin, Giovanna Lopane, Roberto Riva; **Segreteria di redazione** Antonella Ferretti

c/o Laboratorio di Neurofarmacologia Clinica, UOC Clinica Neurologica
Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna

IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna

Via Altura 1/8- 40139 Bologna

Tel: 0514966750; Fax: 0514966208

E-mail: dsn.farmaco@unibo.it

<http://www.dibinem.unibo.it/>

Stampa in proprio

Registrazione del Tribunale di Bologna, n. 7673 dello 06/06/06