

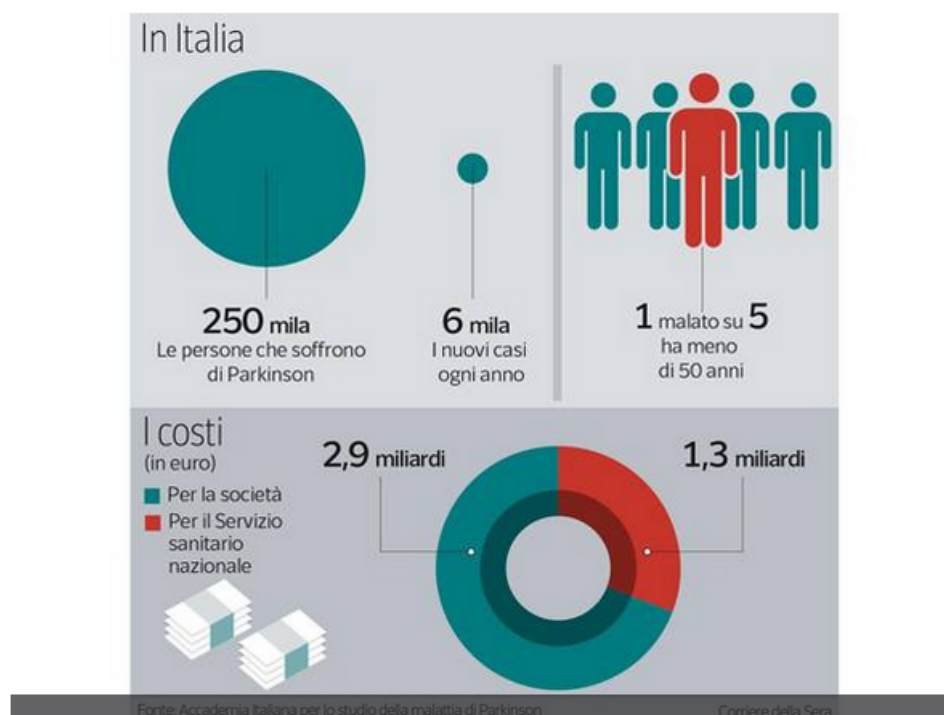
CORRIERE DELLA SERA / NEUROSCIENZE

MEDICINA

Morbo di Parkinson, cambiano la diagnosi e i criteri per assegnarla

Meno peso a tremore e rallentamento, maggiore al decadimento cognitivo. Ci saranno più varianti della malattia e parametri per valutare i sintomi prima della conferma

di Cesare Peccarisi



Una speciale task force dell'*International Parkinson Disease and Movement Disorder Society*, la società scientifica che raccoglie i principali esperti di tutto il mondo sul tema, ha stabilito nuovi criteri diagnostici per la malattia di Parkinson, pubblicati sulla rivista *Lancet Neurology*. Principale protagonista è la sinucleina, una proteina la cui implicazione nel Parkinson è stata ipotizzata fin dal 1997, ma sulla quale ora c'è il riconoscimento ufficiale internazionale.

La proteina implicata

Di sinucleina esiste più di una variante, quella importante in questo caso è quella di tipo alfa, termine che indica il suo orientamento spaziale. Il particolare non è irrilevante, perché, come spiega Alfredo Berardelli, ordinario di Neurologia all'Università la Sapienza, di Roma: «Se la sua struttura a elica va incontro a un'alterazione nella sua conformazione, come i prioni, la proteina si aggrega prima dentro e poi fuori dai neuroni, dove forma accumuli chiamati corpi di Lewy, simili alle placche di amiloide dell'Alzheimer. Sono proprio questi accumuli a innescare il processo neurodegenerativo nella malattia di Parkinson, tant'è che alcuni neurologi viennesi stanno studiando una strategia mirata su di essi con un anticorpo monoclonale». Però non è tutta colpa della sinucleina: ci sono forme di Parkinson in cui non sembra svolgere un ruolo, altre in cui i corpi di Lewy si presentano ben dopo i classici segni di malattia o altri casi in cui è tecnicamente impossibile rilevarne la presenza.

Criteri restrittivi

Gli esperti della task force fanno appello anche ad altri criteri, fra cui quello genetico, con cui è possibile una diagnosi anche in assenza di sinucleina. Quanto ai sintomi, i nuovi criteri diagnostici, "ridimensionano" (per così dire) il tremore e altri sintomi da sempre ritenuti ineludibili per definire la "malattia di Parkinson". L'instabilità posturale, per esempio, non è più ritenuta una prerogativa esclusiva del Parkinson, soprattutto quando insorge precocemente nella storia clinica di un paziente, che può presentarla anche per altre cause, da stabilire di volta in volta. I criteri si fanno ancor più restrittivi anche per un altro sintomo "classico": il rallentamento, la cosiddetta bradicinesia. Non basterà più dire che è presente, ma occorre anche valutare quali particolari movimenti perdono rapidità e come si è ridotta l'ampiezza del movimento compromesso. D'ora in poi bisognerà, insomma, vedere che cosa è rallentato, come e di quanto: ad esempio il passo o la scrittura? Non sembrano informazioni destinate solo agli specialisti, anzi: si tratta di indicazioni utili anche per chi va dal medico, perché fornendogli con precisione queste informazioni lo aiuterà a indirizzare con maggior precisione la diagnosi (e quindi le cure).

C'è anche il decadimento cognitivo

Altro punto "caldo" è quello del deterioramento cognitivo. Finora, quando si presentava all'inizio era un criterio di esclusione e, in assenza di altri segni, poteva indirizzare la diagnosi verso forme di demenza, tendendo a far escludere il Parkinson. Invece, come altri sintomi non motori, anche il decadimento cognitivo viene fatto rientrare fra i possibili segnali precoci di

Parkinson, potendo arrivare prima di rallentamento, rigidità, tremore e instabilità posturale. Non è comunque una cattiva notizia: oggi per il calo delle prestazioni intellettive del Parkinson si può fare molto di più rispetto a forme di demenza più severe. Inoltre un'evoluzione dementigena delle fasi finali del Parkinson rimane un evento occasionale.

Quale Parkinson: i sottotipi

Altra novità nei criteri diagnostici è rappresentata dal fatto che il gruppo di lavoro internazionale ha sancito l'estrema variabilità del morbo di Parkinson, proponendo di classificarlo in vari sotto-tipi, invece di considerarlo un'unica malattia «Questo campo è in continua evoluzione e i criteri diagnostici e di trattamento vanno continuamente aggiornati — commenta Pietro Cortelli dell'Università di Bologna —. Non ci si dovrà più accontentare della diagnosi di Parkinson: occorrerà chiedersi di quale Parkinson si tratta».

Campanelli di allarme

Ultima novità introdotta dalla task force sono i metodi statistici di probabilità dei criteri "prodromici" (cioè "anticipatori" della malattia). Ne sono stati individuati tre: età (criterio principale); informazioni provenienti da indici generali di rischio (genere, fumo, caffè...) e da variabili genetiche (familiarità o risultati di test genetici); segni e sintomi precoci (stipsi, calo olfattivo, ecc.) oppure biomarker (ad esempio quelli da neuroimaging, biopsie, ecc.). L'analisi di queste variabili fornisce un'indicazione matematica di probabilità diagnostica sulla presenza della malattia. Di queste novità si faranno portavoce in Italia l'Accademia-LIMPE-DISMOV (Lega Malattia di Parkinson e Disordini dei Movimenti) e la Fondazione LIMPE+ (le due principali Associazioni scientifiche che si occupano di questa patologia nel nostro Paese) in occasione delle iniziative previste per il 26 novembre, Giornata Nazionale del Parkinson, durante la quale si terranno in tutta la penisola incontri d'informazione e confronto che richiameranno l'attenzione dell'opinione pubblica sulla malattia, la sua diffusione, la diagnosi precoce e le prospettive terapeutiche. Per tutte le informazioni è già attivo il numero verde 800 149626 o si può visitare il sito www.giornataparkinson.it per controllare le iniziative delle strutture più vicine alla propria residenza.