RICERCA IN MOVIMENTO

FONDAZIONE LIMPE PER IL PARKINSON ONLUS

VOLUME 11, NUMERO 4, 2023

IL SALUTO DEL PRESIDENTE

Care Amiche e Cari Amici della Fondazione LIMPE, in questo numero, poniamo sotto i riflettori uno dei sintomi più comuni e invalidanti della malattia di Parkinson: il tremore. Attraverso articoli accurati e aggiornati, esploreremo le ultime scoperte scientifiche, le terapie innovative e le storie di coloro che affrontano quotidianamente questa sfida. Il tremore può essere un compagno costante nella vita di chi vive con la malattia di Parkinson, ma anche essere una patologia diversa e con l'informazione e il sostegno adeguati può essere affrontato con determinazione e speranza. Buona lettura!

Mario Zappia
Presidente Fondazione LIMPE per il Parkinson

IN QUESTO NUMERO

Pag. 2	Tremore essenziale e Parkinson "gemelli diversi": ecco cosa li distinguе
Pag. 3	Farmaci per il tremore: un punto aggiornato sulla terapia
Pag. 4	Strumenti utili per riconoscere e trattare il tremore: possono realmente aiutarci?
Pag 4-5	Cosa ho imparato dalla ricerca: cosa succede nel nostro cervello quando tremiamo
Pag. 5	Terapie avanzate per il trattamento del tremore: DBS o FUS? La verità nel mezzo
Pag. 6	"Mindfulness": tecniche utili per controllare il tremore senza l'uso di farmaci
Pag. 6	Il punto di vista del paziente: il mio viaggio nella FUS
Pag. 7	Tremo ergo sum Parkinsoniano: vero o falso?
Pag. 7	Bonus Track: Ultrasuoni focalizzati, una terapia "non-invasiva" spiegata per bene
Pag. 8	Il trattamento del tremore con tossina botulinica nel Parkinson e nelle sindromi tremorigene

TREMORE NEL PARKINSON, DIVERSO VOLTO O DIVERSA MALATTIA?

di Alessandra Nicoletti e Claudio Terravecchia

Il tremore, definito come movimento involontario, oscillatorio e ritmico di una parte del corpo, rappresenta uno degli aspetti motori più caratteristici della malattia di Parkinson (MP). In particolare, il tremore a riposo costituisce insieme alla bradicinesia e alla rigidità muscolare uno degli elementi cardine nella definizione di parkinsonismo. Esso rappresenta il tipo di tremore più classicamente associato alla MP, è presente all'esordio della malattia fino al 70% dei casi e tipicamente scompare con l'inizio di un movimento volontario. Più comunemente è asimmetrico ed esordisce all'arto superiore del paziente, che sembra mimare l'atto di "contar monete", per poi potenzialmente estendersi agli altri arti o ad altri distretti come il mento o la mandibola. Tuttavia, accanto al tremore a riposo possono coesistere nella MP altri tipi di tremore. Infatti, una consistente percentuale di pazienti presenta un tremore d'azione mentre circa il 25% può manifestare un tremore cosiddetto "ri-emergente". Il primo compare durante il mantenimento di una postura (tremore posturale) o durante l'esecuzione di un movimento (tremore cinetico) mentre il secondo si manifesta caratteristicamente alcuni secondi dopo il raggiungimento di una postura, assumendo le medesime caratteristiche del tremore a riposo contestualmente presente nello stesso paziente.

È importante infine sottolineare che, nell'ambito della variabilità fenotipica della MP, il tremore può essere assente o non predominante. Infatti, accanto ad un fenotipo "tremorigeno" di MP è stato individuato un fenotipo dominato da sintomi assiali o bradicinetico-rigidi associato a una più rapida progressione della malattia, anche se non sono state descritte differenze di sopravvivenza tra i due fenotipi. Tuttavia, sebbene considerato un marcatore prognostico di benignità, il tremore nella MP può essere scarsamente responsivo o resistente alla terapia dopaminergica, divenendo talora causa di importante disabilità.

Alessandra NICOLETTI - Neurologo
AOU Policlinico "G. Rodolico San Marco"
Catania

Claudio TERRAVECCHIA - Neurologo
Dipartimento "G.F. Ingrassia",
Sezione di Neuroscienze,
Università degli Studi di Catania

TREMORE ESSENZIALE E PARKINSON "GEMELLI DIVERSI": ECCO COSA LI DISTINGUE

di Roberto Erro

Roberto ERRO - Neurologo
Dipartimento di Medicina e Chirurgia "Scuola Medica Salernitana",
Sezione di Neuroscienze, Università di Salerno

Sebbene il Tremore Essenziale (TE) e la malattia di Parkinson (MP) abbiano dei sintomi in comune, in particolare la presenza di tremore, essi sono disturbi neurologici caratterizzati da differenze sostanziali. Il TE si manifesta principalmente attraverso un tremore durante i movimenti volontari, interessando entrambe le mani, e talvolta la testa o la voce. Viceversa, nella MP il tremore è caratteristicamente a riposo e scompare di norma durante l'esecuzione di movimenti volontari come scrivere, bere o mangiare, e inizia generalmente da un solo lato del corpo. Invece, in entrambi i disturbi, il tremore peggiora in situazioni di stress o di imbarazzo.
Mentre il quadro clinico del TE è dominato principalmente dal tremore, la MP può comportare una gamma più ampia di sintomi, che includono il rallentamento motorio, la rigidità muscolare, alterazioni del cammino e altri sintomi di tipo non-motorio, come alterazioni specifiche del sonno, disturbi d'umore o anche delle funzioni cosiddette vegetative, che determinano quindi sintomi gastrointestinali, urinari o sbalzi di pressione, che di norma non sono presenti nel TE.
La causa del TE non è ancora completamente compresa e, sebbene spesso ci sia una familiarità che suggerisce una componente genetica, non esistono ad oggi geni noti che possano essere testati. Anche i meccanismi del TE non sono completamente conosciuti e si ritiene coinvolga una disfunzione cerebellare.
Le somiglianze tra i due disturbi possono essere più marcate all'inizio della malattia, ma la progressione nel tempo è quello che realmente differenzia i due disturbi. Il TE che ha un peggioramento molto meno marcato negli anni e un minore rischio di sviluppare complicanze non-motorie come un franco deterioramento cognitivo con disturbi di memoria.
I trattamenti a disposizione sono diversi: nonostante il sintomo tremore sia comune ai due disturbi, i farmaci a disposizione sono differenti. Anche le strategie terapeutiche complesse, come il trattamento di stimolazione cerebrale profonda o quello con ultrasuoni hanno target cerebrali differenti o comunque risultati che non sono completamente sovrapponibili tra questi due "gemelli diversi".

IL TITAN NETWORK: UN'IMPRESA TITANICA PER CONOSCERE IL TREMORE

di Giulia Di Lazzaro

Il TITAN network è un lavoro multicentrico coordinato da Roberto Erro dell'Università di Salerno che ha lo scopo di raccogliere dati sia clinici che strumentali dei pazienti affetti da una sindrome tremorigena e di seguirli nel tempo. Le sindromi tremorigene, come dice il nome, sono sindromi che hanno come caratteristica principale il tremore, che può coinvolgere una o più parti del corpo, associato o meno ad altri sintomi e segni. Le sindromi tremorigene sono estremamente eterogenee e sono quindi una sfida per il neurologo sia per quanto riguarda l'accuratezza diagnostica, sia per l'iter diagnostico-terapeutico più corretto. La raccolta di dati sia retrospettivi che prospettici, con la sistematica somministrazione di scale cliniche e, ove possibile, di esami strumentali specifici, permetterà di individuare le caratteristiche peculiari delle varie sindromi tremorigene diagnosticate. Inoltre, la condivisione dei dati sulla risposta terapeutica aiuterà a identificare con maggiore precisione il trattamento più adeguato. La "titanincità" dell'impresa che questo registro si propone risiede proprio nel cercare di raccogliere esperienze di più centri in Italia e in maniera sistematica, così da fornire delle evidenze più solide in un ambito dove la carenza di linee guida e l'eterogeneità fenotipica e di approccio terapeutico rendono spesso difficoltoso una corretta presa in carico del paziente.

Giulia DI LAZZARO - Neurologo
UOC Neurologia,
Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS,
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

FARMACI PER IL TREMORE: UN PUNTO AGGIORNATO SULLA TERAPIA

di Antonio Emanuele Elia

Antonio Emanuele ELIA - ***Neurologo***
SC Neurologia I - Malattia di Parkinson e Disturbi del Movimento
Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano

Il tremore è un movimento involontario che può coinvolgere qualsiasi parte del corpo ed è in genere più accentuato nelle mani e al capo. Rappresenta un disturbo del movimento piuttosto comune e spesso molto fastidioso per i pazienti. Usualmente se è isolato ed associato ai movimenti volontari è detto essenziale (TE), mentre quando si presenta a riposo, di solito in combinazione con bradicinesia e rigidità, può essere uno dei sintomi della malattia di Parkinson (MP). Più frequente negli anziani, può comparire in qualsiasi età e può essere accentuato dalle emozioni, dalla caffeina e dalla deprivazione di sonno.
Le principali opzioni di trattamento farmacologico per il tremore nella MP includono la Levodopa, che è considerata il farmaco più efficace per controllare i sintomi motori della MP e ha un marcato effetto anti-tremore nella maggior parte dei pazienti. Anche i farmaci agonisti dopaminergici, che stimolano direttamente i recettori D2/D3, possono aiutare a gestire il tremore nella MP, tuttavia il loro effetto è meno accentuato rispetto alla levodopa. I farmaci anticolinergici, che antagonizzano l'effetto dell'acetilcolina, possono avere un effetto antitremore, migliorando sia il tremore a riposo sia quello d'azione in alcuni pazienti, tuttavia il loro utilizzo è limitato a causa di possibili effetti collaterali soprattutto nell'anziano.
In alcuni studi la Clozapina si è dimostrata promettente nel migliorare il tremore a riposo e d'azione della MP. Un possibile vantaggio nel controllo del tremore associato all'ansia è stato osservato con somministrazione di Cannabidiolo in studi preliminari su piccoli gruppi di pazienti.
Inoltre i trattamenti per la MP complicata, come l'infusione continua di apomorfina sottocutanea o levodopa digiunale, possono aiutare a migliorare gli episodi di tremore associati alle condizioni di fluttuazione motoria.
In sintesi la levodopa rappresenta l'approccio primario per il controllo del tremore parkinsoniano e rimane l'opzione più efficace per la maggior parte dei pazienti.
Nel TE invece i beta-bloccanti sono agenti di prima linea nella terapia. Il propranololo, a breve e lunga durata d'azione, con una posologia giornaliera variabile da 60 a 200 mg/die riduce il tremore dal 50% al 70%. Vertigini, affaticamento, disfunzione erettile e sedazione sono effetti collaterali comuni e il farmaco è controindicato nei pazienti con asma bronchiale.
Il primidone è una terapia alternativa ed è efficace ad una dose giornaliera totale di 250 mg/die. Altre opzioni sono rappresentate dal topiramato, dal gabapentin o dalle benzodiazepine, soprattutto se il tremore è associato a disturbo d'ansia.

ECCO COME RINNOVARE L' ABBONAMENTO

EFFETTUA IL PAGAMENTO TRAMITE

- *Bollettino Postale* c/c 001034227957 intestato a: Fondazione LIMPE per il Parkinson ONLUS
- *Bonifico* intestato a Fondazione LIMPE per il Parkinson ONLUS - IBAN IT59R0200803284000106149103

INVIA COPIA DEL BONIFICO O DEL BOLLETTINO

- *per posta a:* Fondazione LIMPE per il Parkinson Onlus - Viale Somalia 133 – 00199 Roma
- *oppure per fax* al nr. 06-98380233
- *oppure per* e-mail a info@fondazionelimpe.it

STRUMENTI UTILI PER RICONOSCERE E TRATTARE IL TREMORE: POSSONO REALMENTE AIUTARCI?

di Belvisi Daniele

Daniele BELVISI - Neurologo
Dipartimentoto di Scienze Neurologiche
Policlinico Umberto I - Sapienza Università di Roma

La diagnosi e il trattamento del tremore si avvalgono di diverse tecnologie, che si possono suddividere in due categorie principali: quelle per la diagnosi e quelle per il trattamento e l'adattamento del paziente. Classicamente, le tecnologie applicate con finalità diagnostiche venivano utilizzate in ambienti ospedalieri specializzati. Sono stati utilizzati apparecchi, come accelerometri e giroscopi, che forniscono informazioni sulla frequenza e l'ampiezza del tremore. In modo simile, l'elettromiografia è stata utilizzata per identificare il pattern di attivazione muscolare del tremore. Tali metodiche sono in grado di fornire informazioni fondamentali per distinguere tra i diversi tipi di tremore. Più recentemente, sono stati ideati sensori wireless e applicazioni per smartphone che permettono un monitoraggio continuo del tremore attraverso una registrazione che avviene in condizioni di vita reale. Tutti gli strumenti citati possono essere utilizzati anche per quantificare gli effetti di terapie farmacologiche e chirurgiche sul tremore.

Per quanto riguarda le tecnologie volte al trattamento del tremore esistono dispositivi che utilizzano sensori che forniscono un feedback immediato sull'attività muscolare. Questo può essere visualizzato su un computer o uno smartphone, permettendo al paziente di vedere in tempo reale come il tremore risponde a varie tecniche o posizioni. Attraverso questo approccio è possibile apprendere strategie di biofeedback volte al controllo del tremore attraverso tecniche di rilassamento, respirazione o esercizi mirati.

Esistono inoltre una serie di utensili adattivi, cioè oggetti di uso quotidiano modificati, come posate o penne, progettati per facilitarne l'uso da parte di persone con tremore. Globalmente, queste tecnologie hanno un impatto significativo sia sulla capacità di diagnosticare accuratamente i vari tipi di tremore, sia sulle opzioni di trattamento disponibili per i pazienti. L'uso di queste tecnologie, soprattutto in combinazione con approcci tradizionali come la terapia farmacologica, può aiutare i pazienti nella gestione quotidiana del tremore, migliorandone la qualità di vita.

TERAPIE AVANZATE PER IL TRATTAMENTO DEL TREMORE: DBS O FUS? LA VERITÀ NEL MEZZO

di Vincenzo Levi

Vincenzo LEVI - Neurochirurgo
Dipartimento di Neurochirurgia SSD Neurochirurgia Funzionale,
Fondazione I.R.C.C.S. Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano

Il ventaglio di terapie avanzate per il tremore parkinsoniano ed essenziale si è notevolmente ampliato nel corso degli ultimi trent'anni. La stimolazione cerebrale profonda (DBS) è stata il caposaldo di queste terapie per anni. La DBS consiste nell'impianto di elettrodi intracerebrali capaci di stimolare alcune aree che controllano il tremore. Si tratta di una terapia modificabile nel tempo, potenzialmente reversibile e con un ottimo profilo di efficacia/sicurezza anche nel caso sia necessario un trattamento bilaterale.

La DBS, tuttavia, è un vero e proprio intervento chirurgico, con possibile rischio, seppur basso, di complicanze. La recente introduzione degli ultrasuoni focalizzati (FUS) ha rinnovato l'interesse per le tecniche lesionali.

Oggi è possibile trattare in modo sicuro e poco invasivo il tremore grazie a piccole mirate lesioni cerebrali prodotte attraverso gli ultrasuoni.

La FUS non prevede incisioni chirurgiche né impianto di dispositivi permanenti, con un'efficacia sul tremore ampiamente sovrapponibile a quella della DBS. Non tutti i pazienti, tuttavia, possono essere trattati con FUS.

La possibilità di trattamento, infatti, dipende da vari fattori che quantificano la facilità con cui gli ultrasuoni attraversano il cranio e che devono essere valutati prima dell'intervento. Inoltre, il tremore può recidivare nei mesi seguenti (in questo caso si può ripetere il trattamento o considerare la DBS). Anche il trattamento bilaterale è possibile, ma richiede due interventi, uno a distanza di mesi dall'altro. In conclusione, è chiaro che ogni novità suscita interesse e speranza, ma non sempre ciò che è nuovo è meglio per definizione o adattabile a tutti i pazienti.

La verità, come sempre, sta nel mezzo. Attualmente non esiste una terapia avanzata superiore alle altre per il tremore parkinsoniano ed essenziale. La scelta su quale sia il trattamento migliore, infatti, dipende da numerose variabili. È compito dell'equipe multidisciplinare composta da neurologo e neurochirurgo esperti in disturbi del movimento valutare queste variabili caso per caso ed indirizzare il paziente verso il trattamento migliore. L'ottima notizia per i pazienti con tremore parkinsoniano o essenziale è che oggi esistono diverse opzioni di trattamento non disponibili sino a qualche anno fa, tutte con un'elevata evidenza di sicurezza ed efficacia.

COSA HO IMPARATO DALLA RICERCA: COSA SUCCEDE NEL NOSTRO CERVELLO QUANDO TREMIAMO

di Jacopo Pasquini

Il tremore è una manifestazione caratterizzata da un rapido movimento involontario di tipo oscillatorio, una sorta di rapido "via-vai" di una parte del corpo. Tutte le parti del corpo possono essere affette, ma gli arti superiori lo sono più frequentemente. Anche gli arti inferiori, la testa o la voce possono essere colpiti.

Il tremore è la manifestazione principale del tremore essenziale ed è spesso presente anche nella malattia di Parkinson. Talora può essere presente nelle persone affette da distonia o da lesioni cerebrali.

Decenni di ricerca sul tremore insegnano che in tutti i tipi di tremore è presente una "oscillazione elettrica" anomala nei circuiti cerebrali che normalmente sono implicati nel controllo del movimento. Tale oscillazione nel sistema motorio genera il classico movimento involontario nella parte del corpo interessata. In altre parole, la stessa oscillazione che vediamo in una parte del corpo e che chiamiamo "tremore", è presente, o meglio è anticipata e causata, da oscillazioni elettriche in circuiti cerebrali deputati al controllo del movimento.

Ad esempio, il tremore a riposo della malattia di Parkinson è causato non solo dalla riduzione della dopamina nei nuclei della base, ma anche dalle conseguenze che tale carenza induce sui circuiti motori (come il cervelletto, il talamo e la corteccia motoria).

L'intermittenza tipica di tale tremore ha portato a pensare che vi sia una sorta di "interruttore" (la carenza dopaminergica) che in talune condizioni scatena il tremore, e un "dimmer" (come quello che aumenta e diminuisce la luminosità di una lampada) che mantiene, aumenta o diminuisce l'oscillazione elettrica che causa il tremore.

Anche nel tremore essenziale si ritiene sia presente un "oscillatore", stavolta a livello del cervelletto, che induce i circuiti di controllo del movimento (cervelletto-talamo-corteccia motoria) a oscillare in maniera tale da generare il movimento involontario.

Alcuni fattori esterni, soprattutto emotivi o cognitivi, possono aumentare il tremore.

Questi tipi di "stress" aumentano la trasmissione di noradrenalina cerebrale, e in effetti alcuni farmaci che mirano a ridurre tale trasmissione possono migliorare il tremore. Alcuni approcci chirurgici o lesionali invece mirano a interrompere la trasmissione dell'oscillazione all'interno del circuito motorio, andandone a lesionare un "nodo" (ad es. interventi come la stimolazione cerebrale profonda o approcci lesionali con ultrasuoni).

Nonostante i passi da gigante fatti nella comprensione dei meccanismi del tremore, c'è ancora molto da fare per comprenderne a fondo i dettagli e poter così proporre nuovi ed efficaci approcci terapeutici.

Jacopo PASQUINI - Neurologo
Dip. di medicina Clinica e Sperimentale, Univ. di Pisa
Clinical Aging Research Unit, Newcastle University (UK)

“MINDFULNESS” TECNICHE UTILI PER CONTROLLARE IL TREMORE SENZA L’USO DI FARMACI

di Roberta Ferrucci

Roberta FERRUCCI - Psicologo
Università degli Studi di Milano, Fondazione IRCCS Ca’ Granda
Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Il tremore è uno dei sintomi più comuni e invalidanti della malattia di Parkinson che interferisce con le attività quotidiane e può causare disagio, frustrazione e vergogna.

La mindfulness è una pratica di meditazione che consiste nel prestare attenzione al momento presente, con un’attitudine di accettazione, curiosità e gentilezza.

La mindfulness ha dimostrato di avere effetti positivi su vari aspetti della salute mentale e fisica, come lo stress, l’umore, il dolore e il sistema immunitario.

Alcuni studi hanno esplorato gli effetti della mindfulness sul tremore nella malattia di Parkinson, con risultati incoraggianti. Ad esempio, una ricerca condotta dall’Università di Oxford nel 2017 ha mostrato che un programma di mindfulness di otto settimane ha ridotto il tremore nei pazienti con malattia Parkinson suggerendo che la mindfulness potrebbe influenzare i circuiti cerebrali coinvolti nel controllo del movimento e nella modulazione del tremore.

Altri studi hanno indicato che la mindfulness può migliorare la qualità della vita, la fiducia e l’autostima dei pazienti con tremore, aiutandoli a gestire meglio le emozioni negative, a ridurre il senso di stigma e a sviluppare una maggiore accettazione della propria condizione. Inoltre, la mindfulness favorisce la consapevolezza del corpo, il rilassamento muscolare e la coordinazione motoria, offrendo benefici sia a livello fisico che psicologico e sociale.

IL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE: IL MIO VIAGGIO NELLA FUS

Carlo Petretto

Sottoponendomi al trattamento FUS ho iniziato a sperare. Speravo che il tremore esagerato che mi impediva di mantenere una vita sociale e che mi rendeva difficile utilizzare il cellulare e il mouse del pc diminuisse quel tanto che bastasse per permettermi di riallacciare i contatti che da quasi un anno avevo interrotto. Controllavo appena il tremore essenziale che agitava braccio e gamba destra.

I test di scrittura e disegno, specie il seguire una spirale, erano un disastro.

Al primo errore l’agitazione aumentava e con essa il movimento inconsulto che la peggiorava.

La spirale diventava il grafico di un sismografo. Il trattamento è durato parecchio. Tra la regolazione della posizione della testa e le prove per regolare gli ultrasuoni ci sono volute delle ore.

Prima di farmi alzare dal lettino della RM sono stato sottoposto di nuovo ai test : la spirale e una prova di scrittura. Considerato che ero sdraiato e il braccio era teso ho toccato il bordo della spirale una sola volta. Sono riuscito a scrivere con caratteri regolari e non più con caratteri piccoli come formichine.

Confesso che mi si sono riempiti gli occhi di lacrime.

Il trattamento è stato effettuato per la mano destra e ne ha beneficiato in parte anche la gamba destra. La parte sinistra non è stata trattata. Mi si è presentata una leggera inclinazione del corpo verso il lato destro, solo in caso di stanchezza diviene addirittura esagerata.

Ad oggi sono passati 7 mesi e la mano ha solo un leggero tremore. Per i movimenti sotto carico a volte si riaffaccia il tremore essenziale ma è controllabile. Debbo dire di aver riacquistato l’uso della mano al 90 % e rimpiango di non aver fatto il trattamento FUS molto prima.

TREMO ERGO SUM PARKINSONIANO: VERO O FALSO?

di Luca Marsili

Luca MARSILI - Neurologo
UC Gardner Neuroscience Institute and Gardner Family Center for Parkinson’s Disease
and Movement Disorders, Department of Neurology, University of Cincinnati, Cincinnati, OH

Il tremore è un movimento oscillatorio ritmico di una qualsiasi parte del corpo, e rappresenta il più frequente fra i disturbi del movimento. Esso può verificarsi a riposo, durante il mantenimento di una postura (posturale) o durante specifiche azioni (d’azione). Il tremore a riposo è uno dei segni principali della malattia di Parkinson (MP). Il tremore a riposo della MP è solitamente più pronunciato a livello degli arti superiori, ma può coinvolgere anche gli arti inferiori o il mento. L’ansia o alcune azioni come il camminare, possono amplificare questo tipo di tremore. Una caratteristica peculiare del tremore parkinsoniano è la sua tendenza a ricomparire dopo aver cambiato postura e dopo un certo intervallo di tempo, ed è infatti chiamato tremore riemergente. La terapia con levodopa è solitamente efficace nel ridurre il tremore della MP. Ovviamente la diagnosi di MP non si basa solamente sulla presenza di tremore con queste caratteristiche, ma anche su altri segni fondanti, e richiede che siano soddisfatti criteri diagnostici ben definiti. A rendere tutto più complicato è il fatto che i pazienti con MP possono anche presentare tremore posturale o di azione, e il tremore a riposo può essere riscontrato in altre condizioni patologiche. Fra queste ultime, vanno ricordate il tremore essenziale (TE), la distonia, ed il tremore indotto da farmaci (neurolettici). Nel TE, il tremore a riposo, se presente, è solitamente associato ad un tremore posturale e di azione degli arti superiori, ma può risultare difficile distinguerlo dal tremore della MP, proprio per la frequente coesistenza dei due diversi tipi di tremore. Il tremore in corso di distonia può anch’esso presentarsi a riposo, ma non è quasi mai riemergente. Il tremore da farmaci, chiamato anche tremore tardivo, ha un’ampiezza maggiore del tremore della MP e può essere sia a riposo che d’azione. In tutti i pazienti con un tremore a riposo degli arti superiori, a fini diagnostici, è imperativo confermare/escludere altre caratteristiche proprie della MP. Il tremore a volte può essere un fenomeno socialmente imbarazzante per i pazienti, ma per il neurologo esperto di disturbi del movimento esso è considerato un segno di benignità e di scarsa progressione di malattia, se paragonato ad altri segni/sintomi della MP.

BONUS TRACK

ULTRASUONI FOCALIZZATI, UNA TERAPIA “NON-INVASIVA” SPIEGATA PER BENE

di Patrizia Sucapane

Patrizia SUCAPANE - Neurologo
UOSD Neurologia, Centro Parkinson e Terapie Avanzate
PO San Salvatore, L’Aquila

SEGUICI SUI NOSTRI CANALI SOCIAL

Fondazione LIMPE per il Parkinson Onlus

Limpe_Parkinson

limpe_parkinson

COMITATO EDITORIALE

IL TRATTAMENTO DEL TREMORE CON TOSSINA BOTULINICA NEL PARKINSON E NELLE SINDROMI TREMORIGENE

Di Marcello Esposito

Il tremore si può manifestare in modo molto eterogeneo perché può avere origini diverse (ad esempio la malattia di Parkinson o il tremore essenziale), può manifestare in segmenti corporei diversi (arto superiore, inferiore, la testa) e può coinvolgere variabilmente diverse parti dello stesso segmento corporeo (braccio, mano). Quando le terapie orali non risultano efficaci si può pianificare il trattamento del tremore con la tossina botulinica (BoNT). Nonostante il nome, la BoNT non è un farmaco pericoloso ed agisce riducendo la contrazione muscolare limitatamente ai muscoli dove viene iniettata. Dal punto di vista scientifico molte ricerche sono state effettuate negli ultimi 30 anni. In particolare negli ultimi 6 anni sono stati completati diversi studi con una rigorosa metodologia (longitudinale, doppio cieco) che hanno dimostrato l'efficacia della BoNT nel trattamento del tremore parkinsoniano e nel tremore essenziale agli arti superiori. Queste ricerche sono state effettuate attraverso l'iniezione di BoNT guidata da analisi elettromiografiche o cinematiche. Tali tecniche strumentali aiutano nell'identificazione della parte del segmento corporeo maggiormente colpita dal tremore (movimento oscillatorio all'articolazione della spalla e/o del gomito e/o del polso) consentendo di individuare i muscoli maggiormente attivi e quindi da trattare con la tossina botulinica. I dispositivi per le analisi cinematica e/o elettromiografica non sono disponibili ovunque ma questo non costituisce un problema importante. Infatti la valutazione clinica da parte di un medico esperto può essere sufficiente a pianificare un trattamento efficace. Per poter identificare lo schema dei muscoli "che producono il tremore" e le dosi adeguate di tossina che determinano efficacia senza effetti collaterali sono generalmente necessari almeno 2 o 3 trattamenti con BoNT. Successivamente il trattamento può essere ripetuto seguendo tale schema in modo efficace e a lungo nella maggior parte dei pazienti.

Marcello ESPOSITO - Neurologo
U.O.C. Neurofisiopatologia,
A.O.R.N. A. Cardarelli, Napoli

EDITOR
M. Zappia

ASSOCIATE EDITORS
A. Tessitore - M. Marano

SEGRETERIA EDITORIALE
F. Martillotti - S. Mancini

FONDAZIONE LIMPE PER IL PARKINSON ONLUS
Viale Somalia, 133 - 00199 - Roma
06-96046753
info@fondazionelimpe.it

Webinar non solo Parkinson

PROGRAMMAZIONE FEBBRAIO-GIUGNO 2024

Giovedì 22 Febbraio 2024
Parliamo di "terapie complesse":
quali sono e per quale fase della malattia

Giovedì 29 Febbraio 2024
Disturbi del comportamento nei parkinsonismi

Giovedì 14 Marzo 2024
Sintomi "non motori" e ricadute sulla qualità di vita

Giovedì 21 Marzo 2024
Cuore e Parkinson

Giovedì 4 Aprile 2024
Epidemiologia e Malattia di Parkinson: si è modificata negli anni?

Giovedì 18 Aprile 2024
I disturbi urinari nella malattia parkinsoniana e nei parkinsonismi:
identificazione e trattamento

Giovedì 9 Maggio 2024
È possibile prevedere l'evoluzione della mia malattia?

Giovedì 23 Maggio 2024
Il ruolo delle neuroimmagini nel Parkinson e nei parkinsonismi

Giovedì 6 Giugno 2024
Spiritualità e malattia: binomio vincente?

Giovedì 20 Giugno 2024
Distonie funzionali

Giovedì 27 Giugno 2024
Fisioterapia e Malattia di Parkinson:
il ruolo del SSN e le differenze regionali

La registrazione degli Webinar è disponibile in forma gratuita sul sito https://www.fondazionelimpe.it/webinar