



MCI A VEROSIMILE FENOTIPO FTD: un caso clinico ad esordio tardivo

DAMANTI S.¹, ROMANO F.Y.¹, SCHINCO G. L.², ABBATE C.², ROSSI P.D.², PORTA A.¹, MARI D.^{1,2}.

¹ Università degli Studi di Milano, Scuola di Specializzazione in Geriatria e Gerontologia, ² IRCCS Ca' Granda Policlinico, U.O.C. Geriatria, Milano

OBIETTIVO

Mostrare le difficoltà diagnostiche e l'importanza del riconoscimento precoce della demenza fronto-temporale (FTD) ad esordio in età geriatrica, attraverso la presentazione di un caso clinico.

MATERIALI E METODI

Valutazione clinica

Visita multidimensionale geriatric

Activities of Daily Living (ADL)

Instrumental Activities of Daily Living (IADL)

Mini Mental State Examination (MMSE)

Geriatric Depression Scale (GDS)

Test neuropsicologici

Esami strumentali

TC encefalo

RMN encefalo

FDG-PET cerebri

Esami ematochimici a digiuno

Emocromo

Folati, vitamina B12, omocisteina, 25OH vitamina D, TPHA, VDRL

Glicemia, colesterolo totale, colesterolo LDL, colesterolo HDL, trigliceridi)

Funzionalità epatica (AST, ALT, GGT)

Funzionalità tiroidea (TSH, FT3, FT4)

Funzionalità renale (creatinina, urea, elettroliti)

Test genetici

Genotipizzazione ApoE

C9ORF72

Dosaggio progranulina

CASO CLINICO

Una paziente di 75 anni, giungeva in visita geriatrica nel settembre 2013, lamentando sintomatologia ansiosa inaggravante, perdita d'interessi e paure per situazioni non conosciute, esordite dal 2011. In anamnesi si rilevavano una familiarità per demenza (ad esordio tardivo) e un episodio di depressione reattiva alla morte del padre. Le scale di valutazione funzionale mostravano una completa preservazione dell'autonomia (ADL 6/6, IADL 8/8), i test cognitivi di screening erano nella norma (MMSE 30/30, CDT 4/5), mentre si obiettivava una deflessione del tono dell'umore (GDS 14/30). Venivano effettuati: test neuropsicologici conclusivi per MCI non amnesico a dominio singolo dis-esecutivo, TC encefalo (lieve ampliamento dei corni frontali dei ventricoli laterali e lieve vasculopatia), RMN encefalo (iniziale atrofia corticale, lieve vasculopatia), PET cerebri (moderato ipometabolismo glucidico corticale bilaterale pre-frontale), genotipizzazione dell'ApoE (e3/e3) e del gene C9ORF72 (assenza di ripetizioni), dosaggio della progranulina (nella norma). Si poneva diagnosi preliminare di MCI in sospetta FTD. La sintomatologia ansioso-depressiva della paziente, risultata resistente a numerose terapie (bromazepam, alprazolam, sertralina, escitalopram, levosulpiride), migliorava con l'introduzione di paroxetina.

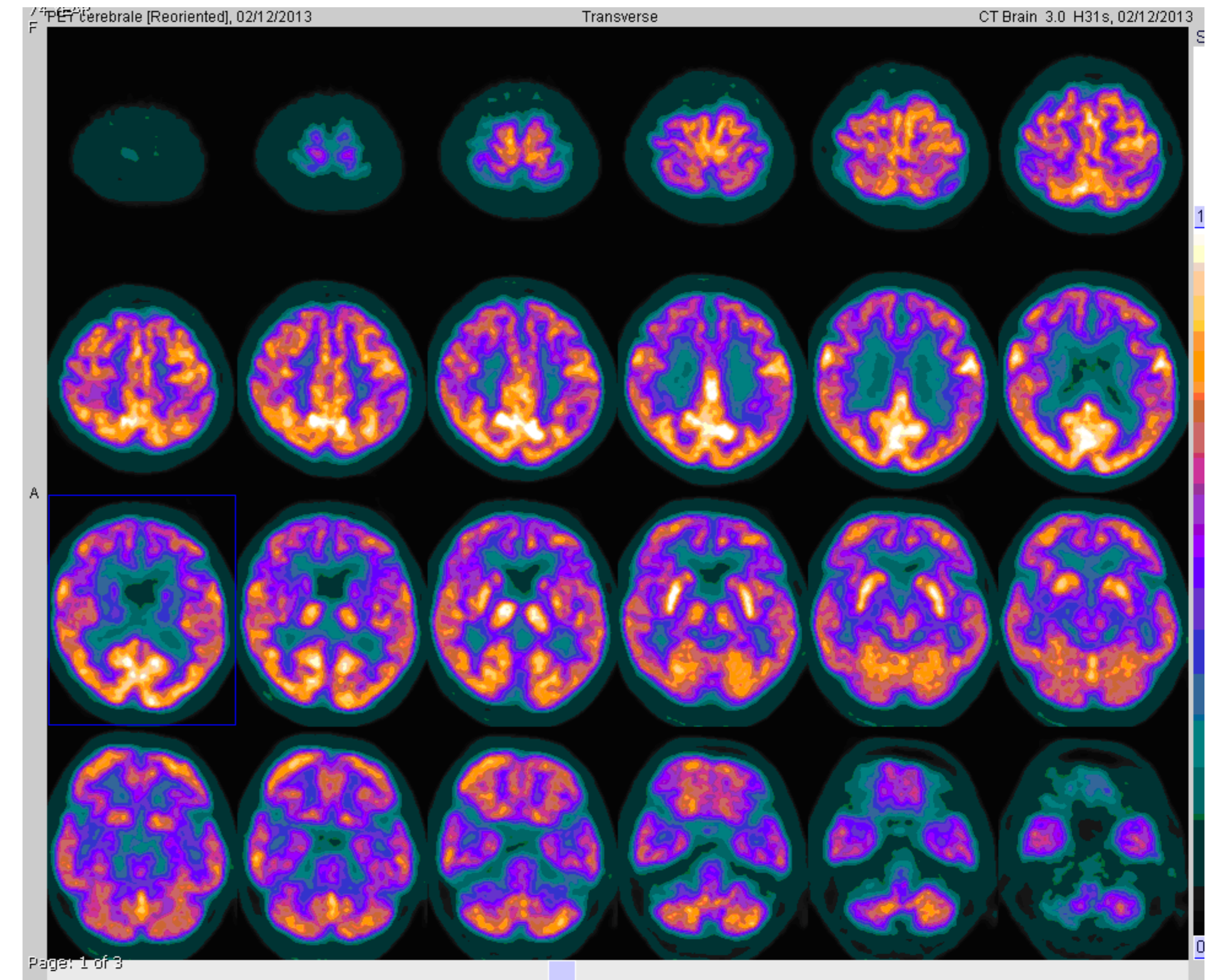
Figura 1: TC cerebri



Figura 2: RMN cerebri



Figura 3: PET cerebri



DISCUSSIONE

La diagnosi clinica di MCI FTD è molto complessa, in quanto i sintomi d'esordio sono spesso sovrapponibili a quelli riscontrati in varie patologie psichiatriche. I test neuropsicologici sono fondamentali per una diagnosi precoce, le prove che valutano le funzioni esecutive frontali e/o il linguaggio, possono essere infatti alterate sin dagli stadi precoci. La RMN encefalo permette di escludere patologie organiche che potrebbero essere la causa dei disturbi lamentati dai pazienti (es. tumori o esiti ischemici in sede frontale) e avvalorare la diagnosi di FTD nel caso in cui si evidenzino un'atrofia focale dei lobi frontali e/o temporali. Tuttavia, negli stadi iniziali della malattia tale reperto non è sempre rilevabile, pertanto per supportare la diagnosi si utilizza la PET che può evidenziare un ipometabolismo glucidico in sede fronto-temporale anche quando il parenchima cerebrale è ancora volumetricamente integro. Ad oggi non esiste un trattamento farmacologico in grado di impedire o di rallentare la progressione di questa patologia neurodegenerativa. La terapia è pertanto volta al controllo dei disturbi comportamentali e si avvale principalmente degli inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI), in quanto nella FTD vi è una riduzione della concentrazione di serotonina a livello dei circuiti frontali sottocorticali. La diagnosi precoce di FTD è di fondamentale importanza perché consente un approccio terapeutico in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti e dei familiari.

BIBLIOGRAFIA

- De Mendonça A, et al "Frontotemporal mild cognitive impairment". *Journal of Alzheimer's Disease* 6 (2004) 1-92
Lindau et al. "First symptoms-Frontotemporal dementia versus AD, *Dementia and geriatric cognitive disorders*". 2000; 11: 286-293
Moretti R et al, *FDT: paroxetine as a possible treatment of behavior symptoms, eur neurol* 2003; 49: 13-19