

l'Ora della Salute



a cura di
Dr. Giovanni Bisignani
 Direttore UOC Cardiologia ed UTIC Ospedale Castrovillari

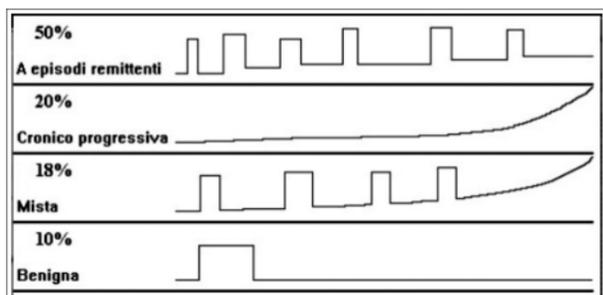
Sclerosi Multipla

Come diagnosticarla. Come trattarla

La sclerosi multipla (SM) è una patologia ad altissimo impatto sociale che può esordire ad ogni età della vita, ma è diagnosticata con maggiore incidenza tra i 20 e i 40 anni. Il sesso femminile ne risulta colpito in misura doppia rispetto a quello maschile. In Italia sono affette da questa patologia oltre sessantamila persone. La malattia consiste principalmente in un danno della mielina, che avvolge gli assoni nella sostanza bianca del sistema nervoso centrale (SNC). La mielina ha il compito di facilitare la conduzione degli impulsi nervosi. Nelle forme più severe, oltre al danno della mielina, si ha importante perdita assonale. Può essere coinvolta anche la sostanza grigia con possibili importanti risvolti clinici sulla sfera cognitiva. Nella genesi della SM ha un ruolo significativo una risposta alterata del sistema immunitario che di norma protegge dagli agenti patogeni esterni. Nella SM le cellule del sistema immunitario aggrediscono la mielina del proprio sistema nervoso centrale. E' possibile che più fattori possono essere la miccia per l'aggressione "autoimmune" al SNC (predisposizione genetica, virus, condizioni ambientali, bassi valori di vitamina D).

TUTTE LE FORME DI SCLEROSI MULTIPLA SONO GRAVI?

Si riconoscono diversi decorsi clinici della malattia. L'esordio avviene in maniera acuta o insidiosa e si manifesta, in genere, con un disturbo visivo o sensitivo. La malattia si definisce se e quando si verifica un secondo episodio clinico. La forma di SM più frequente è quella con decorso recidivante-remittente (SM-RR): si alternano fasi acute di malattia, definite ricadute e fasi di remissione dei sintomi. Meno frequenti, ma più gravi, sono le forme di SM "progressive" in cui la disabilità può progredire lentamente dopo una fase di malattia a decorso recidivante-remittente o instaurarsi sin dall'inizio. **E' emergente una forma di SM definibile come "benigna"; in questi casi, che secondo alcuni studi, rappresentano il 20-30% del totale dei pazienti, la disabilità è minima dopo 10-15 anni e l'esordio è spesso caratterizzato da disturbi meno severi quali ad esempio sintomi sensitivi (parestesie) o visivi con quadri neuro-radiologici di modesta entità.** In definitiva siamo di fronte ad uno spettro di patologie con decorso individuale ed ora spesso modificato dalle terapie. La prognosi è migliore per il sesso femminile, quando l'esordio della patologia avviene con disturbi di tipo sensitivo e se alla fase acuta segue una remissione clinica completa. Più impegnativi i decorsi se l'insorgenza dei disturbi avviene in età più avanzata (35-40 anni), con sintomi motori, se la remissione clinica è incompleta.

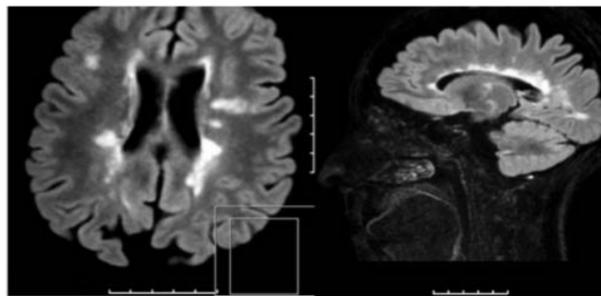


Quando sospettare una Sclerosi Multipla
 L'esordio avviene spesso con una neurite ottica retrobulbare. In questi casi si ha un offuscamento della visione spesso accompagnato da dolore, solitamente unilaterale. Altri frequenti sintomi sono la visione doppia o diplopia, disturbi della sensibilità che spesso consistono in vaghe sensazioni di intorpidimento di un metà del corpo, di riduzione o alterata sensibilità.

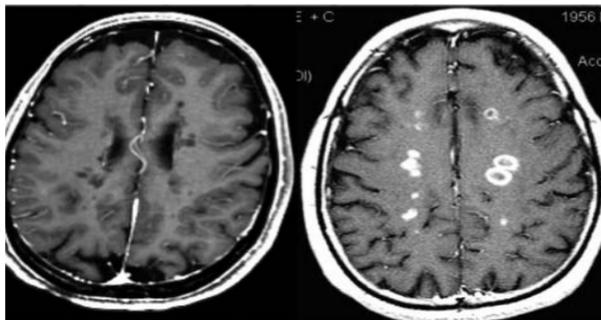
Possibili, tra i tanti riscontrabili, disturbi dell'equilibrio, della coordinazione dei movimenti, tremori, alterazioni motorie, senso di affaticamento estremo.

COME FARE LA DIAGNOSI: RISONANZA MAGNETICA

Una delle applicazioni più utili della RM è lo studio delle malattie del sistema nervoso centrale, come la sclerosi multipla.



RM dell'encefalo- sequenza FLAIR: molteplici placche con segnale brillante



Risonanza Magnetica dell'encefalo: immagini con sequenza T1 pesata- evidenza a sinistra di "buchi neri" e a destra di lesioni demielinizzanti captanti il mezzo di contrasto.

La specificità diagnostica di questa tecnica poggia su criteri internazionali che si focalizzano sulla peculiarità del comportamento della malattia, ovvero, la sua "disseminazione nello spazio e nel tempo". Fondamentale è quindi rilevare un numero adeguato di lesioni in RM in più sedi dell'encefalo e/o del midollo, con comparsa di nuove localizzazioni nel tempo.

Le lesioni hanno segnale "brillante" in particolari sequenze dell'esame definite a TR lungo e morfologia tipicamente ovoidale o rotondeggiante. Se vi è un danno più importante (perdita degli assoni) si rilevano in RM alterazioni definite "buchi neri". Il coinvolgimento della sostanza grigia si studia ricercando la presenza di placche nella corteccia, misurando il grado di atrofia della corteccia cerebrale o valutando con una tecnica speciale, fMRI (BOLD) la risposta di aree funzionali dell'encefalo a specifici test, durante l'esame di RM, atti ad esplorare le sfere motoria, sensitiva e cognitiva.

L'esame di Risonanza Magnetica deve comprendere lo studio del midollo spinale, sede frequentissima di localizzazioni della patologia.

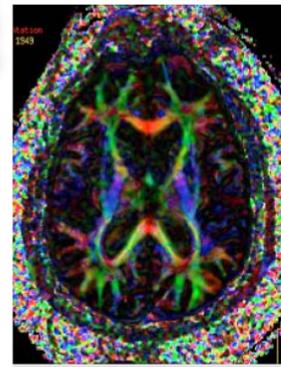
Lo studio si completa con la somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto paramagnetico (derivati del gadolinio) che evidenzia le fasi "attive" della malattia.

Vi sono casi con numerose lesioni e quadro di disabilità lieve e viceversa "RM povere" con maggiore disabilità. Per spiegare questo apparente paradosso si è valutato il possibile danno della sostanza bianca apparentemente normale, che sfugge alle normali tecniche di diagnosi neuroradiologica e che è possibile indagare invece con tecniche sofisticate, come la Diffusion Tensor Imaging (DTI), i cui parametri risultano alterati anche in aree indenni dalle placche.

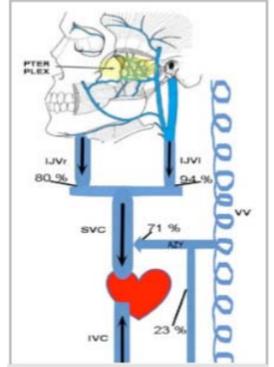
I controlli periodici in RM, solitamente eseguiti con cadenza an-

Chiedete allo specialista

Inviare le vostre domande a proposito dei temi trattati in questa pagina a giovanni.bisignani@calabriaora.it. Riceverete risposta per mail o, in forma anonima, nel prossimo numero del giornale.



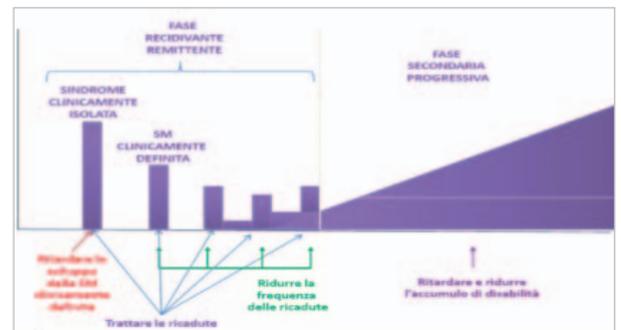
DTI: mappa direzionale dei principali fasci della s. bianca



Sede delle stenosi venose descritte da Zamboni-2009

nuale, hanno dimostrato come la presenza di lesioni demielinizzanti captanti il contrasto sia più frequente rispetto alle ricadute cliniche, a dimostrazione del carattere infido della patologia.

Un consiglio da dare ai pazienti, è di ricorrere a magneti ad alto campo (solitamente a 1.5 Tesla) e di evitare macchine a basso campo, molto meno capaci di fornire un'intensità di segnale ottimale.



Scopo delle terapie nelle varie fasi della SM vzpoli.wordpress.com

Le terapie: quali sono, quando iniziarle.

Nelle fasi di ricaduta clinica si ricorre ai farmaci steroidei. Vi sono poi terapie basate sulla somministrazione di farmaci immunomodulanti o immunosoppressori che hanno lo scopo di modificare la progressività della patologia, di ridurre il numero degli attacchi acuti, migliorando in definitiva la prognosi. I farmaci immunomodulanti più utilizzati sono gli interferoni e il glatiramer acetato. Molti neurologi ricorrono a queste terapie precocemente, sulla base di studi che hanno dimostrato la loro capacità di ritardare nuove ricadute cliniche e radiologiche. Una recente terapia che richiede una accurata selezione, è costituita dagli anticorpi monoclonali (il più conosciuto è il natalizumab). E' ancora in fase sperimentale la terapia orale con un nuovo farmaco (fingolimod).

La BIG IDEA di Zamboni

Nel 2009 uno studio condotto dal gruppo del Dr. Zamboni, ha destato un enorme speranza per la possibile correlazione tra sclerosi multipla e una condizione conosciuta come CCSVI (cronic cerebral spinal venous insufficiency). Si è postulato come un'alterazione del circolo venoso extracerebrale ed extramidollare, ovvero un reflusso e/o una stenosi delle vene giugulari interne o delle vene azygos, sia associato alla SM e correggibile con una procedura di angioplastica per via percutanea. La terapia endovascolare definita dagli autori come "trattamento di liberazione" non è in grado di risolvere le disabilità più gravi mentre, a loro parere, potrebbe incidere nelle forme meno severe con un miglioramento della qualità della vita e soprattutto sul senso di spossatezza, spesso riferito dai pazienti. La comunità scientifica ha reagito alla "big idea" di Zamboni con estrema criticità ma in parte anche con il dovuto interesse. Ad oggi più studi hanno conseguito risultati contrastanti ed evidenziato criticità su questa associazione. La procedura di angioplastica ed eventualmente di stenting non è priva di rischi. Per evitare facili entusiasmi e ingiustificate speculazioni, sono in corso ulteriori analisi di tipo epidemiologico che stabiliranno, su solide basi scientifiche, la presenza o meno di tale correlazione.



DR PIER LUIGI LANZA
 Neuroradiologo

Biocontrol Imaging
 Cosenza
 ISNN-CNR - Rogliano