

LE DEMENZE: SINERGIE TRA OSPEDALE E TERRITORIO, MAPPA DEI SERVIZI DELLA REGIONE VENETO

Diagnosi neuropsicologica: indicazioni cliniche e contributo del neuropsicologo

Annalisa Tessari

5 Ottobre 2019

Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)

U.O. di Geriatria (Dolo) ed U.O. di Neurologia (Mirano)

REGIONE DEL VENETO



ULSS3
SERENISSIMA

Diagnosi neuropsicologica: indicazioni cliniche e contributo del neuropsicologo

1. **Valutazione neuropsicologica: cosa è/perché/quando**
2. **Diagnosi neuropsicologica: i profili cognitivi nelle patologie neurodegenerative**
3. **Oltre alla diagnosi neuropsicologica: il ruolo del professionista**

1. Valutazione neuropsicologica: cosa è/perché/quando

Per **Neuropsicologia** si intende lo studio degli effetti delle lesioni cerebrali sui processi cognitivi (percezione, attenzione, linguaggio, memoria, ragionamento, ecc.)



Obiettivo: studiare i processi cognitivi e comportamentali correlati ai meccanismi anatomo-funzionali che sottendono il funzionamento cerebrale.



La Neuropsicologia cognitiva è la disciplina accademica che studia gli effetti delle lesioni cerebrali allo scopo di decifrare il funzionamento cognitivo normale (broca-studi delle afasie)



La Neuropsicologia clinica è la disciplina applicata che si occupa della valutazione e riabilitazione/stimolazione dei disturbi cognitivi (agnosie, afasie, amnesie, ecc) in seguito a lesione cerebrale vascolare, traumatica oppure a processi neurodegenerativi.



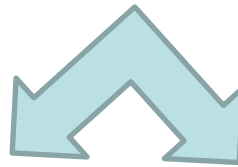


1. Valutazione neuropsicologica: cosa è/perché/quando

In cosa consiste la Valutazione NPS

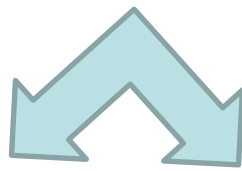
...ma non solo...

- osservazione del modo in cui il soggetto esplicita il “frutto” dell’attività cognitiva, ossia il comportamento



**DATI
QUANTITATIVI**

**DATI
QUALITATIVI**



DATI QUANTITATIVI

DATI QUALITATIVI

Memoria di prosa: 0/16

completo oblio delle
informazioni anche dopo
cue



AD

Memoria di prosa: 0/16

Recupero mnesico
caratterizzato da vivaci
confabulazioni



KORSAKOFF

Memoria di prosa: 0/16

Recupero mnesico
faticoso per le difficoltà
linguistiche



AFASIA
PROGRESSIVA



STRUMENTI DIAGNOSTICI

ESAME CLINICO
(NEUROLOGICO/GERIATRICO/PSICHIATRICO)

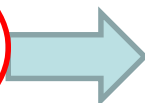


DIAGNOSI

ESAMI STRUMENTALI
(TC, RM, liquor etc.)



VALUTAZIONE
NEUROPSICOLOGICA



ANAMNESI RACCOLTA
CON CAREGIVER PRINCIPALE

1.Valutazione neuropsicologica: cosa è/perché/quando



The screenshot shows the official website of the Regione del Veneto. At the top, there is a blue header with the logo of the Regione del Veneto and a search bar. Below this is a dark navigation bar with links to various sections: la REGIONE, PERCORSI, SERVIZI, BANDI, AVVISI e CONCORSI, BOLLETTINO UFFICIALE, NORMATIVA, and URP. The main content area features the BURVET logo and the title 'Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto in versione Telematica'. A breadcrumb trail indicates the current location: Home » Sommario BURV. The main heading is 'Bollettino Ufficiale N. 50 del 17/05/2019', and there is a 'MENU BURVET' button.

«Per quanto riguarda la definizione della figura dello psicologo si evidenzia che nei Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) lo psicologo contribuisce alla formulazione della diagnosi differenziale attraverso valutazioni neuropsicologiche di primo e secondo livello, contribuisce alla definizione del profilo del paziente e orienta l'équipe del CDCD nella scelta dei percorsi di cura più appropriati, aiuta nell'indirizzare il paziente e il caregiver agli interventi psico-educativi più adeguati (terapia riabilitativa, stimolazione cognitiva per il paziente, formazione e sostegno per la famiglia). Inoltre, è di supporto nell'identificazione e nella gestione dei disturbi del comportamento e nel percorso di presa in carico integrata.»



REGIONE DEL VENETO

cerca nella Regione del Veneto...

CERCA

la REGIONE PERCORSI SERVIZI BANDI, AVVISI e CONCORSI BOLLETTINO UFFICIALE NORMATIVA URP



Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto
in versione Telematica

[Home](#) » [Sommario BURV](#)

Bollettino Ufficiale N. 50 del 17/05/2019

MENU BURVET

«In considerazione delle competenze richieste in tale contesto, lo psicologo deve avere una formazione specifica che comprenda competenze in ambito neuropsicologico e psicoterapeutico con particolare attenzione ai disturbi cognitivi neurodegenerativi dell'età adulta-anziana (in linea con le "Linee di indirizzo sulla figura del neuropsicologo nei Centri per il Decadimento Cognitivo-CDC" dell'Ordine degli Psicologi).»

VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA E CODICI DEL NOMENCLATORE REGIONALE

cod.94.09_9	Colloquio psicologico clinico
cod. 94.01.2_0	Somministrazione/ interpretazione di test per il deterioramento
cod.94.02.1_6	Test di attenzione
cod. 94.01.3	Valutazione monofunzionale; test semplice del linguaggio
cod. 94.08.1_0	Somministrazione/interpretazione test funzioni esecutive
cod. 94.08.2_0	Somministrazione/interpretazione abilità visuo-spaziali
cod. 94.02.1_3	Somministrazione/interpretazione test della memoria

1. Valutazione neuropsicologica: cosa è/perché/quando

La **valutazione neuropsicologica** rientra tra gli accertamenti irrinunciabili che supportano la **definizione diagnostica** al fine di raggiungere una diagnosi puntuale nei casi **iniziali-moderati**:



- Distinguere l'invecchiamento fisiologico da quello patologico
- Effettuare una diagnosi differenziale



**PROFILI COGNITIVI/CARATTERISTICHE CLINICHE
peculiari nelle patologie neurodegenerative**



Diagnosi neuropsicologica: indicazioni cliniche e contributo del neuropsicologo

- 1. Valutazione neuropsicologica: cosa è/perché/quando**
- 2. Diagnosi neuropsicologica: i profili cognitivi nelle patologie neurodegenerative**
- 3. Oltre alla diagnosi neuropsicologica: il ruolo del professionista**

**LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA COME STRUMENTO PER LA
DIAGNOSI NOSOGRAFICA E DIFFERENZIALE DELLE DEMENZE**

Dal polimorfismo neuropsicologico al profilo neuropsicologico

**Poiché i sintomi clinici costituiscono ancora oggi
i principali indicatori diagnostici di una demenza,
la identificazione PRECOCE del profilo neuropsicologico che
caratterizza una determinata demenza permette
di restringere la diagnosi differenziale alle sole
forme che condividono in parte o in tutto quel profilo.**

CLASSIFICAZIONE DELLE DEMENZE

1a. Demenze primarie

Malattia di Alzheimer

Demenza Frontotemporale

Malattia corpi Lewy

1b. Demenza associata a malattie con degenerazione neuronale primaria

M Parkinson

Corea di Huntington

PSP

Degenerazione spino-cerebellare

M Hallervorden-Spatz

Epilessia Mioclonica progressiva

2 Demenza vascolare

Infarti Multipli

Stato lacunare

M Binswanger

Infarti di confine

Aneurismi e malformazioni A-V

Anossia ed ipossia

3. Demenze e malattie da prioni

M Creutzfeldt-Jacob

Kuru

M Gerstmann-Straussler-Scheinker

4. Demenze da disturbi endocrino metabolici

Patologia Tiroidea e Paratiroidea

Patologia ipopituitaria

Malattie epatiche

Uremia

M Wilson

Demenza dialitica

5. Demenza da idrocefalo normoteso

6. Demenza da malattie carenziali

S. Korsakoff-Wernicke

Pellagra

M Marchiafava-Bignani

Deficit di Vit.B12 e di folati

7. Demenza da encefalopatie tossiche e da farmaci

8. Demenza da malattie cerebrali di varia genesi

Tumori cerebrali

Traumi cranici

Infezioni

Sindromi paraneoplastiche

Altri disturbi cerebrali

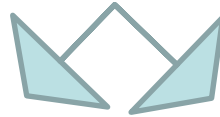
9. Demenza da encefaliti, meningiti, mal.autoimmuni

Neurosifilide, AIDS, etc

10. Demenza da altre malattie

Sclerosi Multiple, M. di Whipple, etc

Per iniziare: una sommaria ma **IMPORTANTE** differenziazione neuropsicologica



demenze corticali

colpiscono
principalmente strutture della
corteccia cerebrale e si
caratterizzano per un'estesa
atrofia corticale, precoci
alterazioni della
memoria, disturbi
dell'orientamento, e
successivamente perdita del
pensiero astratto, agnosie
afasia, aprassia

demenze sottocorticali

colpiscono
principalmente strutture che si
trovano al di sotto della
corteccia cerebrale e si
caratterizzano per più precoce
rallentamento dei processi
cognitivi/attentivi, minore
perdita della
memoria, ma alterazioni della
personalità con apatia e
rallentamento motorio.

DEMENZA DI ALZHEIMER (FASE INIZIALE)

PROFILO NPS AMNESICO (IPPOCAMPAL)

- Minimo/modesto disorientamento temporale, possibile ma non necessario disorientamento topografico
- **Perdita memoria modesta per eventi recenti**; interferenza attività quotidiane (deficit di memoria anterograda episodica anche dopo cue)
- Difficoltà a trovare le parole con relativa conservazione della capacità di comprensione
- Difficoltà nell'esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato

Sintomi non cognitivi

- **Spesso presenti ansia, depressione, insight mantenuto**

Stato funzionale

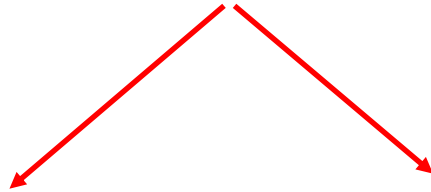
- Incapace di compiere indipendentemente le attività lavorative e quelle sociali complesse
- Usualmente abbandonati hobbies ed interessi
- **Assenza di alterazioni nelle funzioni motorie/no aprassie**

LA MEMORIA

“E’ la capacità di acquisire, conservare, recuperare e usare nuove informazioni, conoscenze e abilità”



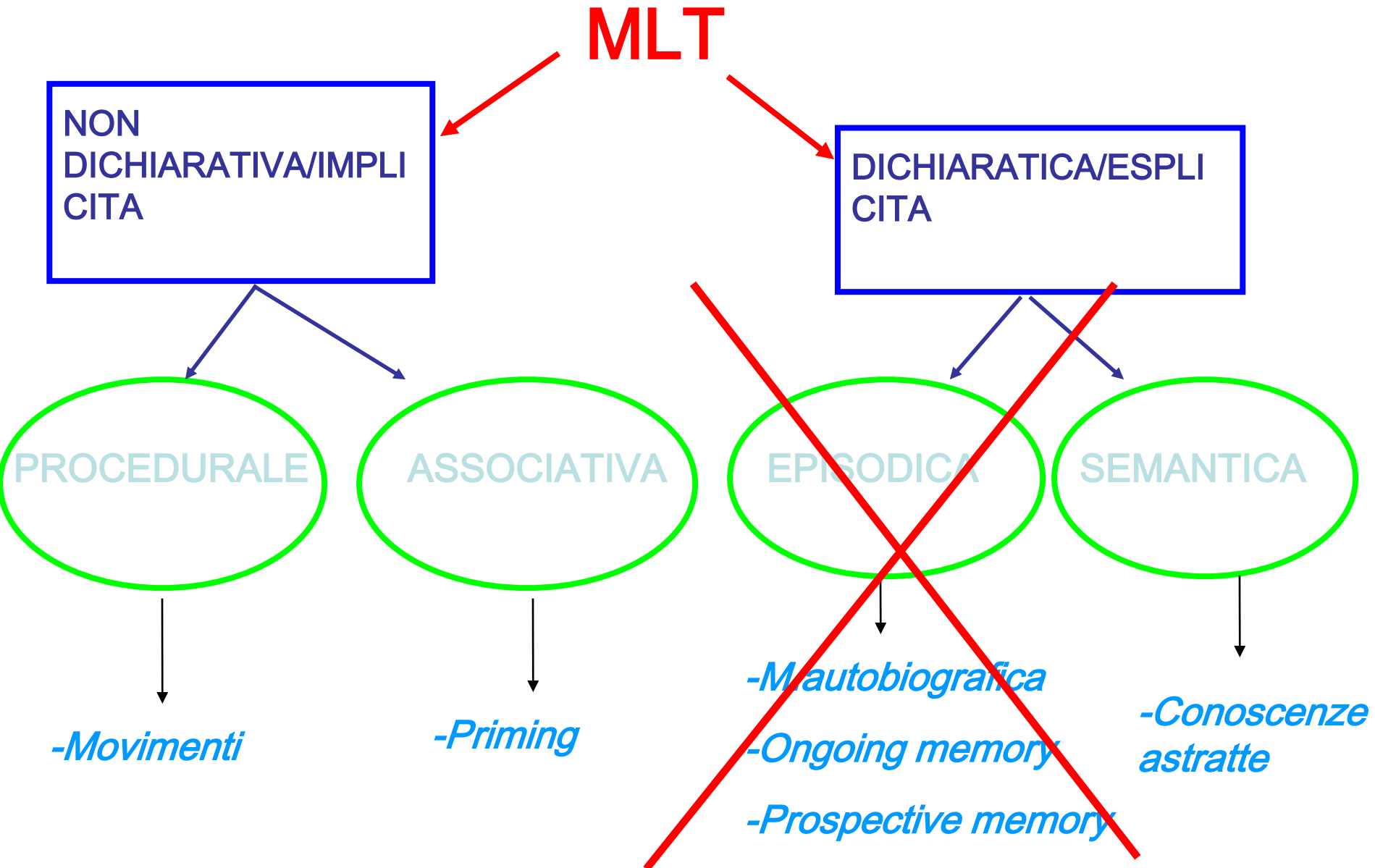
Tulving 1987



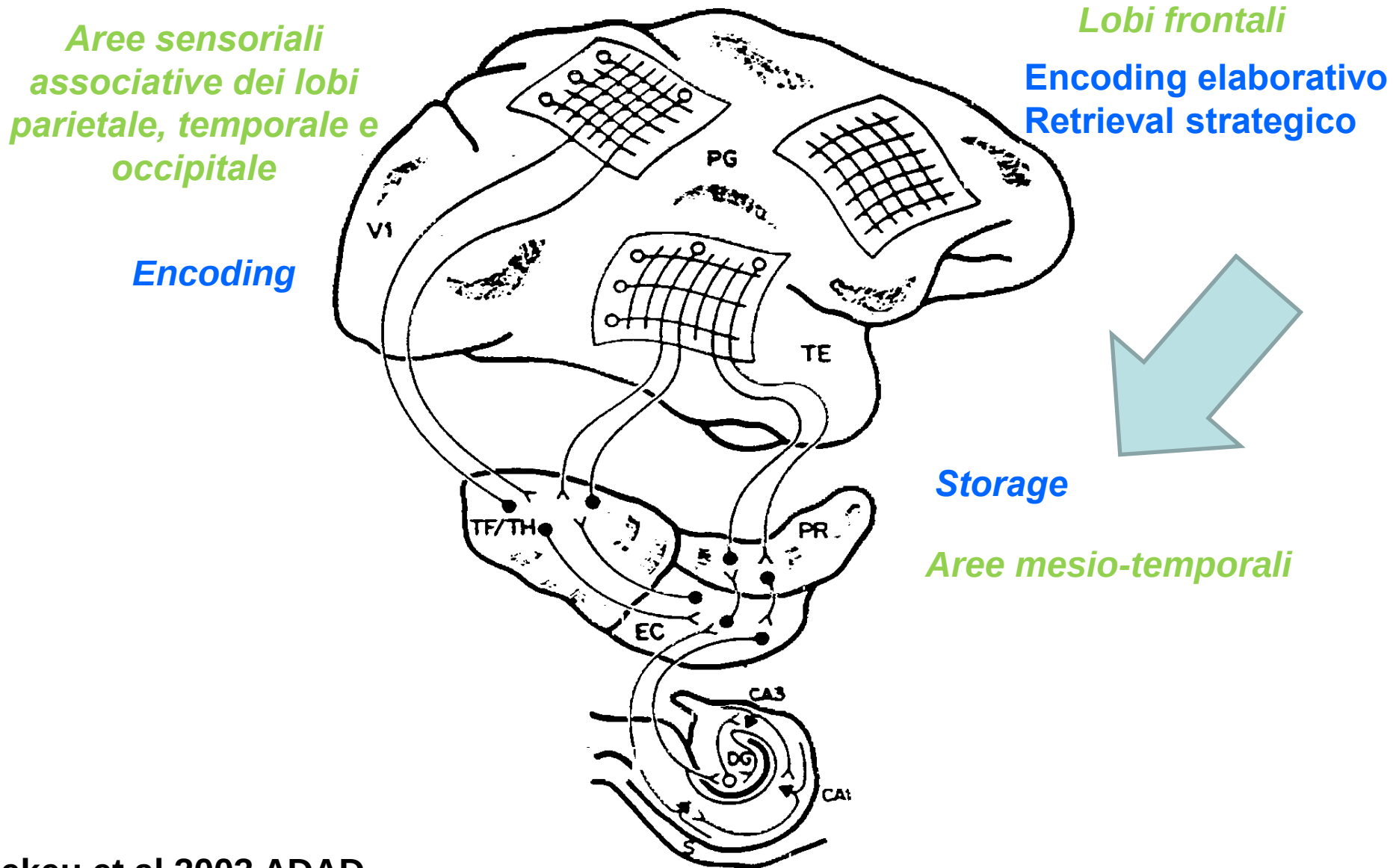
MBT: processo che consente di mantenere disponibili informazioni per il tempo necessario affinché con o su quelle informazioni si possa lavorare

MLT: deposito, archivio delle informazioni che abbiamo imparato e che manteniamo disponibili per poterle usare in un futuro

FASI INIZIALI DI DETERIORAMENTO COGNITIVO



Cerebral cortical areas involved in long-term declarative memory functioning



Esordio neocorticale posteriore Posterior Cortical Atrophy (PCA)

- AD con presentazione visuo-percettivo 5% o con aprassia costruttiva 3% (Snowden et al, Cortex 2007)
- Esordio giovanile
- Non differenza di prevalenza nei due sessi (Mendez et al, Dement Geriatr Cogn Disord 2007)

Costellazione neuropsicologica della PCA

- Compromissione visuopercettiva e visuospatiale
- Aprassia costruttiva
- Sindrome di Balint: simultaneoagnosia, aprassia oculomotoria, atassia ottica, agnosia spaziale
- Sindrome di Gerstmann: acalculia, agrafia, agnosia digitale, disorientamento destra sinistra
- Deficit percezione spaziale
- Deficit percezione oggetti
- Deficit percettivi basali: forma/colore/movimento/localizzazione statica nello spazio
- Alessia
- Disturbo orientamento parti del corpo

DEMENZA FRONTOTEMPORALE

- Esordio comportamentale
- Esordio linguistico: afasie progressive primarie (PPA)

Il polimorfismo clinico delle PPA
Varie consensus (Gorno Tempini -2004, 2010) hanno portato alla identificazione fenotipica di tre forme principali:

- Forma agrammatica
- Forma semantica
- Forma logopenica

Clinical diagnosis of svPPA Both of the following core features must be present: 1. Poor confrontation naming (of pictures or objects), particularly for low familiarity or low frequency items 2. Impaired single word comprehension At least three of the following other diagnostic features must be present: 1. Poor object and/or person knowledge, particularly for low frequency or low familiarity items 2. Surface dyslexia and/or dysgraphia 3. Spared repetition 4. Spared motor speech Clinical diagnosis of nfvPPA At least one of the following core features must be present: 1. Grammatical errors and simplification in language production 2. Effortful, halting speech with inconsistent distortions, deletions, substitutions, insertions, or transpositions of speech sounds, particularly in polysyllabic words (often considered to reflect "apraxia of speech") At least two of three of the following other features must be present: 1. Impaired comprehension of syntactically complex sentences, with relatively spared comprehension of syntactically simpler sentences 2. Spared content, single word comprehension 3. Spared object knowledge 4. Spared single word comprehension Clinical diagnosis of lvPPA Both of the following core features must be present: 1. Impaired single-word retrieval in spontaneous speech (speech fluency interrupted by word finding pauses) and confrontational naming 2. Impaired repetition of sentences and phrases At least three of the following other features must be present: 1. Speech sound (phonological) errors in spontaneous speech and naming 2. Spared single word comprehension and object knowledge 3. Spared motor speech (no distortions) 4. Absence of frank agrammatism



DEMENZA
FRONTOTEMPORALE

Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia

Katya Rascovsky,¹ John R. Hodges,² David Knopman,³ Mario F. Mendez,^{4,5} Joel H. Kramer,⁶

- I. Neurodegenerative disease
- The following symptom must be present to meet criteria for bvFTD
- A. Shows progressive deterioration of behaviour and/or cognition by observation or history (as provided by a knowledgeable informant).
- II. Possible bvFTD
- Three of the following behavioural/cognitive symptoms (A–F) must be present to meet criteria. Ascertainment requires that symptoms be persistent or recurrent, rather than single or rare events.
- A. Early* behavioural disinhibition [one of the following symptoms (A.1–A.3) must be present]:
 - A.1. Socially inappropriate behaviour
 - A.2. Loss of manners or decorum
 - A.3. Impulsive, rash or careless actions
 - B. Early apathy or inertia [one of the following symptoms (B.1–B.2) must be present]:
 - B.1. Apathy
 - B.2. Inertia
 - C. Early loss of sympathy or empathy [one of the following symptoms (C.1–C.2) must be present]:
 - C.1. Diminished response to other people's needs and feelings
 - C.2. Diminished social interest, interrelatedness or personal warmth
 - D. Early perseverative, stereotyped or compulsive/ritualistic behaviour [one of the following symptoms (D.1–D.3) must be present]:
 - D.1. Simple repetitive movements
 - D.2. Complex, compulsive or ritualistic behaviours
 - D.3. Stereotypy of speech
 - E. Hyperorality and dietary changes [one of the following symptoms (E.1–E.3) must be present]:
 - E.1. Altered food preferences
 - E.2. Binge eating, increased consumption of alcohol or cigarettes
 - E.3. Oral exploration or consumption of inedible objects
 - F. Neuropsychological profile: executive/generation deficits with relative sparing of memory and visuospatial functions [all of the following symptoms (F.1–F.3) must be present]:
 - F.1. Deficits in executive tasks
 - F.2. Relative sparing of episodic memory
 - F.3. Relative sparing of visuospatial skills

➤ Esordio linguistico : afasie progressive primarie (PPA)

Forma Agrammatica

Clinica:

- Linguaggio non fluente con numero di parole minuto ridotte ad 1/3 del normale
- Agrammatismo con omissione di funtori e semplificazione
- Alterazioni della prosodia e della melodia (sindrome dell'accento straniero)
- Errori in linguaggio con sostituzioni e distorsioni fonetiche
- Aprassia del linguaggio
- Mutismo finale

Esame Neuropsicologico (fase iniziale):

- Alterata comprensione grammaticale sia in prove scritte che orali
- Buona comprensione semantica
- Riduzione della fluenza verbale

➤ **Esordio linguistico : afasie progressive primarie (PPA)**

Forma semantica

Clinica:

- Ridotta comprensione di parole singole
- Degradazione e semplificazione delle informazioni semantiche
- Word finding' compromesso
- Uso di parole passe-partout (linguaggio vuoto)
- Comprensione del linguaggio gravemente compromessa

Esame Neuropsicologico:

- **Alterate le prove di comprensione e 'confrontation naming'**
- **Perdita della conoscenza del significato delle parole**
- **Perdita della conoscenza del significato degli oggetti (persone/entità uniche)**
- **Mantenimento del significato dei concetti astratti rispetto a quello degli oggetti reali**
- **Dislessia superficiale e disgrafia**
- **Buona ripetizione di parole e frasi**

➤ **Esordio linguistico : afasie progressive primarie (PPA)**

Forma logopenica

Clinica:

- Difficoltà nel 'word finding' in linguaggio spontaneo
- Difficoltà della memoria fonologica e di lavoro
- Difficoltà nella comprensione di frasi lunghe
- Non difficoltà nella velocità di produzione linguistica e non distorsioni

Neuropsicologia (fase iniziale):

- **Alterate le prove di fluenza**
- **Alterate prove di comprensione di frasi complesse**
- **Riduzione delle capacità di ripetizione di frasi e sintagmi**
- **Errori fonologici in linguaggio spontaneo e nelle prove di naming**
- **Assenza di agrammatismo**

Profilo della compromissione linguistica nelle tre forme di PPA

	Comprensione parole singole	Comprensione sintattica	Produzione sintattica	Denominazione oggetti	Ripetizione parole	Ripetizione frasi	Fluenza verbale/ Speech rate
Forma Agrammatica PNFA	++	+/-	--	+	+	+	--
Forma Semantica SD	--	+/-	++	--	+++	++	++
Forma logopenica	++	+	+/-	+/-	+/-	--	-

DEMENZA A CORPI DI LEWY

Deficit neuropsicologici

- Deficit visuo-percettivi
- Deficit di orientamento e **attentivo-esecutivi** (fluttuazione giornaliera delle vigilanza, precoce grave deficit attentivo esecutivo)
- **Fluttuazioni cognitive** e comportamentali associate, o meno, **a variazioni dello stato di coscienza e sonnolenza** e caratterizzate da disorganizzazione del discorso e disorientamento spaziale.
- L'attenzione può passare da uno stato di coscienza ad uno letargico in pochi minuti, ma durare anche giorni. La variazione osservabile può arrivare fino a 15 punti del MMSE

Memoria

- **Memoria e riconoscimento relativamente conservati, specialmente nella fase iniziale della malattia (memoria di lavoro può essere deficitaria a causa del deficit attentivo)**

Deficit visuo-percettivi

- Dispercezioni (ad es con la TV) e allucinazioni visive (critiche)
- **La copia dei pentagoni nel MMSE** può essere sufficiente per discriminare DLB e AD (Ala et al., JNNP 2001, Cagnin e coll.)

DEMENZA A CORPI DI LEWY

PROFILO PSICHIATRICO COMPORTAMENTALE LEWY

Disturbi del sonno REM

- Sogni vividi e incubi, spesso agiti, associati a vocalizzazioni e movimenti violenti (talvolta presenti molti anni prima dell'inizio del parkinsonismo e della Demenza)
- Fluttuazioni dello stato mentale, con instabilità cognitiva e comportamentale, potenzialmente associate a variazioni dello stato di coscienza (sonnolenza, stato letargico) e di durata estremamente variabile (minuti, ore).
- Allucinazioni visive strutturate e ricorrenti (vivide, a colori, tridimensionali)
- Mispercezioni (sindrome di Capgras)
- Deliri e paranoie
- Apatia
- Depressione
- Disturbi d'ansia

PARKINSON DEMENZA (PDD)

Profilo Neuropsicologico

- Deficit ad esordio precoce
- **Bradifrenia** (rallentamento psicomotorio e dei processi di elaborazione delle informazioni)
- **Deficit a carico dell'attenzione (con fluttuazioni)**
- **Deficit delle funzioni esecutive**
- **Deficit delle capacità visuo-percettive e visuo-spaziali**
- **Deficit a carico della fluenza verbale (spesso accompagnate di ipofonia, disartria e micrografia)**

- **Memoria:** deficit di rievocazione libera con beneficio da facilitazione (*cueing*) e riconoscimento preservato

(Emre M Lancet Neurol 2003, 2:229-237)

PROFILO PSICHIATRICO

- **Apatia**
- **Depressione**
- **Ansia**
- **Allucinazioni visive:** 15-40% nei soggetti con PD trattati (rara nei soggetti non trattati).
- **Deliri,** spesso di tipo paranoideo (rari)
- **Disturbi del sonno REM** (precedono il PD nel 65% dei casi)

DEMENZA VASCOLARE

C. Vascolari (corticale e sottocorticale)

Demenza secondaria ad un danno vascolare cerebrale su base ischemica, emorragica, o ipossica.

➤ Demenza da patologia dei piccoli vasi (Demenza Vascolare ischemica sottocorticale (SIVD) 

➤ CADASIL 

➤ Demenza da patologia dei grandi vasi (Multi-infartuale MID, da infarti strategici 

➤ Demenza da ipoperfusione

➤ Demenza emorragica

Roman et al., The Lancet Neurology, 2002

2 - Diagnosi neuropsicologica: i profili cognitivi nelle patologie neurodegenerative

Demenza vascolare ischemica sottocorticale SIVD

Rientra nell'ambito della patologia dei piccoli vasi cerebrali.

Il quadro clinico è secondario all'interruzione dei circuiti subcorticoprefrontali per lesioni ischemiche situate a livello di striato, globus pallidus, talamo o per lesioni della sostanza bianca.

Questi circuiti regolano le capacità di controllo, pianificazione, organizzazione, regolazione dell'attenzione, motivazione, umore e regolazione del comportamento sociale.

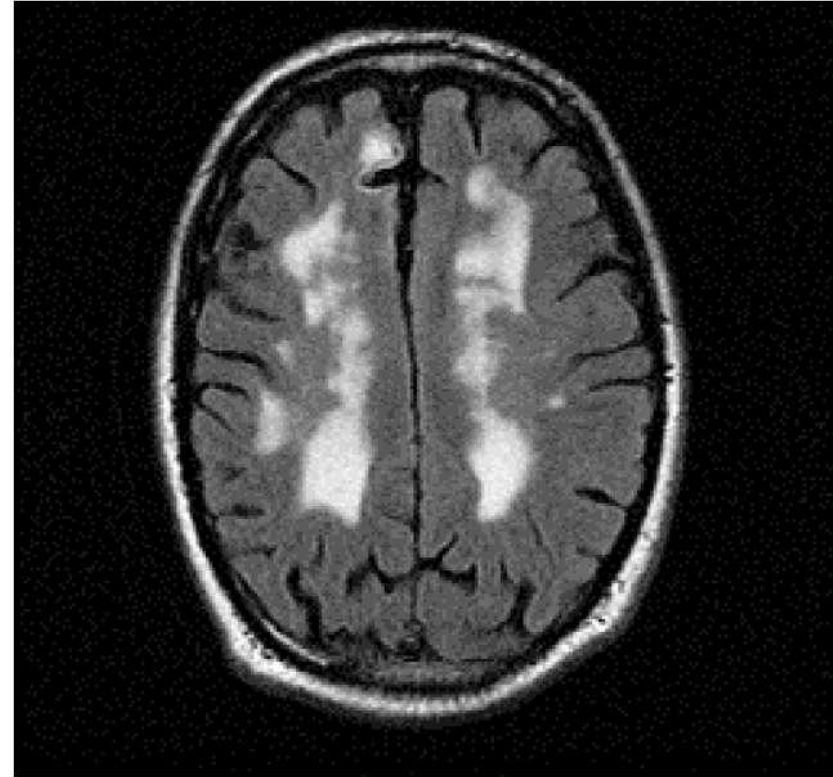


Figure 2. MRI scan (axial fluid-attenuated inversion recovery sequence) showing extensive white-matter lesions consistent with subcortical ischaemic vascular dementia.

Profilo neuropsicologico SIVD

- Rallentamento psicomotorio
- Deficit a carico di capacità attentive e funzioni esecutive
- Conservazione o minimo impatto sulla Memoria

Deficit di memoria su base disesecutiva

- Alterazioni della memoria di lavoro
- Deficit di rievocazione libera con beneficio da facilitazione semantica (*cueing*)
- Preservato il riconoscimento
- Deficit di accesso alle informazioni, ma non nel processo di immagazzinamento: ridotta capacità di creare strategie interne di codificazione e rievocazione (funzione esecutiva)

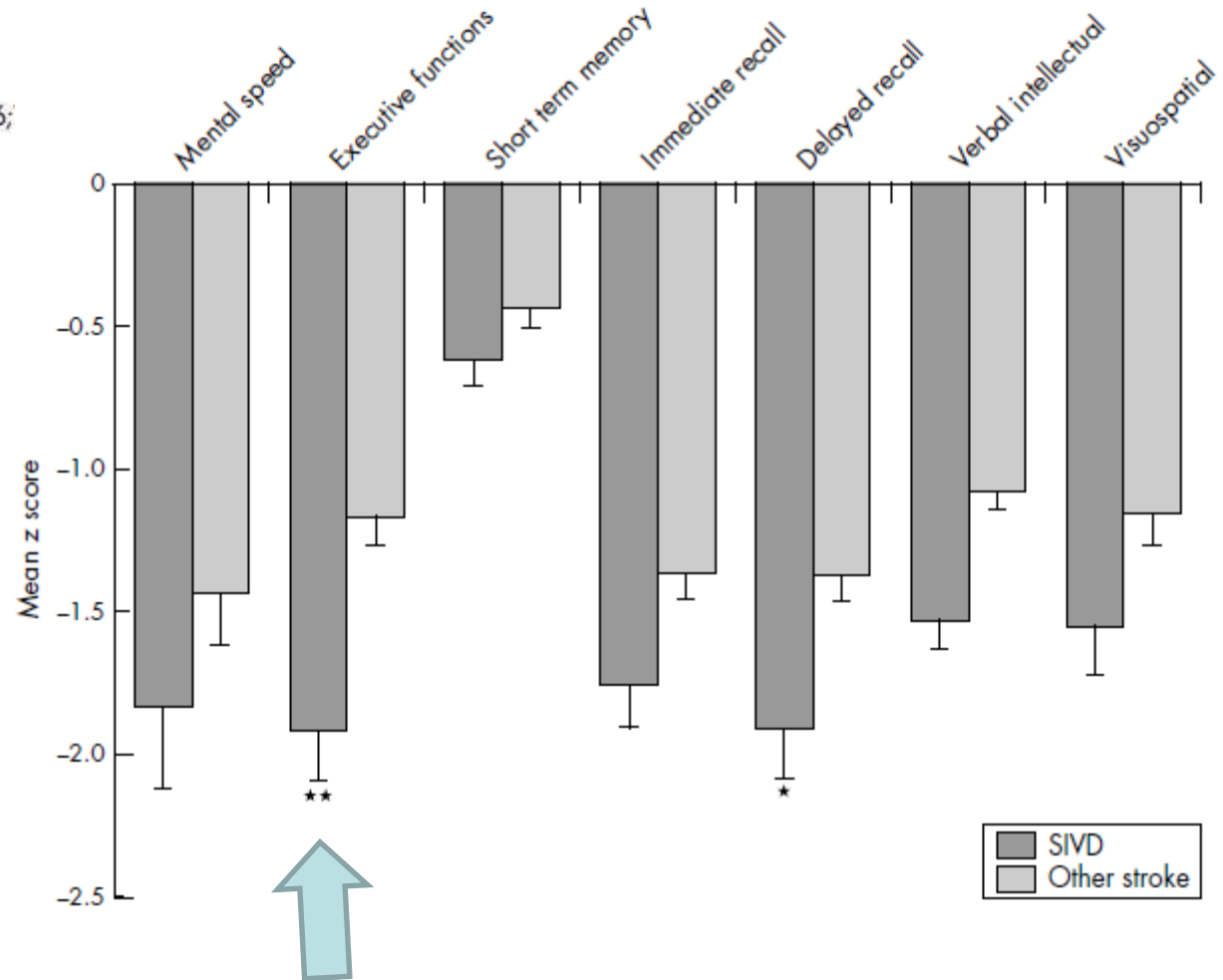
Profilo psichiatrico comportamentale SIVD

- Modificazioni del tono dell'umore: depressione
- Labilità emotiva
- Disinibizione
- Perdita di volizione (apatia)

Cognitive profile of subcortical ischaemic vascular disease

H Jokinen, H Kalska, R Mäntylä, T Pohjasvaara, R Ylikoski, M Hietanen, O Salonen, M Kaste, T Erkinjuntti

J Neurol Neurosurg Psychiatry 2006;

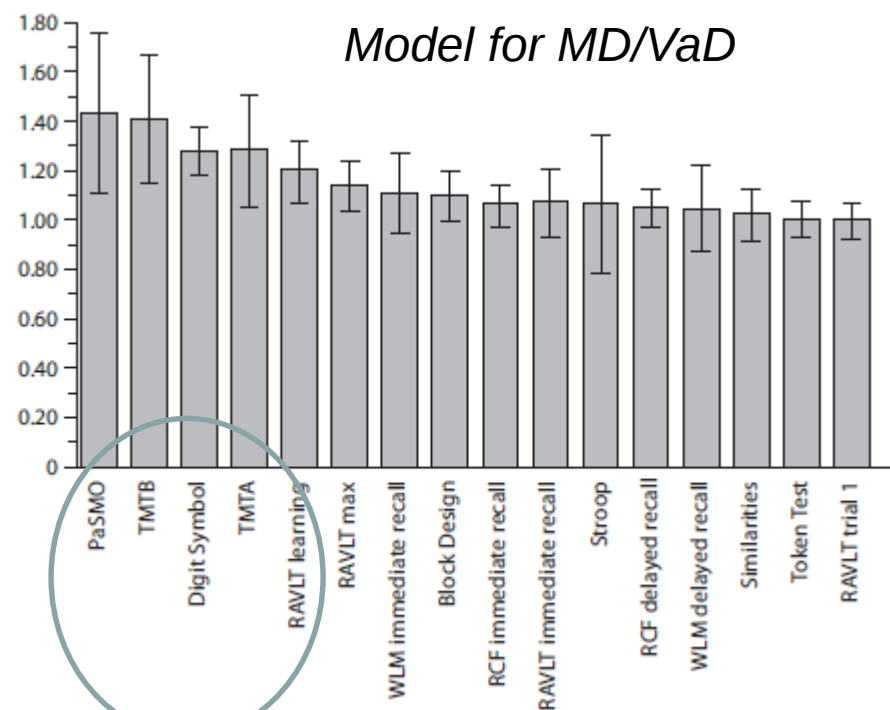
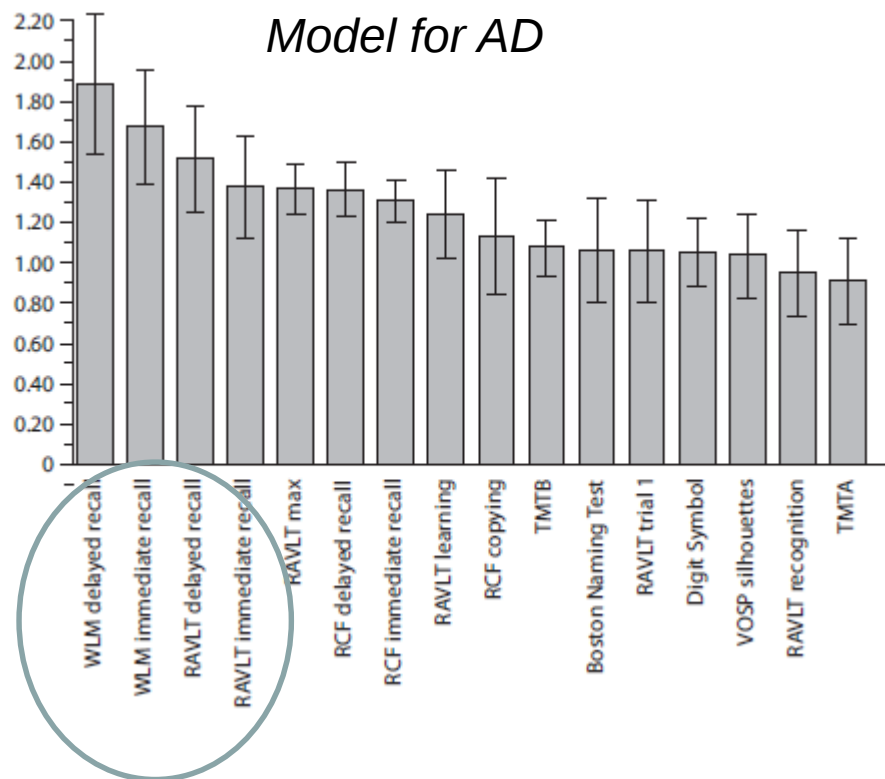


I deficit nelle funzioni esecutive sono la caratteristica più evidente nella SIVD.

Cognitive Profiles of Incipient Dementia in the Goteborg MCI Study

Dement Geriatr Cogn Disord 2010;30:403–410

Arto Nordlund^a Sindre Rolstad^a Mattias Göthlin^a Åke Edman^a
Stefan Hansen^b Anders Wallin^a



I profili cognitivi di AD e MD/VaD incipienti risultano piuttosto distinti:

- AD: deficit di memoria, abilità visuospatiali e linguaggio.**
- MD/VaD: deficit delle funzioni esecutive, attentive e da rallentamento.**

CADASIL, Arteriopatia Cerebrale Autosomica Dominante con Infarti Sottocorticali e Leucoencefalopatia



una rara malattia delle arteriole cerebrali, di origine genetica, a trasmissione autosomica dominante

Cerebral
Autosomal
Dominant
Arteriopathy with
Subcortical
Infarcts and
Leukoencephalopathy

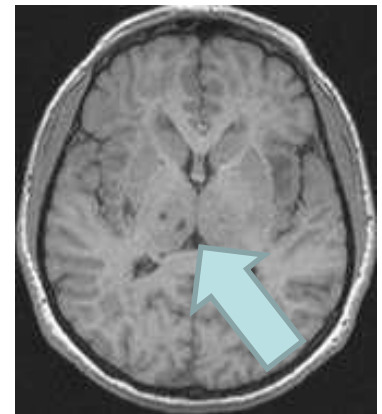
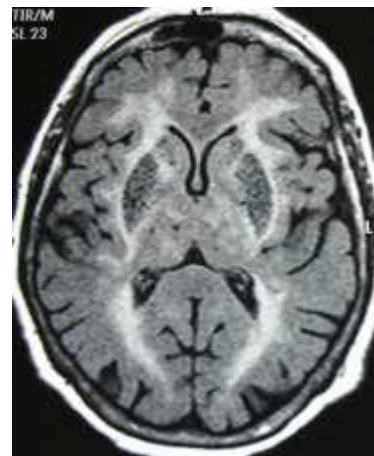
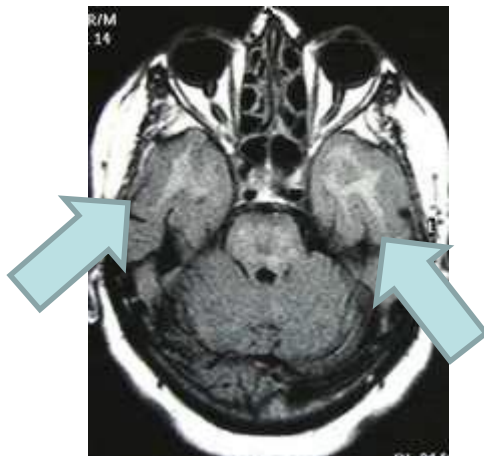
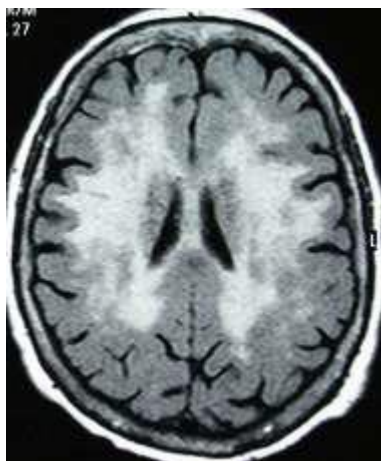


Neuroimaging

- Severe leukoencephalopathy (temporal poles and external capsule)
- Subcortical infarcts

Clinical features

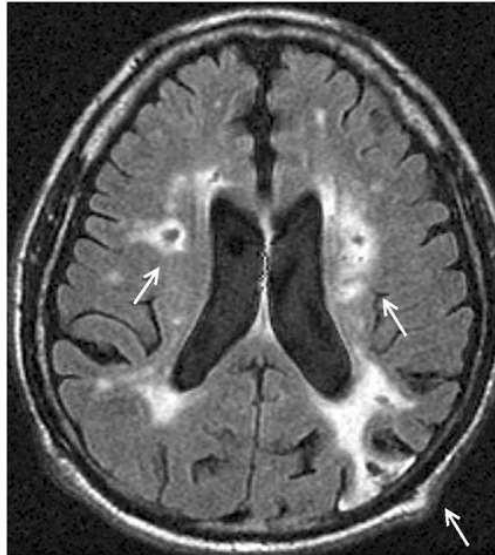
- TIA/stroke
- Migraine
- **Cognitive decline (executive dysfunction)**
- Psychiatric disturbances
- Epileptic seizures
- Mid-adult onset



Demenza vascolare da patologia dei grandi vasi

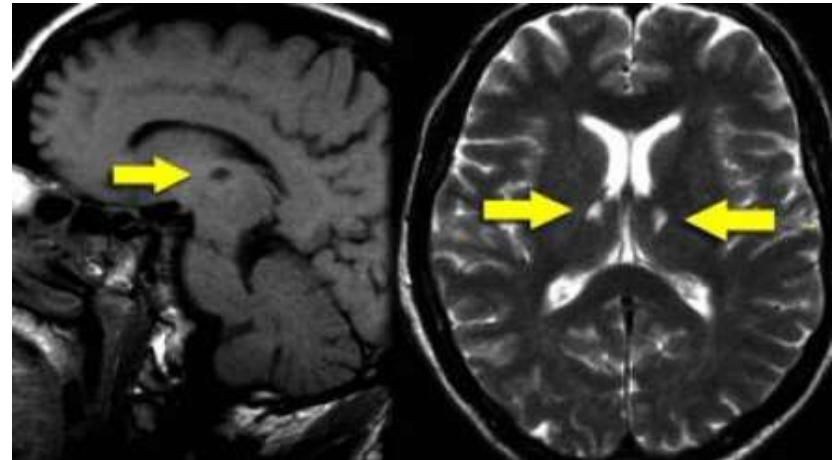
Demenza multi-infartuale (MID)

La demenza è determinata dall'accumulo di danno cerebrale dovuto a ripetuti infarti cerebrali a sede cortico-sottocorticale.



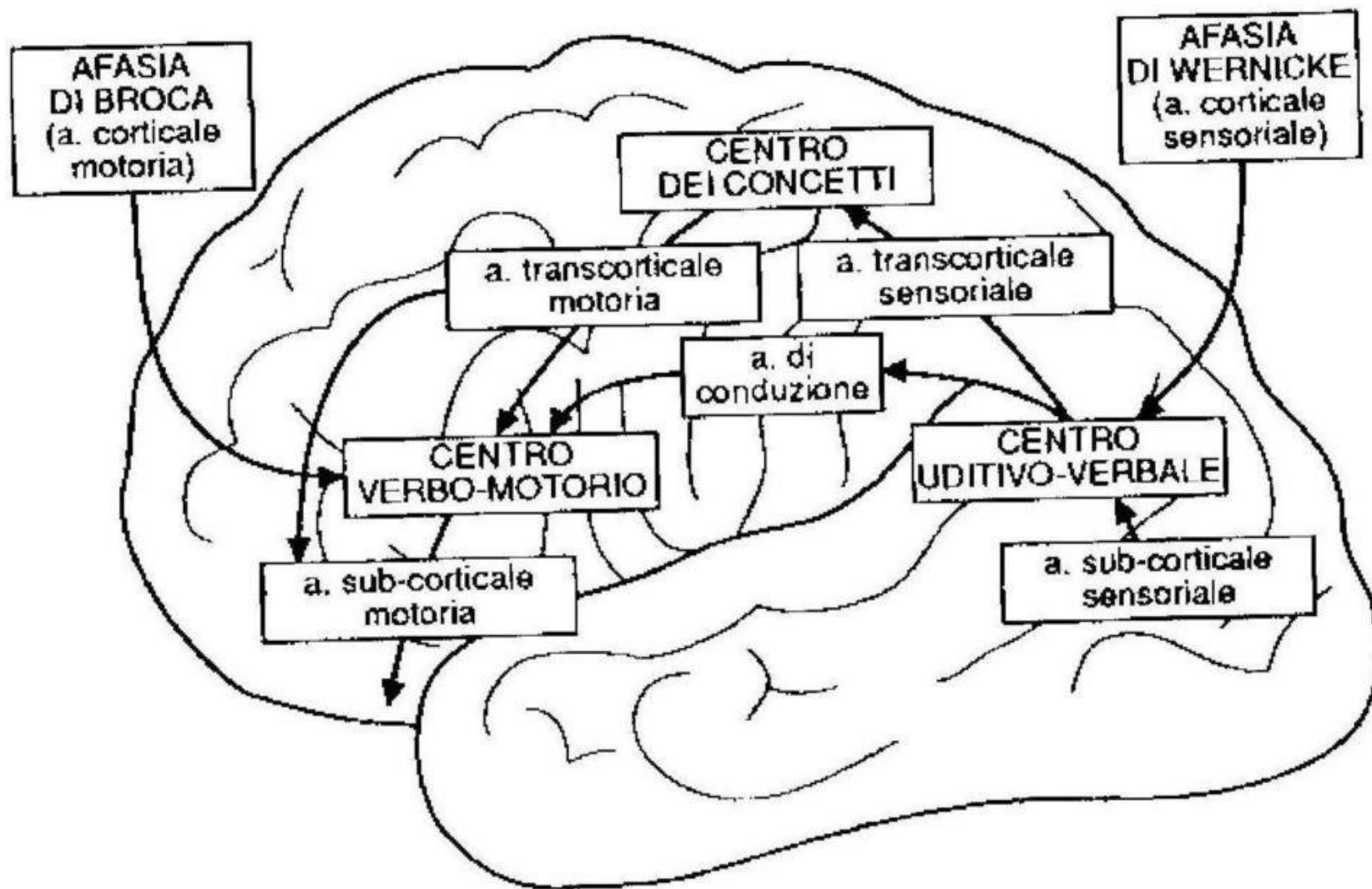
Demenza da infarti strategici

Infarti isolati in aree cerebrali strategiche e critiche dal punto di vista funzionale.



Quadro clinico/NEUROPSICOLOGICO strettamente dipendente dalla sede lesionale, caratterizzato da un andamento 'a scalini' del deterioramento cognitivo.

Pensiamo alle afasie...



CLASSIFICAZIONE SEMIOLOGICA DELLE AFASIE

	BROCA	WERNICKE	DI CONDUZIONE	GLOBALE	SENSORIA TRANSC.	MOTORIA TRANSC.	MISTA TRANSC.
LINGUAGGIO SPONTANEO	non fluente	fluente	fluente	non fluente	fluente	non fluente	non fluente
COMPRENSIONE	relativamente preservata	alterata	relativamente preservata	alterata	alterata	relativamente Preservata	alterata
RIPETIZIONE	alterata	alterata	alterata	alterata	relativamente preservata	relativamente preservata	relativamente preservata
DENOMINAZIONE	alterata	alterata	alterata	alterata	alterata	alterata	alterata
COMPRENSIONE LETTURA	alterata	alterata	relativamente preservata	alterata	alterata	relativamente preservata	alterata
SCRITTURA	alterata	alterata	alterata	alterata	alterata	alterata	alterata
MOTORIO	emiplegia	normale	emiparesi	emiplegia	normale	emiplegia	emiplegia
SENSORIALE	relativamente preservato	relativamente preservato	perdita emisensoriale	perdita emisensoriale	relativamente preservato	relativamente preservato	perdita emisensoriale
CAMPO VISIVO	normale	emianopsia occasionale	normale	emianopsia	emianopsia	normale	emianopsia
TERRITORIO VASCOLARE	medio	medio	medio	medio	post./medio	ant./medio	m/a/p
LOBO	frontale (F)	temporale (T)	parietale (P)	F - T - P	T-occipitale	frontale	F - T - P
LOCALIZZAZIONE CORTICALE	area 44 	area 22 	fascicolo arcuato 		post. Pierre-Marie 	ant. Pierre-Marie 	
SCANNER (TC)	Broca 	Wernicke 	giro sopramarginale 	Wernicke 	giro sopramarginale 	giro sopramarginale 	giro sopramarginale 



IDROCEFALO

I domini cognitivi colpiti nel paziente CON IDROCEFALO risultano essere:

- **La memoria**
 - **L'attenzione**
 - **L'analisi di informazioni**
 - **La velocità psicomotoria**
 - **Le funzioni esecutive** (deficit di attenzione/di pianificazione)
 - **Le abilità visuo-spaziali e visuo-costruttive**
- Presente un rallentamento dei processi mentali, con ridotto interesse e consapevolezza del proprio stato di salute, apatia.
- Compromissioni relative a vari aspetti della cognizione che denotano un **coinvolgimento tanto delle funzioni cosiddette “frontali” o “esecutive” quanto delle funzioni corticali “posteriori”**.
- **Le disfunzioni della memoria** nella definizione del profilo neuropsicologico dell'Idrocefalo sembrerebbero essere di primaria importanza; in particolare, la demenza da idrocefalo normoteso, si presenta caratterizzata soprattutto **da una sindrome disesecutiva con compromissioni della memoria immediata ed episodica (deficit di richiamo e non di immagazzinamento)**.

DEMENZE DA MALATTIE CARENZIALI

Encefalopatia di Wernicke e sindrome di Korsakoff

Un tipo di encefalopatia a carattere solitamente temporaneo – ovvero reversibile – è la cosiddetta **encefalopatia di Wernicke** o **malattia di Wernicke** (Deficit di vit. B1 o tiamina)

Contraddistinta da tre sintomi in particolare – oftalmoplgia, atassia e **confusione mentale** – l'encefalopatia di Wernicke può associarsi talvolta a un'altra condizione patologica, denominata **sindrome di Korsakoff**.

La sindrome di Korsakoff è un insieme di sintomi e segni che insorge tipicamente negli **alcolisti** e, più raramente, nelle persone malnutrite (e gastroresecate?)

L'unione tra malattia di Wernicke e sindrome di Korsakoff è detta anche sindrome di Wernicke-Korsakoff

Dal punto di vista neuropsicologico, la sindrome di Korsakoff è causata da:

Disturbi della memoria, soprattutto amnesie.

Confabulazione. È un disturbo psichiatrico, per cui chi ne soffre costruisce falsi ricordi, riferiti a situazioni o eventi mai accaduti realmente.

Confusione e cambiamenti improvvisi della personalità.

Apatia, ovvero riduzione dei comportamenti finalizzati a uno scopo, dovuta a un'assenza di motivazioni

DISTURBI COGNITIVI DA patologie epatiche

ENCEFALOPATIA EPATICA /PORTO SISTEMICA

Sindrome neurologica caratterizzata da alterazioni della coscienza, della personalità e della funzione neuro-muscolare conseguenti all'immissione in circolo di sostanze "tossiche" di natura azotata (principalmente l'ammonio) che provengono dall'intestino e che a causa della ridotta funzione epatica non vengono metabolizzate ed eliminate dal fegato.

PROFILO NEUROPSICOLOGICO

- I: lieve confusione e disorientamento, disturbi della personalità e improvvisi cambiamenti dell'umore.** Alterazione del ritmo sonno-veglia, **difficoltà nello scrivere e nel parlare (lento e impacciato)**. Sporadico tremore alle mani (*flapping tremor*)
- II: sonnolenza, comportamento improprio, disorientamento nello spazio e nel tempo, flapping tremor.**
- III: profonda alterazione dello stato di coscienza con confusione e persistente disorientamento.**
- IV: coma senza risposta agli stimoli verbali o dolorifici.**

L'encefalopatia epatica si presenta in circa il 20% dei pazienti con cirrosi ed è di solito reversibile

ALTRO

1. Mci

2. Sindrome soggettiva di memoria

3. Sindromi ansioso-depressive e pseudodemenza

Deficit neuropsicologici nel MCI (amnesico o esecutivo/non amnesico)

➤ Deficit selettivo della memoria o di un altro dominio cognitivo in assenza di demenza e svolgendo normalmente le attività della vita quotidiana (le dimenticanze possono causare inconvenienti senza comprometterla)

➤ Sindrome soggettiva di memoria

NESSUN DEFICIT COGNITIVO ALLE PROVE NPS

Sindromi ansioso-depressive e pseudodemenza

➤ Spesso ad una diminuzione, anche fisiologica, delle proprie prestazioni cognitive si associa una crisi depressiva, più o meno lieve, caratterizzata da aspetti di autosvalutazione e autocommisurazione, con tutte le conseguenze che si possono immaginare (ritiro sociale, apatia, abulia, “profezie che si auto-avverano”, SDR ANSIOSA ecc.)

Diagnosi neuropsicologica: indicazioni cliniche e contributo del neuropsicologo

- 1. Valutazione neuropsicologica: cosa è/perché/quando**
- 2. Diagnosi neuropsicologica: i profili cognitivi nelle patologie neurodegenerative**
- 3. Oltre alla diagnosi neuropsicologica: il ruolo del professionista**

3- Oltre alla diagnosi...



1. LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA da un punto di vista medico legale (patenti, richiesta di I.C., di ICD ecc...)
2. LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI
3. GLI INTERVENTI NON FARMACOLOGICI: stimolazione e riabilitazione cognitiva
4. IL SOSTEGNO AL CAREGIVER e la presa in carico della famiglia
5. La gestione non farmacologica dei BPSD
6. Corsi di psicoeducativi per i familiari
7. I corsi per gli operatori in strutture (rsa ecc.)
- 8...ecc

Grazie PER AVERMI ASCOLTATO

