Gruppo di ricerca geriatrica

Seminari del Venerdì
Casi clinici in Geriatria

Deficit cognitivo e patologia somatica

12 Maggio 2006

Elena Lucchi

MENTE e CORPO

Dualismo delle sostanze

Renè Descartes
(1596-1650)

Il mondo si divide in sostanze mentali e sostanze fisiche.

Res cogitans: il pensiero, priva di estensione e divisibilità, sfugge al meccanicismo e al determinismo; la sua essenza è la coscienza.

Res extensa: le cose materiali, caratterizzate dalla estensione e dal movimento; seguono la legge deterministica della causalità; la sua essenza è l'estensione

Le menti possiedono un libero arbitrio, mentre i corpi sono determinati dalle leggi della fisica.

Dualismo psicofisico

"Ma che cosa sono io? Una cosa che pensa. E che cos'è una cosa che pensa? È una cosa che dubita, che concepisce, che afferma, che nega, che vuole, che non vuole, che immagina anche, e che sente […], e siccome ora so che noi non concepiamo i corpi se non per mezzo della facoltà di intendere che è in noi, e non per l'immaginazione, né per i sensi; e che non li conosciamo per il fatto che li vediamo o li tocchiamo, ma solamente per il fatto che li concepiamo per mezzo del pensiero, io conosco evidentemente che non v'è nulla che mi sia più facile a conoscere del mio spirito" (R.Descartes 1641)

“La lacerazione dell’uomo in anima (res cogitans) e corpo (res extensa) è il cancro di ogni psicologia”

L. Binswanger, 1946

“La distinzione fra anima e corpo è una operazione artificiale, una discriminazione che indubbiamente si basa non tanto sulla natura delle cose, quanto su un elemento peculiare dell’attività conoscitiva dell’intelletto umano”

CG Jung, 1921

Elementarismo o Atomismo (fine ‘800)

- I processi mentali possono essere scomposti negli elementi semplici secondo il modello offerto dalla chimica

Funzionalismo (Dewey, 1887; James, 1890)

- Mente come una funzione che permette all’organismo di adattarsi all’ambiente

Associazionismo (Ebbinghaus, 1885)

- Ogni evento complesso deriva da associazione di semplici elementi di ordine sensoriale che si organizzano in base a determinate leggi associative

U.Galimberti-Dizionario di Psicologia 2006

Mente

Comportamentismo (Watson, 1913)

- Nega la possibilità di indagare i processi mentali al di fuori della loro manifestazione nei comportamenti osservabili

Cognitivismo (Neisser, 1967)

- Fa della mente il centro della soggettività intesa come agente attivo in grado di elaborare e trasformare le informazioni derivanti dall'esperienza

Psicologia della forma (Rubin, 1921; Wertheimer, 1925)

- Nella mente è la sede dell'organizzazione e della configurazione unitaria dei dati psichici la cui complessità non risulta dalla somma delle singole parti

U.Galimberti-Dizionario di Psicologia 2006

Fenomenologia

- Intenzionale ed originaria apertura dell'uomo sul mondo

Psicoanalisi

- Area della coscienza, concepita come processo comprensibile a partire dai condizionamenti inconsci

Psicologia Sociale

- Espressione delle interazioni tra individui

Fisicalismo

- La mente è ridotta al cervello

U.Galimberti-Dizionario di Psicologia 2006

Psicosomatica

- Oltrepassa il dualismo psicofisico e guarda l'uomo come a un tutto unitario dove la malattia si manifesta a livello organico come sintomo e a livello psicologico come disagio
- ribalta lo schema eziologico lesione d'organo-disfunzione-malattia
- stress-disfunzione d'organo-lesione-malattia

Deficit cognitivo e patologia somatica

Tre differenti letture

Caso 1

La paziente (X.X.) di anni **73**, giunge alla nostra osservazione (UO Riabilitazione Generale Geriatrica) in data **26/1/06** proveniente dal domicilio per scadimento delle performance motorie.

Anamnesi Fisiologica e Familiare

Coniugata, vive con il marito (con demenza) e un figlio non coniugato.

Scolarità: diploma

Attività lavorativa principale: infermiera

Non ha mai fumato, non consumatrice di alcool

Familiarità positiva per malattie cardiovascolari (padre cardiopatico, fratello con ipertensione ed ictus), neoplasie (un fratello con leucemia e uno con K polmonare).

Anamnesi Patologica Remota

- ‘76: mastectomia sx per mastopatia fibroso cistica; intervento per ernia ombelicale
- da “moltissimi anni” in terapia con benzodiazepine per “esaurimento nervoso”
- da molti anni ipertensione e diabete mellito tipo 2, in terapia farmacologica (mai insulina)
- ‘91: diagnosi di “Sindrome extrapiramidale sinistra” M. di Parkinson e dal ‘93 in terapia con l-dopa per comparsa di tremore a riposo (AS sx)
- ‘96: ricovero in reparto di Chirurgia per diverticolosi
- da alcuni mesi comparsa di ulcere ai piedi

Anamnesi Patologica Prossima

- progressivo peggioramento motorio ed aumento dei sintomi ansiosi negli ultimi 2-3 mesi
- circa un mese fa cade, provocandosi trauma cranico
- nelle ultime settimane la paziente non dorme, è agitata e riferisce deficit di memoria e disturbi digestivi

Esame obiettivo

- Ore 10.30: marcate discinesie agli arti ed al tronco, non bradicinesia
- ore 11.30: netta riduzione delle discinesie, tremore a scosse medio-ampie agli arti (> a sx) ed al tronco; ipertono plastico marcato (> a sx); distonia ai piedi
- ROT scattanti simmetrici agli AAII; ridotta simmetria agli AASS
- paziente ripetitiva ed ansiosa, discretamente orientata
- Epatomegalia
- Non disfagia per i liquidi (3-OZ test negativo)
- ECG: Ritmo sinusale; FC 76/min
- CAM negativa
- Parametri vitali nella norma (paziente clinicamente stabile)

Epicrisi

Paziente di 73 anni, proveniente dal domicilio dove vive con il marito ed un figlio, con l'aiuto di una badante.

È affetta da:

- Sindrome extrapiramidale a prevalente espressione tremorigeno-ipertonica (diagnosi di M. di Parkinson nel '91, in terapia con l-dopa dal '93)
- Ipertensione arteriosa stadio I ad elevato rischio cardiovascolare
- Diabete mellito tipo 2 complicato da neuropatia sensitivo-motoria arti inferiori
- Diverticolosi del colon
- Laparocele in esiti di ernioplastica ombelicale ('76) e parto cesareo ('74)
- Esiti di mastectomia sx per mastopatia fibrocistica ('76)

Terapia al domicilio

Nome commerciale	Principio attivo	Posologia	Orario
Euglucon 5	glibenclamide	1cp x 3	7-12-18
Acesistem	enalapril+idroclorotiazide	½ cp	8
Cardura 2mg	doxazosina	1 cp	20
Parlodel2.5	bromocriptina	1cp x2	10-22
Madopar100+25HBS	l-dopa	1cp x2	7-20
Madopar 100+25		1+ ½ +1	11-16.30
Gabapentin 300	gabapentin	1 cp x2	7-20
Sirdalud 4 mg	tizanidina	½ cp	20
Maalox	magnesio-alluminio idrossido	1 cp ab	
Laevolac	lattulosio	2 cucch +1	

Valutazione Multidimensionale

	Premorboso	Ingresso	Dimissione
CAM		Negativa	Negativa
MMSE		27/30	
GDS		14/15	
IADL (funzioni perse)		7/8	
Barthel Index	71/100	69/100	71/100
Tinetti Scale		19/28	24/28
FIM		101/126	117/126

Obiettivi clinici

- rivalutazione del quadro neurologico e della terapia farmacologica
- valutazione delle funzioni cognitive e dei sintomi ansiosi
- controllo del compenso metabolico e della pressione arteriosa
- rivalutazione globale della terapia farmacologica

Valutazione neuropsicologica

- Durante il colloquio l'eloquio spontaneo è fluente, non disartrico ed adeguato nel contenuto.
- La paziente, collaborante, risulta consapevole dei motivi del proprio ricovero e, su richiesta, riferisce moderato deficit mnesico, insorto in concomitanza con la malattia del marito, diagnosticata circa un anno fa.
- Conservato l'orientamento nel tempo (4/5) e nello spazio (5/5).
- Il tono dell'umore è gravemente depresso (GDS=14/15).

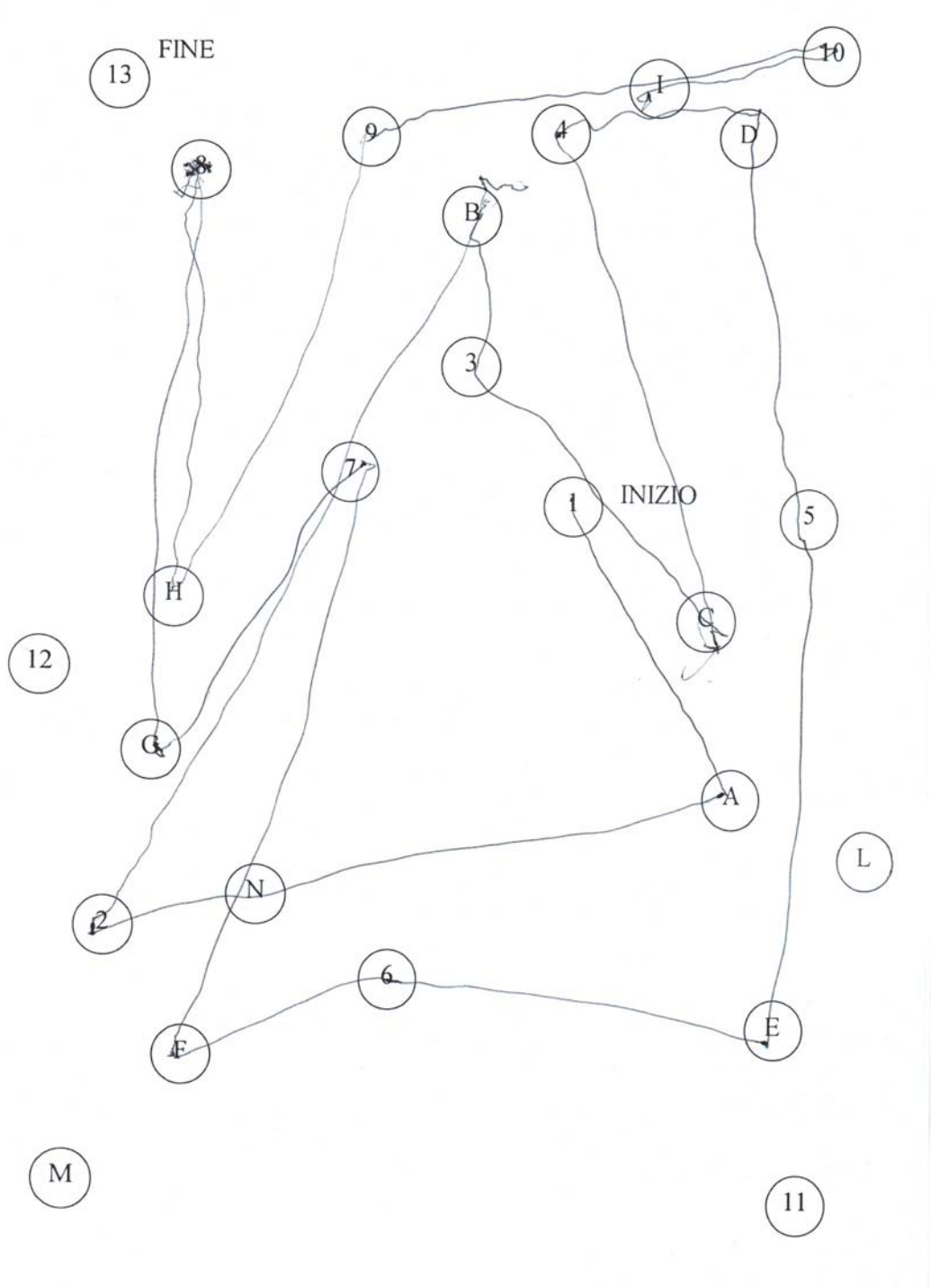
Valutazione neuropsicologica

	P.G.	z	
Fluenza Fonemica	33	0.8	normale
Fluenza Semantica	82	0.9	normale
Boston Naming Test	26/30		normale
Span in avanti	5		normale
Span all'indietro	3		ai limiti
Matrici attentive	39/60	-0.9	normale
Test del racconto	7.6/16	-1.5	ai limiti
Immediato	2/8		
Differito	5.6/8		

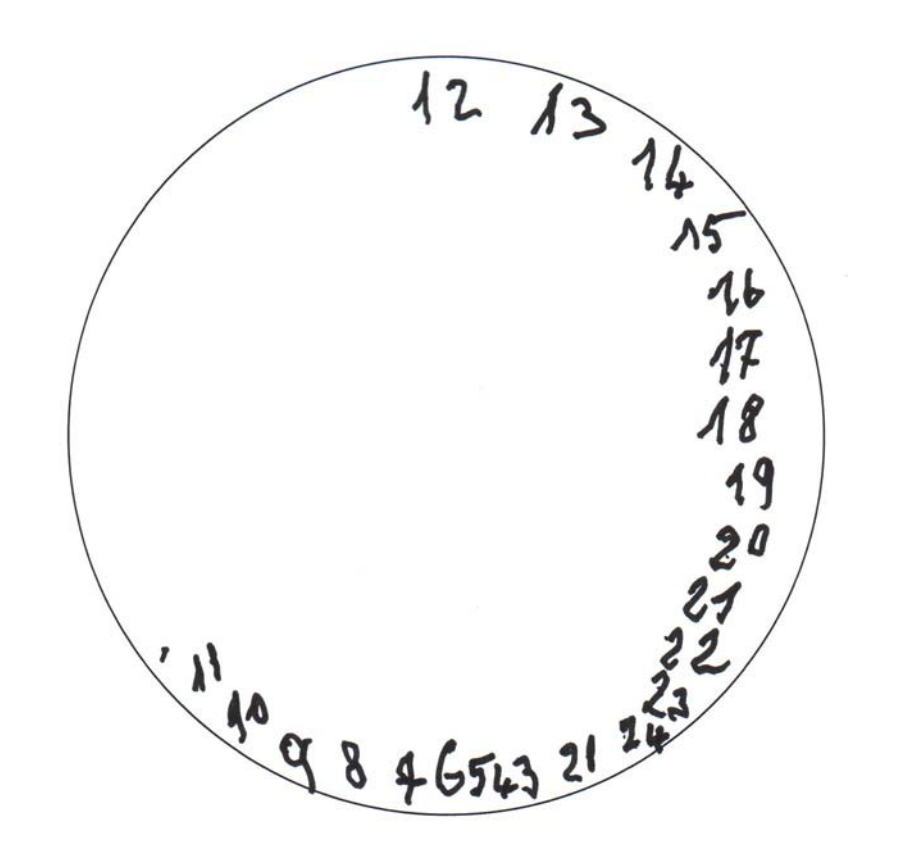
Valutazione neuropsicologica

	P.G.	z	
TMT-A	100’’	>-1.7	normale
TMT-B	287’’		deficit
Disegno dell’orologio	5/6		deficit pianificazione perseverazioni
Copia dell’orologio	3/6		lieve deficit pianificazione
Astrazione	5/6	>-1.7	normale
Stima Cognitiva	4/5	>-1.7	normale

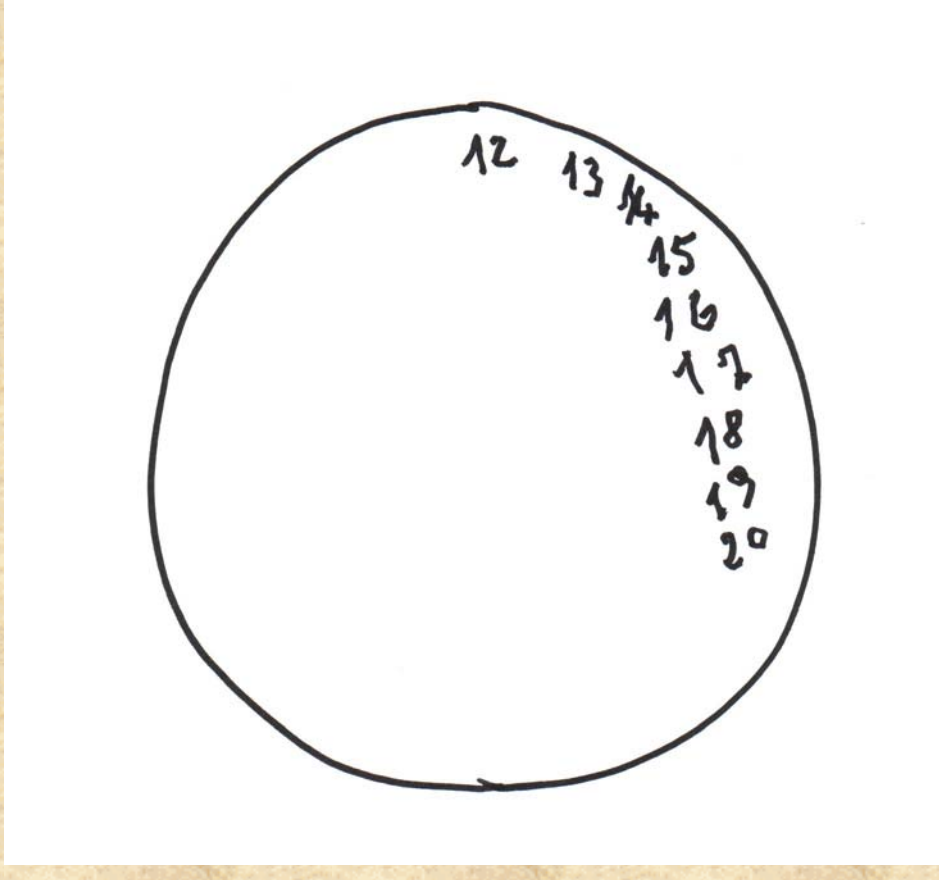
TMT-B



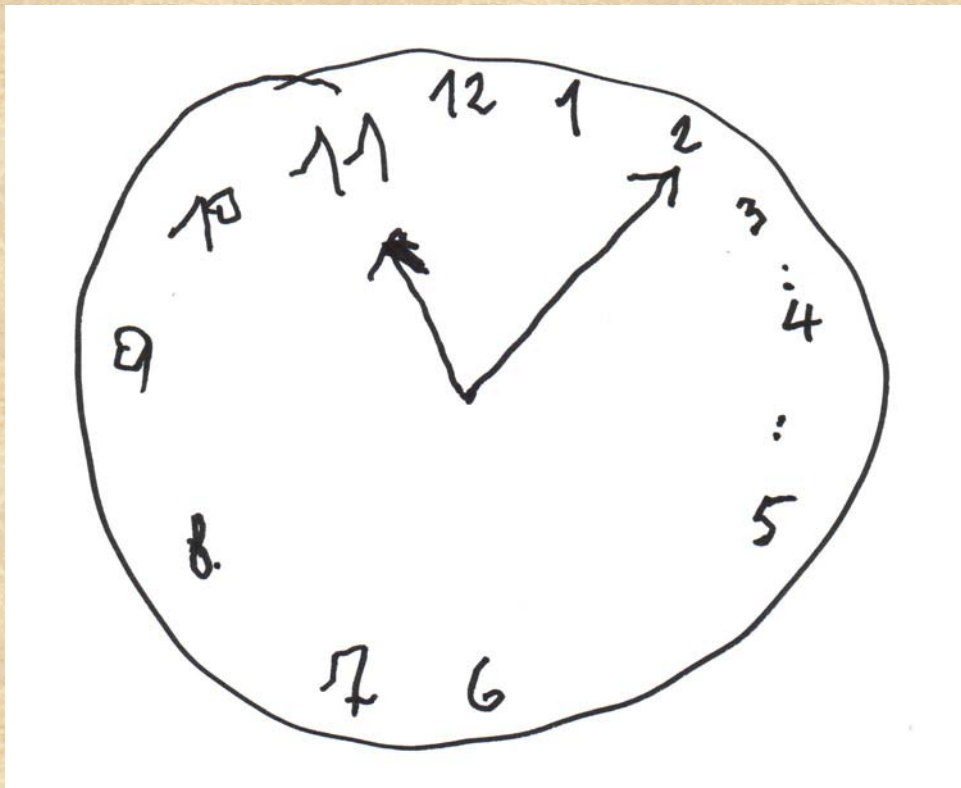
Disegno spontaneo 1° tentativo



2° tentativo



Copia



Valutazione neuropsicologica - conclusioni

- iniziale deficit delle funzioni esecutive, con deficit di attenzione divisa, grave deficit di pianificazione e di controllo esecutivo
- prestazione ai limiti della norma nel test di memoria episodica, con facilitazione della ripetizione
- tono dell'umore gravemente depresso potrebbe aver negativamente influenzato l'esecuzione dei test

Sintesi decorso

Paziente giunta alla nostra osservazione proveniente dal domicilio per scadimento delle performance motorie. **All'ingresso** in reparto era bradicinetica, con marcati tremori agli arti superiori. Necessitava di aiuto nei passaggi posturali e deambulava con l'ausilio di un bastone in modo autonomo ma con molta insicurezza ed era ad elevato rischio di caduta. Venivano riscontrati grave depressione del tono dell'umore, deliri di rovina e di persecuzione (già presenti al domicilio da parecchi mesi, come riferito dai familiari). Venivano esclusi stato confusionale acuto e decadimento cognitivo. Si intraprendeva quindi terapia neurolettica ed antidepressiva, e si iniziava L-dopa+entacapone con un significativo miglioramento del tono dell'umore e delle prestazioni motorie. Per tale motivo si è deciso di proseguire la terapia in atto fornendo il piano terapeutico alla paziente per la fornitura di Stalevo. Il programma riabilitativo svolto durante la degenza ha incluso esercizi di mobilizzazione attiva assistita e di rinforzo muscolare agli arti inferiori, rieducazione ai passaggi posturali, all'equilibrio statico e dinamico ed alla deambulazione. Alla **dimissione** nettamente migliorato il tono dell'umore, non più deliri. Ridotti i tremori e la bradicinesia. La paziente esegue autonomamente i passaggi posturali e deambula con discreta sicurezza.

Terapia alla dimissione

Nome commerciale	Principio attivo	Posologia	Orario
Euglucon 5	glibenclamide	½ cp x 3	7-12-18
Stalevo 100/25/100	l-dopa+ carbidopa+ entacapone	1 cp x3	8-14-20
Madopar HBS	l-dopa	1cp x2	8-20
Seroquel 100	quetiapina	½ cp+1 cp	8-20
Xeristar	duloxetina	1 cp	20
Pariet 10	rabeprazolo	1 cp	8

Esami ematochimici

Esame	Ingresso		Valori normali
GB	4.39	10^3/ul	4.00-9.00
GR	3.85	10^6/ul	4.00-5.50
Ht	36.4	%	38.0-50.0
Hb	11.9	g/dl	11.5-14.5
MCV	94.5	Fl	80.0-95.0
PLT	221	10^3/ul	150-400
Neutrofili	62.4	% * 10^3/ul	40.0-75.0
Linfociti	28.2	% * 10^3/ul	20.0-40.0
Monociti	5.5	% * 10^3/ul	0.0-12.0
Eosinofili	3.4	% * 10^3/ul	0.0-2.5
Basofili	0.5	% * 10^3/ul	0.0-0.54
VES	15	mm/1° ora	0-20
PCR	0.4	mg/dl	0.0-1.0
Azotemia	44	mg/dl	10-50
Creatinina	0.83	mg/dl	0.5-1.2
Ac. Urico	5.03	mg/dl	1.5-7.0
Na	146	Mmol/L	136-146
K	4.3	Mmol/L	3.5-5.10
Cl	88	Mmol/L	98-108
Glicemia	72	mg/dl	60-110
Colesterolo tot	204	mg/dl	120-200

Esame	Ingresso		Valori normali
Trigliceridi	58	mg/dl	40-160
GOT	15	U/L	0-40
GPT	8	U/L	0-40
Fosfatasi alc	129	U/L	90-270
γGT	22	UI/L	5-30
Bilirubina tot	0.77	mg/dl	0-1.2
PT (INR)	1.10		0.9-1.1
proteine tot	6.7	g/dl	6.2-8.2
Albumina	58.7	%	55.1-66.1
α1	2.6	%	1.7-3.3
α2	12	%	8.2-13-0
β	11.6	%	9.5-15-0
γ	15.1	%	10.3-18.3
TSH	0.67	MicroUI/ml	0.35-4.94
Sideremia	67	microg/dl	70-150
Transferrina	276	Mg/dl	200-350
Ferritinemia	76	Ng/ml	15-400
es. urine	PS 1012; pH 6		
Peso corporeo	59 Kg		
altezza	155 cm		
P.A.	120/60 mmHg		

Malattia di Parkinson e declino cognitivo

- Deplezione neuronale della sostanza nera con deafferentazione dopaminergica della via nigro-striatale
- si stima che la probabilità di sviluppare una franca demenza sia il 40%

Sindrome disesecutiva

- deficit delle capacità di pianificazione, organizzazione e regolazione del comportamento finalizzato
- alterazioni delle funzioni mnesiche e visuospaziali
- assenza di disturbi alle funzioni strumentali (afasia, agnosia, aprassia)

Emre, Lancet Neurology 2003; 2:229-37

- La compromissione delle funzioni esecutive coinvolge una elevata proporzione di pazienti con MP non dementi
- in 61 pz con MP senza demenza, il 67% aveva una prestazione deficitaria nel Wisconsin Card Sorting Test, mentre solo il 20-30% aveva prestazioni deficitarie nel test di memoria verbale a lungo termine

Green et al., Neurology 2002; 59:1320-4

- Nelle fasi precoci della MP la presenza di deficit cognitivi sembra connesso alla disregolazione dei circuiti cortico-striatali

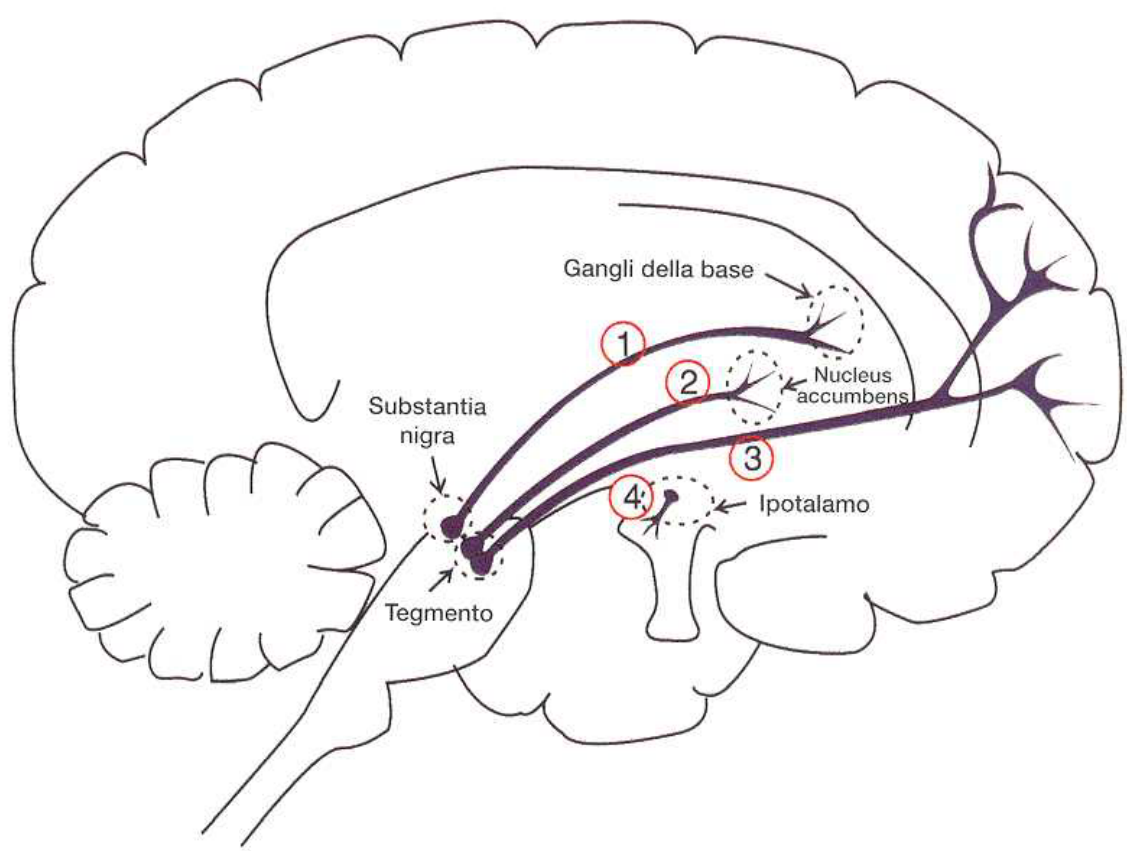
Owen et al., Neuropsychologia 1997;35:519-32

Deplezione delle cellule dopaminergiche

Degenerazione del sistema dopaminergico nigro-striatale

Perdita dopamina nel putamen e nucleo caudato

Alterazione delle proiezioni del nucleo caudato alla neocorteccia (frontale dorsolaterale e orbitofrontale)



Vie dopaminergiche
1. Nigrostriatale; 2. Mesolimbica; 3. Mesocorticale
4. Tuberoinfundibolare

Owen et al., Neuropsychologia 1997;35:519-32

Patologia somatica

Deficit cognitivo

Causa

Malattia

Malattia di Parkinson

disregolazione circuiti cortico-striatali

Sindrome disesecutiva

Caso 2

La paziente (X.X.) di anni **73**, giunge alla nostra osservazione (UO Riabilitazione Specialistica) in data **5/11/05** proveniente da un reparto di Ortopedia dove 4 gg prima era stata sottoposta ad intervento di artroprotesi di anca destra.

Anamnesi Fisiologica e Familiare

Coniugata, tre figli, vive con il marito.

Scolarità: elementare

Attività lavorativa principale: casalinga

Non ha mai fumato, non consumatrice di alcool

Familiarità positiva per demenza (madre) e neoplasia (padre e fratello allo stomaco).

Anamnesi Patologica Remota

- Non patologie di rilievo in giovane età
- ‘74: colecistectomia per litiasi
- ‘00: intervento di ricostruzione per lesione cuffia dei rotatori

Anamnesi Patologica Prossima

- Intervento di artroprotesi totale d’anca destra per coxartrosi evoluta

Esame obiettivo

- NDR
- non algie; segni di artrosi anca sx
- paziente vigile ed orientata
- al colloquio qualche sintomo ansioso

Epicrisi

Paziente di 73 anni, proveniente da reparto di Ortopedia, coniugata, vive col marito in autonomia. È affetta da:

- Recente artroprotesi totale di anca destra per coxartrosi
- Anemia secondaria
- Ipertensione arteriosa stadio I gruppo di rischio elevato
- Diabete mellito tipo 2 in terapia dietetica
- Esiti di intervento di ricostruzione cuffia dei rotatori (‘00)
- Esiti di colecistectomia per litiasi

Terapia al domicilio

Nome commerciale	Principio attivo	Posologia
Procaptan 4	perindopril	1 cp

Valutazione Multidimensionale

	Premorboso	Ingresso	Dimissione
CAM		Negativa	Negativa
MMSE		25/30	
GDS		7/15	
IADL (funzioni perse)		0/8	
Barthel Index	100/100	57/100	93/100
Tinetti Scale		19/28	22/28
FIM		78/126	110/126

Obiettivi clinici e Funzionali

- Monitoraggio dei valori glicemici e pressori, eventuale valutazione del trattamento farmacologico
- Recupero dell'autonomia motoria

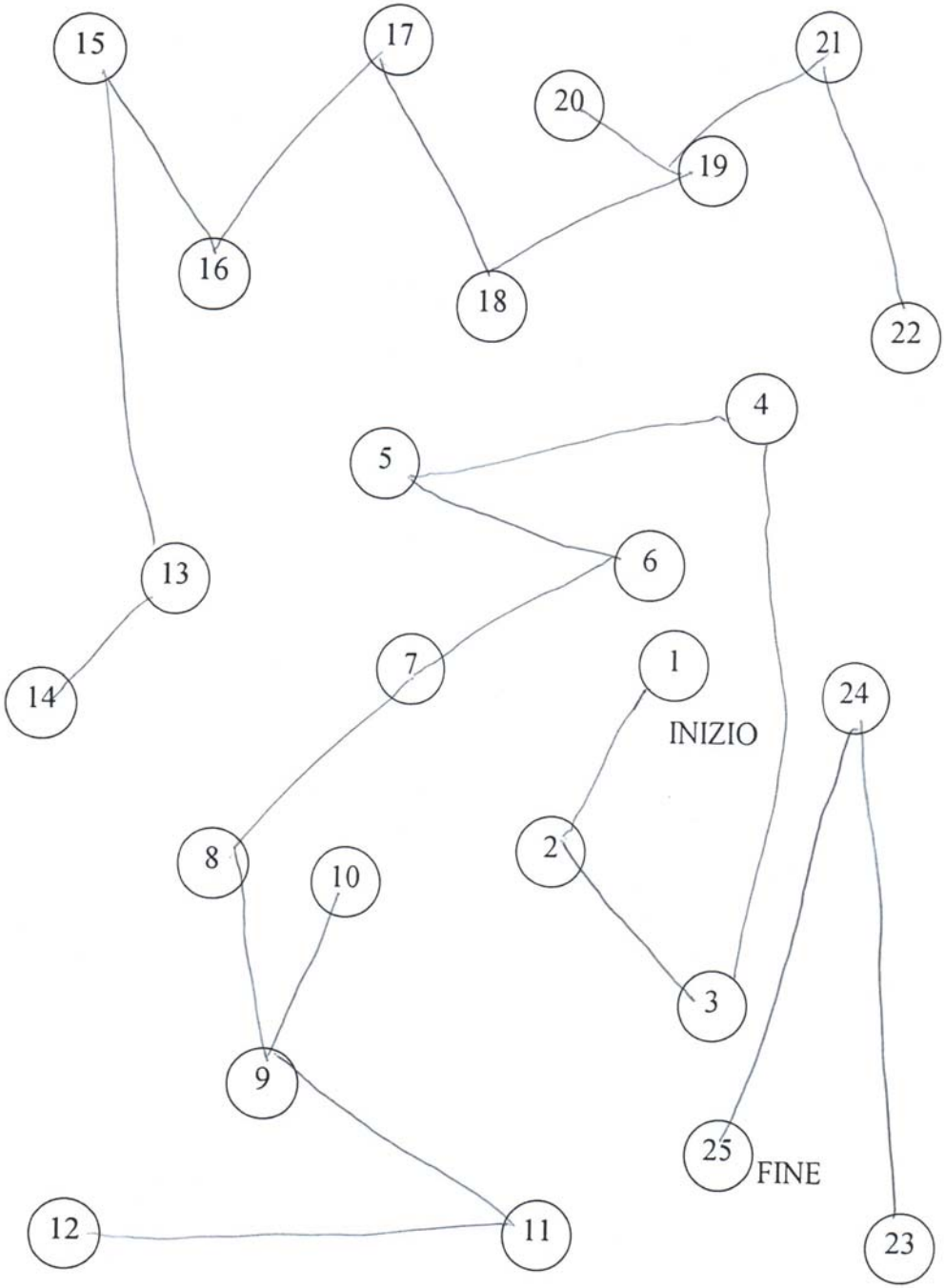
Valutazione neuropsicologica

- Durante il colloquio l'eloquio spontaneo è fluente, non disartrico ed adeguato nel contenuto.
- La paziente, collaborante, risulta consapevole dei motivi del proprio ricovero e, su richiesta, non riferisce deficit cognitivi.
- Lieve disorientamento nel tempo (3/5), conservato quello nello spazio (4/5).
- Il tono dell'umore è lievemente depresso (GDS=7/15).

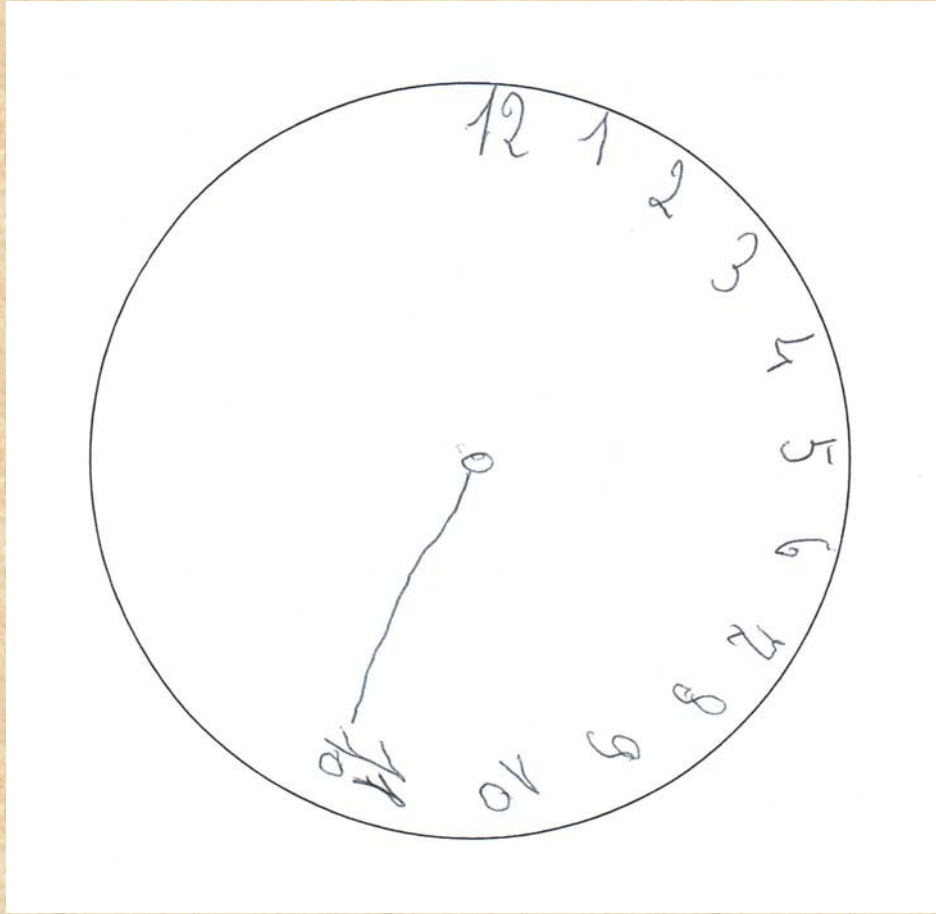
Valutazione neuropsicologica

	P.G.	z	
Fluenza Fonemica	18	-0.9	normale
Fluenza Semantica	37	-1.5	ai limiti
Span in avanti	4		ai limiti
Span all'indietro	2		deficit
TMT-A	130'', 5 errori		grave deficit
TMT-B	n.e.		grave deficit
Disegno dell'orologio	4/6		deficit pianificazione
Astrazione	0/6	<-1.7	grave deficit
Digit Symbol Test	6/90''	-2.3	grave deficit

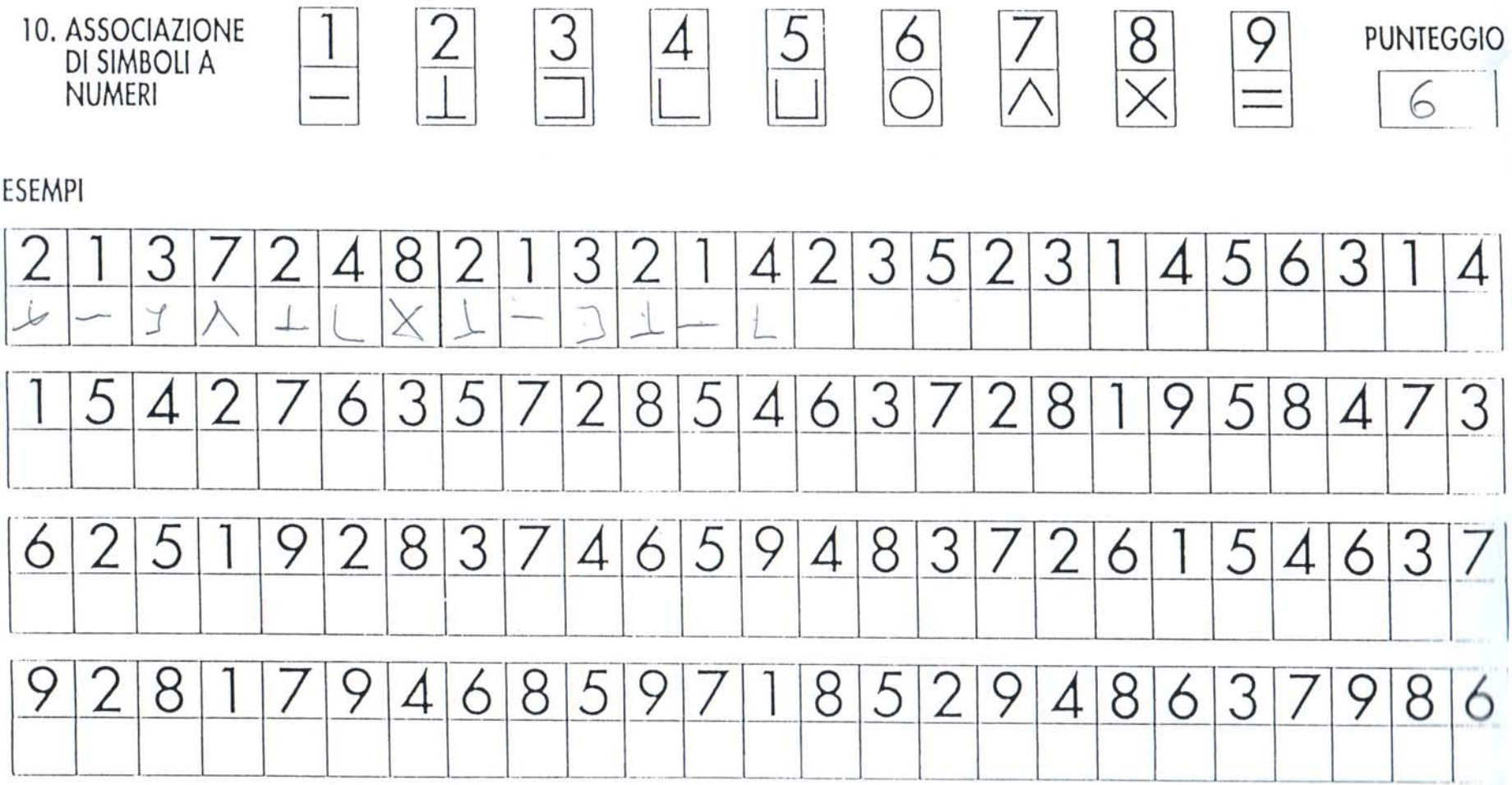
TMT-A


15
17
21
20
19
16
18
22
4
5
6
13
7
1
24
14
INIZIO
8
2
10
3
9
25
FINE
12
11
23

Disegno spontaneo



Digit Symbol Test



Valutazione neuropsicologica - conclusioni

- deficit di pianificazione e controllo esecutivo
- deficit di attenzione selettiva e sostenuta
- scarsa flessibilità cognitiva
- deficit di astrazione
- tono dell'umore lievemente depresso

Tutti si lamentano della propria memoria, ma nessuno si lamenta del proprio giudizio.

Duc de la Rochefoucauld

Esami ematochimici

Esame	Ingresso		Valori normali
GB	5.4	10^3/ul	4.00-9.00
GR	3.7	10^6/ul	4.00-5.50
Ht	34.7	%	38.0-50.0
Hb	11.4	g/dl	11.5-14.5
MCV	92.5	Fl	80.0-95.0
PLT	214	10^3/ul	150-400
Neutrofili	67.3	% * 10^3/ul	40.0-75.0
Linfociti	21.7	% * 10^3/ul	20.0-40.0
Monociti	6.4	% * 10^3/ul	0.0-12.0
Eosinofili	4.2	% * 10^3/ul	0.0-2.5
Basofili	0.4	% * 10^3/ul	0.0-0.54
VES	66	mm/1° ora	0-20
PCR	7.2	mg/dl	0.0-1.0
Azotemia	31	mg/dl	10-50
Creatinina	0.7	mg/dl	0.5-1.2
Ac. Urico	3.5	mg/dl	1.5-7.0
Na	140	Mmol/L	136-146
K	5.2	Mmol/L	3.5-5.10
Cl	103	Mmol/L	98-108
Glicemia	117	mg/dl	60-110
Colesterolo tot	203	mg/dl	120-200
HDL	47	mg/dl	35-55
Trigliceridi	160	mg/dl	40-160

Esame	Ingresso		Valori normali
GOT	47	U/L	0-40
GPT	67	U/L	0-40
Fosfatasi alc	346	U/L	90-270
γGT	100	UI/L	5-30
Bilirubina tot	0.9	mg/dl	0-1.2
PT (INR)	0.9		0.9-1.1
proteine tot	6.5	g/dl	6.2-8.2
Albumina	51.1/3.3	%	55.1-66.1
α1	6.2	%	1.7-3.3
α2	18.2	%	8.2-13-0
β	15.2	%	9.5-15-0
γ	9.3	%	10.3-18.3
TSH	1.71	MicroUI/ml	0.35-4.94
Sideremia	54	microg/dl	70-150
Transferrina	211	Mg/dl	200-350
Ferritinemia	179	Ng/ml	15-400
Hb glicosilata	5.4	%	<6.0
es. urine	PS 1011; pH 5.5		
Peso corporeo	60 Kg		
altezza	160 cm		
P.A.	140/80 mmHg		

Sintesi decorso

La paziente proviene da un reparto di Ortopedia dove è stata sottoposta ad intervento di artroprotesi di anca destra; il decorso post-operatorio è stato regolare. All'ingresso si rilevavano lievi sintomi ansiosi, prevalentemente serotini, per i quali ha iniziato terapia con bromazepam; è stata iniziata anche terapia con perindopril per il riscontro di valori PA superiori alla norma. La paziente ha iniziato una mobilizzazione passiva e attiva assistita e un avvio al carico e alla deambulazione secondo protocollo interno, con buon recupero dell'articolarità (flessione attiva 90°, abduzione attiva 20°). Alla dimissione deambula con 2 canadesi in modo discretamente sicuro e corretto; la paziente è in grado di salire e scendere le scale. Nettamente migliorato il tono dell'umore rispetto all'ingresso; non è riferita significativa sintomatologia dolorosa. Buono il controllo dei valori pressori e glicemici. Si consiglia di proseguire con gli esercizi appresi nel corso della degenza e con FKT ambulatoriale e di utilizzare calza elastica compressiva fino al prossimo controllo ortopedico.

Terapia alla dimissione

Nome commerciale	Principio attivo	Posologia	Orario
Paracetamolo 1000		1 cp	8 + ab
Procaptan 4	perindopril	½ cp	8
Lexotan	bromazepam	10 gtt	20
Fraxiparina 0.4	nadroparina	1 fl sottocute	18

Deficit cognitivo /sintomi affettivi

Patologia somatica

Può il deficit cognitivo mediare e rendere un soggetto più vulnerabile a patologie indotte dalla medicina? (eccesso di medicalizzazione)

Perché una persona con coxartrosi, senza evidente impatto funzionale, dovrebbe **decidere** di sottoporsi ad un intervento ortopedico?

Perché una persona viene sottoposta ad intervento di artroprotesi?

indicazione all'intervento: presenza di sintomi (dolore), reperto di imaging e disabilità

assenza di controindicazioni

preferenza del paziente all'intervento

Non più del 15% dei soggetti che hanno una indicazione all'artroprotesi si sottopone all'intervento.

A parità di indicazione le donne hanno una minor probabilità di essere sottoposte ad artroprotesi rispetto agli uomini (OR 0.78, $p<.001$)

Hawker et al.
Med Care 2001: 203-5; N Eng J Med 2000; 1016-22

Preferenze del paziente

percezione del dolore

percezione della limitazione funzionale

tono dell'umore

esperienze di amici e conoscenti

parere del medico di fiducia

...

SINTESI ← **FUNZIONI COGNITIVE**

↓

DECISIONE

“You’re perfect for the procedure”

Concetto che l’osteoartrite non è una malattia, ma una componente dell’invecchiamento

Giudicare il proprio dolore e la propria disabilità come inferiore rispetto a quello necessario per sottoporsi ad un intervento invasivo

Pensare che sia il medico a dover consigliare l’intervento (direttività)

P.L. Hudak et al. Medical Decision Making 2002; 22:272-8

Chi si sottopone all'intervento?

Chi considera l'osteoartrite come una malattia

Chi percepisce il proprio dolore come costante e l'immobilità totale (intervento come 'ultima spiaggia')

Chi incontra un medico "direttivo"

The Frequency of Executive Cognitive Impairment in Elderly Rehabilitation Inpatients

Arman Kahokehr, BHB, Richard J. Siegert, PhD, and Mark Weatherall, MB ChB, FRACP

- Soggetti: 52 pazienti anziani (età M=79.5, SD7.6 anni) ricoverati per stroke (31%), frattura di femore (27%), altra frattura (14%) o altro problema clinico (29%)
- il 25% presenta un deficit delle funzioni esecutive
- di questi solo il 7.7% ha un MMSE<24

J Geriatr Psychiatry Neurol 2004; 17:68–72

Caratteristiche demografiche, cognitive, funzionali e somatiche in 26 pazienti ortopedici con intervento di protesi al ginocchio in elezione raggruppati in base alla presenza di deficit delle funzioni esecutive.

34.6%

	Totale N=26	Integrità FE N=17	Deficit FE N=9	p
Età (anni)	73.6±5.5	71.8±5.1	77.0±5.0	.020
Sesso (% femmine)	88.5	88.2	88.9	
Scolarità (anni)	5.9±2.8	6.0±2.9	5.7±2.8	
SVL (n=23)	11.0±8.6	9.1±8.9	14.1±7.7	
MMSE	27.6±1.3	27.6±1.4	27.5±0.9	
GDS (15 item)	4.3±3.2	3.3±2.7	6.2±3.2	.022
Barthel Index premorboso	96.0±5.9	97.9±2.4	92.5±8.8	
Barthel Index all'ingresso	59.5±11.2	60.5±10.4	57.7±13.0	
Barthel Index alla dimissione	94.1±5.4	95.2±4.2	92.1±6.9	
Scala di Tinetti all'ingresso	13.4±4.8	13.1±4.8	14.1±4.9	
Scala di Tinetti alla dimissione	22.6±2.3	22.6±1.8	22.7±3.1	

Ridotte risorse nella gestione di situazioni complesse

Ricorso eccessivo alle cure

I pazienti dementi “somatizzano” il disagio per la difficoltà di sintesi di situazioni complesse

Ma perché alcuni medici inseguono il sintomo somatico, senza porsi il dubbio che questo possa essere la manifestazione di un problema non somatico?...

Caso 3

Il paziente (X.Y.) di anni **80**, giunge alla nostra osservazione (UO Riabilitazione Specialistica) nel **7/05** proveniente da un reparto di Ortopedia dove 7 gg prima era stata sottoposto ad intervento di artroprotesi non cementata di anca sinistra.

Anamnesi Fisiologica e Familiare

Celibe, vive con i fratelli
Scolarità: media superiore
Attività lavorativa principale: contadino
Ex fumatore, non consuma alcool
Familiarità positiva per ipertensione

Anamnesi Patologica Remota

Ricoverato pressso la nostra UF nel 2003 e dimesso con diagnosi:

- Voluminoso ematoma retroperitoneale (19 x 8cm) e ischemia splenica in esiti di recente intervento di esclusione di aneurisma addominale e innesto aorto bifemorale complicato da febbricola intermittente, anemia di grado moderato, episodi recidivanti di delirium
- Discreta falda di versamento perisplenico in presenza, al margine postero inferiore, di area ipodensa di forma ovalare compatibile con esiti di pregresso infarto
- Versamento pleurico sx
- Tachiaritmia da FA e scompenso cardiaco NYHA III secondario
- Ipertensione arteriosa stadio 1 gruppo di rischio C sec i criteri JNC VI
- Piastrinosi (biopsia osteomidollare non dirimente per trombocitemia essenziale o mielofibrosi idiopatica)
- Colelitiasi
- Lesione da decubito sacrale (2° stadio) (cm 2x3) in fase di miglioramento
- Pregressa ernioplastica inguinale

Anamnesi Patologica Remota

Fino a 7/'04 esegue controlli presso una Chirurgia vascolare fino a completa risoluzione dell'ematoma

6/'04: iniziato TAO ed eseguito tentativo di CVE con ripristino RS per 10gg e successivo rientro in FA. Proseguita Tao. Iniziata oncocarbide per trombocitosi essenziale

11/'04: dimesso da una Medicina con diagnosi di: "FA cronica a elevata risposta ventricolare, con scompenso cardiaco, epatomegalia da verosimile fegato da stasi, esiti di esclusione di sacca aneurismatica aorta-iliaca con idronefrosi sx, grave coxartrosi sx condizionante impotenza funzionale, TAO, trombocitemia essenziale in trattamento, lieve IRC"

Anamnesi Patologica Prossima

- Intervento di artroprotesi non cementata d'anca sinistra per coxartrosi.
- Decorso post operatorio complicato da polmonite basale con versamento pleurico e delirium secondario

Esame obiettivo

- Cute disidratata
- Attività cardiaca aritmica, normofrequente; pause apparentemente libere
- Torace cifotico, ipoespansibile; rantoli crepitanti in regione medio-basale sx.
- Addome globoso per adipe e meteorismo; corda colica sx; trattabile, non dolente alla palpazione; peristalsi presente; fegato a 3 cm dall'arcata costale
- EON: pz vigile e discretamente orientato; deficit di attenzione. ROT scattanti e simmetrici; Mingazzini aass neg; Babinski assente. Non segni extrapiramidali.

Epicrisi

Paziente di 80 anni, proveniente da reparto di Ortopedia, celibe, vive con i fratelli dai quali è assistito nelle principali BADL.

È affetto da:

- Recente artroprotesi non cementata anca sx per coxartrosi
- Anemia secondaria trattata con emotrasfusioni
- Polmonite paracardiaca sx post-chirurgica
- Delirium ipercinetico secondario a genesi multifattoriale (PTA, Anemia, polmonite, disidratazione, stipsi)
- Scompenso cardiaco NYHA II a prevalente componente sistolica (EF 40%)
- FA persistente in TAO (tentativo CVE 6/'04)
- Ipertensione arteriosa stadio 1 gruppo di rischio elevato
- Trombocitemia essenziale
- Esiti di intervento di esclusione di aneurisma addominale ed innesto aorto-bifemorale (2/'03) complicato da ematoma retroperitoneale a lenta risoluzione
- Idroureteronefrosi sx
- Colelitiasi
- Pregressa ernioplastica inguinale

Epicrisi

Paziente vigile, discretamente orientato, deficit di attenzione.

All'EO segni di disidratazione, addome globoso per meteorismo e stasi fecale; al torace rantoli crepitanti medio-basali a sx. TC: 37.6°C. Il fratello riferisce marcata agitazione psicomotoria dopo l'intervento, con tentativi ripetuti di scendere dal letto.

CAM positiva

Valutazione Multidimensionale

	Premorboso	Ingresso	Dimissione
CAM		Positiva	Negativa
MMSE			19/30
GDS			6/15
IADL (funzioni perse)		2/8	
Barthel Index	90/100	39/100	85/100
Tinetti Scale		7/28	23/28
FIM		48/126	81/126

Obiettivi clinici

- Trattamento cause scatenanti del delirium: idratazione, stimolazione alvo, risoluzione flogosi polmonari, trattamento sintomi dolorosi
- Ripresa TAO
- Monitoraggio compenso cardiaco

Obiettivi riabilitativi

- Mobilizzazione precoce
- Recupero autonomia motoria

Terapia

Nome commerciale	Principio attivo	Posologia	Orario
Lanoxin 0.125	digossina	1 cp	8
Lasix	furosemide	½ cp	8
Oncocarbide	idrossicarbamide	1 cp	8
Enapren 20	enalapril maleato	1 cp	8
Dilatrend 6.25	carvedilolo	1 cp	20
Coumadin	warfarin sodico	INR	
Paracetamolo 1000		1 cp	ab
Peptazol 40	pantoprazolo	1 cp	20
Tavanic 500	levofloxcina	1 cp	20
Fraxiparina 0.4	nadroparina	1 flsc	18
Serenase	aloperidolo	½ fl ev	ab
Laevolac	lattulosio	20 ml	8-18

Sintesi decorso

Il paziente è stato trasferito da una UO Ortopedia dove è stato operato di artroprotesi di anca sinistra; il **decorso post-operatorio è stato complicato** da **anemia** di grado moderato, **polmonite paracardiaca sx e delirium ipercinetico secondario**. Dal punto di vista clinico **all'ingresso** si rilevava **stato confusionale acuto**, con marcato deficit di attenzione, attività motoria aberrante, affaccendamento notturno con spunti di aggressività. Per tale motivo ha effettuato adeguata terapia antibiotica con ciprofloxacina ev, idratazione ev, 2 emotrasfusioni al fine di correggere l'anemia di grado moderato, ed è stata rivalutata la politerapia per la persistenza di bassi valori PA. Nel corso della degenza è stata ripresa la terapia anticoagulante orale per la prevenzione degli eventi tromboembolici connessi alla FA. Dal punto di vista riabilitativo il paziente ha comunque iniziato fin dall'ingresso una mobilizzazione passiva e attiva assistita e un avvio al carico e alla deambulazione secondo protocollo interno, con buon recupero dell'articolarità (flessione attiva 100°, abduzione attiva 20°). Nel corso della degenza si è verificato un **progressivo miglioramento dei sintomi comportamentali**; in particolare è regredito l'affaccendamento notturno, è migliorato il disorientamento spazio/temporale, ed il paziente segue in modo corretto le indicazioni fornite dal personale. Si è così potuto incrementare il carico di lavoro e l'autonomia funzionale del paziente, proseguendo la rieducazione al cammino prima con walker, poi con canadesi. Alla **dimissione** persiste lieve disorientamento e deficit di attenzione, imputabile a quadro di **delirium a lenta risoluzione**, sebbene il quadro ematologico evidenzi una **normalizzazione della crasi ematica**, degli **indici di flogosi** e del quadro di **disidratazione**. Dal punto di vista motorio la deambulazione avviene con 2 canadesi in modo sicuro e corretto; il paziente è in grado di salire e scendere le scale. Si consiglia di proseguire con gli esercizi appresi nel corso della degenza e con FKT ambulatoriale.

Esami ematochimici

Esame	Ingresso	Dimissione		Valori normali
GB	10.4	7.1	10^3/ul	4.00-9.00
GR	3.6	3.5	10^6/ul	4.00-5.50
Ht	34.8	33.6	%	38.0-50.0
Hb	11.6	11.0	g/dl	11.5-14.5
MCV	97.5	96.8	Fl	80.0-95.0
PLT	585	583	10^3/ul	150-400
Neutrofili	77.7	69.8	% * 10^3/ul	40.0-75.0
Linfociti	11.1	15.8	% * 10^3/ul	20.0-40.0
Monociti	7.1	11.0	% * 10^3/ul	0.0-12.0
Eosinofili	3.4	2.4	% * 10^3/ul	0.0-2.5
Basofili	0.7	1.0	% * 10^3/ul	0.0-0.54
VES	66	50	mm/1° ora	0-20
PCR	5.7	0.6	mg/dl	0.0-1.0
Azotemia	42	44	mg/dl	10-50
Creatinina	0.8	1.0	mg/dl	0.5-1.2
Ac. Urico	3.6		mg/dl	1.5-7.0
Na	138	139	Mmol/L	136-146
K	4.6	4.8	Mmol/L	3.5-5.10
Cl	100	102	Mmol/L	98-108
Glicemia	81	76	mg/dl	60-110
Colesterolo T	197		mg/dl	120-200
HDL	38		mg/dl	35-55
Trigliceridi	103		mg/dl	40-160
GOT	40		U/L	0-40
GPT	44		U/L	0-40
Fosfatasi alc	411	281	U/L	90-270
γGT	323	187	UI/L	5-30
Bilirubina tot	1.1		mg/dl	0-1.2

Esame	Ingresso	Dimissione		Valori normali
PT (INR)	1.1	2.54		0.9-1.1
proteine tot	6.0		g/dl	6.2-8.2
albumina	50.0/2.9		%	55.1-66.1
α1	5.9		%	1.7-3.3
α2	11.6		%	8.2-13-0
β	13.2		%	9.5-15-0
γ	19.3		%	10.3-18.3
FT3	3.0		pg/ml	1.71-3.71
FT4	1.66		ng/dl	0.7-1.48
TSH	1.10		MicroUI/ml	0.35-4.94
PSA	5.51		Ng/ml	Fino a 4
Sideremia	43		microg/dl	70-150
Transferrina	199		Mg/dl	200-350
Ferritinemia	393		Ng/ml	15-400
es. urine	PS 1010; pH 7.0			
Peso corporeo	70 Kg			
altezza	183 cm			
P.A.	120/60 mmHg			

Diagnosi di dimissione

- Recente artroprotesi non cementata anca sx per coxartrosi
- Anemia secondaria trattata con emotrasfusioni
- Polmonite paracardiaca sx post-chirurgica
- Disidratazione intercorrente
- Delirium iper-ipocinetico a lenta risoluzione secondario a genesi polifattoriale
- Lesione da decubito tallone sx (2° stadio, cm 2x3)
- Scompenso cardiaco NYHA II a prevalente componente sistolica (EF 40%)
- FA persistente in TAO (tentativo CVE 6/'04)
- Ipertensione arteriosa stadio 1 gruppo di rischio elevato
- Trombocitemia essenziale
- Esiti di intervento di esclusione di aneurisma addominale ed innesto aorto-bifemorale (2/'03) complicato da ematoma retroperitoneale a lenta risoluzione
- Colelitiasi
- Adenoma prostatico
- Idroureteronefrosi sx
- Pregressa ernioplastica inguinale

Valutazione NPS (a 45 gg dalla dimissione)

- Inviato dall'Ambulatorio UVA per approfondimento diagnostico neuropsicologico (15 gg fa il Mini Mental State Examination era di 24/30).
- Assente la consapevolezza delle ragioni del ricovero: nemmeno su richiesta il paziente riferisce deficit di memoria.
- Nel corso del colloquio, l'eloquio spontaneo è fluente, non disartrico, ed adeguato nel contenuto.
- Il paziente è orientato rispetto ai propri dati personali, lievemente disorientato nel tempo (3/5), ma orientato nello spazio (4/5), e disorientato rispetto agli eventi recenti di cronaca (non è in grado di indicare il nome dell'attuale Presidente della Repubblica, del Consiglio e del Papa).

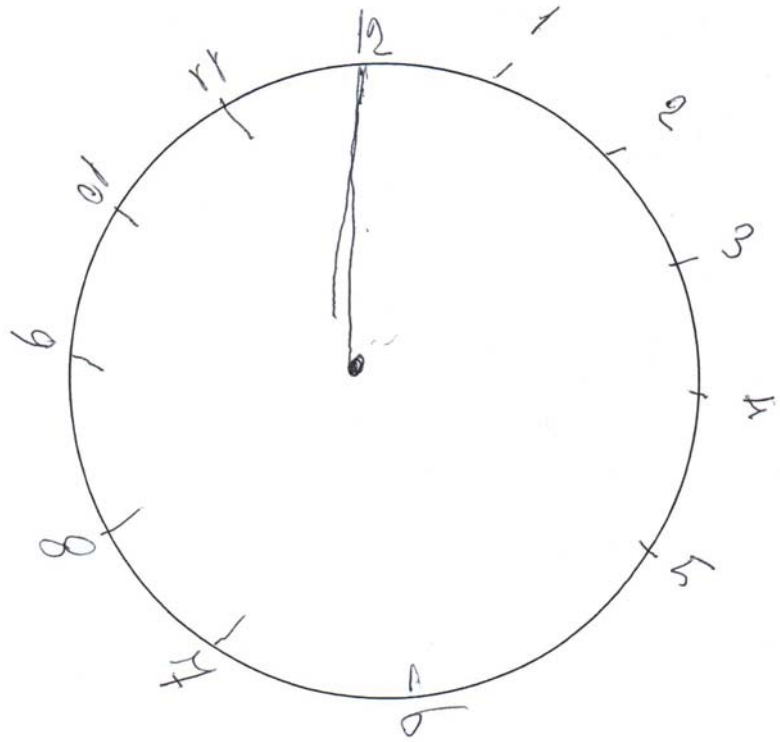
Valutazione neuropsicologica

	P.G.	z	
Fluenza Fonemica	12	-1.5	ai limiti
Fluenza Semantica	40 12 perseverazioni	-0.9	normale
Boston Naming Test	19/30 circonlocuzioni		normale
Span in avanti	5		normale
Span all'indietro	2		deficit
Matrici attentive	21/60	-2.1	grave deficit
Test del racconto	2/16	-2.4	grave deficit
Immediato	2/8		
Differito	0/8		

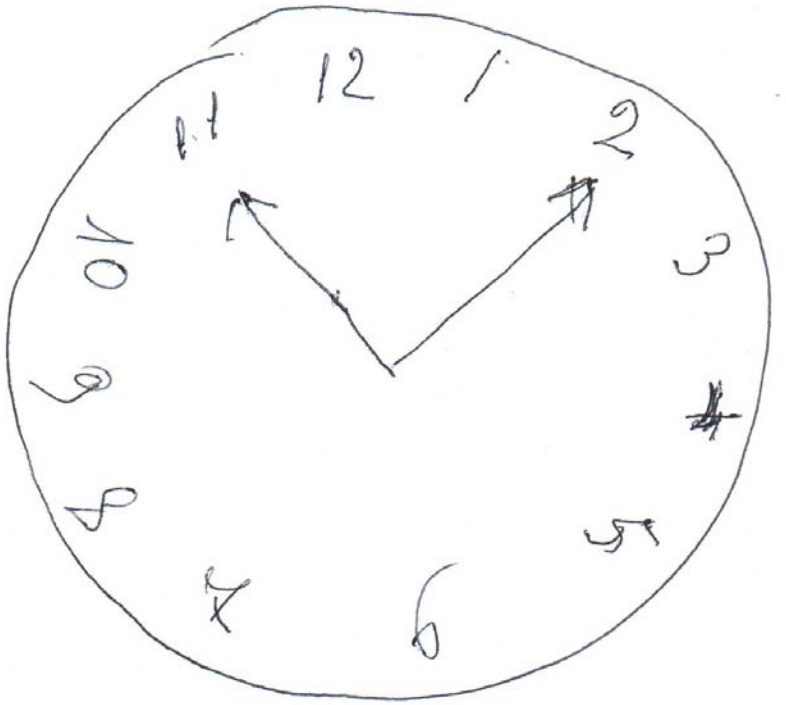
Valutazione neuropsicologica

	P.G.	z	
Prassia ideomotoria	20/20	0.3	normale
Disegno dell'orologio	3/6		deficit recupero della collocazione delle lancette
Copia dell'orologio	2/6		normale
Astrazione	1/6	<-1.7	deficit
Stima Cognitiva	4/5	>-1.7	normale

Disegno spontaneo



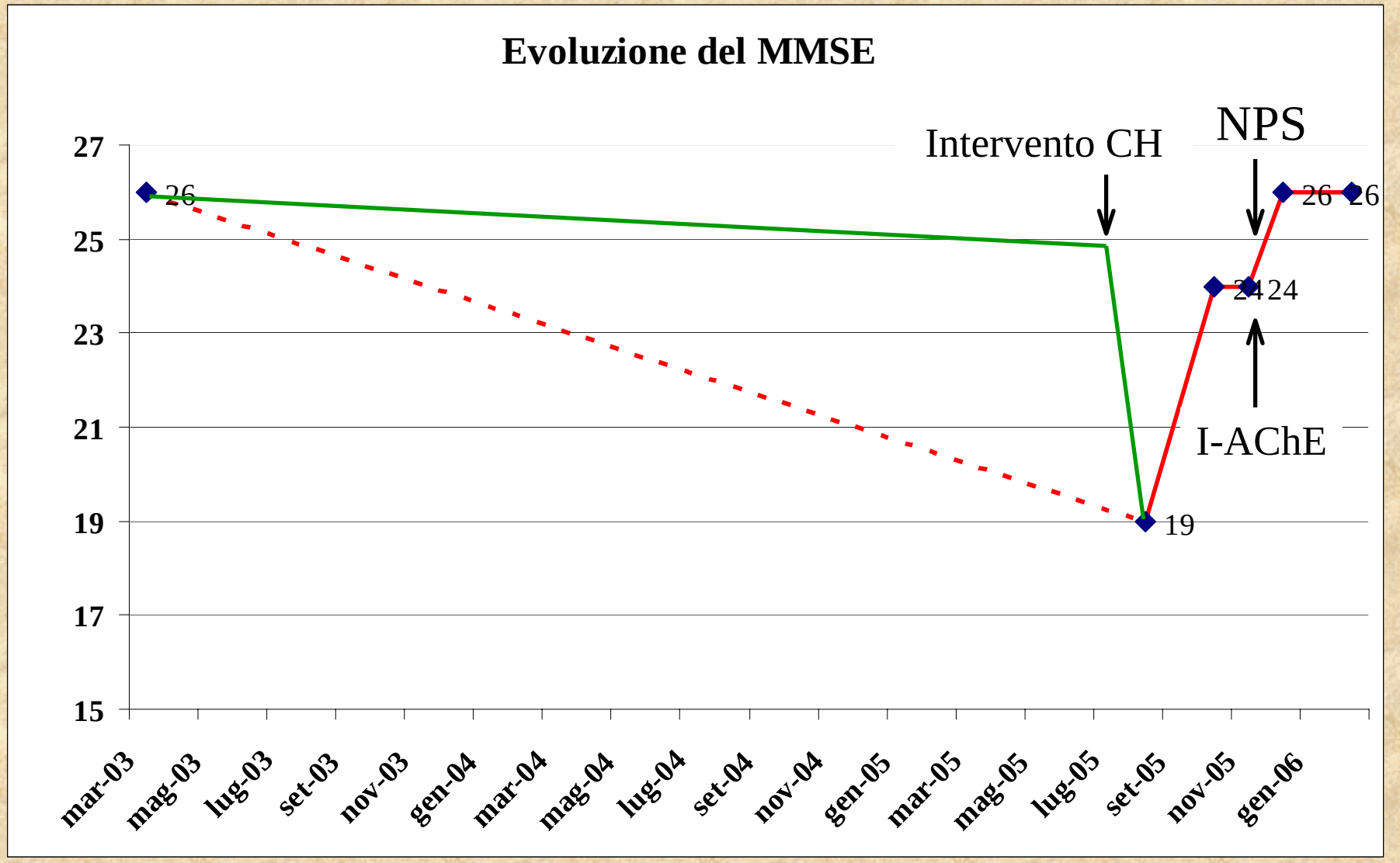
Copia



Valutazione neuropsicologica - conclusioni

All'esame neuropsicologico si rileva declino cognitivo di grado lieve, caratterizzato da:

- grave deficit di attenzione selettiva e sostenuta;
- grave deficit di memoria episodica verbale;
- lieve deficit di recupero di materiale visuospaziale complesso;
- deficit di astrazione.


Evoluzione del MMSE
Intervento CH
NPS
I-AChE
27
25
23
21
19
17
15
26
19
24
24
26
26
mar-03
mag-03
lug-03
set-03
nov-03
gen-04
mar-04
mag-04
lug-04
set-04
nov-04
gen-05
mar-05
mag-05
lug-05
set-05
nov-05
gen-06

Patologia somatica

deficit cognitivo

(Patologia somatica)

Delirium

deficit cognitivo

manifestazione visibile

Conclusioni

Le sindromi geriatriche (Demenza, Delirium) rappresentano un modello in cui patologia somatica e deficit cognitivo sono saldamente correlate.

Per la cura del paziente anziano e la comprensione di tali sindromi non si può prescindere dal considerare mente e corpo come aspetti che, nei diversi casi, interagiscono con modalità differenti.

A seconda di come ti porrai di fronte all'uomo potrai guardare cose diverse: un organo che non funziona o un corpo malato, un dolore senza causa organica o una sofferenza senza spiegazione.
Ma vedrai sempre e solo un uomo, che non sarà mai semplicemente corpo o semplicemente anima.