



La fitoterapia come trattamento di combinazione in un caso di malattia di Alzheimer con deterioramento cognitivo grave

Teresa Catarci

Centro Territoriale per la Diagnosi e Cura delle Demenze, Presidio S. Caterina della Rosa ASL RMC afferente al Centro Geriatria per Acuti dell'Ospedale S. Eugenio, Roma

Introduzione

La terapia dei malati di Alzheimer nelle fasi finali, si svolge perlopiù al domicilio del paziente, dove spesso troviamo un caregiver con alta quota di stress, allo stremo delle forze. Questi pazienti sono molto difficili da trattare per la presenza di disturbi del comportamento e di numerose patologie internistiche intercorrenti, disturbi metabolici o cardiopatie. Inoltre, spesso il contesto familiare è molto ristretto se non addirittura assente e la situazione che vediamo più di frequente è quella di un coniuge anziano, che da solo cerca di accudire il proprio caro e che, infine e con molta amarezza, chiede disperato l'inserimento del parente in una Residenza Sanitaria Assistita (RSA).

Note anamnestiche

RC è una signora di 61 anni con esordio di malattia piuttosto precoce: 55 anni. È seguita dal marito più anziano e ha una figlia studentessa universitaria. L'iniziale deficit cognitivo era piuttosto importante per la concomitanza di un disturbo dell'eloquio marcato e la presenza di un ipotiroidismo, anche se ben controllato farmacologicamente, al momento della visita. Il punteggio MMSE iniziale nel 2008 era di 11/30, dopo due anni scendeva a 8/30, al terzo anno di malattia era 6/30. All'epoca dell'ultima visita ambulatoriale effettuata nel novembre 2012, il MMSE non era più somministrabile. La paziente aveva assunto inibitori delle acetilcolinesterasi passando dalla rivastigmina al donepezil e infine alla galantamina per la presenza di agitazione psicomotoria. Nel 2011 erano state inserite in add-on me-

mantina soluzione orale 20 mg e omotaurina, quest'ultima successivamente sospesa per aumento dell'agitazione. Durante l'ultima visita ambulatoriale veniva sospesa anche la galantamina per scarsa compliance della paziente alla terapia con le compresse. La terapia al bisogno per le crisi di agitazione prevedeva clonazepam, 5 gtt per os.

Quadro clinico

Nel mese di gennaio 2013, il medico curante della paziente richiede una visita domiciliare per disturbi comportamentali e uno stato di agitazione psicomotoria continua, nel frattempo il marito ci rende noto che ha iniziato, molto a malincuore, le pratiche di inserimento in una RSA.

Alla visita la paziente appare notevolmente peggiorata, in stato di eretismo psichico, con acatisia e wondering continuo, ansiosa, incapace di avere anche un minimo contatto con i familiari. Le condizioni generali sono scadute per un ulteriore dimagrimento. Emergono, inoltre, segni e sintomi extrapiramidali. Si apprende che il peggioramento è stato conseguente a una caduta con trauma cranico e pertanto si richiede una Tomografia Computerizzata (TC) del cranio, nel sospetto di un ematoma subdurale, anche se la sospensione del farmaco sintomatico potrebbe aver provocato un peggioramento del quadro cognitivo e quindi agitazione.

Trattamento

Vista la presenza di parkinsonismo si consiglia una te-



rapia con levodopa+benserazide 100+25 mg ¼ cpr 3 volte al giorno, per poi essere aumentata a 1/2 cpr. Per cercare di migliorare il deficit cognitivo, vista l'impossibilità della paziente di deglutire le cpr di galantamina, si preferisce aggiungere un integratore con assenza di azione attivante e si inizia pertanto l'assunzione di **illumina**® una cps al dì.

Dopo due settimane, ad un contatto telefonico con il marito, si apprende che l'esame TC escludeva una emorragia subdurale e che la paziente era molto più presente, calma e che pertanto il ricovero in RSA non era più necessario.

Alle visite domiciliari successive, eseguite dai colleghi geriatri nei mesi seguenti, la paziente mostra un continuo peggioramento delle condizioni generali con disfa-
gia importante e dimagrimento, causate dal progredire della malattia, per cui nel mese di Agosto viene richiesto l'inserimento in RSA. Nonostante tali peggioramenti, la paziente non aveva più presentato agitazione psicomotoria e aveva continuato la terapia con **illumina**® fino al mese di Marzo.

Discussione

La terapia della malattia di Alzheimer nelle fasi terminali è una sfida per il Clinico soprattutto per la scarsa risposta ai farmaci sintomatici e la difficile gestione del rischio/beneficio dei farmaci per i disturbi comportamentali. Inoltre, le linee guida terapeutiche internazionali, non specificano i termini di sospensione dei sintomatici ma lasciano al Clinico, in accordo con i familiari, la gestione della terapia (1). In Italia la cosiddetta "nota 85" consente il rimborso dei farmaci sintomatici per l'Alzheimer solo nei pazienti con MMSE superiore a 10 (2). Infine, il trattamento dei sintomi comportamentali prevede gli interventi farmacologici come ultima "chance" prediligendo in prima battuta strategie comportamentali e terapia cognitiva (1), peraltro in Italia di difficile attuazione. Questo caso clinico illustra come una terapia in add-on con un integratore alimentare, che non possiede proprietà attivanti, anche nei casi estremamente avanzati di malattia di Alzheimer, possa produrre dei cambiamenti importanti ai fini della gestione dei pazienti e migliorare, anche se temporaneamente, la qualità di vita del caregiver.

Bibliografia

1. Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE guidelines [CG42] Published date: November 2006 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg42>

2. "Nota 85", <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/nota-85>