

## CUORE E PARKINSON

**Massimo Cincotta**

SOC Neurologia Firenze, Azienda USL Toscana Centro

La malattia di Parkinson (MP) è la seconda malattia neurodegenerativa per prevalenza dopo la malattia di Alzheimer e la prima per aumento progressivo dei casi negli anni più recenti. La MP interessa ambo i generi, con lieve prevalenza per gli uomini. L'età media d'esordio è attorno ai 60 anni ma assai variabile, con casi che esordiscono in età giovanile (prima dei 40 anni) e casi che esordiscono in età molto avanzata. L'incremento della prevalenza è in parte correlato all'aumentare della vita media ma non solo visto che sembra esserci un aumento delle diagnosi anche in fasce di età meno avanzate.

La MP è una condizione patologica complessa con un denominatore comune: l'interessamento della via dopaminergica nigrostriatale che ha un ruolo di primo piano nel controllo motorio. La perdita dei neuroni nigrostriatali è la causa di tre disturbi che sono definiti segni motori cardinali della MP: bradicinesia, rigidità muscolare e tremore a riposo che solitamente hanno un esordio asimmetrico e si combinano fra loro in modo variabile da paziente a paziente. Questa eterogeneità è una caratteristica importante della MP che varia anche in termini d'età d'esordio e di rapidità di progressione.

Altro motivo di eterogeneità e complessità della MP è il fatto che interessa non solo la via nigrostriatale ma anche altre aree del sistema nervoso ed altri sistemi o apparati, quali l'apparato digerente e il sistema cardiocircolatorio. Ne consegue che, oltre ai segni motori cardinali, esistono anche segni motori non strettamente riconducibili all'interessamento della via nigrostriatale (ad esempio il cosiddetto *freezing* della marcia in fase *on* o le cadute) e segni e sintomi non motori che compaiono con frequenza variabile. Fra questi possono esserci disturbi dell'umore, ansia, apatia, disturbi cognitivi, disturbi del sonno, disturbi dell'olfatto, disturbi autonomici, disturbi gastrointestinali, dolore e fatica. Alcuni disturbi non motori, ad esempio un franco decadimento cognitivo, sono propri delle fasi avanzate della malattia mentre altri quali la riduzione dell'olfatto, specifici disturbi del sonno, episodi depressivi e stipsi sono precoci e possono addirittura precedere l'insorgenza dei segni motori cardinali. Questo comporta che i pazienti abbiano storie cliniche anche molto diverse fra loro e che ciascun paziente necessiti di cura e assistenza ritagliate sulle caratteristiche della propria malattia, con competenze multidisciplinari e multiprofessionali. Esistono terapie sintomatiche, *in primis* la levodopa, che mirano a compensare il deficit di dopamina

nella via nigrostriatale e per un ammontare variabile di tempo consentono un efficace controllo dei segni motori cardinali della MP. Per i disturbi non motori esistono interventi farmacologici appropriati in molte condizioni ma nel complesso il loro trattamento è meno soddisfacente e in esso vi sono più bisogni non corrisposti.

Riguardo ai fattori di rischio modificabili e non modificabili, alcuni quali l'attività fisica, un moderato consumo di caffè e il genere femminile si associano ad un rischio minore sia per MP che per malattie cardiovascolari, altri quali il genere maschile, l'età avanzata e, con minore evidenza, il diabete mellito si associano ad un rischio maggiore. Per altri fattori quali il fumo di sigaretta vi è invece una dissociazione, con riduzione del rischio per MP e incremento del rischio per malattie cardiovascolari.

In ambito diagnostico la relazione fra MP e cuore è evidenziata dalla scintigrafia miocardica con  $^{123}\text{I}$ -meta-iodobenzilguanidina ( $^{123}\text{I}$ -MIBG) che può contribuire a differenziare la MP idiopatica da altri parkinsonismi degenerativi.

L'ipotensione ortostatica neurogena è una manifestazione frequente di disautonomia cardiovascolare nella MP. Si accompagna a perdita e talora ad inversione del fisiologico *dipping* pressorio notturno con ipertensione supina. Inoltre i farmaci dopaminergici possono incrementare l'ipotensione arteriosa. Nel trattamento del singolo paziente è necessario un attento bilancio fra i rischi dell'ipotensione ortostatica (in particolare cadute e peggioramento del quadro cognitivo) e i rischi dell'ipertensione supina soprattutto in ambito cardiaco e cerebrovascolare.

Una valutazione elettrocardiografica è indicata prima dell'impiego di vari farmaci utilizzati nei pazienti con MP, quali amantadina, quetiapina, clozapina, alcuni antidepressivi, domperidone, che possono prolungare l'intervallo QTc.