

Una domenica mattina “dimenticata”

L'amnesia globale transitoria (AGT) episodica, vissuta come esperienza drammatica, rappresenta nella maggior parte dei pazienti una condizione del tutto benigna caratterizzata da un basso tasso di recidiva. È indispensabile tranquillizzare il paziente ed i suoi familiari dove ove necessario si può suggerire un adeguato supporto psicologico.

Leonida Iannantuoni

*Docente Corso Formazione Specifica in MG - Foggia SIIICP
WONCA Member*

Stella Vitarelli

Medico in Formazione - Foggia

Antonio Casillo

Radiologo - Foggia

Giunge in ambulatorio lunedì 01/09/2014 lamentando di aver “perso” ogni ricordo di ciò che aveva fatto la mattina precedente.

Più precisamente riferisce di ricordare di aver concordato, con i soci del proprio sodalizio sportivo, un giro in bicicletta del sub appennino Dauno ma di tale impegnativo percorso, della durata di circa 4-5 ore, non vi era alcuna traccia nella sua memoria. Il paziente dopo essersi sincerato, con gli amici, di aver effettivamente partecipato a tale escursione si rivolgeva, in preda a comprensibile agitazione, al sottoscritto.

► **Anamnesi fisiologica**

Paziente di sesso maschile, 52 anni, impiegato, coniugato con due figli. Nato a termine da parto eutocico, normali i primi atti di vita vegetativa, allattamento materno; segue una alimentazione varia, alvo e diuresi sono nella norma, non abitudini tabagiche, non assume alcool. Svolge regolarmente attività sportiva amatoriale (ciclismo)

► **Anamnesi patologica remota**

Iperensione arteriosa, trattata con Ace-inibitori e calcioantagonisti.

La terapia, in verità, viene seguita in maniera piuttosto “allegra” con frequenti sospensioni dell’assunzione delle compresse dovute a facili dimenticanze.

► **Esame obiettivo e iter diagnostico-strumentale**

Soggetto in buone generali di trofismo e sanguinificazione, cute ed annessi secondo sesso ed età, esame delle stazioni linfonodali esplorabili negativo per tumefazioni.

E.O. Apparato Neurologico - Paziente normo-orientato nel tempo e nello spazio. Pupille isocoriche ed isocicliche, coordinazione motoria buona, R.O.T. esplorati nei limiti, Romberg negativo.

E.O. Apparato Respiratorio - Emitteraci simmetrici nella statica e nella dinamica, FVT e MV nella norma, suono chiaro polmonare su tutti i campi.

E.O. Apparato Cardiocircolatorio - Toni cardiaci validi e ritmici, pause libere, no rumori aggiunti, FC 65 bpm, PA 130/80, non edemi declivi.

Vista la negatività dell’esame obiettivo, con particolare riferimento all’obiettività neurologica, si riteneva non necessaria l’ospedalizzazione del paziente, ma ciò non esimeva da un approfondimento diagnostico e, pertanto, si programmava: routine ematochimica, ABPM, visita cardiologica ed ECG, Ecocolor-doppler TSA, TAC encefalo con e senza mdc.

■ Routine ematochimica: negativa fatto salvo per il riscontro, ininfluente, di VES 1°h: 20 (vn <12).

■ ABPM: valori sistolici nella norma nelle 24h, elevato carico pressorio diastolico nelle 24h (valori medi nelle 24h: 120/87), ... fisiologico calo pressorio nelle ore notturne (dipper). Stante tale referto,

Figura 1

TAC encefalo

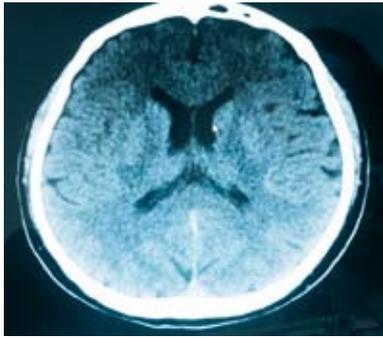


Figura 2

TAC encefalo

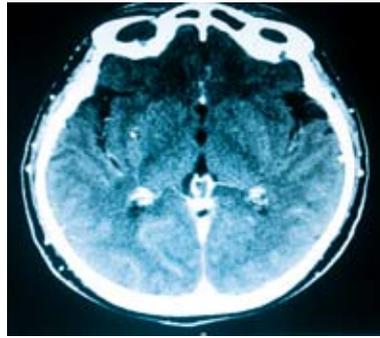
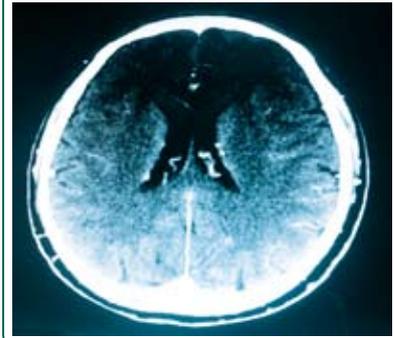


Figura 3

TAC encefalo



si esortava il paziente ad una più attenta e costante assunzione della terapia antipertensiva.

■ Visita cardiologica + ECG: EOC: ndr. Ecg: ritmo sinusale FC 80 bpm, buon compenso emodinamico.

■ Ecocolordoppler TSA: ndr.

■ TAC encefalo con e senza mdc : ... non focali patologiche impregnazioni di mdc in ambito encefalico, alcune minute ipodensità di verosimile significato ischemico lacunare nella profondità di entrambi gli emisferi cerebrali. (figure 1-2-3)

Alla luce di tale referto si introduceva, in terapia, ASA 100 mg 1 cp die. Sulla scorta delle risultanze delle indagini eseguite, si richiedeva una consulenza neurologica ed esame eeg.

■ Visita neurologica + Eeg: EON: no deficit focali. Eeg: tracciato nei limiti fisiologici. Conclusioni: episodio di amnesia globale transitoria (AGT), continui terapia in atto, si consiglia RMN encefalo senza mdc.

■ RMN encefalo senza mdc: ... non si rilevano modificazioni morfostutturali ...in particolare non vi sono lesioni di tipo ischemico... (figura 4).

A conclusione dell'iter diagnostico, si rinviava il paziente dallo speciali-

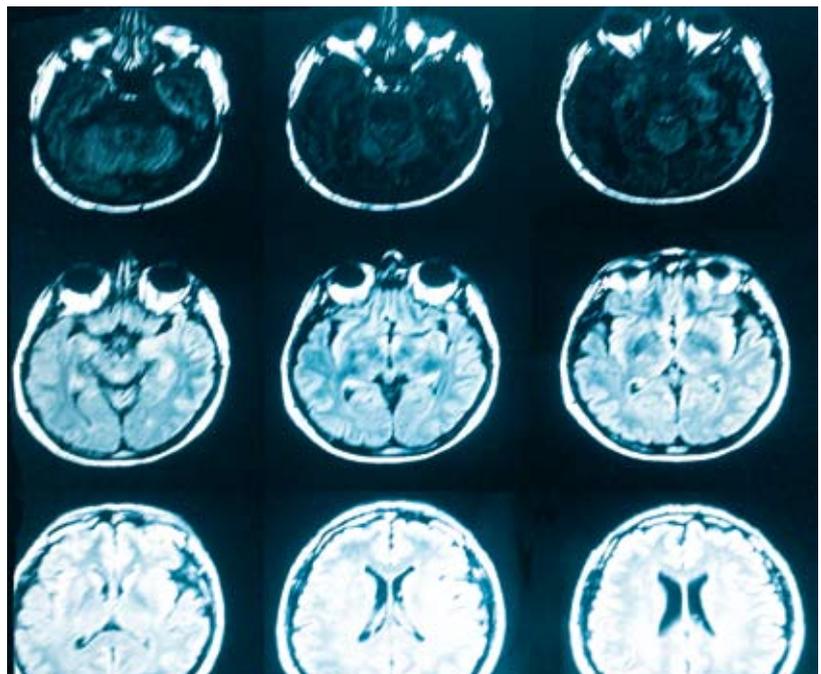
sta neurologo che, presa visione del referto della RMN e riscontrato un perdurare della negatività dell'obiettività neurologica, rimarcava la diagnosi di amnesia globale transitoria (AGT) e consigliava adeguato apporto idrico e calorico prima degli esercizi fisici.

► **Commento**

L'AGT colpisce pazienti tra i 40 e gli 80 anni di età, con maggior incidenza in pazienti di età > 50 anni. L'esatta fisiopatologia dell'AGT non è nota e, di volta in volta, sono stati evocati vari fattori come:

Figura 4

RMN encefalo senza mezzo di contrasto



ischemia focale, emicrania, fenomeni epilettici, anomalie del flusso venoso. Attualmente i dati clinici, epidemiologici e di neuroimaging suggeriscono, per la genesi dell'AGT cause multifattoriali, a eziologia non vascolare.

► Criteri diagnostici e diagnosi differenziale

La diagnosi di AGT può essere formulata se risultano soddisfatti i criteri diagnostici di Hodges-Warlow (*tabella 1*) e/o Hodges-Caplan (*tabella 2*).

La diagnosi differenziale dell'AGT si pone nei confronti di attacchi ischemici transitori, infarto nel territorio dell'arteria coroidea anteriore, disturbi psichiatrici quali episodi dissociativi, fughe psicogene, episodi acuti di depressione, ecc... .

Ulteriori patologie meritevoli di

Tabella 1

Amnesia globale transitoria: criteri diagnostici secondo Hodges e Warlow

- Gli attacchi devono essere obiettivati da un osservatore attento
- L'attacco deve essere caratterizzato da una chiara amnesia anterograda
- Non obnubilamento della coscienza e/o perdita dell'identità personale durante l'attacco, il deterioramento cognitivo deve essere limitato alla amnesia
- Assenza di sintomi neurologici (afasia, aprassia, ecc.) di accompagnamento sia durante che dopo l'attacco
- Assenza di segni di natura epilettica
- Durata degli attacchi <24 h
- Assenza, nell'anamnesi, di trauma cranico recente o epilessia attiva

Tabella 2

Amnesia globale transitoria: criteri diagnostici secondo Hodges e Caplan

- Presenza di amnesia anterograda, testimoniata da un osservatore
- Assenza di obnubilamento della coscienza o perdita dell'identità personale
- Compromissione cognitiva limitata ad amnesia
- Nessun segno focale neurologico o epilettico
- Assenza di storia recente di trauma cranico o crisi epilettiche
- Risoluzione dei sintomi entro 24 ore
- Eventuale presenza di sintomi vegetativi lievi (cefalea, nausea, vertigini)

diagnosi differenziale sono elencate in *tabella 3*.

► Diagnostica strumentale

La diagnosi strumentale si basa essenzialmente su metodiche di neuroimaging: risonanza magnetica (RM), Pet, Spect, TC. I dati rilevati nei diversi studi sono risultati non univoci e molti casi non hanno messo in evidenza alterazioni.

Tabella 3

Diagnosi differenziale dell'amnesia globale transitoria

- Infezione cerebrale
- Crisi parziale complessa prolungata o stato epilettico non convulsivo
- Amnesia epilettica transitoria
- Trauma cranico/contusione
- Amnesia psicogena
- Ictus che coinvolge l'ippocampo e il talamo
- Intossicazioni e assunzione di farmaci

► Conclusioni

L'AGT episodica, pur vissuta come esperienza drammatica, rappresenta nella maggior parte dei pazienti una condizione del tutto benigna caratterizzata da un basso tasso di recidiva. È opportuno rimarcare che l'AGT non è predittiva di ictus. Studi retrospettivi hanno dimostrato che il rischio di ictus in soggetti che hanno riportato un episodio di AGT è simile a quello della popolazione generale e, comunque, è sicuramente minore rispetto a pazienti con TIA documentato.

È indispensabile, pertanto, tranquillizzare il paziente ed i suoi familiari tramite opportune delucidazioni e rassicurazioni; dove ove necessario si può suggerire un adeguato supporto psicologico.

Per quanto la RM non abbia confermato le lesioni ischemiche agli emisferi cerebrali, evidenziate con la TAC con mdc, stante la storia di ipertensione e l'età del paziente, si è ritenuto opportuno far proseguire la terapia antiaggregante instaurata.

Per ultimo, pur condividendo con il Collega neurologo i suggerimenti impartiti al paziente circa una corretta alimentazione ed idratazione prima dell'impegno sportivo, ci sentiamo di dissentire da questi quando ipotizza in una disidratazione e/o in una ipoglicemia la causa dell'amnesia lamentata dal paziente.

Ciò sia alla luce di quanto esposto sia in quanto non si sono manifestati tutti gli altri sintomi tipici di tali evenienze: astenia, tachicardia, ipotensione, torpore, stato confusionale, atassia, ecc... (sintomi che, se presenti, avrebbero portato comunque all'esclusione di una diagnosi di amnesia globale transitoria).