

Un caso di amnesia globale transitoria

Vengo chiamato con urgenza al domicilio di una mia assistita 75enne. La trovo seduta su una sedia, assistita dal figlio, in preda a confusione e sudorazione. Racconta, in maniera frammentaria, che stava per andare a fare la spesa, quando ha sentito come un'estraneazione e si è dovuta fermare perché non sapeva più cosa stesse facendo, in una sorta di vuoto mentale.

■ Storia clinica

La paziente non è ipertesa, né diabetica e non assume abitualmente alcun farmaco. Nel 2002 un'ecografia del polso destro mette in evidenza un morbo di De Quervain in fase cronica. Nel 2005 una TAC dell'addome superiore referta estese calcificazioni parietali a carico dell'aorta. Nel 2007 una visita ginecologica rivela una distrofia severa dei genitali esterni, con utero e ovaie in involuzione senile.

Nel gennaio di quest'anno, a causa di vertigini ricorrenti, ho prescritto una TAC del cranio e un ecoDoppler dei tronchi sovraortici.

■ **TAC cranio:** calcificazioni parietali dei maggiori vasi intracranici. Sistema ventricolo-cisternale in asse, a morfologia conservata, modestamente dilatato in toto per note di atrofia cerebrale diffusa. Diffusa sottile area di ipodensità a livello della sostanza bianca periventricolare, dei centri semiovali e delle regioni giunzionali, in particolare in regione frontale e, soprattutto, parietale destra, parieto-occipitale destra e, in modo sfumato, frontale e parietale alta sinistra (centro semiovale). Quadro complessivo riferibile a modesti esiti di sofferenza tissutale su verosimile base ipossico-ischemica cronica.

■ **EcoDoppler dei tronchi sovraortici:** ispessimento medio-intimale di grado moderato a cui si associano bilateralmente alcune placche aterosclerotiche sclero-calcifiche, in particolare in corrispondenza della parete anteriore del bulbo carotideo destro del diametro massimo di circa 2 mm e della parete posteriore del bulbo carotideo sinistro, dello spessore massimo di circa 3 mm, non condi-

zionanti stenosi emodinamicamente significative. Arterie vertebrali nella norma.

■ Visita domiciliare e diagnosi

■ **Esame obiettivo:** pressione arteriosa 170/90 mmHg, frequenza cardiaca 80 bpm; l'esame neurologico è negativo.

Gli elementi sintomatologici appaiono sufficienti per potere formulare una diagnosi di presunzione: amnesia globale transitoria.

Infatti la paziente ha avuto difficoltà a fissare nuovi ricordi (anamnesi anterograda) e impedimento a rievocare i ricordi più recenti (amnesia retrograda). La coscienza e la vigilanza sono ben conservate, mentre il disorientamento esclude unicamente la sua entità biografica. La durata dell'episodio, che ha superato i 45 minuti, l'età anziana della paziente e il rialzo pressorio sono altri elementi diagnostici pertinenti. Infine la TAC del cranio e l'ecoDoppler dei tronchi sovraortici eseguiti di recente dimostrano un'estesa calcificazione dei vasi, che comunque assicurano ancora una sufficiente irrorazione degli organi, anche se il quadro complessivo assomiglia, sul piano metaforico, a una cattedrale piena di diffuse incrostazioni.

■ Approfondimenti

Nel 1964 Fisher e Adams (*Acta Neurol Scand* 1964; 9: 7-83) diedero il nome di "amnesia globale transitoria" a un disturbo che interessa soprattutto persone di età media o anziana, che vengono colpite da una perdita acuta di memoria che può dura-

re mediamente alcune ore. Questi pazienti tendono a fare domande ripetitive, così esprimendo quella che è detta amnesia anterograda, mentre l'amnesia retrograda non è sempre presente. L'eziologia è sconosciuta, anche se sono riconosciuti alcuni fattori scatenanti come un'esperienza emotiva intensa, trauma cranico minore, lutti, rapporti sessuali, ecc. La patogenesi è di incerta interpretazione: alcuni studiosi ipotizzano una reazione motoria spastica delle arterie che portano sangue ai lobi temporali e al talamo, sedi dove TAC e RMN hanno dimostrato lesioni focali; altri mettono in risalto attacchi ischemici transitori del talamo antero-mediale o dell'ippocampo. Uno studio (*Neurology* 2004; 62: 2165-70) ha evidenziato che in fase acuta le alterazioni di segnale nell'ippocampo sono così microscopiche da passare inosservate alla RMN, mentre le alterazioni della zona interessata si propagherebbero, nel periodo di tempo successivo, per poi tornare a scomparire.

La diagnosi differenziale si fa soprattutto con i TIA, l'epilessia e l'emicrania.

L'amnesia globale transitoria recidiva solo in pochi casi (dal 5% al 10% circa) e ha un decorso del tutto benigno, senza reliquati.

Non esiste terapia e nella grande maggioranza dei casi è sufficiente rendere consapevole il paziente del carattere benigno del disturbo, rassicurandolo della completa "restitutio ad integrum" delle funzioni mnesticocognitive.

■ Conclusioni

Il caso clinico descritto, che non è stato conseguente a un episodio di intensità specifica, evidenzia però che i fattori di rischio per malattia aterosclerotica possono essere un *pabulum* importante per lo scatenamento dell'amnesia globale transitoria, anche in assenza dei tradizionali eventi stressanti acuti.