

## Diagnosi errata di malattia di Alzheimer

**Leonardo Trentadue**  
Medico di medicina generale  
Ferrandina (MT)

Un'assistita di 65 anni, che non ha mai avuto problemi riguardanti la sfera neuropsicologica, si presenta in ambulatorio accompagnata dalla figlia, la quale riferisce che da alcuni mesi la madre dimentica spesso il fornello acceso, le chiavi di casa dopo essere uscita, perde il filo del discorso, fa fatica a ricordare i luoghi in cui sono riposti gli oggetti e che è soggetta a ricorrenti incubi notturni. La madre conferma puntualmente le affermazioni della figlia.

### Storia clinica

Nel dicembre del 2007, in seguito a ripetuti episodi di cefalea, la paziente esegue una TAC del cranio, che mette in evidenza una piccola calcificazione paramediana del IV ventricolo, con l'ipotesi di un minimo esito vascolare o infettivo. Dopo alcuni mesi prescrive una RNM dell'encefalo che mostra un sistema ventricolo-cisternale in asse, a morfologia conservata, modestamente dilatato in toto, per iniziali note di atrofia cerebrale diffusa e vasculopatia aterosclerotica cerebrale.

### Visita ambulatoriale

Durante la visita la paziente è vigile, collaborante, ben orientata e disposta al colloquio. La mimica e la gestualità sono adeguate al contesto; il riflesso glabellare è presente. Riflesso plantare cutaneo in flessione e non si apprezzano alterazioni dei riflessi posturali e del controllo assiale del movimento; anche la deambulazione è nella norma.

I disturbi mnesici accusati dalla paziente, richiedono però un approfondimento e così le prescrive una visita neurologica.

### Iter diagnostico

Durante la visita il neurologo esegue uno screening di abilità cognitive mediante Mini Mental State Examination, che produce un punteggio di 22/30. Sulla scorta di tale dato, lo specialista formula l'ipotesi di malattia di Alzheimer.

È ovvio lo sconcerto che assale i familiari della paziente all'annuncio del-

l'ipotesi diagnostica, con la prospettiva di onerosi patimenti per la malata e l'intero assetto familiare.

Mentre cerco di tranquillizzare e dare un sostegno psicologico ai familiari, consapevole delle conseguenze che comporta tale malattia, rifletto sulla visita che ho effettuato e del mancato riscontro di segni e sintomi neurologici gravi, se si escludono i deficit mnesici riferiti.

Decido così, di concerto con i familiari, di inviare la paziente in un centro neurologico universitario di un'altra regione, dove abitano anche dei loro parenti stretti, che garantirebbero ospitalità e assistenza alla mia paziente.

### Consulenza neurologica

La paziente si trasferisce presso tale struttura e viene sottoposta a consulenza neurologica.

L'esame neurologico obiettivo non registra nulla di rilevante, tranne i deficit legati all'età, mentre il Mini Mental State Examination mostra un punteggio di 20/30.

La paziente viene quindi sottoposta, nell'ambulatorio di riabilitazione neuropsicologica, al bilancio neuropsicologico. Con questo vengono valutati: le abilità logico-deduttive, le abilità attentive, le abilità esecutive, le abilità visivo-spaziali, la memoria a breve termine verbale e spaziale, la memoria a lungo termine, il linguaggio, l'aprassia ideomotoria, la valutazione funzionale con l'autonomia nelle attività della vita quotidiana e l'autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana.

Le conclusioni del bilancio neuropsicologico mostrano la presenza di un

decadimento delle prestazioni ai test neuropsicologici che valutano le abilità attentive, esecutive e le capacità di ragionamento logico-deduttivo.

Si consiglia una valutazione neuropsicologica di controllo da effettuare a un anno di distanza per valutare l'evoluzione del quadro cognitivo.

La relazione finale dei neurologi sottolinea che il quadro delineato non supporta la diagnosi ipotizzata in altra sede di demenza corticale tipo Alzheimer.

Il deficit cognitivo ha caratteristiche riconducibili a danno sottocorticale; la sua evoluzione, secondo quanto si evidenzia dalla storia clinica, sembra torpida, elemento questo che favorisce il mantenimento delle competenze funzionali nel breve e medio termine.

### Conclusioni e commento

Dopo questa seconda e più accurata diagnosi neurologica, sono migliorati sia il contesto familiare, con una riacquistata serenità di rapporto, sia la sintomatologia della paziente, che presenta una diminuzione dei deficit mnesici. Ora viene da sola in ambulatorio, senza segnalazioni particolari da parte dei familiari.

Il caso clinico può suggerire al medico di famiglia che è necessario sottoporre ogni diagnosi formulata, sia da altri medici che propria, alla disamina scettica, a partire anche da piccoli indizi che, opportunamente vagliati e approfonditi, potrebbero annullare il verdetto diagnostico, sovvertirlo o integrarlo a seconda dei casi, nella prospettiva di un avvicinamento progressivo verso l'esattezza della diagnosi medica.