

Disturbi della memoria

F. Mahieux-Laurent

I disturbi della memoria possono manifestarsi in moltissimi casi. Una precisa analisi delle circostanze di comparsa, dei disturbi associati e dell'impatto è fondamentale per la diagnosi. Una valutazione neuropsicologica, almeno clinica e breve, meglio se effettuata da un neuropsicologo, è essenziale per differenziare le sindromi amnesiche pure dai disturbi cognitivi più globali e, tra questi ultimi, determinare la loro eziologia. Le sindromi pure permanenti amnesiche sono legate a lesioni dell'ippocampo o del paraippocampo, di origine metabolica (sindrome di Korsakoff, encefalite limbica), vascolare, infettiva (encefalite erpetica) o neurodegenerativa. I disturbi cognitivi più ampi evidenziano, il più delle volte, una sindrome demenziale. Sono esposte le caratteristiche cliniche della malattia di Alzheimer, la demenza frontotemporale, le demenze vascolari o la demenza a corpi di Lewy, così come le sindromi rare, come le atrofie focali o la degenerazione corticobasale. I disturbi amnesici possono verificarsi nel decorso di un trauma cranico o durante encefaliti (malattia di Creutzfeldt-Jakob, virus da immunodeficienza umana [HIV], sifilide) o durante una crisi epilettica. Sono evocate anche le malattie neurologiche o generali, che possono accompagnarsi a disturbi della memoria.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Memoria; Demenza; Amnesia; Cognizione

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Semeiologia e analisi dei deficit di memoria	1
■ Semeiologia e analisi della compromissione della memoria e cognitiva	2
■ Malattie che causano problemi di memoria	3
Sindromi amnesiche	3
Demenza e atrofia focale	4
Disturbi della memoria in corso di patologie psichiatriche	8
Disturbi della memoria traumatici	8
Disturbi della memoria di origine	9
Altri disturbi della memoria	10

■ Introduzione

I disturbi della memoria sollevano un interesse in crescita e senza pari. Questo è probabilmente dovuto alla comunicazione intorno al morbo di Alzheimer, a un desiderio contemporaneo di rimanere "performante" e, infine, all'aumento dell'offerta, attraverso le consultazioni "memoria". Tuttavia, molte malattie che causano disturbi della memoria sono ancora poco conosciute e molti pazienti che soffrono di malattie che riguardano la demenza non vengono riconosciuti e, quindi, non vengono curati. Si uniscono a un simile risultato la paura della diagnosi, il disfattismo (in ogni caso, non c'è niente da fare) e l'ignoranza (tutti i vecchi perdono la memoria, è normale).

■ Semeiologia e analisi dei deficit di memoria

Lo stesso problema dei deficit di memoria si pone in modo radicalmente diverso a seconda delle modalità di instaurazione dei disturbi.

Se l'esordio è stato brutale o molto veloce, con lo stato del paziente che contrasta in modo manifesto con la sua precedente condizione, l'interesse, ovviamente, non è rivolto al deficit ma alla storia del disturbo e alla ricerca eziologica.

Se, invece, l'esordio è stato graduale o insidioso o accompagnato da altri disturbi e se è individuato solo secondariamente, l'analisi dello stesso deficit della memoria ha un suo senso.

Nella misura in cui l'identificazione di un deficit minore o moderato si basa su una valutazione neuropsicologica prolungata, è importante differenziare, nelle prime fasi dell'approccio diagnostico, le compromissioni della memoria autentiche maggiori e moderate e i disturbi leggeri o i deficit con un significato diverso.

Il deficit e la sua anamnesi devono essere analizzati con il paziente stesso, ma anche con il suo contesto familiare, unico modo per confermare la storia dei disturbi e, in particolare, il loro impatto e i segni di accompagnamento.

Il primo elemento di discriminazione è la natura del deficit, che impone di raccogliere esempi specifici:

- vi è un oblio a misura, anche solo iniziale? Domande identiche ripetute, appuntamenti dimenticati, oggetti "messi in ordine" introvabili, difficoltà a ricordare i nomi dei parenti;

“ Punto importante

L'analisi di deficit di memoria deve comprendere:

- la natura del deficit (disturbo reale o disturbo dell'attenzione);
- il modo in cui si è instaurato (insidioso, veloce o a vari livelli);
- i disturbi comportamentali associati da ricercare sistematicamente;
- l'impatto del disturbo, anche se è apparentemente leggero;
- il parere del contesto familiare è fondamentale.

- ci sono disturbi del comportamento più attento? Ricerca di oggetti riposti, perdita del filo del discorso tra due frasi, difficoltà a effettuare i compiti mnemonici senza interesse per il paziente;
- il deficit si riferisce a capacità chiaramente valutate male? Apprendimento di una lingua straniera, ripresa tardiva di studi teorici, apprendimento dell'uso del "computer" senza uno scopo preciso.

Il secondo punto riguarda la storia del disturbo: esordio insidioso, a livelli successivi o rapidamente progressivi, la presenza di un evento scatenante (patologia acuta, anestesia, evento della vita) e, soprattutto, l'esistenza di disturbi associati, in particolare disturbi comportamentali e deficit neurologici. Per quanto riguarda i primi, bisogna essere consapevoli del fatto che essi sono raramente riportati volontariamente e che devono essere ricercati sistematicamente. Alcuni possono essere evocativi sia di una demenza precoce che di una malattia ansiosodepressiva (apatia, irritabilità, anoressia, disturbi del sonno), mentre altri orientano verso malattie specifiche: fluttuazioni franche e allucinazioni precoci delle demenze a corpi di Lewy, disinibizione verbale, alimentare, finanziaria o sessuale e qualsiasi altro comportamento "bizzarro" devono far evocare una demenza frontotemporale.

L'ultimo punto, ma fondamentale, è quello dell'impatto del disturbo. Tale impatto è il punto chiave che determinerà il livello di gravità della diagnosi finale:

- alterazione franca delle attività di base della vita quotidiana (alimentazione, igiene personale) indicano una demenza moderatamente grave-grave;
- interruzione delle attività semielaborate (rispetto effettivo dei trattamenti, controllo delle attività domestiche: fare le pulizie, fare la spesa, rapporti familiari, autonomia negli spostamenti al di fuori delle immediate vicinanze), evocativa di una demenza già moderata;
- alterazioni delle attività elaborate, prerogative dei deterioramenti iniziali, da ricercare assolutamente (dichiarazione dei redditi, organizzazione di viaggi a lunga distanza, gestione delle piccole emergenze domestiche, abbandono delle attività di piacere precedenti).

■ Semeiologia e analisi della compromissione della memoria e cognitiva

Una valutazione neuropsicologica è essenziale per stabilire un profilo del disturbo della memoria ed eventuali altri disturbi cognitivi. Il suo campo di applicazione dipende, tuttavia, dal livello globale di gravità del disturbo. Se il paziente ha già un profondo deterioramento, si avranno maggiori difficoltà a partecipare a una valutazione che può essere solo faticosa e dolorosa, mentre una breve valutazione clinica può aiutare a stabilire rapidamente questo profilo. Al contrario, in caso di danni minori e soprattutto in caso di dubbio, è necessaria una valutazione neuropsicologica completa in un centro specializzato (consultazione memoria).

“ Punto importante

Esame neuropsicologico rapido

- Memoria: orientamento spaziale e temporale, nome ed età dei bambini, data delle nozze, prova delle cinque parole.
- Linguaggio: espressione spontanea (trucchi, cose, "lapsus").
- Denominazione di un oggetto (interruttore, tampone, stanghette degli occhiali, pila elettrica, computer portatile).
- Prassie gestuali di imitazione (farfalla, doppio anello, rombo indice/pollice).
- Abilità visuospatiali costruttive: disegno di un cubo (con tutte le linee).
- Giudizio: critica di storie assurde, somiglianze e differenze.

Una valutazione neuropsicologica deve, quindi, includere una prima valutazione globale (tipo Mini Mental Status di Folstein), seguita da un'esplorazione di tutto il settore delle capacità cognitive: memoria, ovviamente, ma anche linguaggio, prassie, abilità visuospatiali, giudizio, attenzione e funzioni esecutive. Solo questo screening completo permetterà la scansione di tutti gli elementi di liste diverse di criteri e, quindi, di porre una diagnosi affidabile. Sotto un certo livello di deterioramento, possono essere decisivi dei semplici test.



Un esempio di valutazione clinica rapida è presentato nella Figura 1.

“ Punto importante

Glossario

- Ricordo libero: quali sono le parole che le ho detto ora?
- Ricordo con un indizio: tra queste parole, c'era il nome di un fiore.
- Richiamo immediato: domanda appena dopo aver mostrato gli elementi da ricordare.
- Richiamo ritardato: domanda qualche minuto più tardi, dopo un altro compito.
- Intrusioni: risposte false.
- Indizio: farsi dare una caratteristica dell'elemento di ricordare, come la sua categoria semantica (animali, frutta, mestiere, ecc.).
- Capacità esecutive: conoscenza cognitiva sviluppata di utilizzo del sapere: ragionamento, elaborazione, mantenimento e cambio di strategia, capacità di capire e identificare i concetti, capacità di inibire un automatismo; queste capacità sono considerate dipendenti dai lobi frontali.
- Memoria episodica: riguarda la memoria "giorno per giorno" con la conservazione del contesto dell'acquisizione del ricordo.
- Memoria semantica: conoscenza globale delle cose, delle regole di funzionamento e del livello di istruzione, quando il ricordo della cosa conosciuta avviene senza memoria del momento preciso del suo apprendimento.
- Memoria implicita: è messa in gioco quando l'apprendimento e il ricordo non sono fatti consapevolmente, come un "souvenir", ma semplicemente con l'uso delle conoscenze acquisite.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757756>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757756>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)