

Clinica
Neurologica



LE ATASSIE sensitive e cerebellari

ENRICO GRANIERI

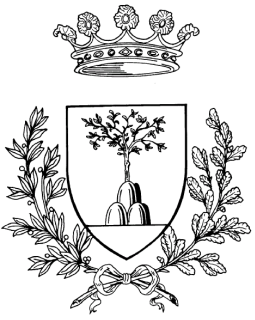
Dipartimento di Clinica Neurologica

Università di Ferrara

enrico.granieri@unife.it

granieri webpage www.docente.unife.it/enrico.granieri

<http://www.unife.it/dipartimento/medico-chirurgiche/sezioni/neurologia>

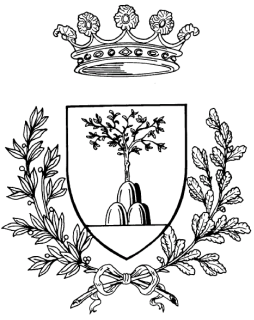


Equilibrio: definizione

Funzione sensori-motoria complessa deputata al mantenimento della ***postura***, della ***stazione eretta*** in condizione di movimento o di immobilità del corpo rispetto allo spazio o viceversa.

Sensazione equilibrio e posizione nello spazio è una funzione integrata di molteplici informazioni sensoriali periferiche al cervello



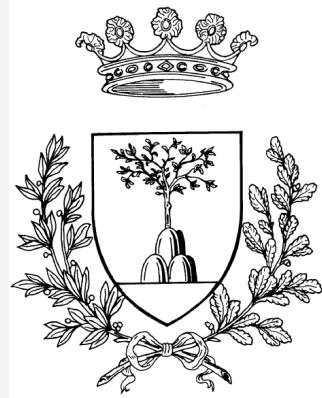


Equilibrio e postura

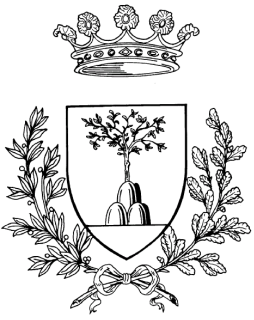
- La postura è controllata da complessi processi neuromuscolari
- **La postura:** posizione assunta dalle varie parti del corpo le une rispetto alle altre:
 - **sistema di coordinate egocentriche, e rispetto all'ambiente circostante**
 - **sistema di coordinate exocentriche;**
- terzo sistema di riferimento: campo gravitazionale: **sistema di coordinate geocentrico.**
- L'orientamento di una parte del corpo può essere descritto in relazione ad uno di questi sistemi.



coordinazione motoria

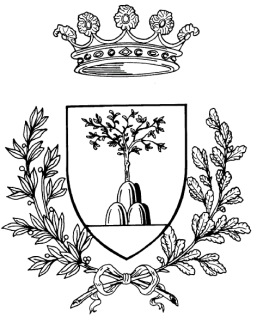


- Il sistema della coordinazione motoria si avvale anche dell'attività sinergica dei gruppi muscolari, cioè della capacità di adeguare il grado di contrazione muscolare nei diversi muscoli che partecipano al movimento stesso.



“Atassia”

- “Atassia” deriva dal greco “αταξία”, mancanza di ordine.
 - Sinonimo di incoordinazione, goffaggine nel movimento,
 - non dipende da ipostenia dei muscoli.
 - Può interessare i movimenti degli occhi,
 - la parola (con conseguente disartria),
 - singoli arti,
 - tronco,
 - stazione eretta,
 - deambulazione.
-
- Più in generale si fa riferimento alla atassia statica e alla atassia dinamica.

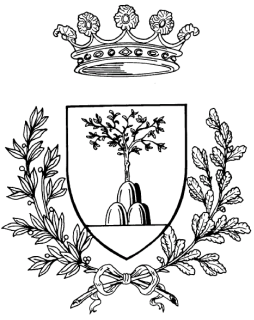


“Atassia”

ATASSIA:

disturbo della coordinazione che,
indipendentemente da ogni deficit motore,
altera:

- **La misura e la direzione del movimento**
- **Le sinergie posturali e di equilibrio che al movimento volontario stesso sono strettamente associate**



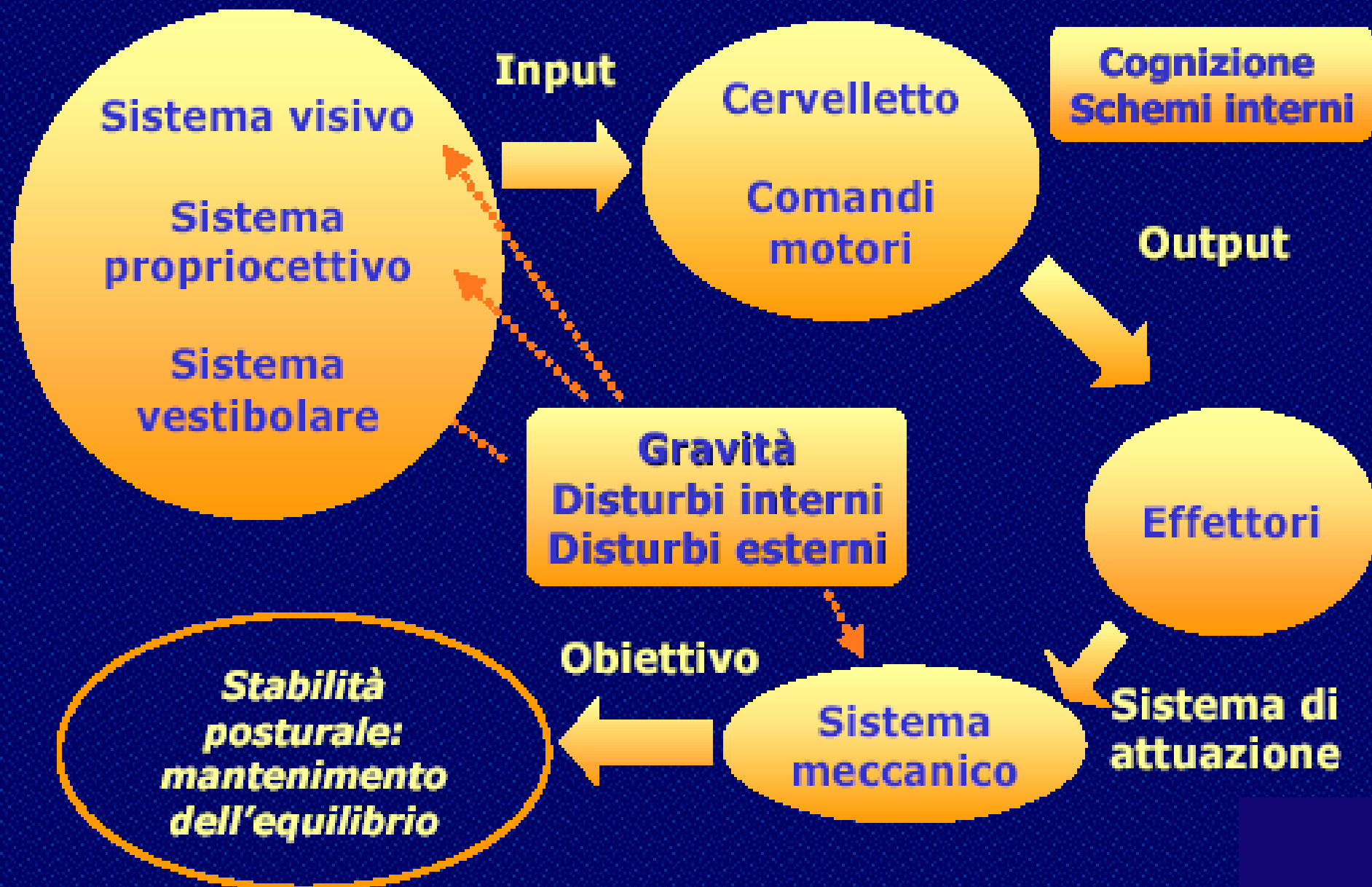
ATASSIA

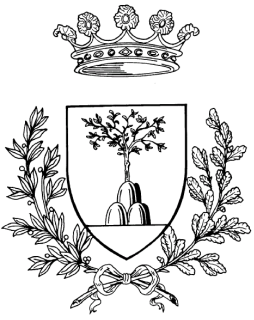
- **L'atassia è in genere resistente agli esercizi di recupero funzionale (fisioterapia) e forse alla promozione motoria.**
- **In uno stadio precoce, un'andatura barcollante può essere migliorata: incoraggiando il paziente**
 - a camminare su una superficie stretta e
 - a concentrarsi nel mantenimento di una postura eretta.

Il sistema di controllo

Sistema afferente

Sistema di elaborazione

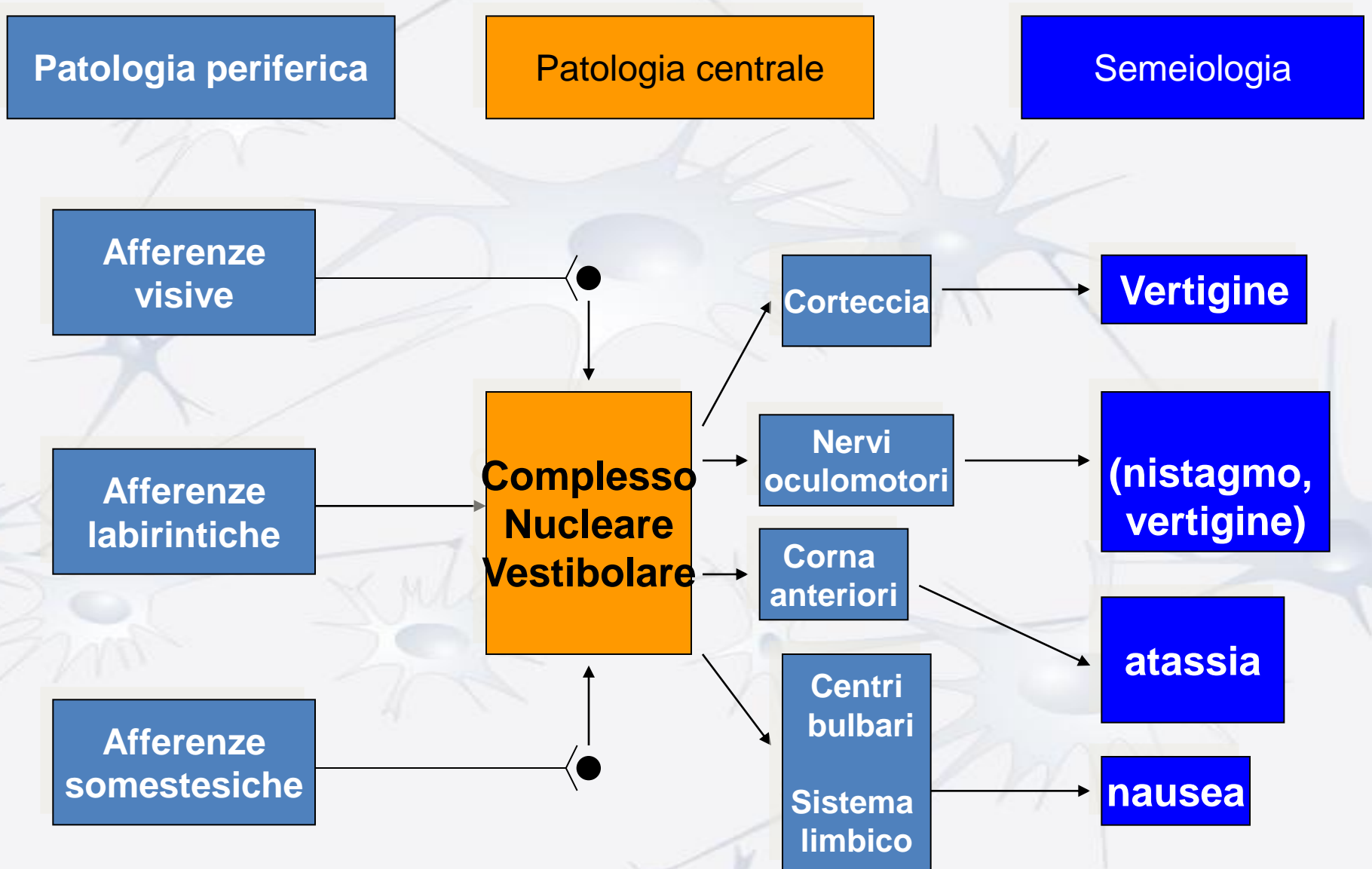


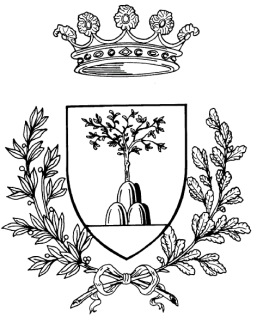


Coordinazione motoria, *sinergia*

- La coordinazione motoria si esprime solitamente come un'attività non cosciente che viene regolata da diversi sistemi funzionali:
 - il cervelletto,
 - il sistema sensitivo,
 - l'apparato vestibolare,
 - l'apparato visivo,
 - il cervello.

CONTROLLO POSTURALE: PATOLOGIA





Atassia e anomalie posturali

Αταξία

Clinica
Neurologica



ATASSIA:

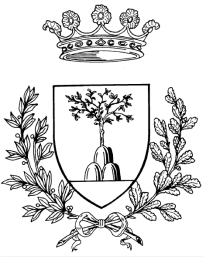
Sensitiva

**vie periferiche propriocettive,
midollari lemniscali (cordoni posteriori)
strutture talamiche**

Cerebellare

Vestibolare

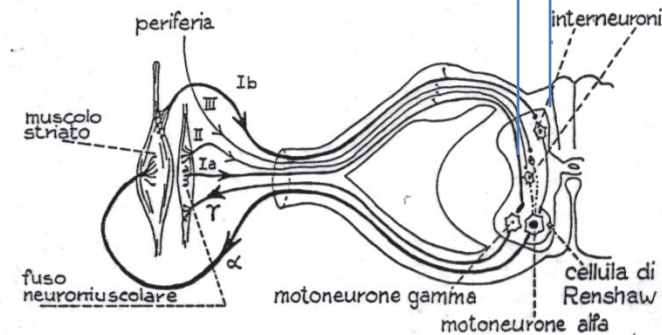
Corticale: Frontale, Parietale, Temporale,



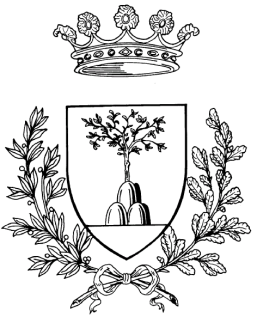
Informazioni sensitive che partecipano alla sensibilità cosciente

- **Vie della sensibilità profonda cosciente:**
- **senso di posizione e di movimento,**
- **sensibilità alla pressione ed al peso,**
- **sensibilità vibratoria,**
- **sensibilità dolorifica profonda,**
attraverso le colonne dorsali
- o posteriori **al talamo e alla corteccia**

*Talamo e
Corteccie Cerebrali*



- **Informazioni propriocettive incoscienti al cervelletto**
attraverso i fasci spinocerebellari diretti e crociati



COORDINAZIONE MOTORIA



- Il sistema sensitivo è un sistema integrato e complesso di cellule e fibre nervose che trasporta le informazioni afferenti (dalla periferia). E determina la **TASSIA SENSITIVA**.
- Il cervelletto è situato in fossa cranica posteriore, dorsalmente al tronco encefalico, cui è unito mediante tre peduncoli, costituiti principalmente da fibre nervose. Il cervelletto governa la **TASSIA CEREBELLARE**.
- L'atassia cerebellare è causata da lesioni che possono interessare il cervelletto stesso o le sue connessioni afferenti ed efferenti, sia nel midollo spinale, che nei peduncoli, che nelle vie lungo il cervello.

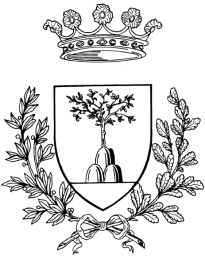


Disturbi Motori secondari a difetti sensitivi propriocettivi



ATASSIA SENSITIVA

- I difetti delle sensibilità propriocettiva si esprimono principalmente con disturbi motori.
- **CARATTERISTICA COMUNE – CHE LI DISTINGUE DA QUELLI DI ORIGINE CEREBELLARE – È DI COMPARIRE O DI PEGGIORARE ALLA CHIUSURA DEGLI OCCHI.**
- Costituiscono l'atassia sensitiva, priva di valore localizzatorio: disfunzione delle fibre vettrici delle sensibilità profonde a livello
 - dei nervi periferici,
 - del midollo (cordoni posteriori),
 - del tronco encefalico, e
 - del sistema talamo-parietale.



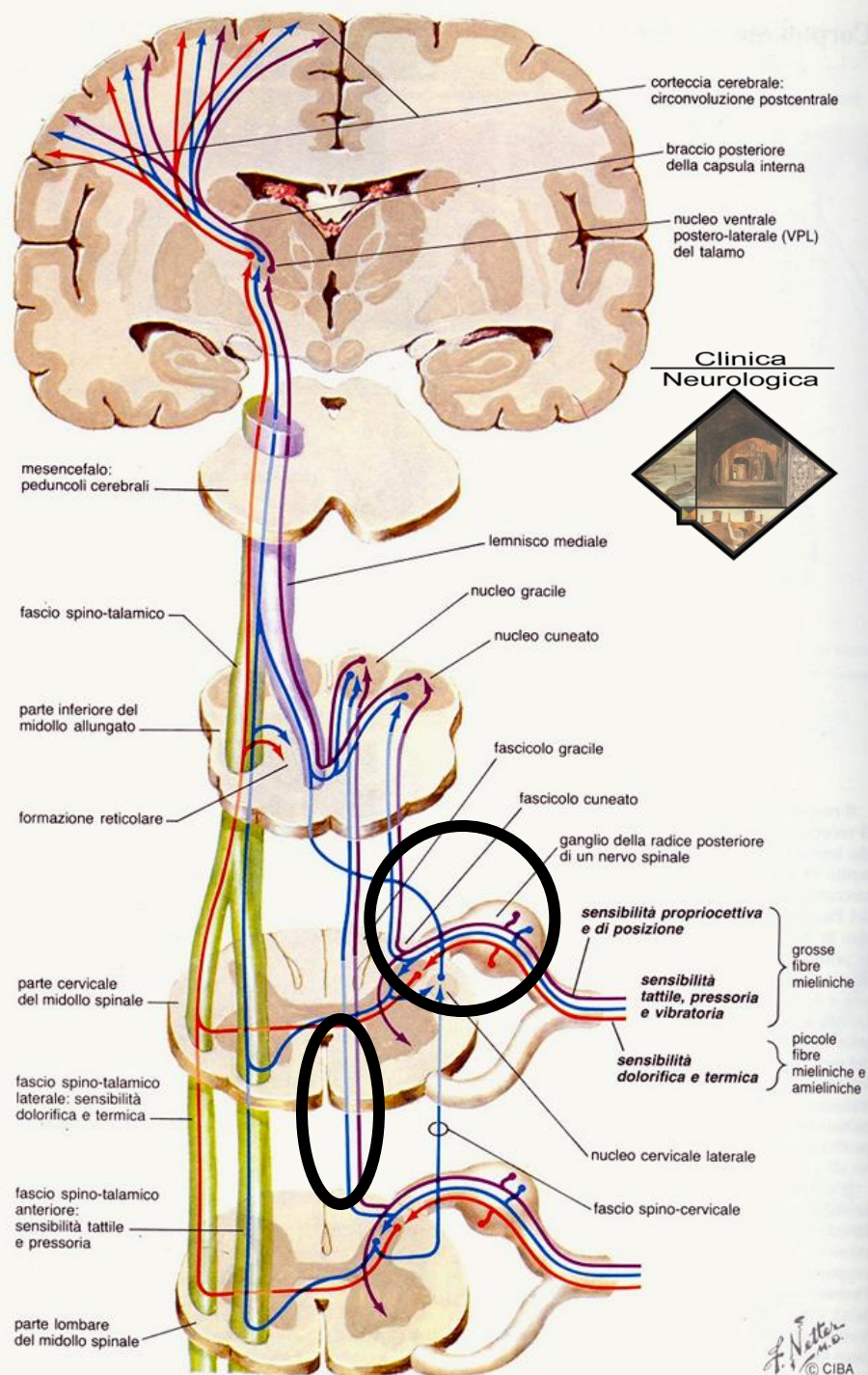
vie ascendenti

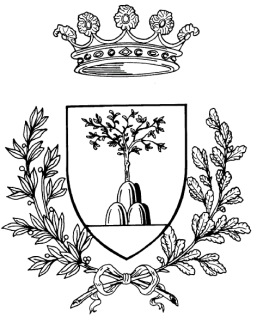
due vie ascendenti in parallelo:

– la via principale per le sensazioni tattili e propriocettive: i nervi sensitivi e il sistema delle colonne dorsali: detto anche sistema lemniscale : **QUESTA È LA VIA CHE QUANDO ALTERATA DETERMINA ATASSIA SENSITIVA.**

– via che veicola sensazioni dolorose e, in minor misura le sensibilità tattili: sistema anterolaterale:

- neospinotalamico
- paleospinotalamico





TONO MUSCOLARE

- Secondo Foix (1924) il tono muscolare rappresenta una tensione attiva involontaria che varia di intensità secondo le diverse azioni sincinetico riflesse che la rinforzano o la inibiscono.
- E' un fenomeno di natura riflessa e dipende in gran parte dal riflesso da stiramento o miotatico

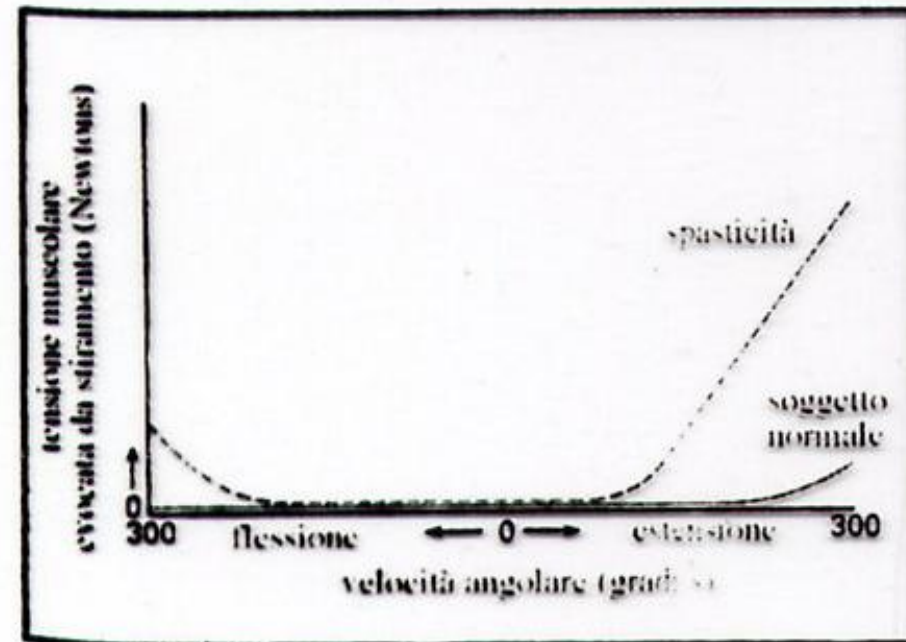


Tono muscolare

Clinica
Neurologica



- Il tono è la resistenza allo stiramento passivo del muscolo.
- **La resistenza è velocità-dipendente.**
- Quando si esamina il tono muscolare, si deve ricorrere a **“manovre di “allungamento”** piuttosto energico per mettere in luce un’eventuale risposta con aumento di tono (spasticità).





Funzioni motorie e toniche



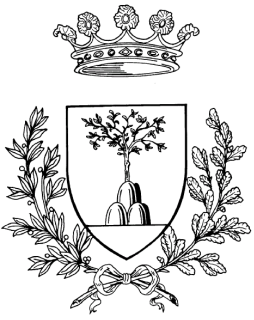
- Lo studio di queste due funzioni non può essere mantenuto separatamente, dal momento che sono indissociabili l'un l'altra.
- Hanno in comune i sistemi effettori e un gran numero di sistemi regolatori.
- Ogni attività motoria è obbligatoriamente accompagnata da una attività tonica.



Funzioni motorie e toniche



- Nei sistemi stessi di “*comando motorio*” la distinzione non è facile dal momento che **attività toniche e movimenti involontari sono scatenati anche volontariamente.**
- L’attività tonico-motoria forma un **sistema capace di modalità d’esecuzione differente**, che risulta dalla messa in gioco di quei diversi sistemi che concorrono al suo compimento.

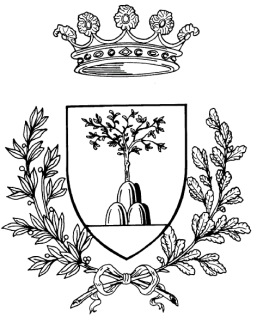


TONO MUSCOLARE

Definizione adottata dai clinici (riduttiva):
**resistenza alla mobilizzazione passiva di un
segmento corporeo**

Esplorazione del tono in clinica: occorre esplorare
il tono:

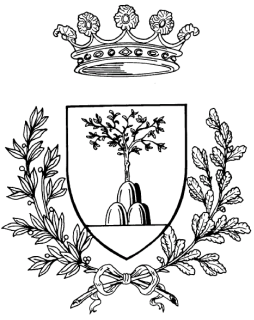
- A riposo
- Nel mantenimento di attitudini
- Durante il movimento



TONO MUSCOLARE

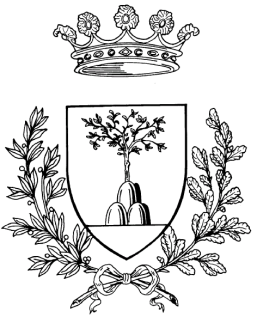
Definizione adottata dai clinici (riduttiva):
**resistenza alla mobilizzazione passiva di un
segmento corporeo**

- **In generale:**
- **L'ATASSICO E' IPOTONICO**, *salvo situazioni cliniche in cui è presente anche spasticità: SINDROME ATASSO-SPASTICA, nelle patologie del midollo spinale casomai associate a patologie cerebellari: spesso è il caso della sclerosi multipla.*



Esplorazione del tono in clinica:

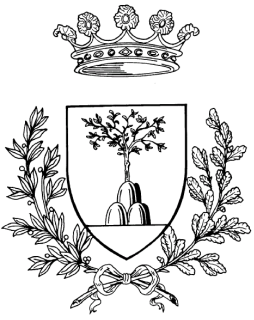
- A riposo si valuta:
- Consistenza muscolare
- Grado di estensibilità
- Grado di resistenza all'allungamento
- Ballottamento
- *Come sarà il tono a riposo nell'atassia sensitiva?*



Esplorazione del tono in clinica

Nel mantenimento di attitudini si valuta:

- La posizione che assumono i diversi segmenti corporei nella stazione eretta o nel mantenimento di certe posture.
- I disordini del tono modificano attitudini del capo, del tronco e degli arti.



ESPLORAZIONE DEL TONO IN CLINICA

Durante il movimento si valuta:

- Movimenti volontari e automatici segmentali e globali, prossimali e distali (es. prensione, scrittura, parola)
- La marcia (modo di flettere le ginocchia, poggiare i piedi al suolo, voltarsi etc.)
- Le variazioni posturali: alzarsi, sedersi, voltarsi nel letto, etc
- L'esplorazione del tono va fatta con una valutazione della ripartizione topografica dell'eventuale disordine.



• In una neuropatia che colpisce prevalentemente le vie sensitive i sintomi **NEGATIVI** sono rappresentati da riduzione della sensibilità tattile, termodolorifica, vibratoria e propriocettiva articolare e muscolare (**ATASSIA**)

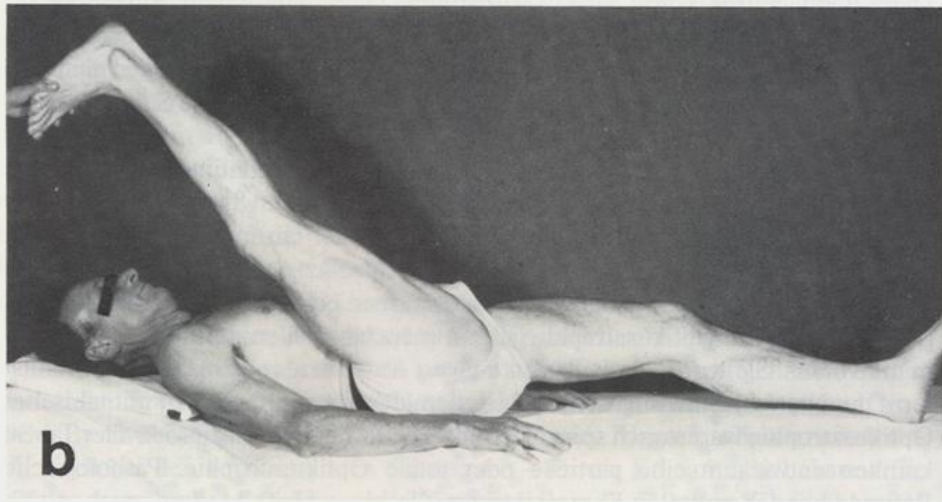
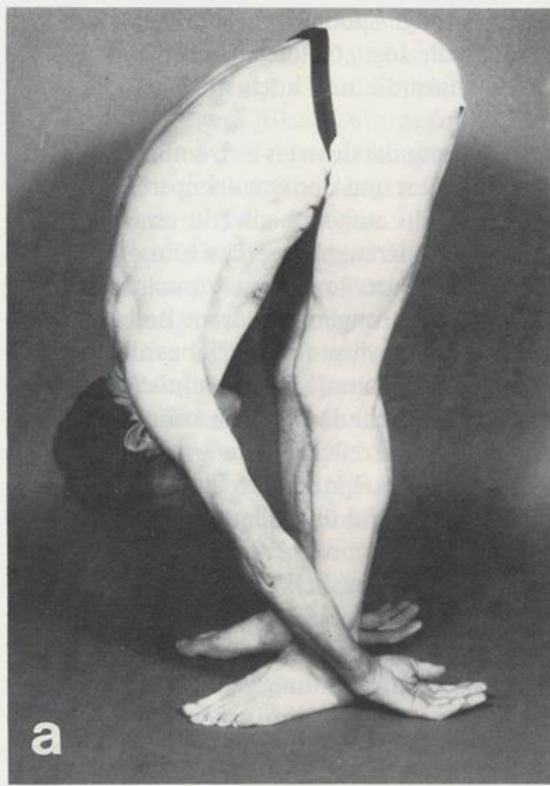


Abb. 5. Abnorme Beweglichkeit eines 59jährigen Patienten mit Tabes dorsalis, ausgeprägte aktive und passive Beugefähigkeit von Rumpf (a) und Hüftgelenk (b)



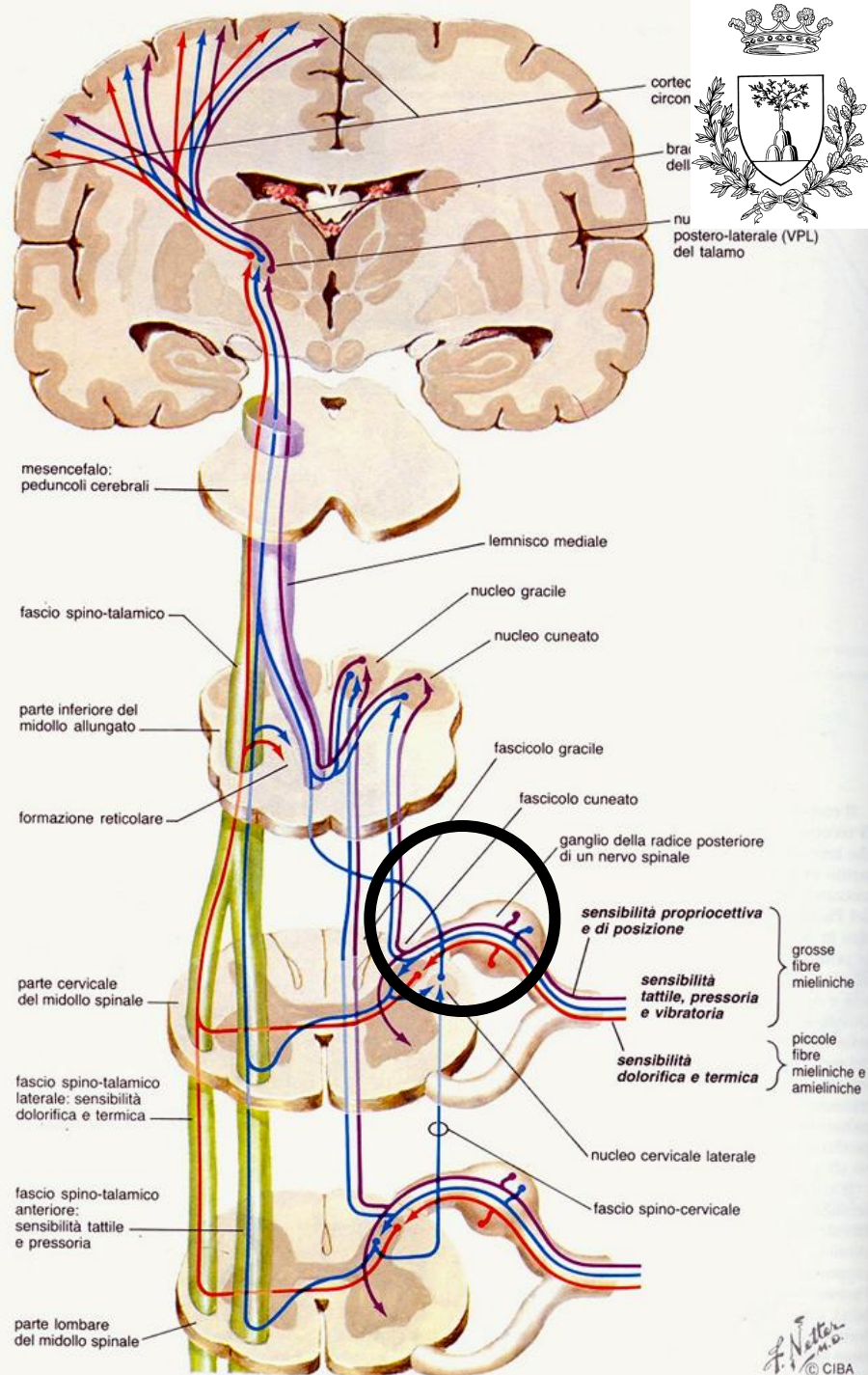
Vie ascendenti

due vie ascendenti in parallelo:

- la via principale per le sensazioni tattili e propriocettive: i nervi sensitivi e il sistema delle colonne dorsali: detto anche sistema lemniscale : **QUESTA È LA VIA CHE QUANDO ALTERATA DETERMINA ATASSIA SENSITIVA.**

- via che veicola sensazioni dolorose e, in minor misura le sens tattili: sistema anterolaterale:

- neospinotalamico
- paleospinotalamico



Atassia nelle Neuropatie Diabetiche 1992, E. Granieri



AMD

**LA NEUROPATIA DIABETICA
SENSITIVO-MOTORIA:
CLASSIFICAZIONE E PRINCIPALI
QUADRI CLINICI**

POLINEUROPATIE SIMMETRICHE



POLINEUROPATIE DISTALI

NEUROPATIE AUTONOMICHE

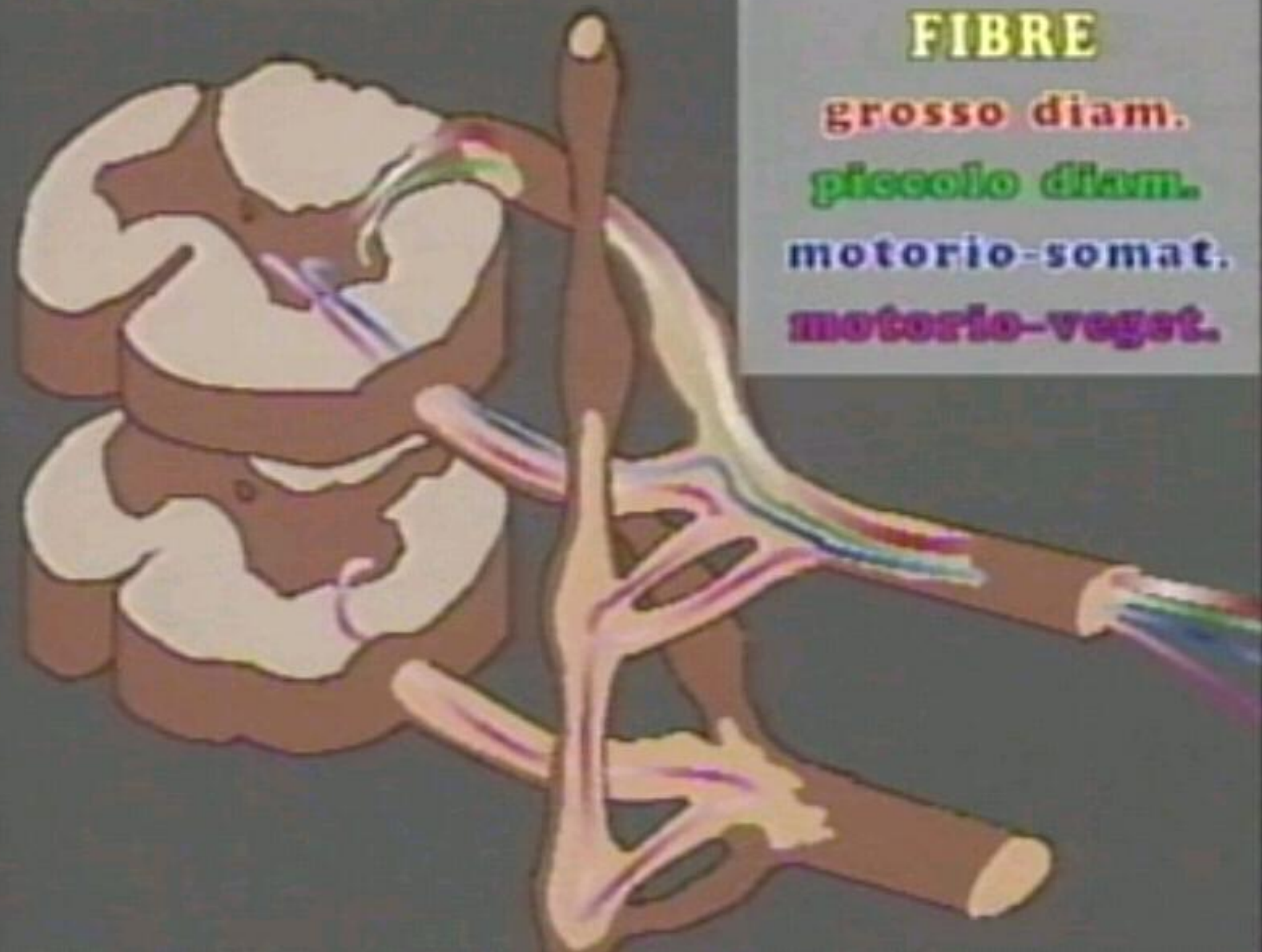
FIBRE

grosso diam.

piccolo diam.

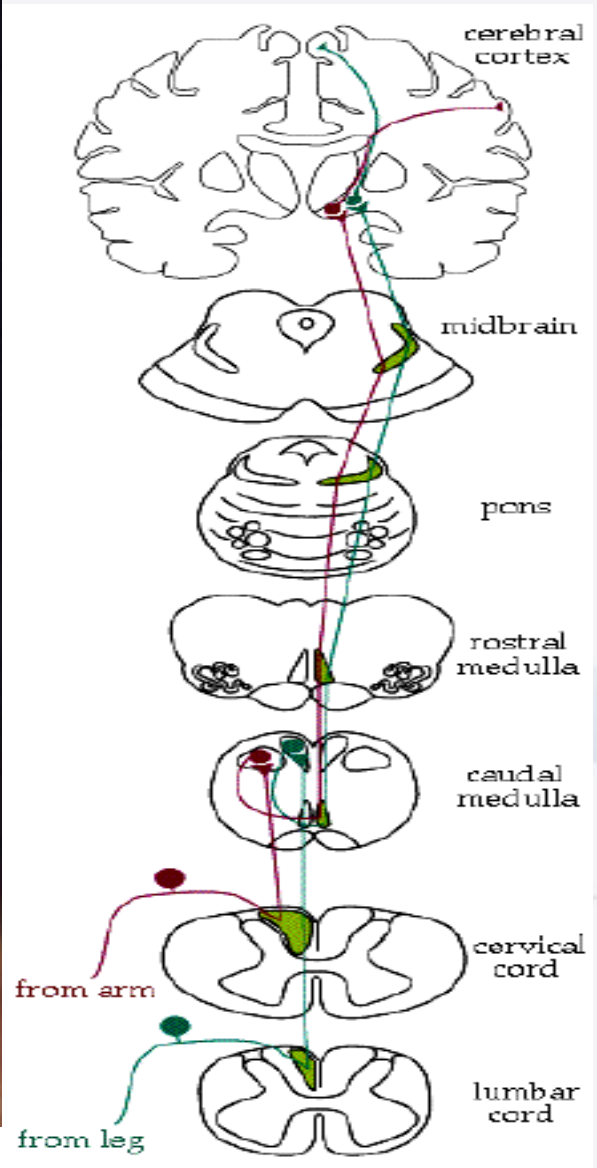
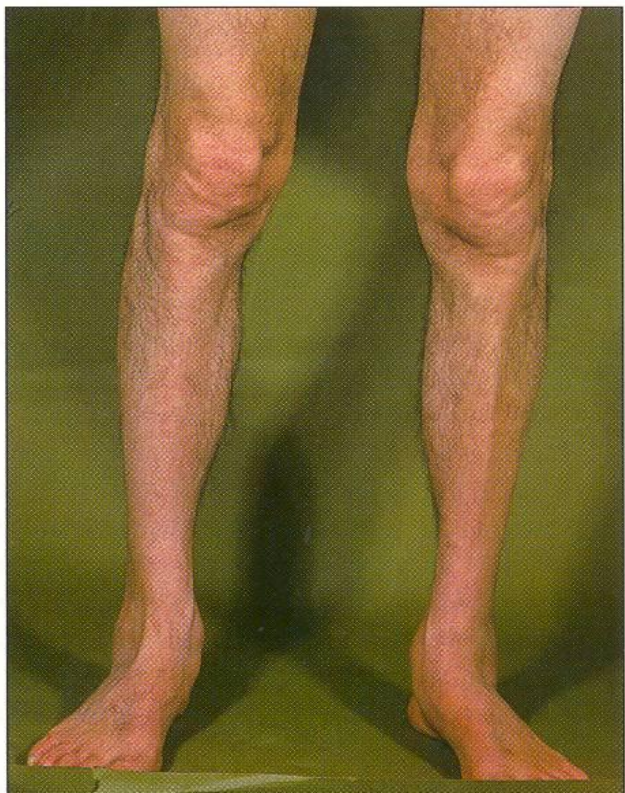
motorio-somat.

motorio-veget.





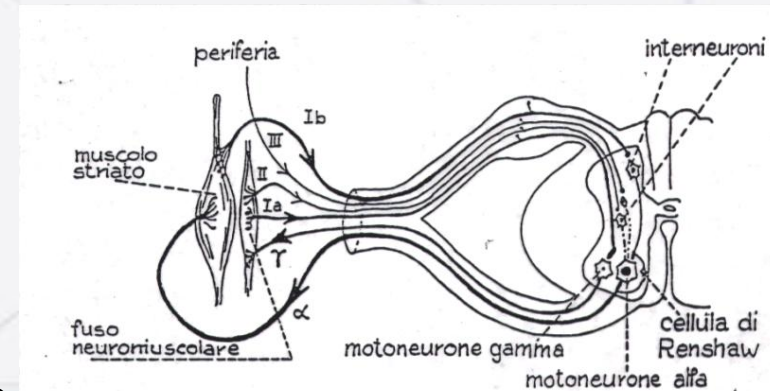
Vie sensitive propriocettive coscienti e incoscienti





Disturbi Motori secondari a difetti sensitivi propriocettivi ATASSIA SENSITIVA

- La natura sensitiva dei disturbi motori è anche dimostrata dal riscontro di difetti delle sensibilità profonde:
- Perdita del senso di posizione
- Perdita del senso di movimento passivo
- Perdita delle sensibilità vibratorie
- RIDUZIONE DELLE SENSIBILITA' TATTILI EPICRITICHE.
- IPOTONIA MUSCOLARE
- IPOREFLESSIA PROFONDA











RIFLESSO PATELLARE (ROTULEO)

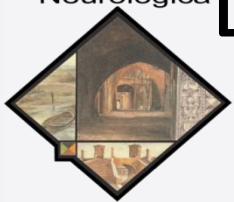
RIFLESSO ACHILLEO



I RIFLESSI PROFONDI OSTEOTENDINEI SONO ABOLITI



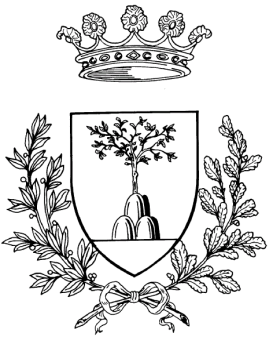




Disturbi Motori secondari a difetti sensitivi propriocettivi **ATASSIA SENSITIVA**

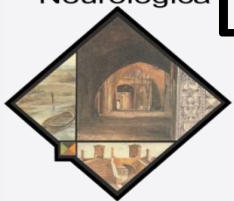


- **1) DISTURBI DELLA STAZIONE ERETTA:**
- A occhi aperti la stazione eretta è di solito possibile, con allargamento del poligono d'appoggio e qualche oscillazione del tronco.
- Appena chiude gli occhi, il malato presenta oscillazioni più intense e tende a cadere in tutte le direzioni.
- Nei casi più gravi la stazione eretta è impossibile anche a occhi aperti



Atassia sensitiva

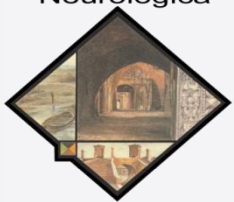




Disturbi Motori secondari a difetti sensitivi propriocettivi ATASSIA SENSITIVA



- **2) DISTURBI DELLA MARCIA:**
- A occhi aperti è di solito possibile, pur con qualche sbandamento.
- Tipicamente, il paziente solleva eccessivamente il ginocchio e batte a terra con forza il tallone anziché la punta del piede (marcia talloneggiante).
- La chiusura degli occhi peggiora nettamente la marcia e può provocare la caduta.



Disturbi Motori secondari a difetti sensitivi propriocettivi

ATASSIA SENSITIVA

- **DISTURBI DEL MANTENIMENTO DI UNA POSTURA:**
- Si mettono in evidenza con le prove di Mingazzini:

POSTURE ANTIGRAVITARIE DEGLI ARTI:

- Se esiste un difetto delle sensibilità propriocettive la postura è mantenuta a occhi aperti; ad occhi chiusi gli arti presentano oscillazioni aritmiche e lente, di piccola ampiezza. Soprattutto evidenti alle mani:

I polsi tendono a flettersi e le dita compiono movimenti asincroni e lenti.



CAUSE DI POLINEUROPATIA SUBACUTA O CRONICA SIMMETRICA, MISTA MOTORIA E SENSITIVA



• **Metaboliche**

- Diabete mellito
- Insufficienza renale cronica
- Ipotiroidismo
- Acromegalia
- Disturbi metabolici ereditari

– *Stati carenziali*

- Tiamina (B1)
- Acido pantotenico(B2)
- Piridossina(B6)
- Cianocobalamina(B12)

- Digiuno
- Malassorbimento
- Iperemesi

• **Tossiche**

- Alcool
- Tallio,arsenico,piombo
- N-esano
- Acrilamide
- Tri-ortocresyl fosfato

• **Farmaci**

- *Antineoplastici*: vincristina, procarbazine, nitrofurazone, etoposide, clorambucile

- *Antimicrobici*: isoniazide, etionamide, itrofurantoina, metronidazolo, cloroquinolo, dapsona

- *Farmaci cardiovascolari*: perexillina, amiodarone

- *Antireumatici* : oro, penicillamina

- *Anticonvulsivanti* . Fenitoina

- *Farmaci vari* : disulfiram

• **Neuropatia associata a carcinoma**

- **Neuropatie associate a disordini del sistema immunitario** in associazione con **collagenopatie**,

- infomi e paraproteinemie, polineuropatia infettiva subacuta, infezione da HIV, Epstein-Barr, citomegalovirus e Herpes zooster, iniezioni di siero di cavallo – tossina antitetanica

• **Neuropatie ereditarie**

vie ascendenti

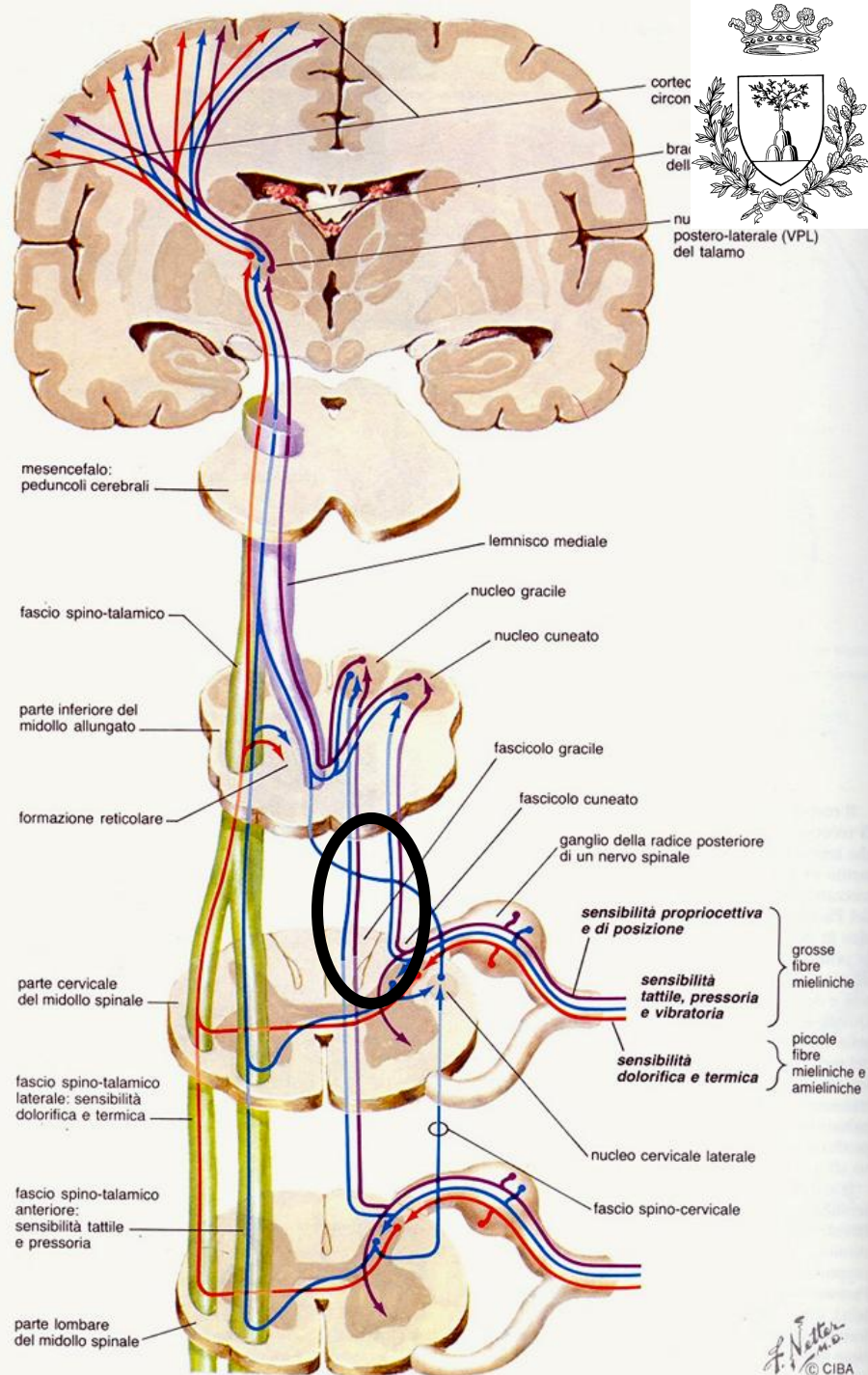


- due vie ascendenti in parallelo:

- la via principale per le sensazioni tattili e propriocettive: i nervi sensitivi e il sistema delle colonne dorsali: detto anche sistema lemniscale : **QUESTA È LA VIA CHE QUANDO ALTERATA DETERMINA ATASSIA SENSITIVA.**

- via che veicola sensazioni dolorose e, in minor misura le sens tattili: sistema anterolaterale:

- neospinotalamico
- paleospinotalamico





Ganglionopatie: T2+ cordoni posteriori



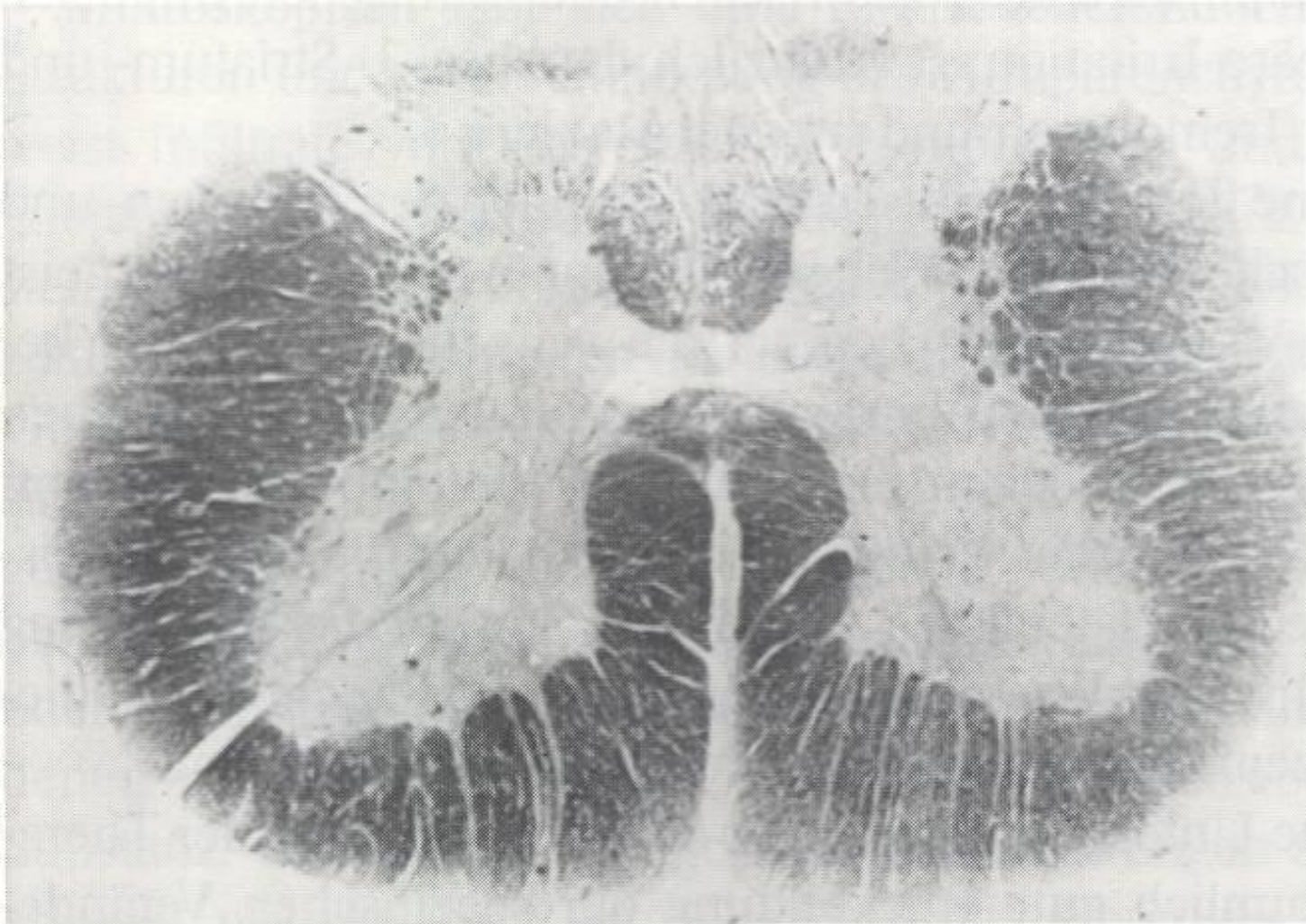
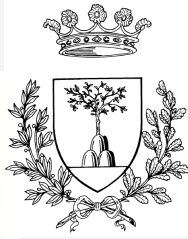
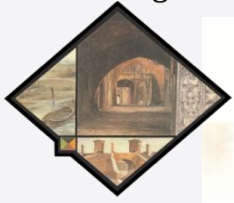
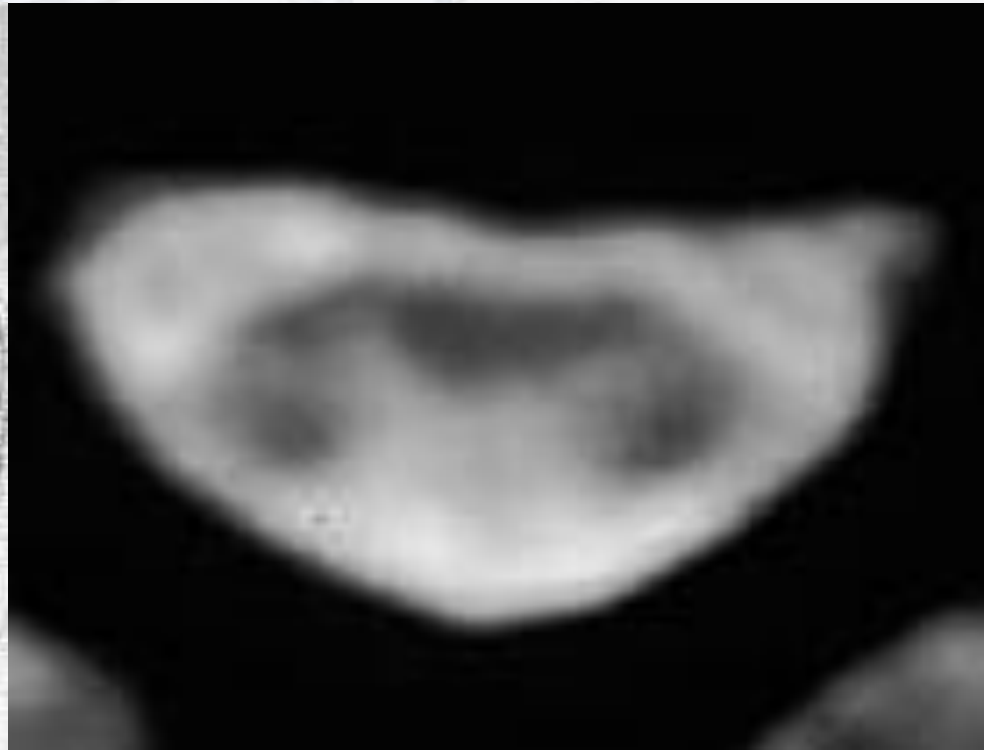


Abb. 1. Tabes dorsalis. Hinterstrangdegeneration; Demyelinisierung
(scheidenfärbung)

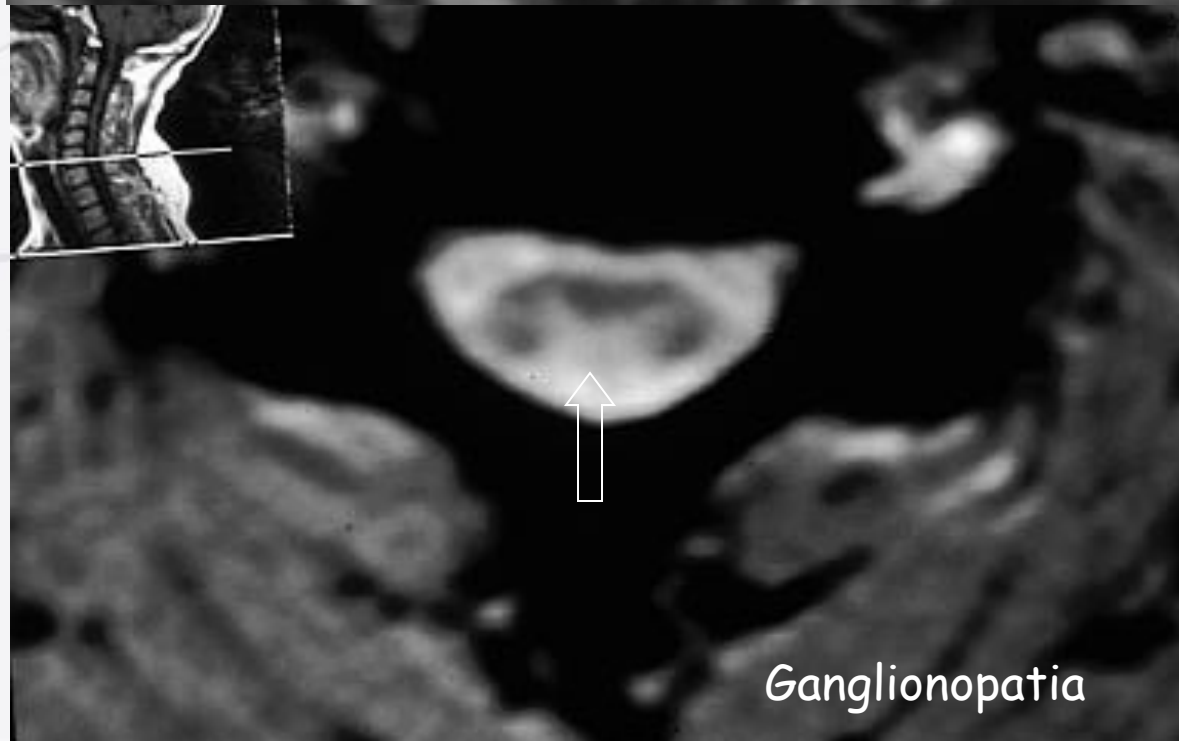
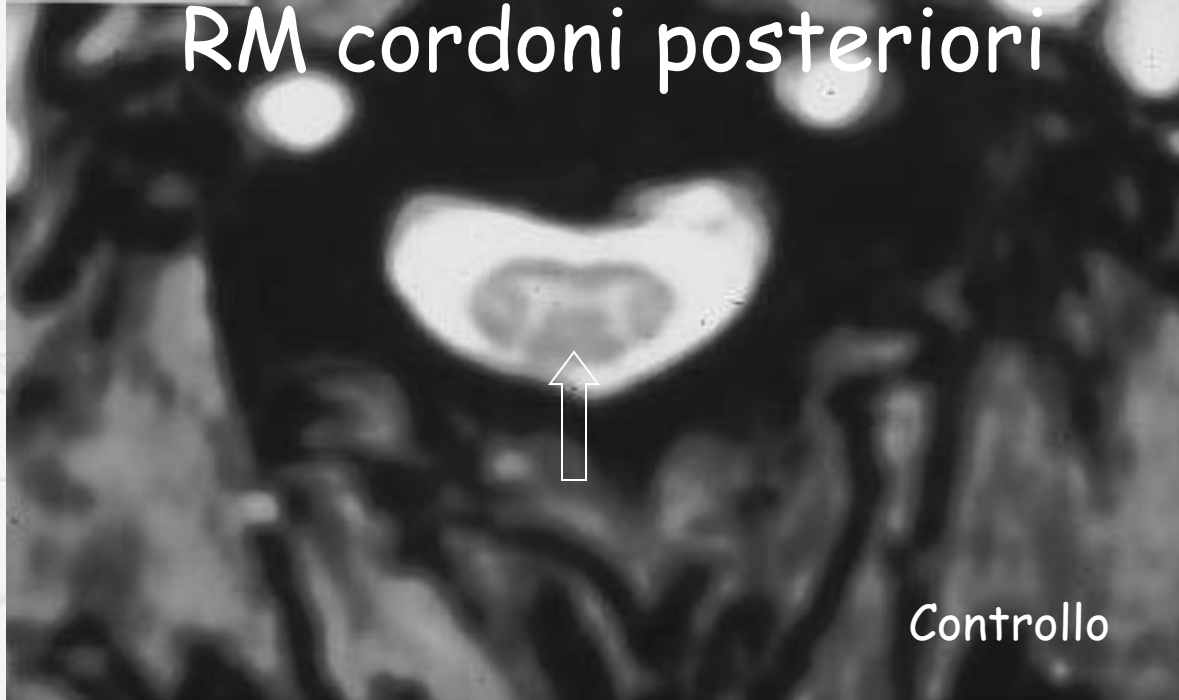


Degenerazione dei cordoni posteriori anemia megaloblastica





RM cordoni posteriori





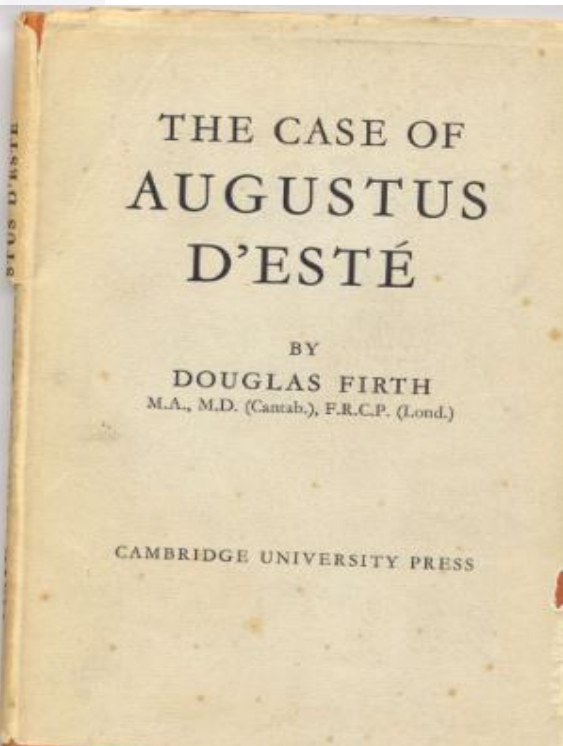
IL CASO DI AUGUSTO D'ESTE

di

DOUGLAS FIRTH

Edizione italiana a cura di
ENRICO GRANIERI

Traduzione di
PATRIK FAZIO





*cerimonia di presentazione
dell'edizione italiana del libro*

Il caso di Augusto d'Este

di Douglas Firth, 1948, Gran Bretagna

La malattia di Augusto d'Este.

*A un discendente degli Estensi si deve
la prima testimonianza sulla sclerosi multipla.*

Edizione italiana a cura di Enrico Granieri

traduzione di Patrik Fazio

15 Dicembre 2009 ore 15,30

Aula Magna dell'Università

Palazzo Renata di Francia

Via Savonarola 9, Ferrara

Moderatori

Enrico Granieri e Alfredo Santini

Saluto del Prorettore Valeria Ruggero

Interventi di:

Patrik Fazio *medico specializzando in neurologia*

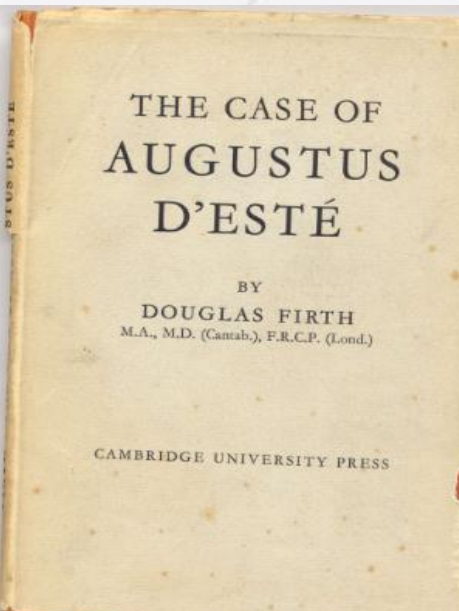
Angela Andrisano *presidente comitato editoriale UnifePress*

Mario Battaglia *presidente Fondazione Italiana Sclerosi Multipla*

Discendenti casato d'Este: S.A.I.R. Arciduca Martino d'Austria

Este

Ingresso libero

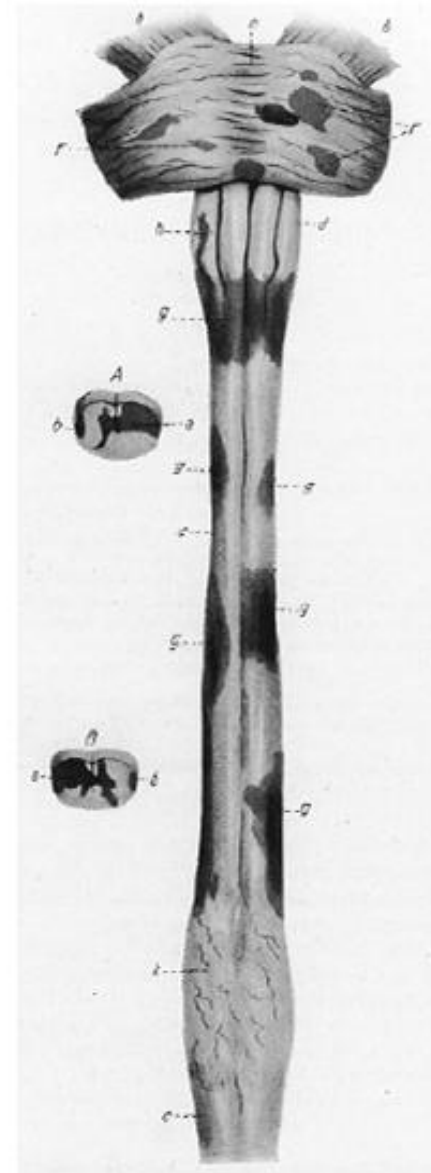




på normalt sätt. Jag kunde ännu en gång gå ut och promenera.»

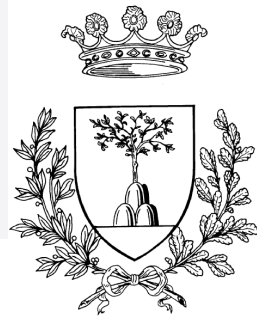
Snart kunde sir Augustus inte längre delta i jakter eller dansa vid baler. År 1828 hade han svårigheter att gå på ojämnt underlag och i trappor, och han beskriver fortsatta smärtsamma känselsymtom och fatigue [1-4]. Han fortsatte emellertid sin militära karriär fram till dess att han utvecklade urinretention. Han fick så småningom förstoppning och beskriver en enskilda episod med anal inkontinens. Dagboken berättar också att han vid ett semesteruppehåll i Ramsgate upptäckte att han blivit impotent. Därefter följer beskrivningar av en mångfald behandlingssejourer på Europas olika kurorter, medicinska konsultationer, ordinationer och behandlingsförsök, bland annat med »elektrifiering» år 1830.

Delar av dagboken fattas, men i de granskningar som Granieri [1] och Firth [2] utfört finner man indikationer på att sir Augustus också led av balansproblem, ataxi och skov med känselstörning nedom midjan. Han beskrev nattlig spasticitet. År 1843 drabbades han, utöver de mer kontinuerliga störningarna, av ett akut yrseltillstånd samt påtagligt nedsatt motorisk koordination. Han behövde nu en käpp för att förflytta sig, men förbättrades senare långsamt från dessa symtom. Snart gick sjukdomen dock över i en långsam progressiv form med överlagrade skov, vilket bland annat ledde till att han förlorade funktionen i armarna. Under sina sista år var han rullstolsbunden. I december 1848 avled Augustus d'Este vid en ålder av 54 år, ogift och utan ättlingar. Han hade lidit av en initialt skovvis förlöpande neurologisk sjukdom, som med tiden övergick i ett tillstånd av gradvis progredierande multifokal funktionsnedsättning (Figur 2). MS-sjukdomen hade vid denna tidpunkt ännu inte identifierats.

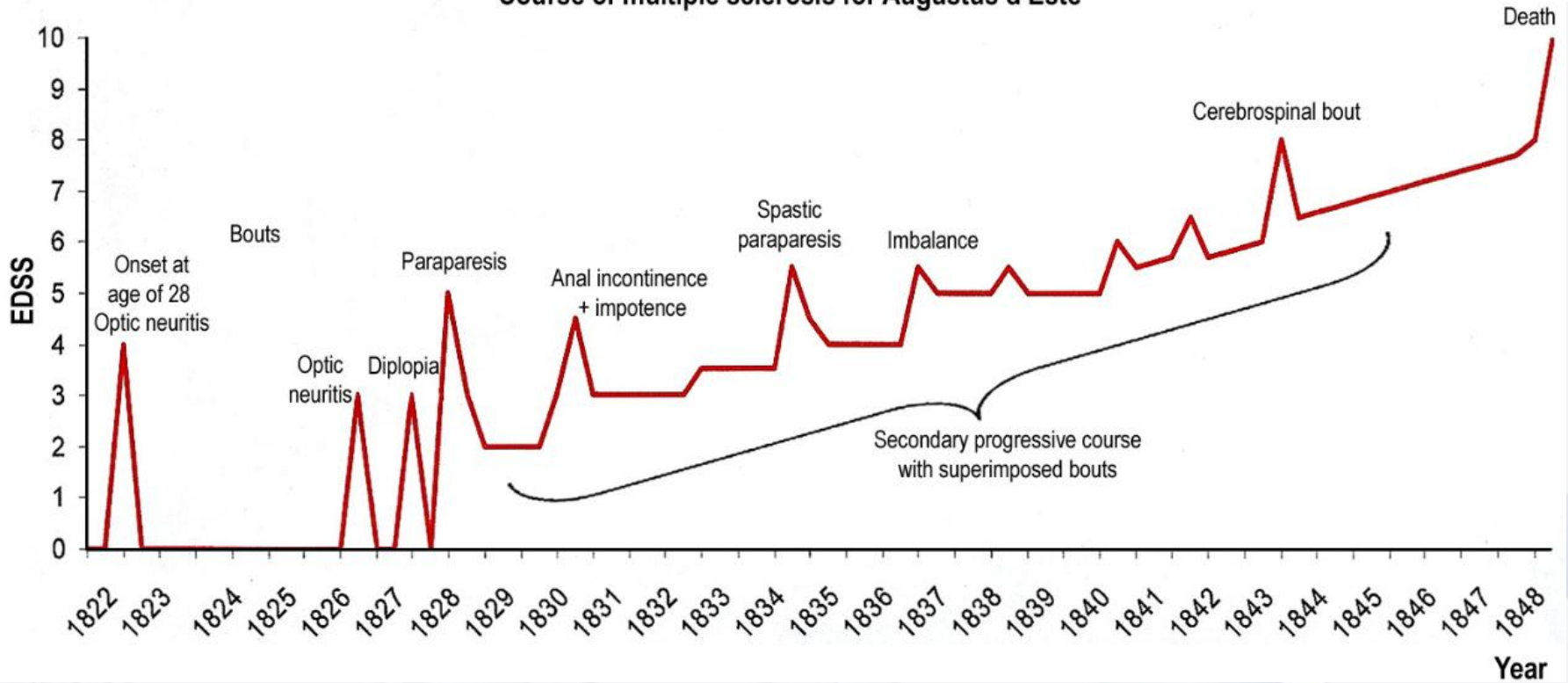


FIGUR 3.
Avbildning
ryggmärg n...
»sklerotiska
hårdare», ur Cars-
wells patologi-
ska anatomi.





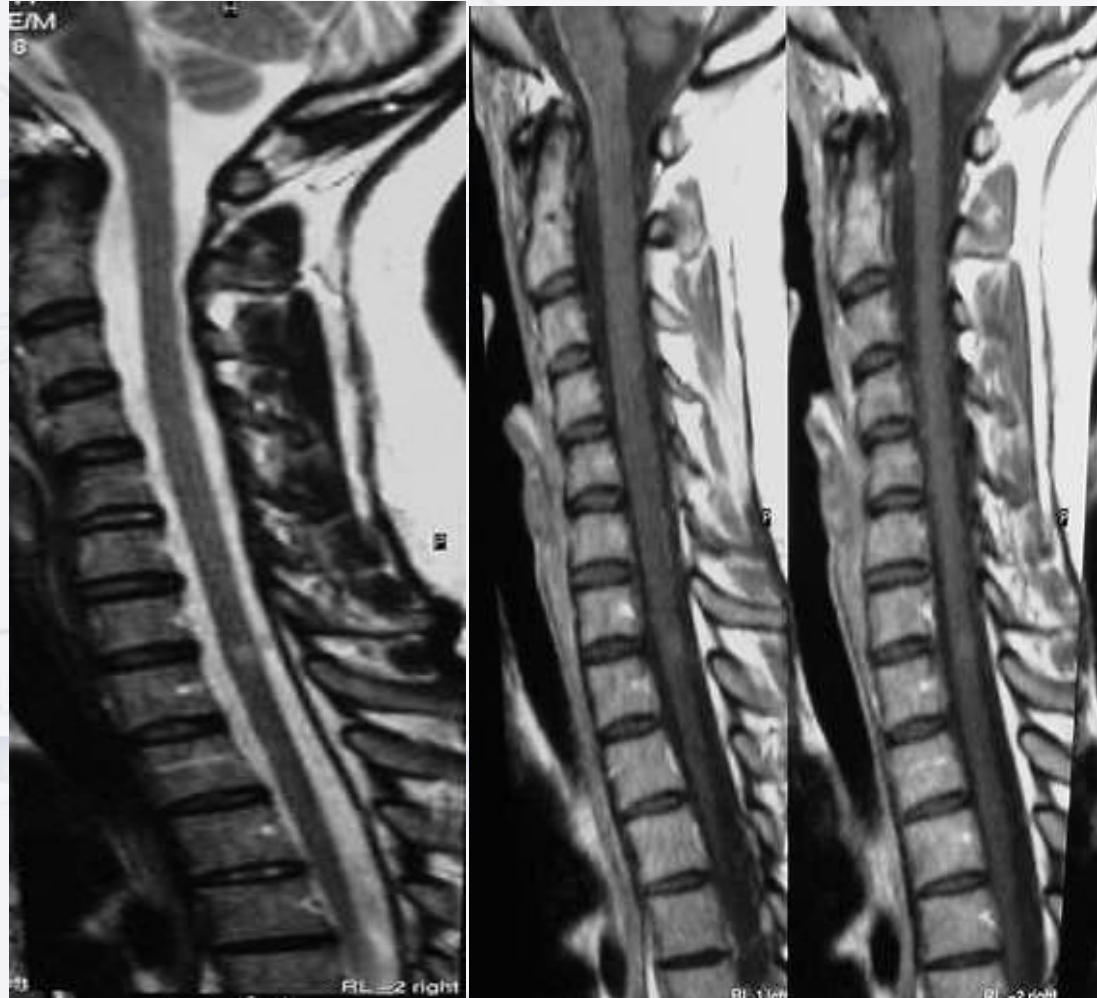
Course of multiple sclerosis for Augustus d'Este



Ipotetica ricostruzione del decorso della Sclerosi Multipla, secondo Enrico Granieri

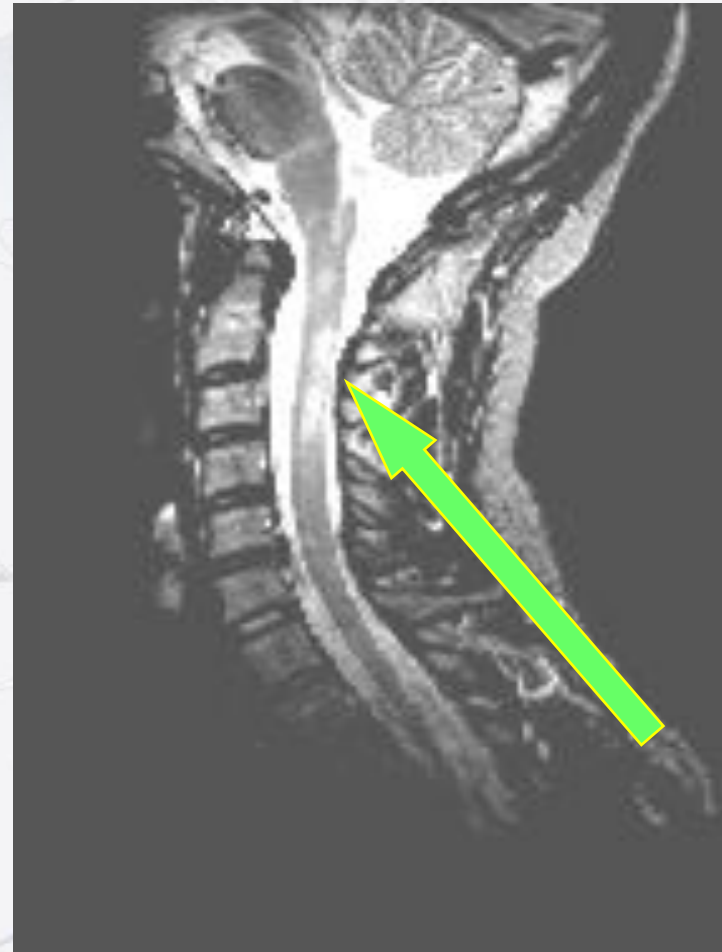


Sclerosi multipla





SCLEROSI MULTIPLA o SCLEROSI A PLACCHE





QUADRI CLINICO-STRUMENTALI

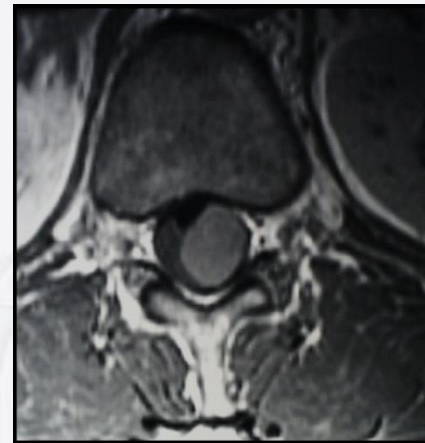
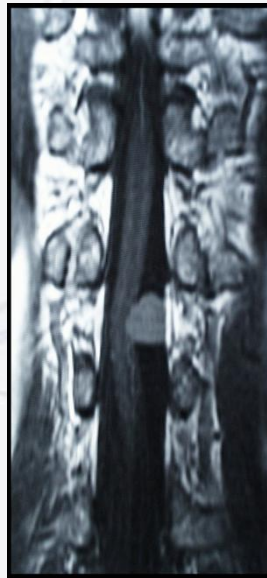
- Ernia discale cervicale C4-C5 e C6-C7.





QUADRI CLINICO-STRUMENTALI

- **Figure: Meningioma.** Post-gadolinium studies. A. Sagittal T1-weighted MRI demonstrates a homogeneously enhancing extramedullary neoplasm in the thoracic region. B. Coronal T1-weighted image confirms the extramedullary location without extension into the neural foramen. C. Axial image reveals the compression upon the spinal cord.





QUDRI CLINICO-STRUMENTALI

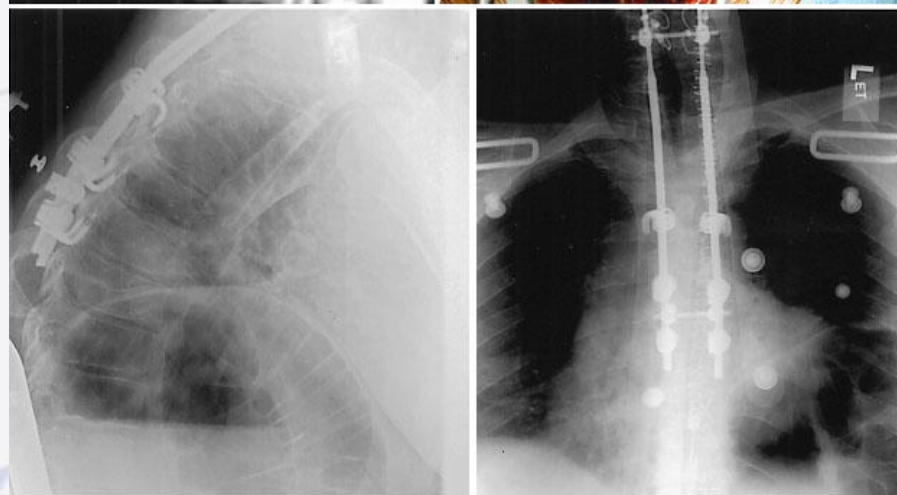
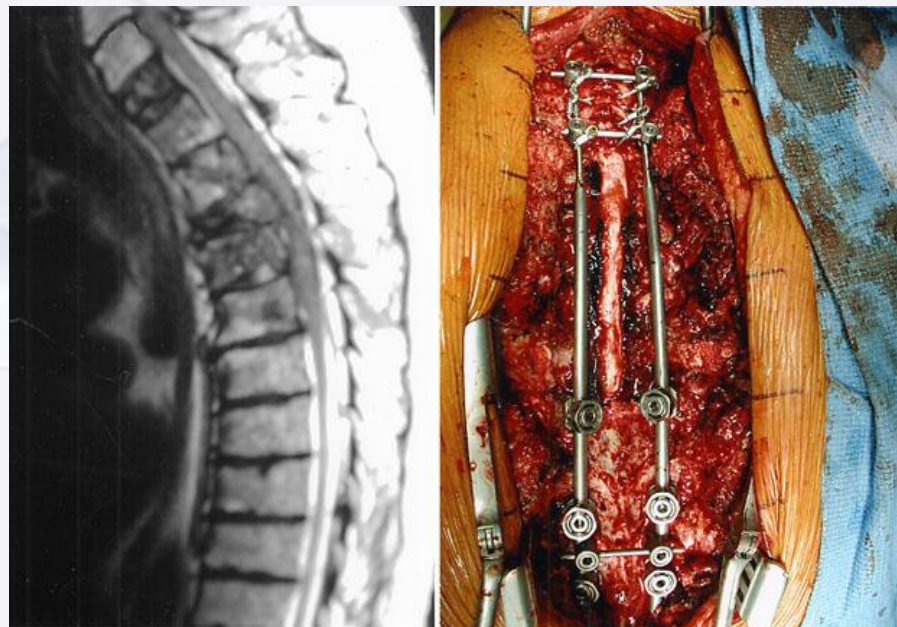
- **Metastasi da carcinoma polmonare** a carico del rachide al passaggio cervico-toracico: frattura patologica vertebrale con compressione midollare.





QUDRI CLINICO-STRUMENTALI

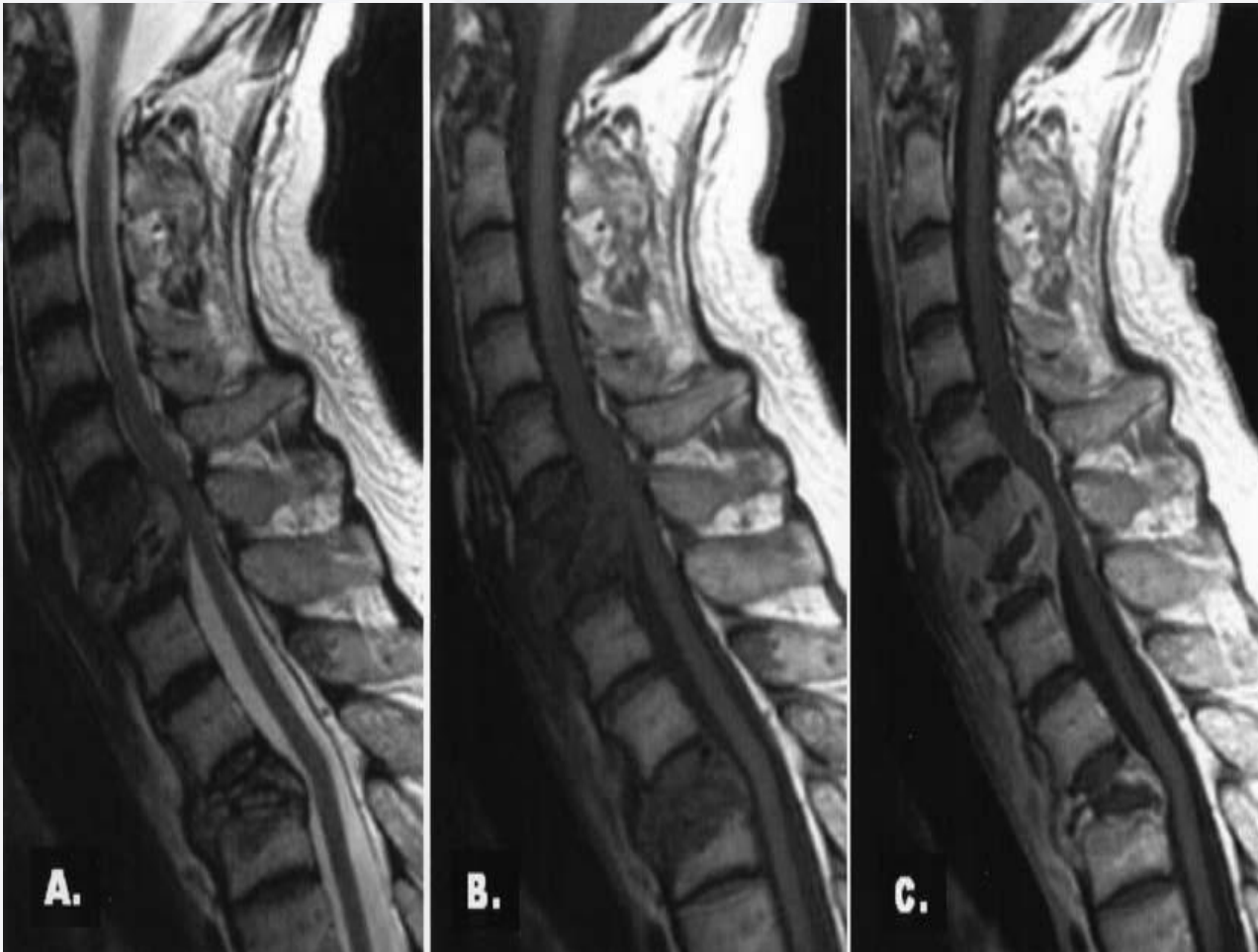
- **Metastasi da carcinoma polmonare** a carico del rachide toracico: frattura patologica vertebrale con compressione midollare.





QUADRI CLINICO-STRUMENTALI

- **Osteomielite del rachide cervicale.**





Mielopatia traumatica C5





QUADRI CLINICO-STRUMENTALI

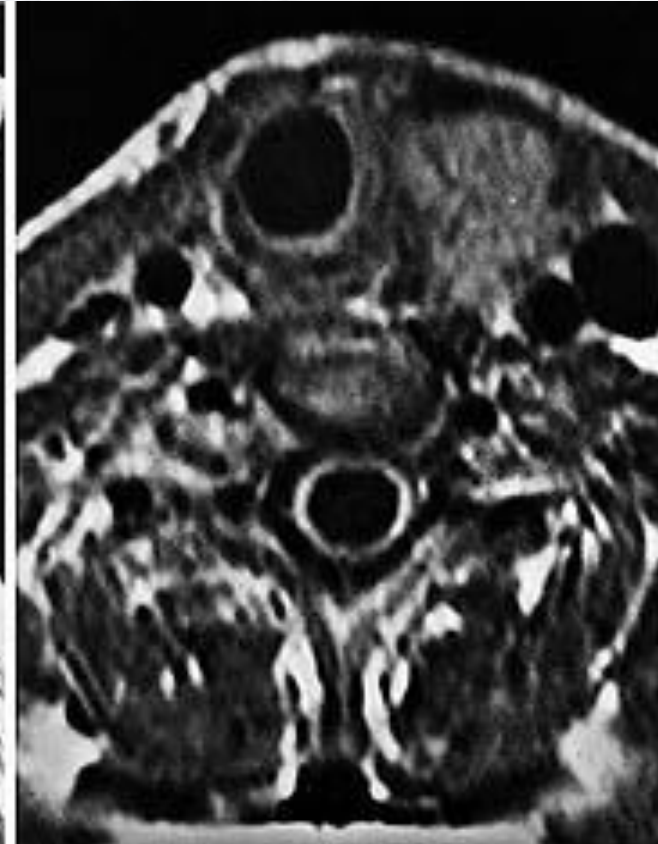
- **Ependimoma intramidollare cervicale.**





SIRINGOMIELIA

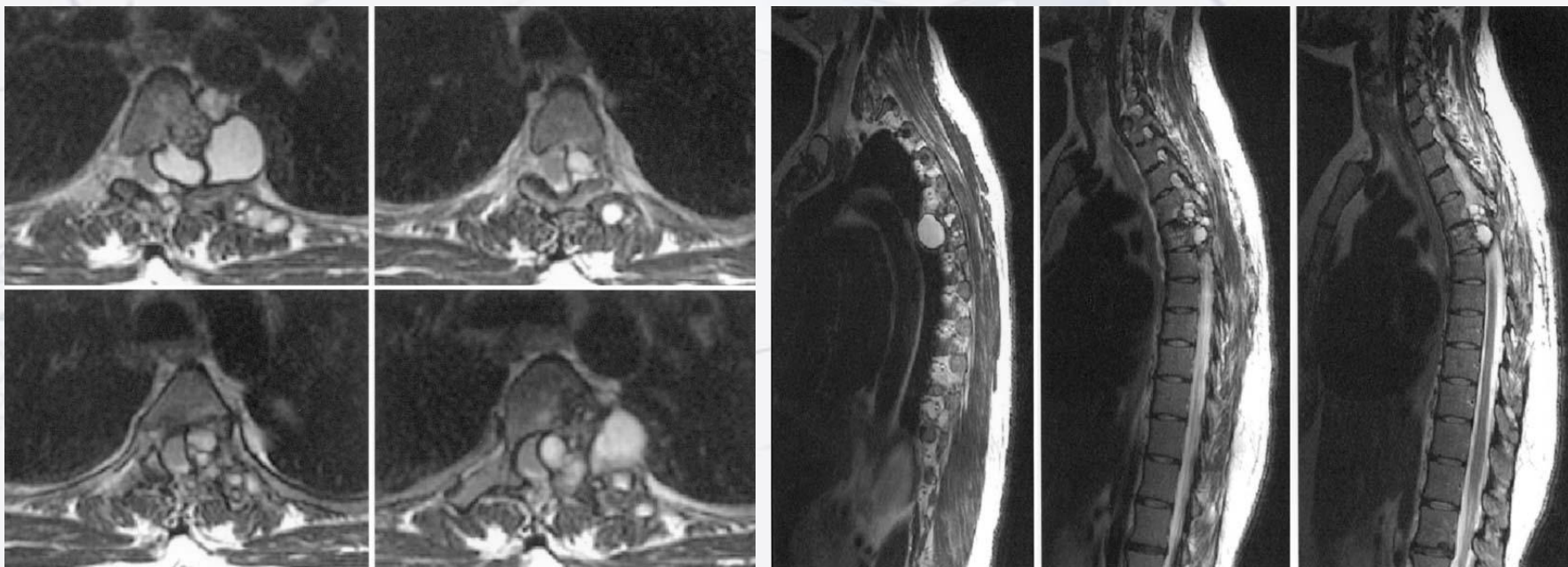
- Siringomielia in paziente affetto da sindrome di Arnold- Chiari di tipo I.

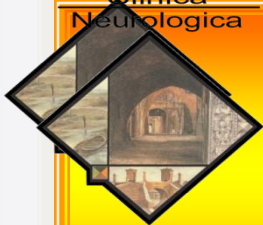




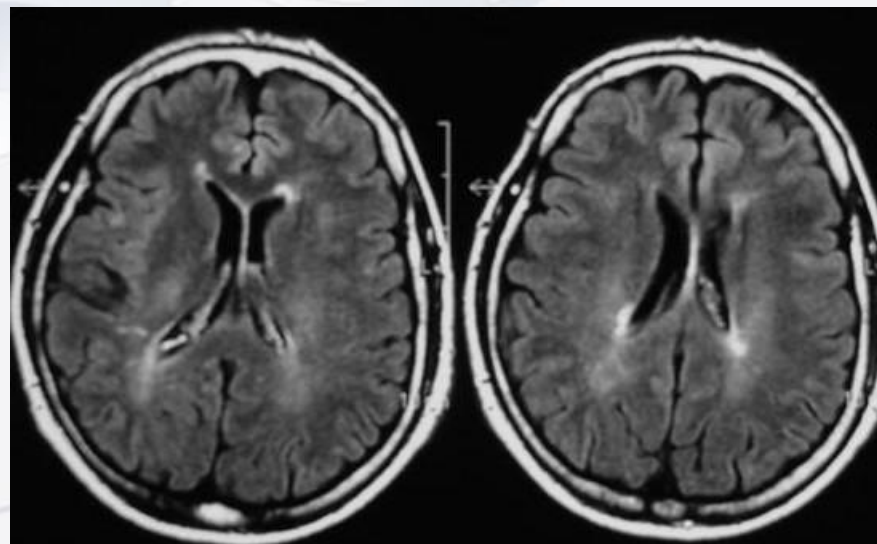
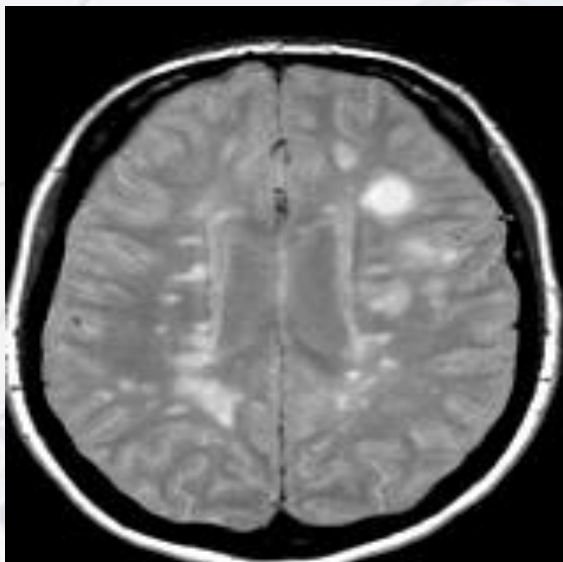
QUADRI CLINICO-STRUMENTALI

- **Idatidosi: Cisti da echinococco:
cervico-toracica.**



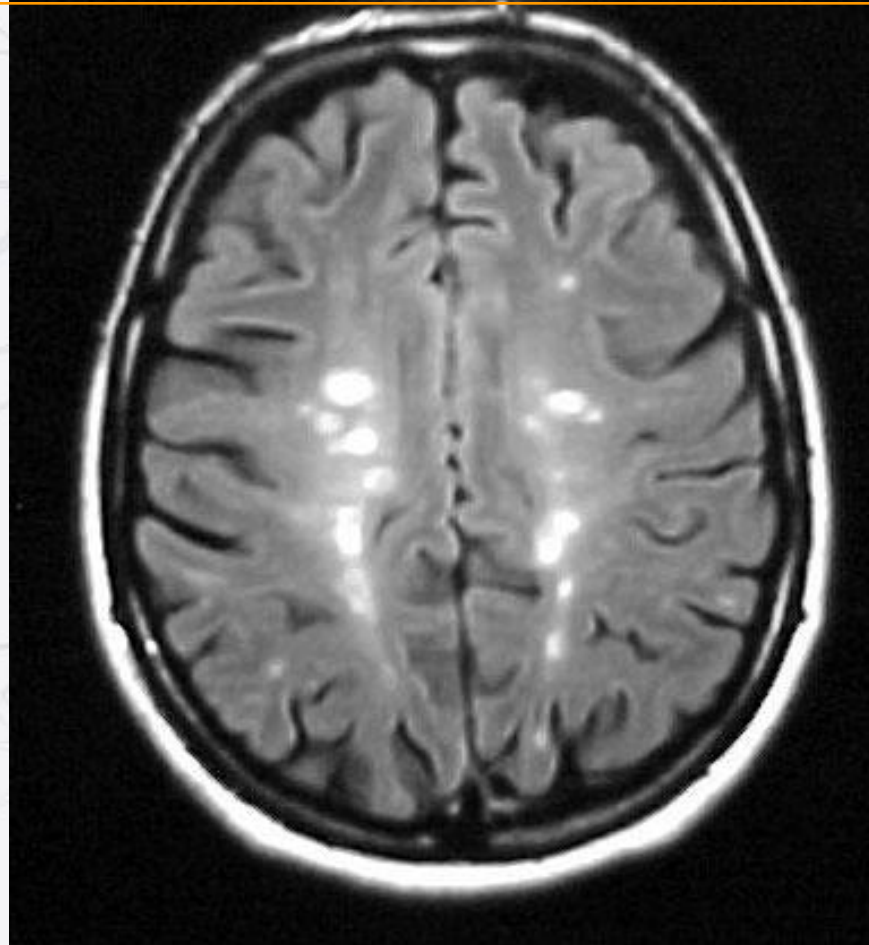


SCLEROSI MULTIPLA o SCLEROSI A PLACCHE



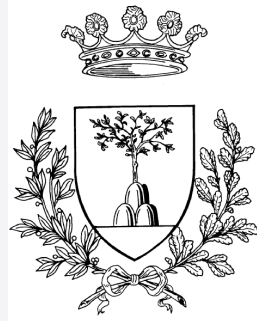


SCLEROSI MULTIPLA



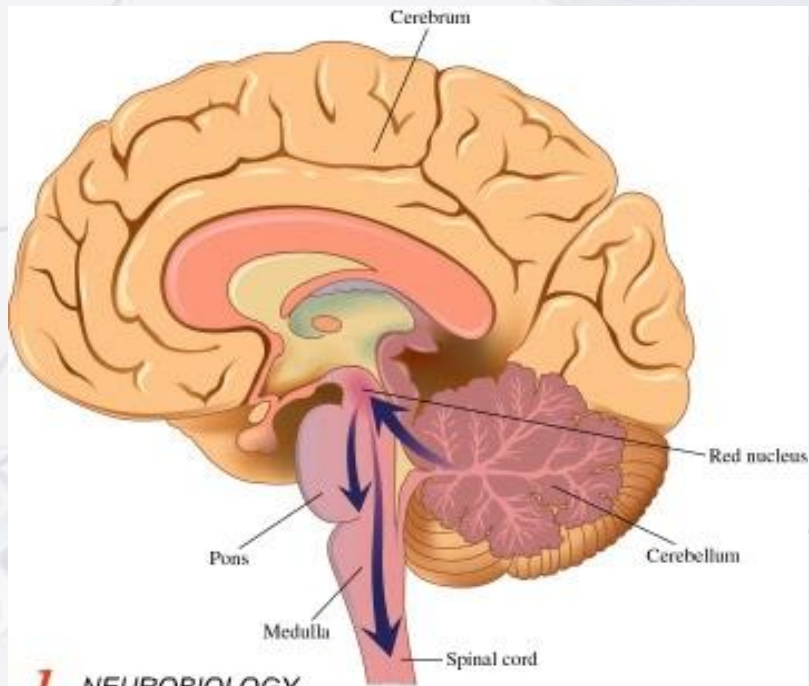
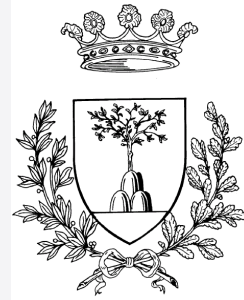


Cervelletto

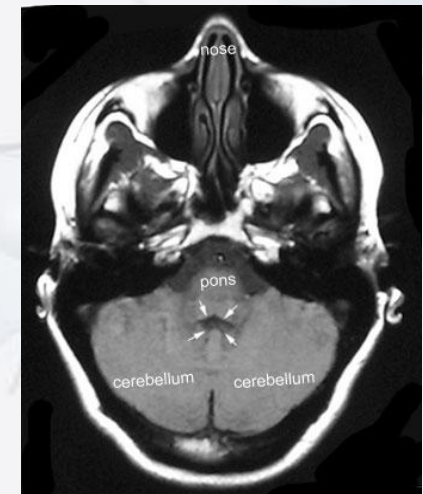
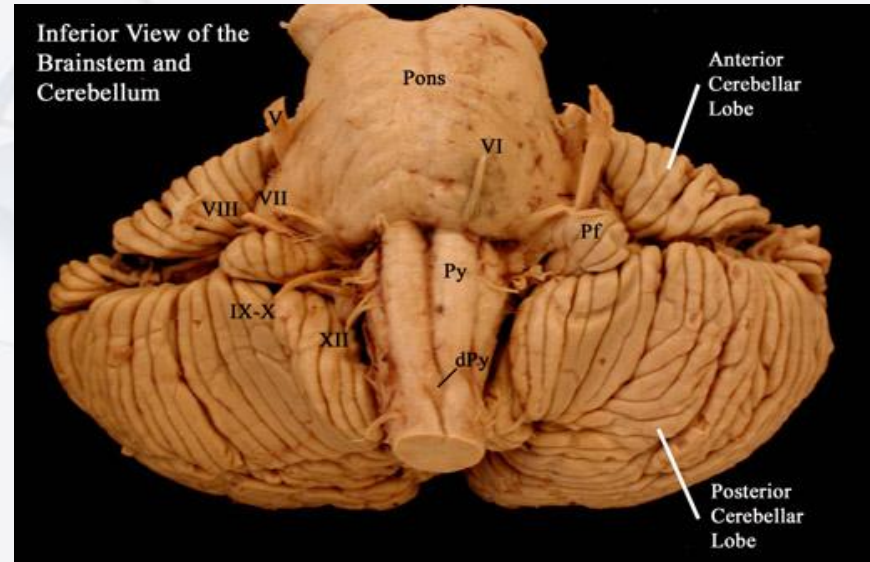




CONTROLLO CEREBELLARE

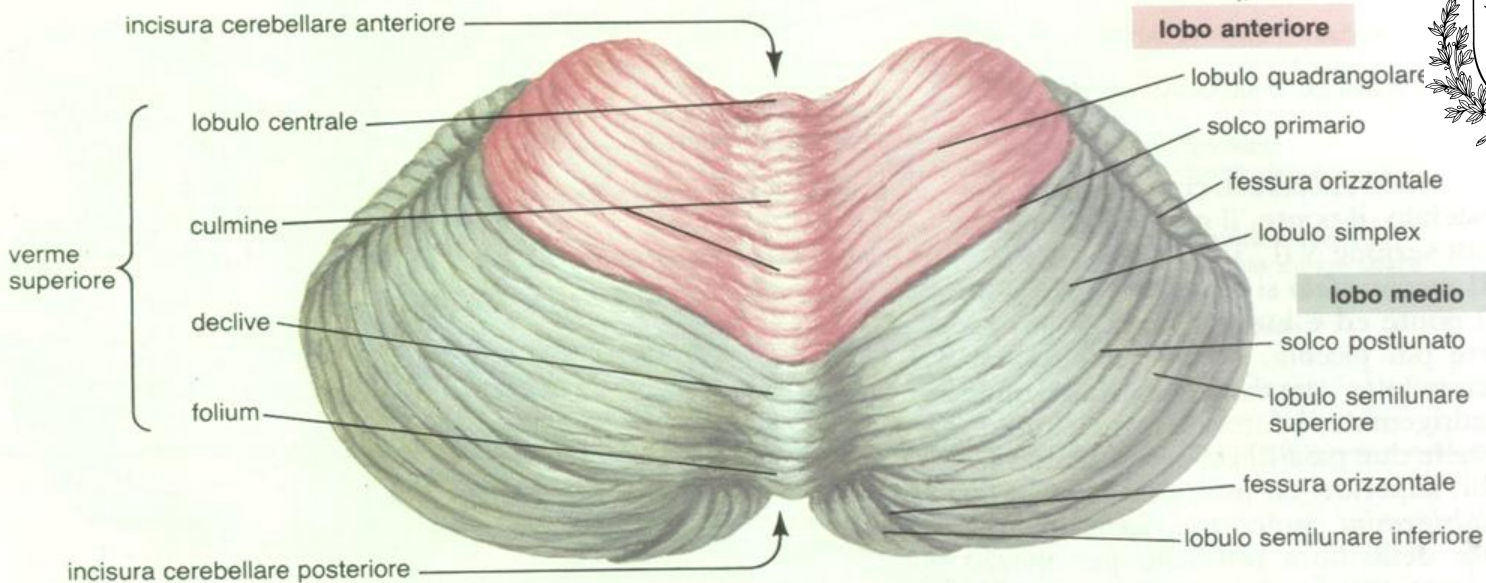


b NEUROBIOLOGY
Gary G. Matthews
Blackwell
Science

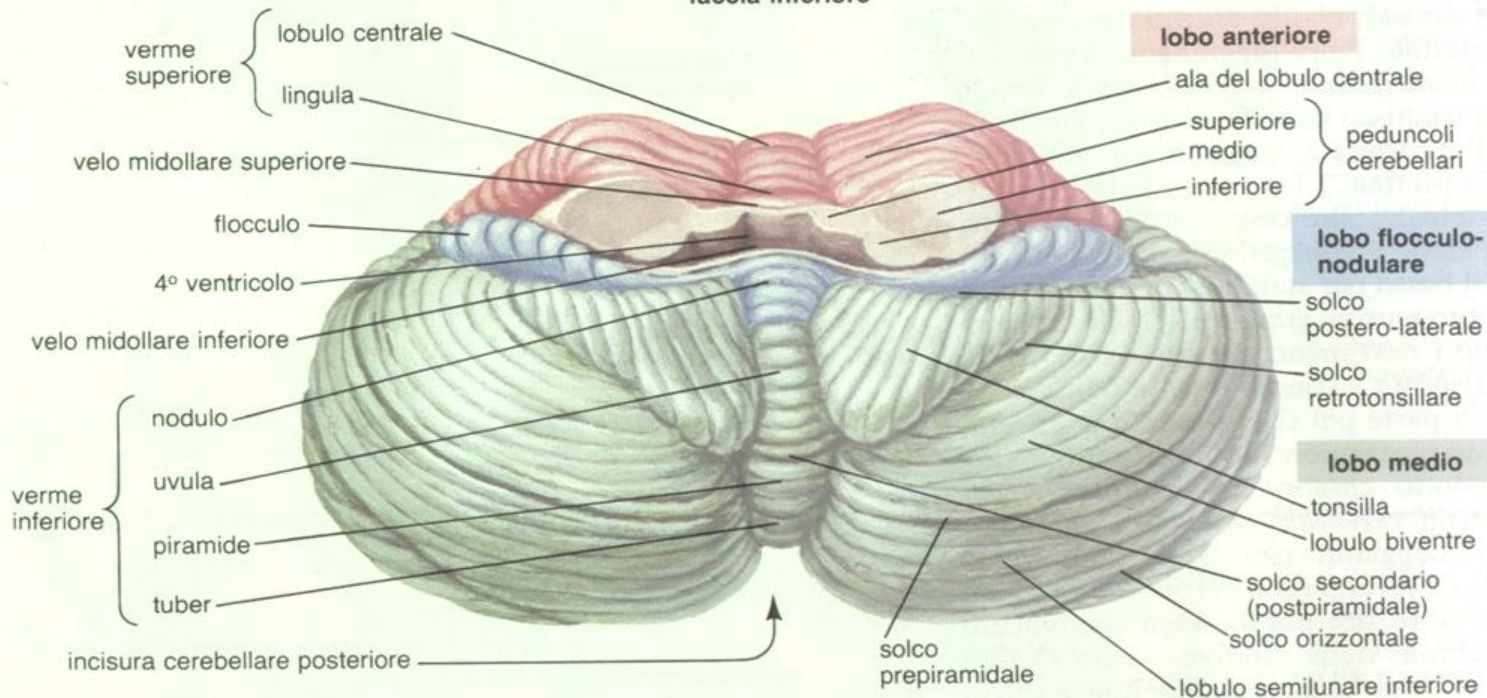


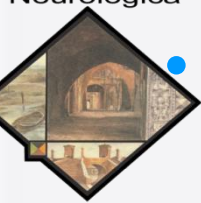


faccia superiore



faccia inferiore





• **Cervelletto: Archicerebellum**

la sua lesione determina un'incoordinazione primaria;

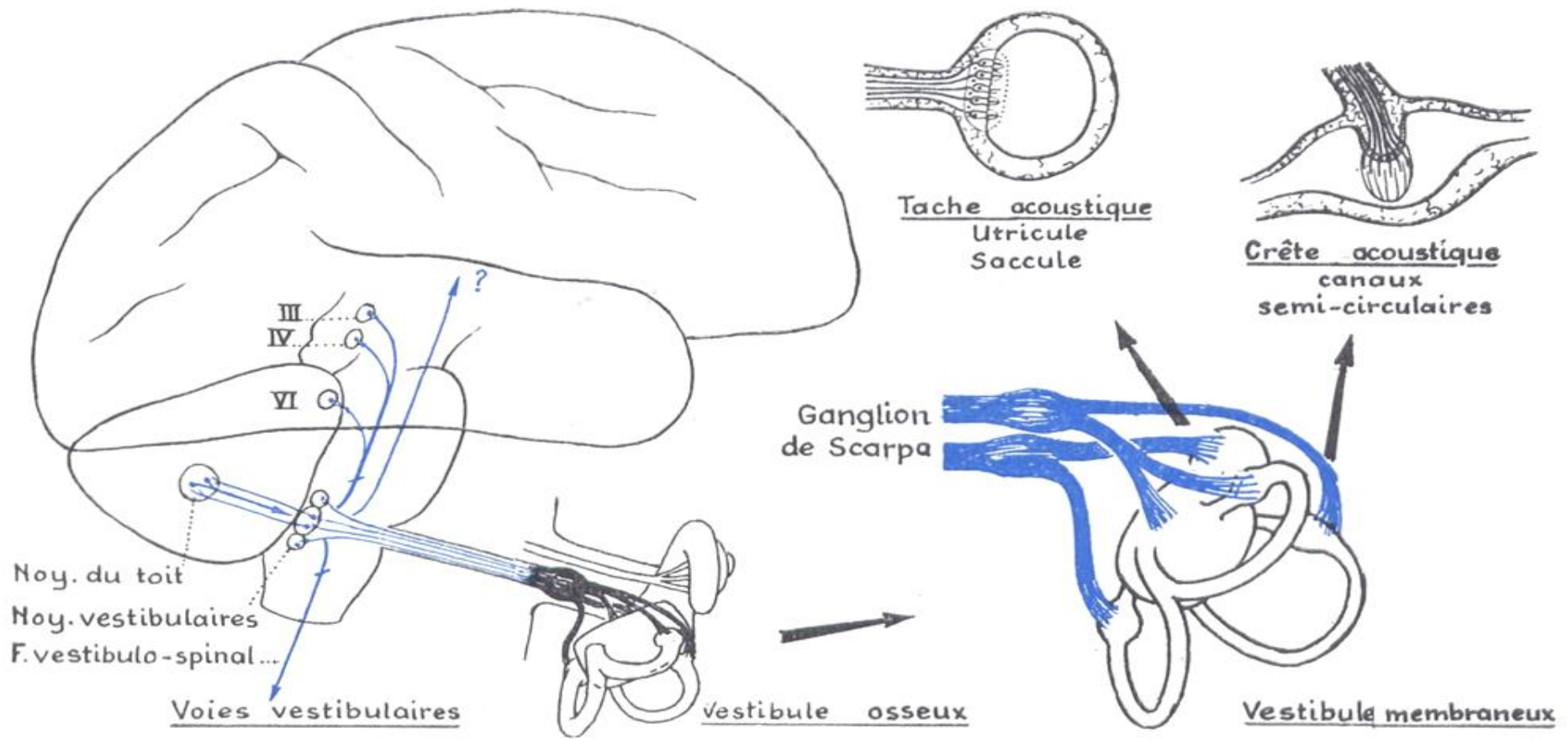
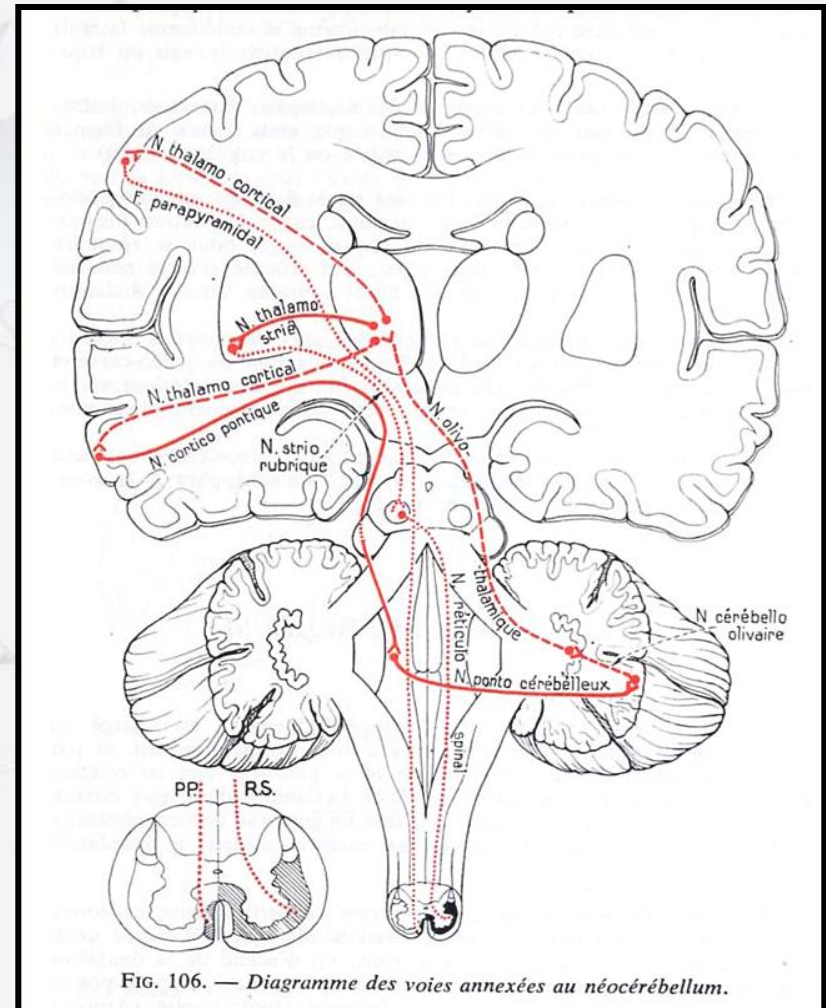
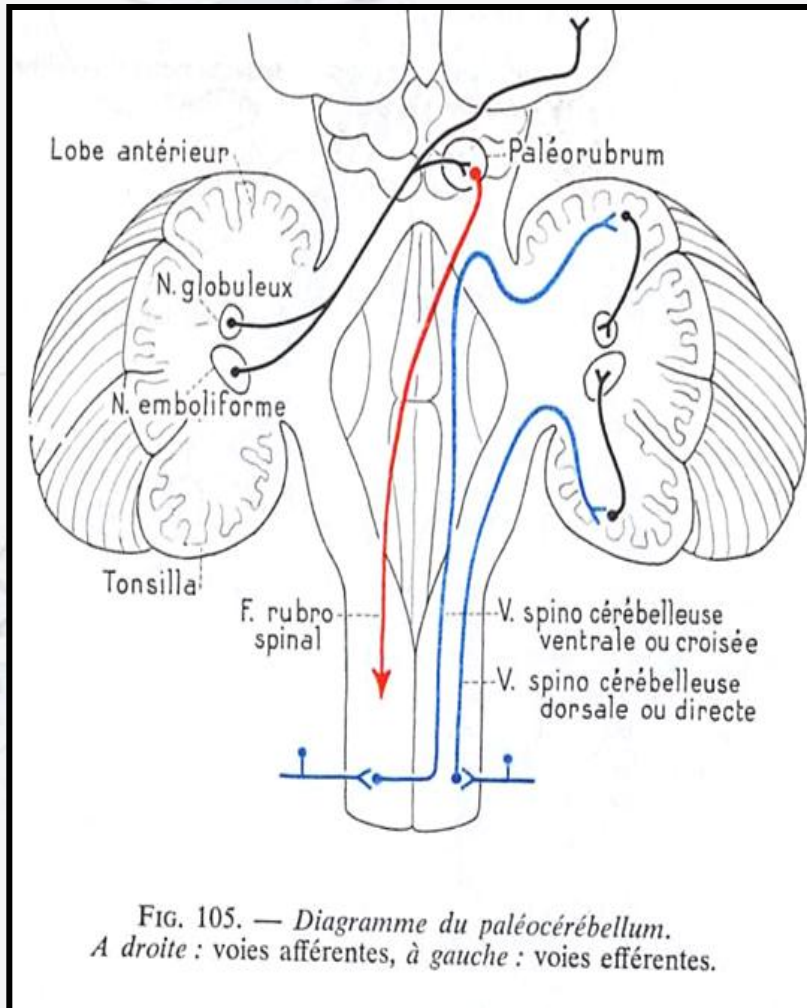


FIG. 102. — *Systématisation du nerf vestibulaire.*

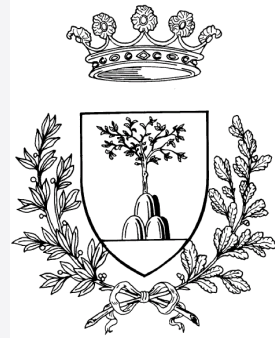


Paleocerebellum - Neocerebellum



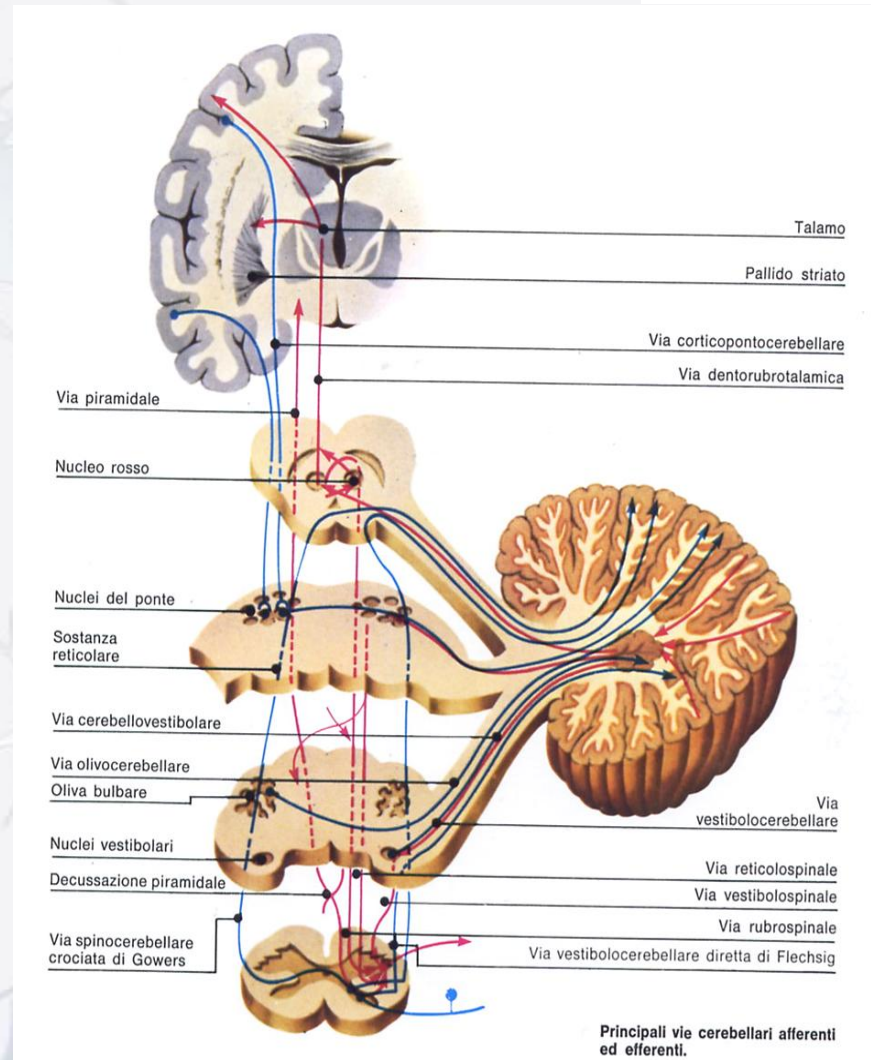


La funzione cerebellare sul controllo motorio



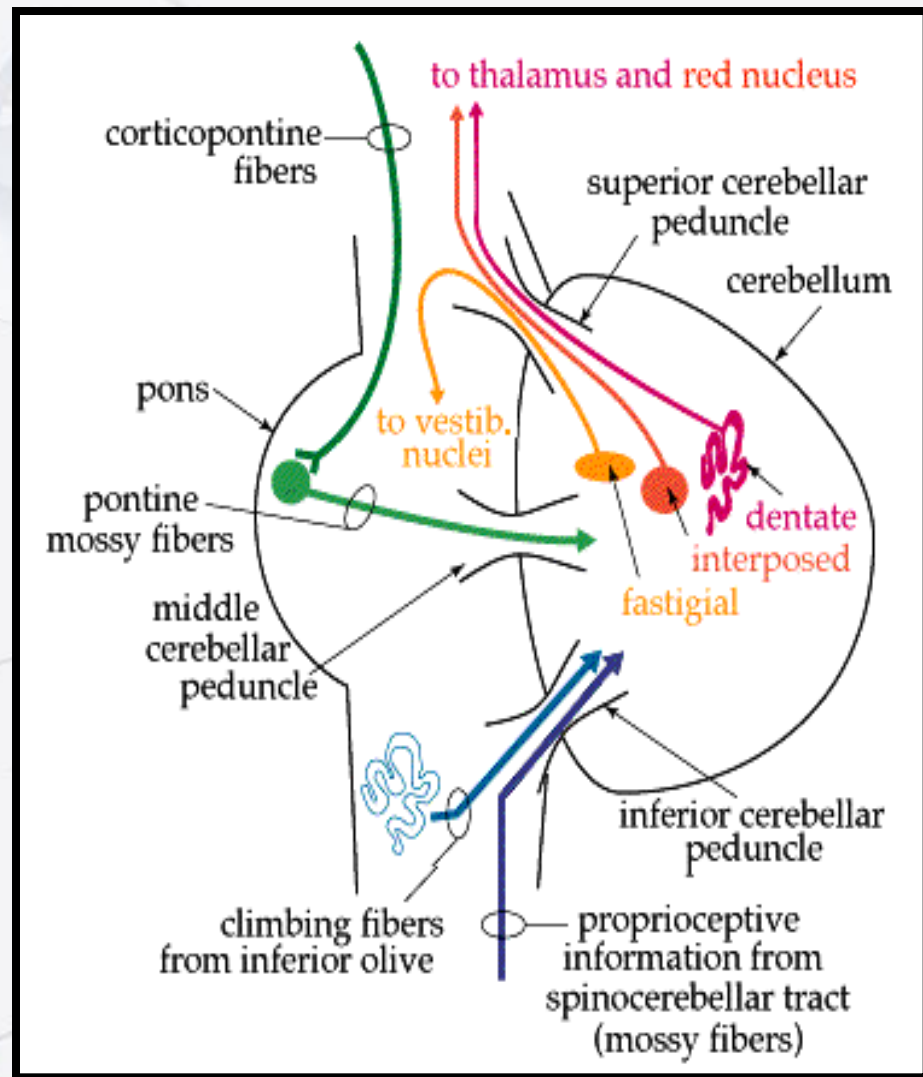
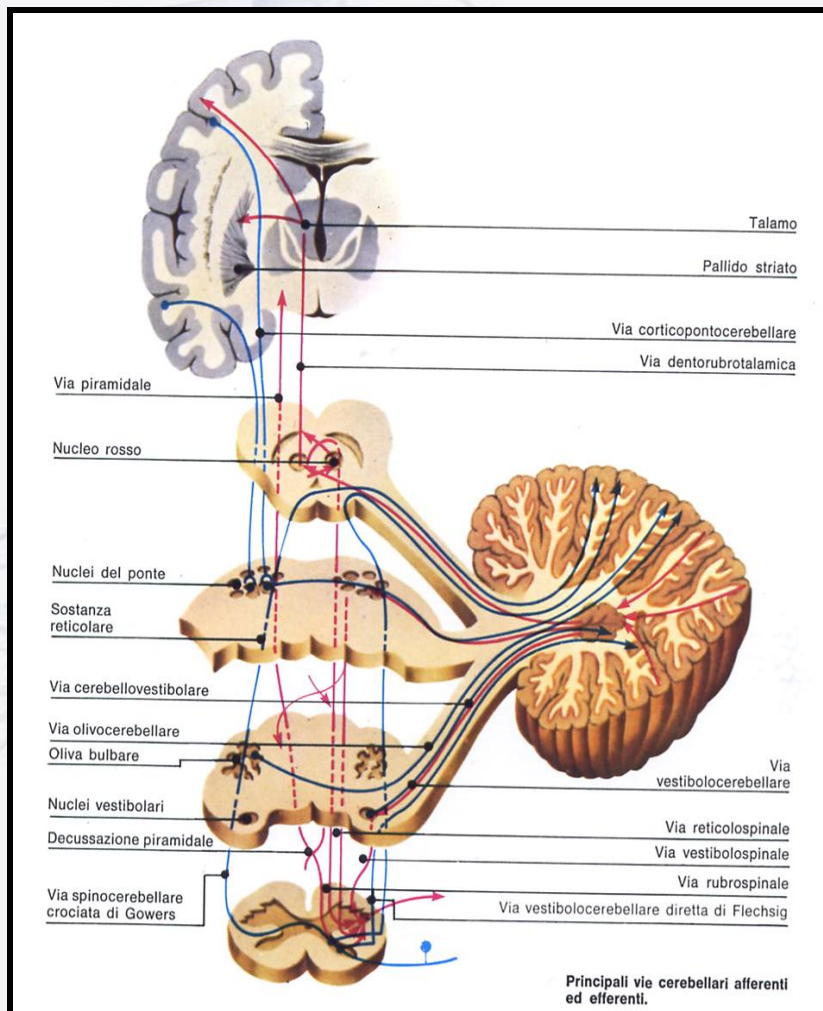
Il cervelletto interviene nel controllo del movimento solo in relazione alle attività già avviate

a livello spinale, reticolare, a livello dei nuclei della base o nelle aree motorie corticali.



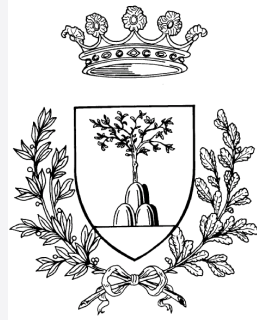


CERVELLETTO





ASINERGIA



Disarmonia spaziale e temporale delle contrazioni muscolari che concorrono alla esecuzione di un movimento, ovvero, perdita della facoltà di armonizzare movimenti più o meno complessi.

Vi è una mancanza di azioni coordinate tra vari gruppi muscolari o vari movimenti: ridotto sincronismo.

Se i vari componenti dell'azione non sono correlati nella sequenza e nel grado e se non sono raggruppati armonicamente insieme, **ne deriva una decomposizione del movimento: l'azione è scomposta delle componenti ed è eseguita come atti di un robot o di una marionetta.**



ASINERGIA

Compare nella **stazione eretta** per una inadeguata distribuzione del tono dei muscoli antigravitari;

Compare negli **adattamenti posturali** (chinarsi in avanti, di lato, ecc...) per una cattiva integrazione delle risposte parziali, del rifl. posturale abolito.

Compare nel **gesto** per la scomposizione del movimento. La dismetria dà luogo all'incoordinazione del movimento, che si chiama **atassia**.



Asinergia *dal greco* α-συν-εργια



- Altra definizione di atassia: **asinergia** (dal greco **α-συν-εργια**): scomposizione del movimento da contrazione disarmonica e non sincrona nei muscoli coinvolti in un determinato atto motorio.
- L'asinergia può interessare anche la muscolatura posturale e si esamina in stazione eretta:
 - inclinazione del tronco all'indietro (azione che normalmente implica la flessione degli arti inferiori) non è possibile nel malato cerebellare, che tende a cadere.



Asinergia *dal greco* α-συν-εργια



- L'asinergia può coinvolgere anche gli arti, per cui un movimento finalizzato viene eseguito in stadi isolati e successivi.
- Si distinguono, a seconda del sistema anatomico-funzionale compromesso, l'atassia della marcia di marca cerebellare, sensitiva, da turbe labirintiche e cerebrale.



Manifestazioni fondamentali del difetto cerebellare



- 1) **DISMETRIA** compresa l' **IPERMETRIA** e la **DISCRONOMETRIA**
- 2) **ADIADOCOCINESI**
- 3) **IPOTONIA CEREBELLARE: segni particolari:**
 - pendolarità dei riflessi rotulei
 - positività prova del rimbalzo
 - tremore posturale
- 4) **MOVIMENTI ANORMALI** o **IPERCINESIE: tremori**
- 5) **ANORMALITA' DELLA POSTURA, dell' EQUILIBRIO e dell' ANDATURA: ATASSIA STATICA e DINAMICA.**
- 6) **ASTENIA, AFFATICABILITA' E LENTEZZA NEI MOVIMENTI**
- 7) **DISTURBI DELLA PAROLA: DISARTRIA ATASSICA**
- 8) **NISTAGMO E DEVIAZIONI OCULARI**



Esame della coordinazione motoria

- **”ispezione-osservazione”** del malato:
- che postura mantiene da seduto o in stazione eretta,
- come si siede o come si alza da una sedia,
- com'è l'andatura.
- Si fa attenzione a come esegue alcune attività del quotidiano, come portare un bicchiere alla bocca, come si abbottona gli indumenti, come annoda i lacci delle scarpe.
- Le caratteristiche che vengono valutate sono l'armonia del movimento, lo spostamento e/o la stabilizzazione dei segmenti corporei sia in termini qualitativi che quantitativi rispetto allo scopo, la presenza di incertezze, aggiustamenti posturali, etc...



Esami per valutare l'asinergia

- Un disturbo della coordinazione del movimento può essere esaminato attraverso
 - 1) valutazione del tono
 - 2) prove di coordinazione del corpo (equilibrio e marcia)
 - 3) prove di coordinazione degli arti.



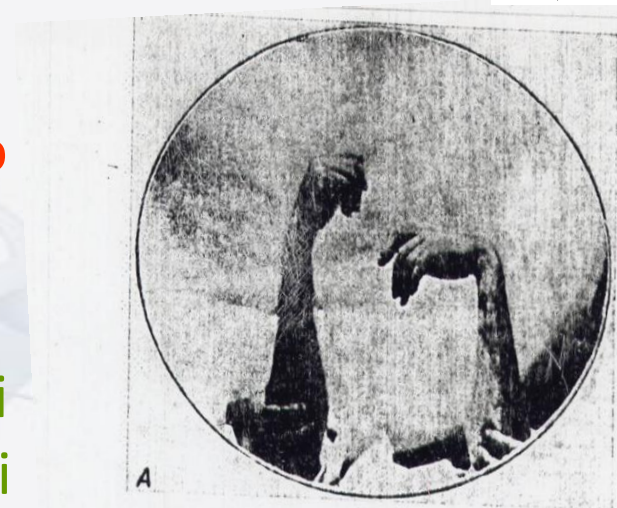
Ipotonia cerebellare



L' ipotonia è l' espressione della perdita della facilitazione corticale motoria e dei nuclei del tronco encefalico dovuta alla scarica tonica dei nuclei corticali profondi.

Si determina **una flaccidità muscolare**: arti di gomma, diminuita resistenza ai movimenti passivi; i segmenti corporei assumono attitudini innaturali; le parti del corpo possono essere mosse passivamente in posizione di estrema flessione ed estensione.

Ciondolamenti degli arti, delle mani per attitudine ipotonica dei polsi, ecc.



Ipotonia cerebellare



Prova del rimbalzo di Stewart-Holmes: sollecitazione di un movimento volontario contro resistenza, togliendo poi bruscamente questa resistenza: nel cerebellare si osserva un rimbalzo tanto più ampio ed energico quanto più la resistenza era forte.

L'ipotonia dei muscoli antagonisti non frena il movimento volontario. Prova dell'ipotonia ad arti protesi: le spinte agli ARTI SUPERIORI estesi determinano nel malato ampi spostamenti seguite da eccessive correzioni.

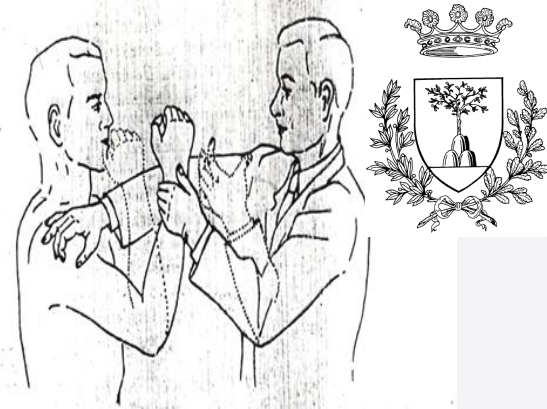


Fig. 8-9. Questo test prova come il cervelletto funziona per mantenere una data postura dopo un brusco rilasciamento della tensione su un muscolo che viene contratto volontariamente.



In questo test si osservano le oscillazioni di rimbalzo anormali dopo un brusco spostamento della parte mantenuta in una certa posizione volontariamente. La freccia sottile mostra l'esaminatore che sposta la parte.

MOVIMENTI FINI DELLE DITA

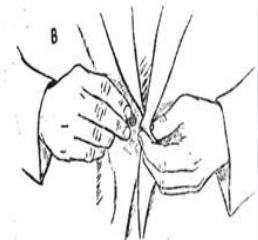
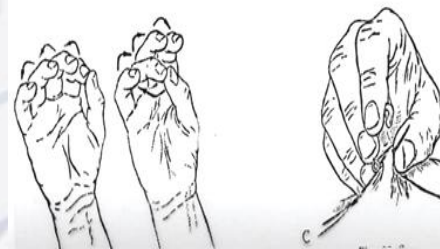


Fig. 28 A





Ipotonia cerebellare

Camminando il paziente ipototonico si muove in **maniera dinoccolata**, le braccia non oscillano adeguatamente, le ginocchia si incurvano lievemente all' indietro, la testa e il collo oscillano.

Nell' ipotonia cerebellare: **oscillazioni pendolari dei riflessi profondi, in relazione ad un' attività dell'azione dei muscoli antagonisti.**

Associato all' ipotonia: ***tremore posturale, a mani protese (posizione di Mingazzini) compaiono oscillazioni regolari di piccola ampiezza attorno alla posizione di partenza.***



ASINERGIA DEGLI ARTI

- Movimenti di raggiungimento vengono utilizzati anche per testare un'eventuale asinergia degli arti, così come la prova di mettersi seduto da posizione distesa a braccia incrociate sul petto.
- La *διαδοχοκινεσία* diadococinesia definisce l'incapacità di eseguire movimenti alternati e rapidi, che vengono dunque valutati: prono-supinazione delle mani, battere le mani, segnare il passo, scrivere a macchina.
- Anche la **scrittura** risulta compromessa in caso di turbe della coordinazione, soprattutto se di natura cerebellare.



Adiadococinesia e dismetria

- **2) Prove di coordinazione degli arti:**
- mettono in evidenza la dismetria, l'asinergia, l'adiadococinesia **αδιαδοχοχινεσία**.
- La **dismetria** si valuta con movimenti di raggiungimento: prova indice-naso, indice-orecchio, dito paziente-dito esaminatore, prova della prensione, per gli arti superiori; per gli arti inferiori, prova calcagno-ginocchio, calcagno-tibia strisciata.
- In caso di disturbo della coordinazione la mira non viene raggiunta e si può descrivere il movimento, in maniera più dettagliata, come **ipermetrico**, **braditelecinetico**, con ritardo nell'avvio, **discronometrico**.

8 Prova indice - naso



12 Dismetria / cucchiaino



22 Calcagno/Ginocchio





Disartria

- Il disturbo della progressione del movimento si verifica anche a carico della parola, dipende dalla successione ordinata e rapida dei movimenti laringei, della bocca e del sistema respiratorio.
- La perdita della coordinazione di questi movimenti e l'incapacità di prevederli in funzione dell'intensità del suono o della sua durata dà luogo ad **un linguaggio stentato, articolazione lenta, atassica, slegata, con accento strascicato, sussultante, a volte con pronuncia esplosiva.**



Scrittura del cerebellare

- **Scrittura tremula, esitante, imprecisa, disuguale, spesso formata da grandi lettere, disuguali, con tratti verticali smisurati.**
- Significativo il test del disegno dei pioli di una scala, espressione di dissinergia e dismetria.

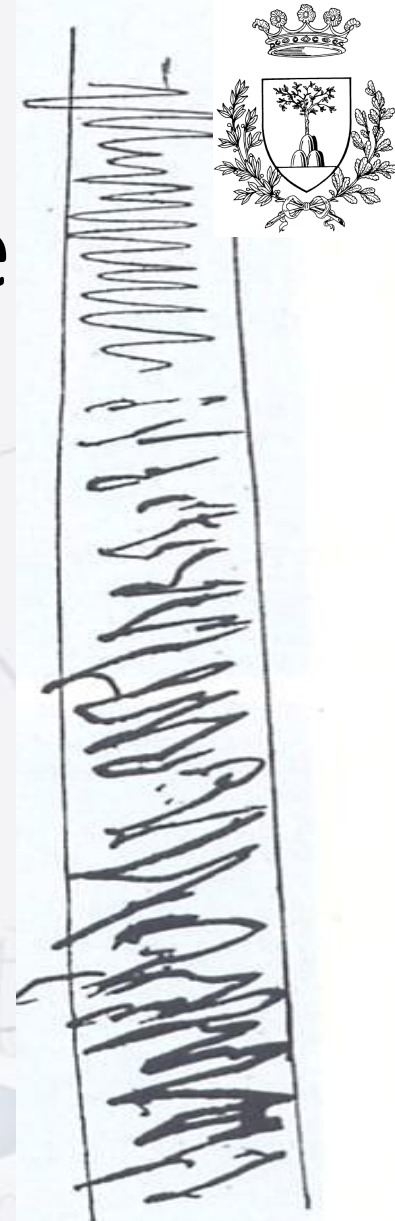


Fig. 205. — Dymétrie graphique. Même malade que dans les figures 206 et 207. En haut le modèle, en bas la copie.



Atassia posturale statica (stazione eretta) nel malato cerebellare



- La chiusura degli occhi di per sé non modifica sensibilmente l'esito della prova, che evidenzia il disturbo dell'attività posturale riflessa (il segno di Romberg è negativo).
- Si osserva la “**danza dei tendini**” dei muscoli delle gambe evidente osservando le caviglie (tibiali anteriori)





Atassia dinamica (deambulazione)



- Il disturbo della marcia consiste in Deviazioni Pluridirezionali:
 - BARCOLLAMENTI,**
 - A BASE ALLARGATA,**
 - ARTI SUPERIORI A BILANCIERE,**
 - INCERTEZZE E PULSIONI LATERALI BRUSCHE CHE FANNO DEAMBULARE IL PAZIENTE EA ZIG-ZAG, MIMANDO L' ANDATURA DELL' UBRIACO.**
- Deviazioni unilaterali nelle sindromi cerebellari emisferiche.
- Nei casi lievi l' atassia può essere evidenziata NELLA "**MARCIA A TANDEM**".

LA PROVA DEL SALTO



Fig. 5

LA PROVA DI ROMBERG



Fig. 3

LA DEAMBULAZIONE A TANDEM

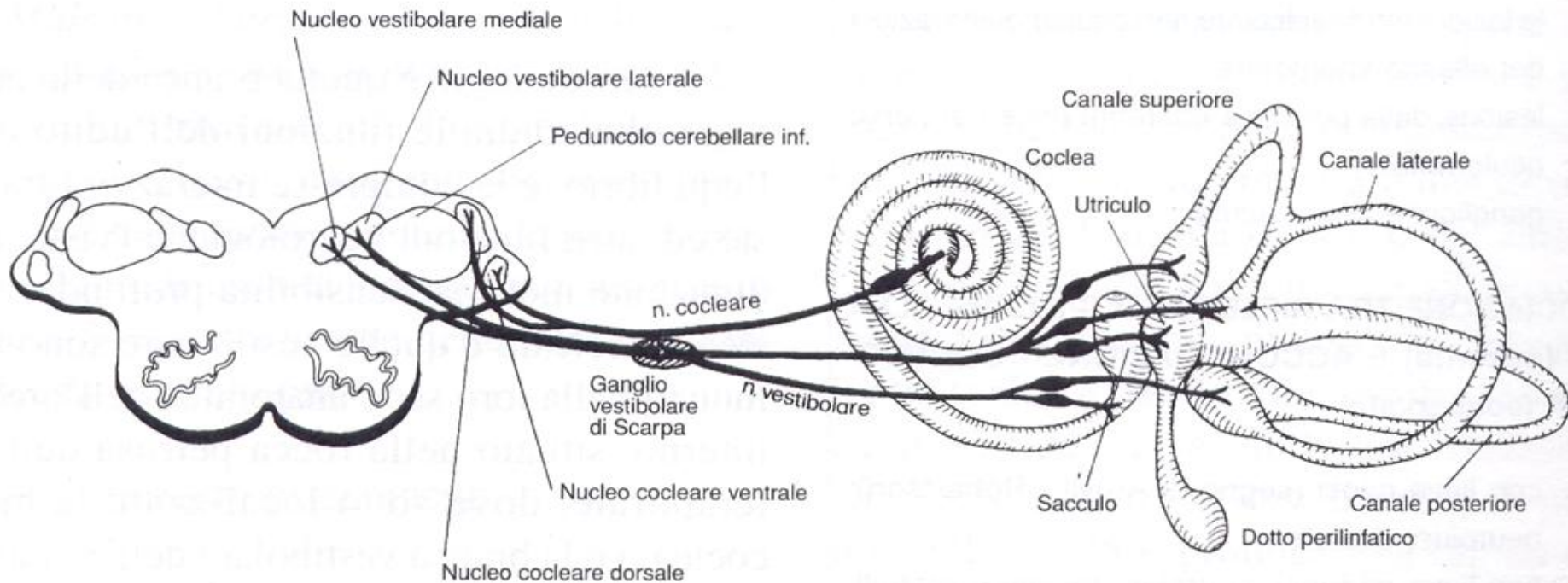


Fig. 4



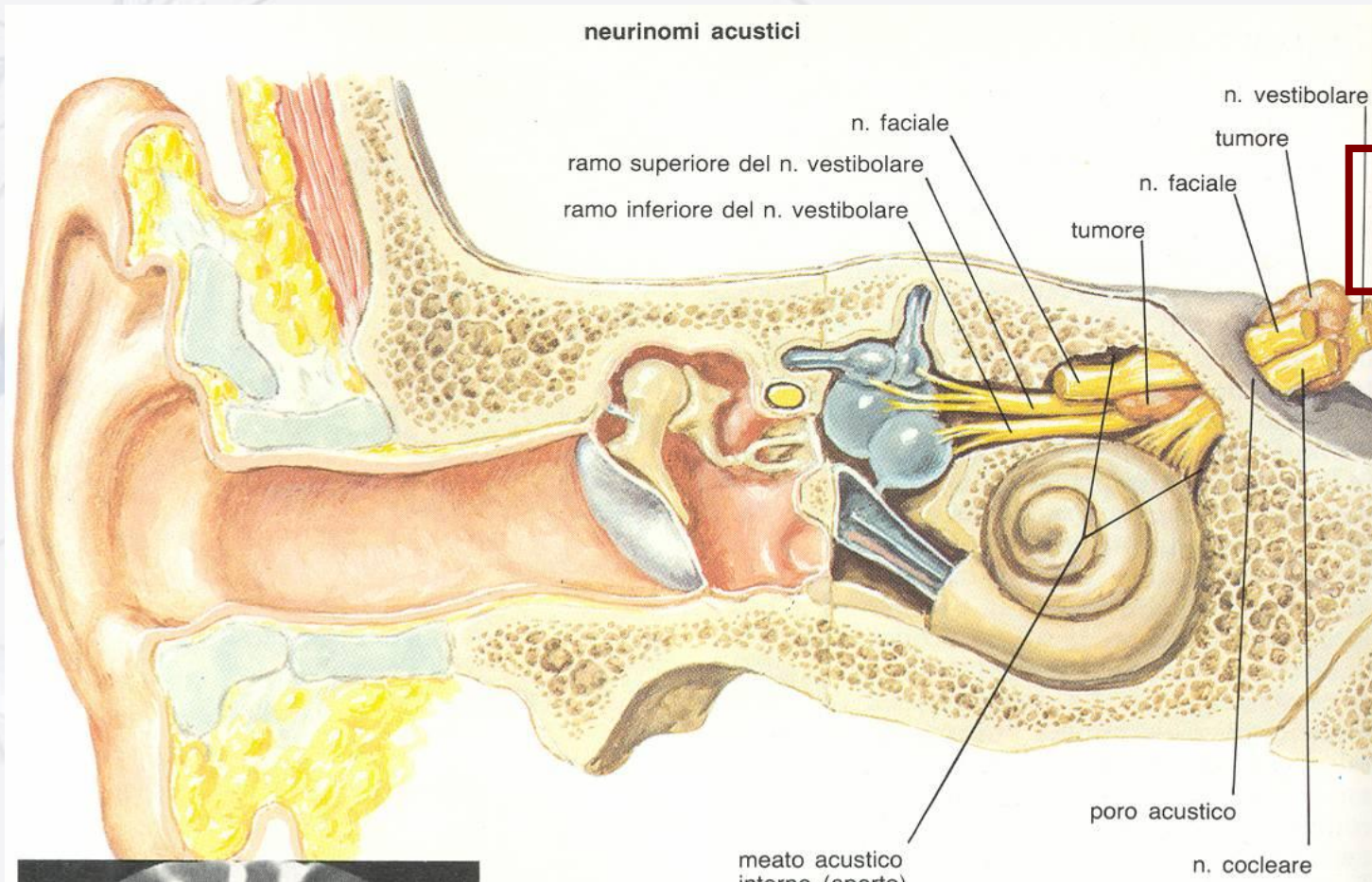
Gli apparati vestibolare e visivo

- Gli apparato vestibolare e visivo regolano soprattutto l'equilibrio, cioè la capacità di “stare” nell'ambiente e di “reagire” alle perturbazioni fisiologiche e, fino ad un certo limite, abnormi dello stesso.
- La mancanza di equilibrio e/o una sua disregolazione possono interferire con la coordinazione dei movimenti.





Tumori dell'angolo ponto-cerebellare e della fossa cranica posteriore





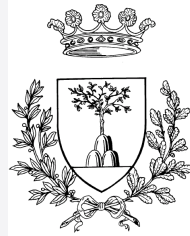
Atassia da patologie del sistema labirintico



- Coinvolge esclusivamente l'equilibrio e la marcia, mancando tipicamente fenomeni di incoordinazione segmentale (degli arti).
- La base di appoggio nella stazione eretta e nella deambulazione è allargata.
- La direzione di marcia è deviata lateralmente, ma sempre dallo stesso lato (lato lesa), e per questo, se si fa camminare il malato in avanti indietro, si evidenzia una “marcia a stella”.



VALUTAZIONE BILANCIAMENTO STATICO



usano tutti la condizione a occhi chiusi

test di Romberg:

positivo in caso di caduta

controllare ripetitività/manovre distraenti

**significato: disfunzione labirintica unilaterale
(deviazione unilaterale)**

**disfunzione propriocettiva/cerebellare
(deviazioni multidirezionali)**

**lesione fossa cranica posteriore
(deviazione posteriore)**

test di Romberg a tandem

chi lo esegue ha un eccellente equilibrio

6 Atassia con lateropulsione

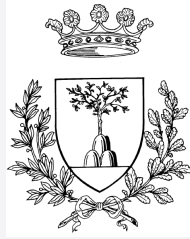




Sclerosi Multipla atassia e spasticità







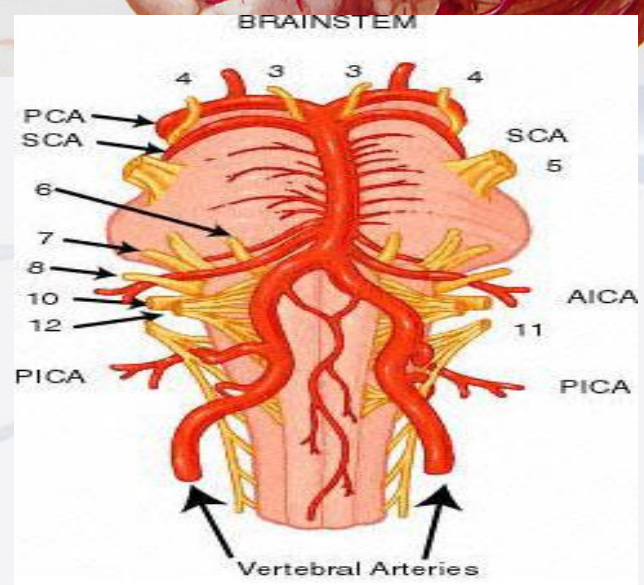
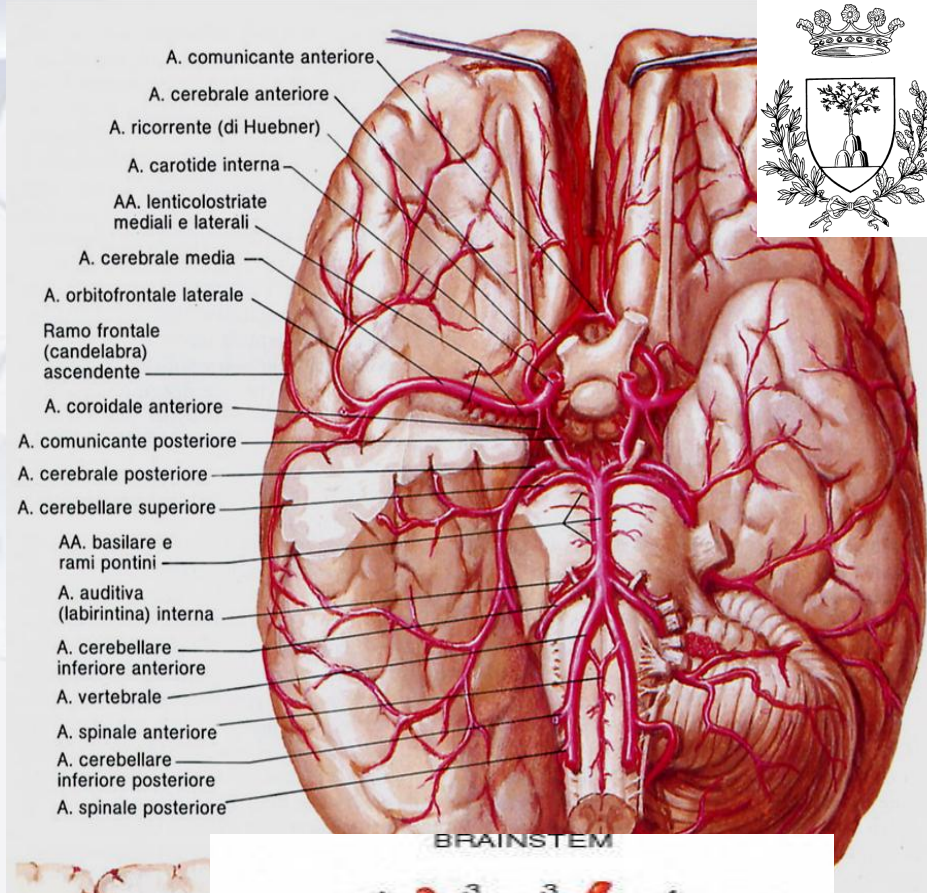
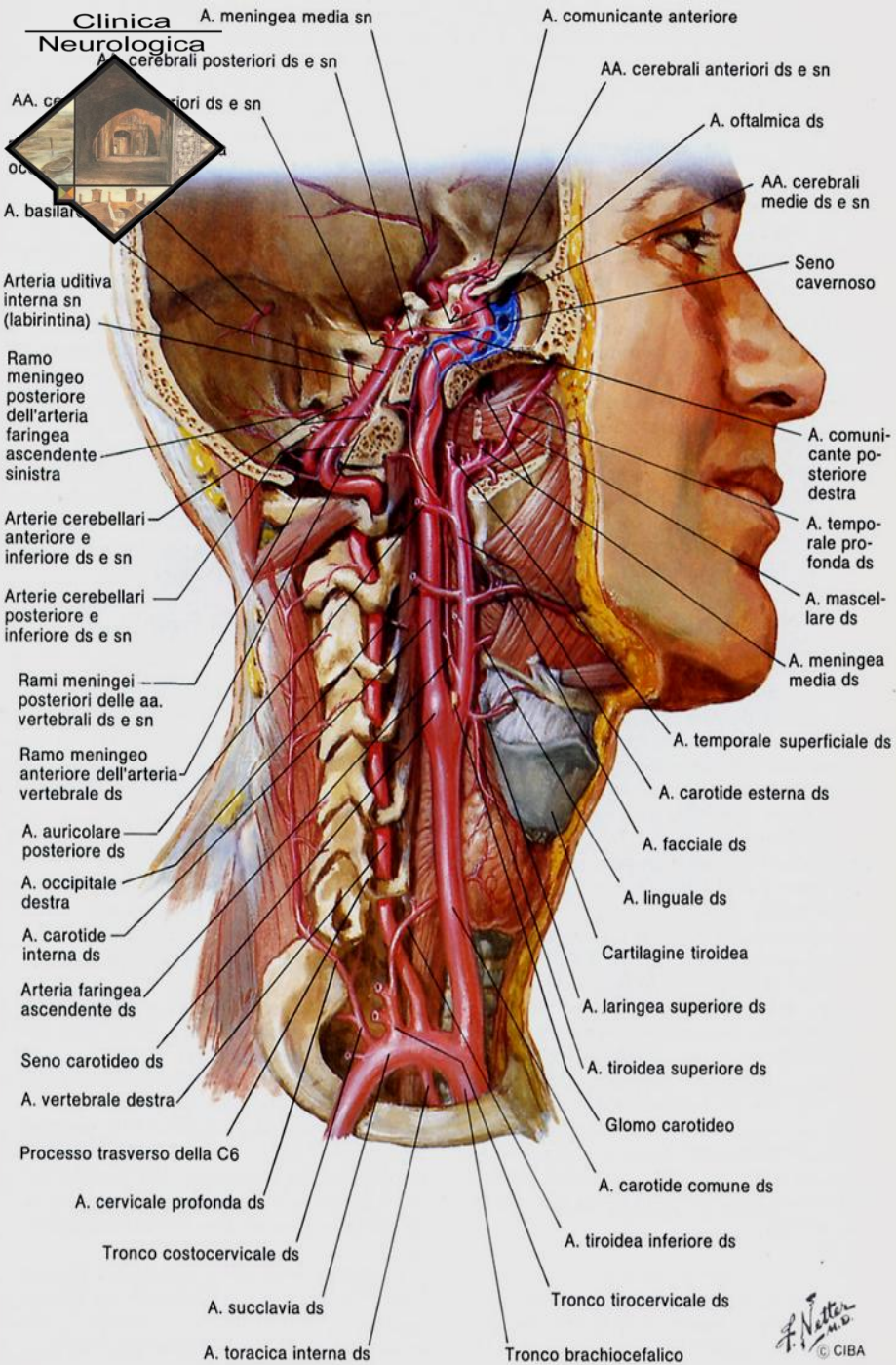
Quick time

- Q45 Dismetria a braccia protese



Quick time

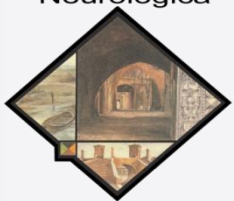
- Q49 Dismetria e tremore posturale e cinetico



(c)Northeastern University, 2001



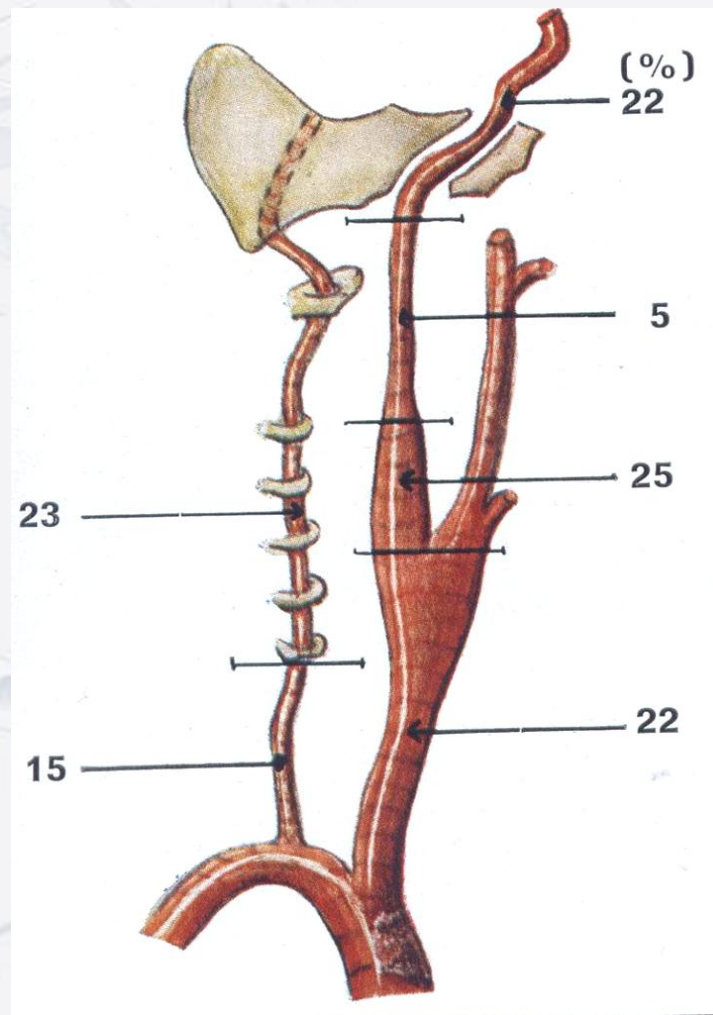
F. Netter M.D.
© CIBA

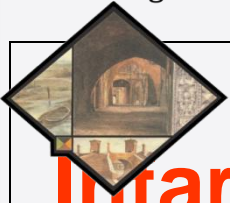


Vertigini nella malattia cerebrovascolare: Breve overview

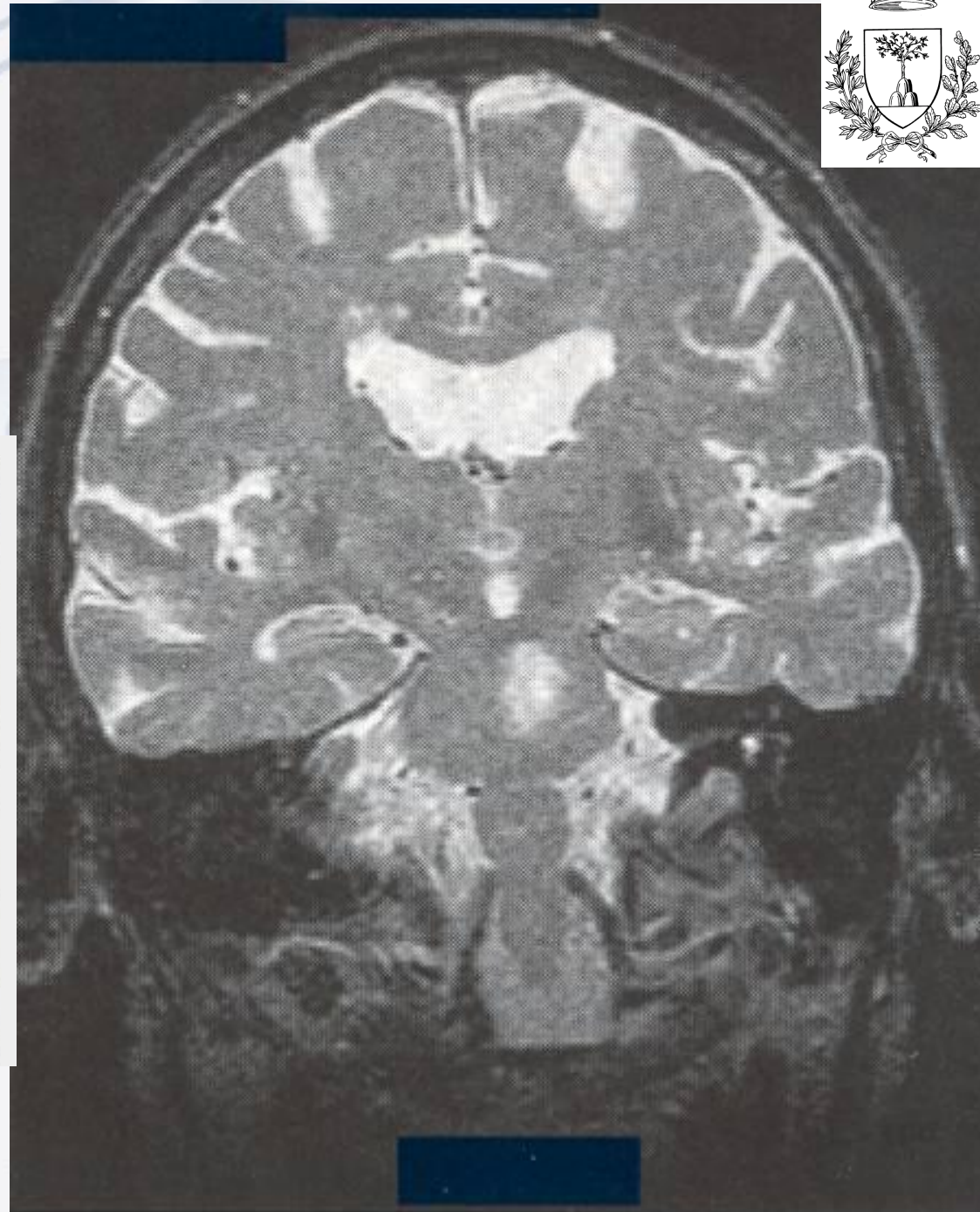


- Atassia e Vertigini nel 50% dei casi di insufficienza vertebro-basilare, raramente come sintomo isolato.
- De Klein e Nieuwenhuyse suggerirono che vertigine e nistagmo potevano essere indotti da occlusione dell'arteria vertebrale, posizionando il capo in certe posizioni: "occlusione rotazionale dell'arteria vertebrale" (1927).

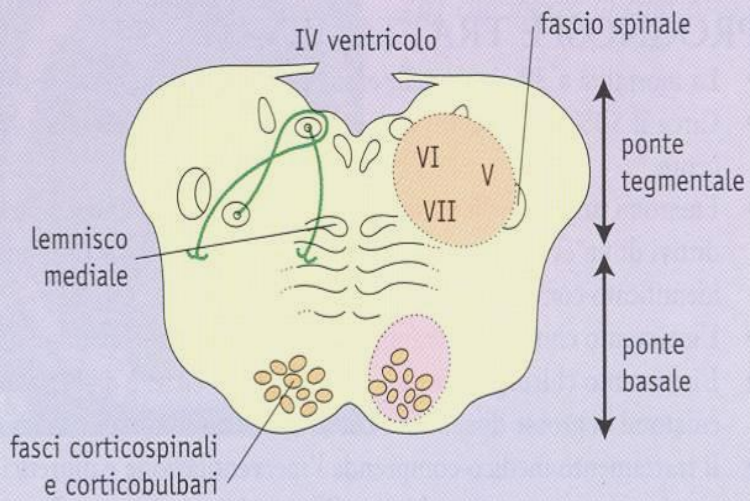




Infarto alla base del ponte



Ematoma pontino lateralizzato





Marta





Prove di coordinazione del corpo in toto

- 1) per il mantenimento della postura il paziente va esaminato da sdraiato e seduto, affinché siano evidenziabili:
 - oscillazioni del capo e del corpo,
 - impossibilità a stare seduto,
 - mancanza di fissità dei gruppi muscolari del dorso e dei cingoli scapolare e pelvico.

In caso di atassia statica, cioè nel mantenimento della postura eretta, le alterazioni si manifestano anche per disturbi di entità modesta.



Atassia statica

- In particolare si effettua la **Prova di Romberg**: il paziente viene posto sull'"attenti", con i piedi uniti; in seguito gli viene chiesto di chiudere gli occhi.
- In caso di atassia si osservano oscillazioni pluridirezionali, più o meno lateralizzate, dell'asse corporeo, che possono anche accentuarsi fino a determinare la caduta, quando il paziente, ad occhi chiusi, è affetto da atassia sensitiva (fenomeno di Romberg positivo).

LA PROVA DEL SALTO



LA PROVA DI ROMBERG





Atassia cerebellare

- il fenomeno di Romberg viene definito come negativo, poiché, nonostante la presenza di oscillazione dell'asse corporeo, la chiusura degli occhi non peggiora equilibrio e postura.
- In caso di atassia da turbe labirintiche il fenomeno di Romberg è positivo, perchè il disequilibrio peggiora con la soppressione del controllo visivo, ma l'eventuale caduta o la comparsa di latero-deviazione tende ad essere “tardiva”, sviluppandosi dopo circa una decina di secondi e unilateralmente (lateropulsione).



Atassia statica, stazione eretta



- Si può esplorare l'alterata ripartizione e l'irregolare adattamento del tono posturale, il paziente viene invitato a reclinarsi all'indietro: mancheranno le sinergie flessorie degli arti inferiori.
- Prova della spinta: il tronco si inclina eccessivamente e successivamente compie oscillazioni.

LA PROVA DEL SALTO



Fig. 5

LA DEAMBULAZIONE A TANDEM



Fig. 4



Atassia dinamica (deambulazione)



- Il disturbo della marcia consiste in Deviazioni Pluridirezionali:
 - BARCOLLAMENTI,**
 - A BASE ALLARGATA,**
 - ARTI SUPERIORI A BILANCIERE,**
 - INCERTEZZE E PULSIONI LATERALI BRUSCHE CHE FANNO DEAMBULARE IL PAZIENTE EA ZIG-ZAG, MIMANDO L' ANDATURA DELL' UBRIACO.**
- Deviazioni unilaterali nelle sindromi cerebellari emisferiche.
- Nei casi lievi l' atassia può essere evidenziata NELLA "**MARCIA A TANDEM**".

LA PROVA DEL SALTO



Fig. 5

LA PROVA DI ROMBERG



Fig. 3

LA DEAMBULAZIONE A TANDEM



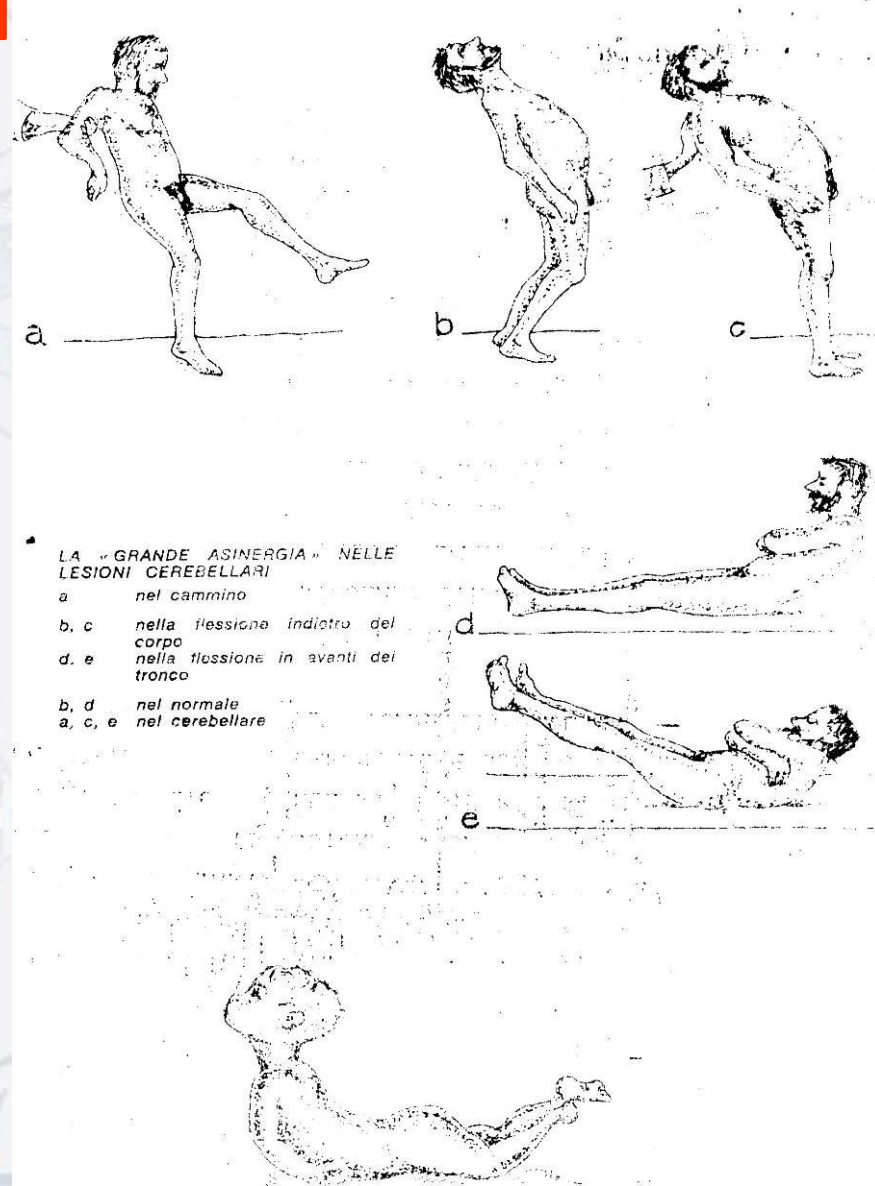
Fig. 4



Grande asineria di Babinski

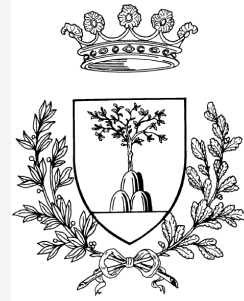


- Paziente posto con il dorso poggiato sul muro, viene invitato ad iniziare la marcia:
- solleva l' arto inferiore, ma non associa questo movimento allo spostamento del tronco in avanti:
- il baricentro è troppo spostato in avanti e di conseguenza tende a cadere (*è comunque di osservazione piuttosto rara*).

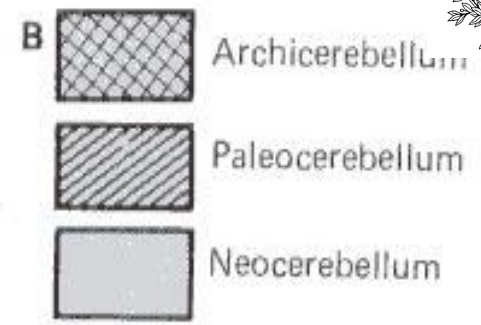
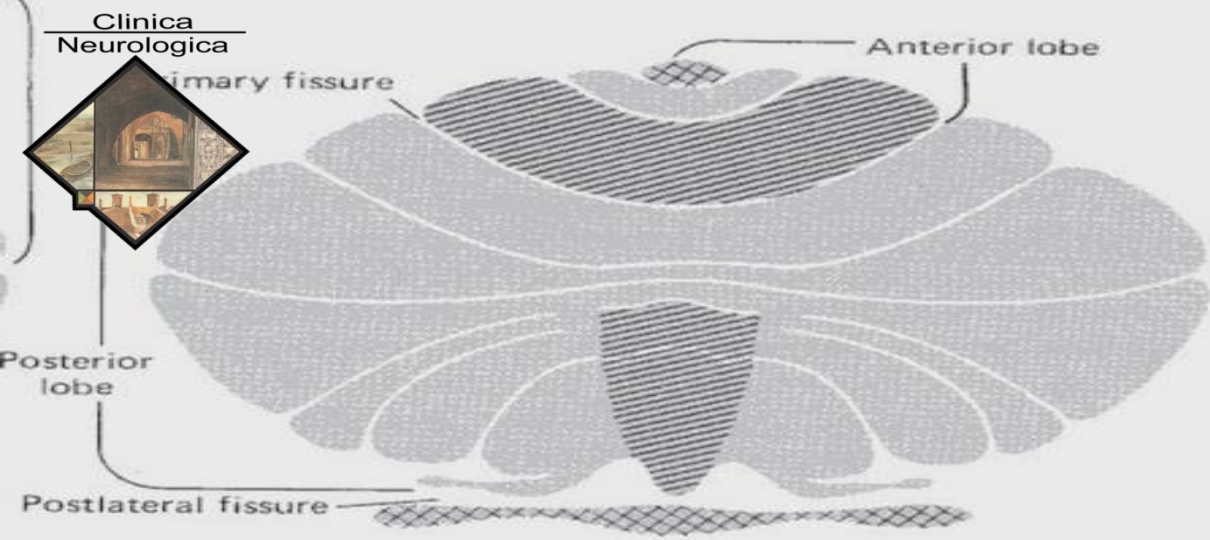




ATASSIA CEREBELLARE DINAMICA



- Nell'atassia cerebellare l'andatura è a base allargata, a zig-zag, le braccia sono mantenute a “bilanciere”, vi è incertezza; il malato mima l'andatura dell'ubriaco.
- L'avvio della marcia può essere alterato fino a configurare la “grande asinergia di Babinski”.



<p>ARCHI-CEREBELLUM</p>	<p>Lobo flocculo-nodulare</p>	<p>Nuclei vestibolari e midollo</p>	<p>Statica: EQUILIBRIO <i>MECCANISMI RIFLESSI DI RADDRIZZAMENTO</i></p>	<p>TURBE DELL' EQUILIBRIO e vertigini</p>
<p>PALEO-CEREBELLUM</p>	<p>Verme amigdala e lobo anteriore</p>	<p>Tronco cerebrale e midollo</p>	<p>TONO POSTURALE <i>MOTILITA' ASSIALE E DI ATTEGGIAMENTO</i></p>	<p>TURBE DEL TONO POSTURALE</p>
<p>NEO-CEREBELLUM</p>	<p>Emisferi Cerebellari</p>	<p>Corteccia cerebrale altri centri superiori</p>	<p>COORDINAZIONE MOTORIA <i>MOTILITA' PROPOSIZIONALE</i></p>	<p>ASINERGIA E DISMETRIA</p>

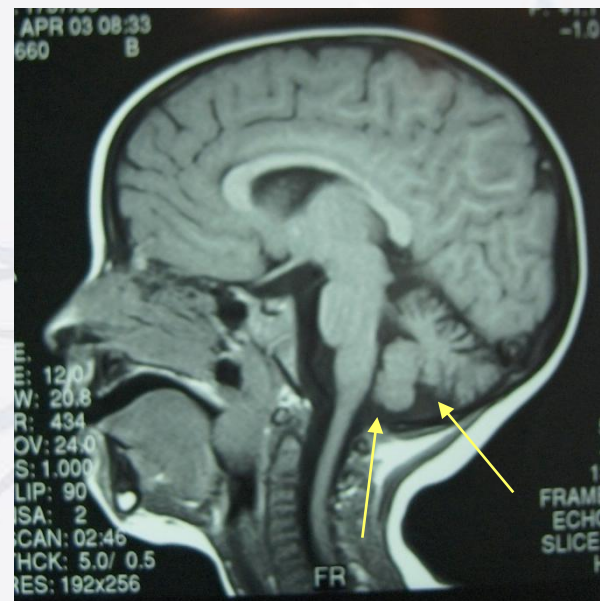


Breve anamnesi patologica

Marta nasce nel 1999, controllo del capo a tre mesi, postura assisa a cinque, gattonamento a otto mesi, deambulazione a un anno. Prime parole ad un anno e strutturazione di alcune frasi l'anno successivo. A due anni e mezzo primi segnali di lieve impaccio motorio con evidente difficoltà nell'inizio della corsa, nell'eseguire salti e nell'affrontare giochi di equilibrio. Verso i tre anni, dopo l'intervento di adenoidectomia, peggioramento del quadro clinico con marcia a base allargata e mancanza di coordinazione della corsa e tremore intenzionale alle mani. Ad Agosto 2002 viene confermata diagnosi di atassia cerebellare; da fine Gennaio 2003 peggioramento lento e progressivo.

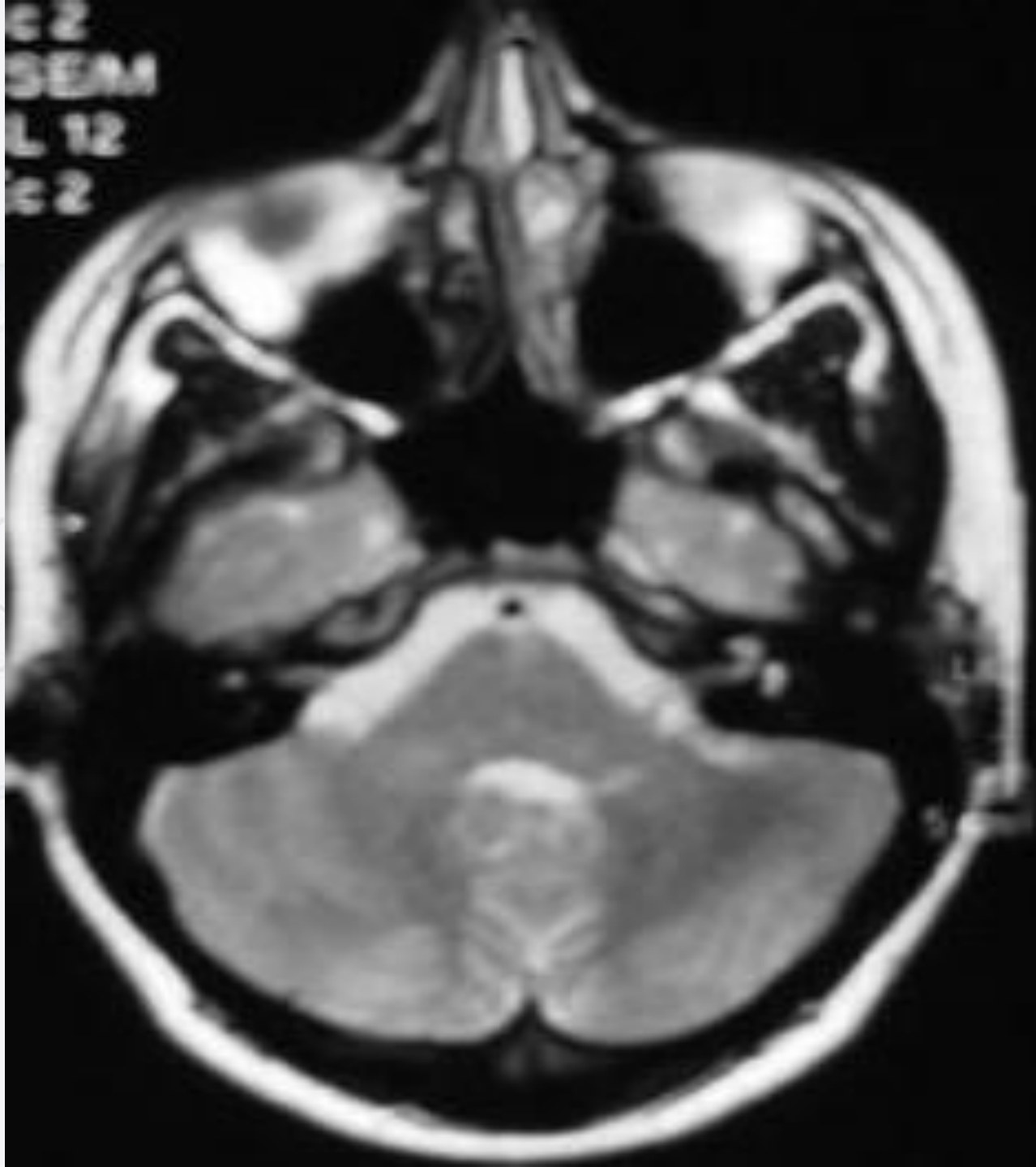
RMN: marcata atrofia cerebellare con discreto assottigliamento dei peduncoli cerebellari e ingrandimento del quarto ventricolo.

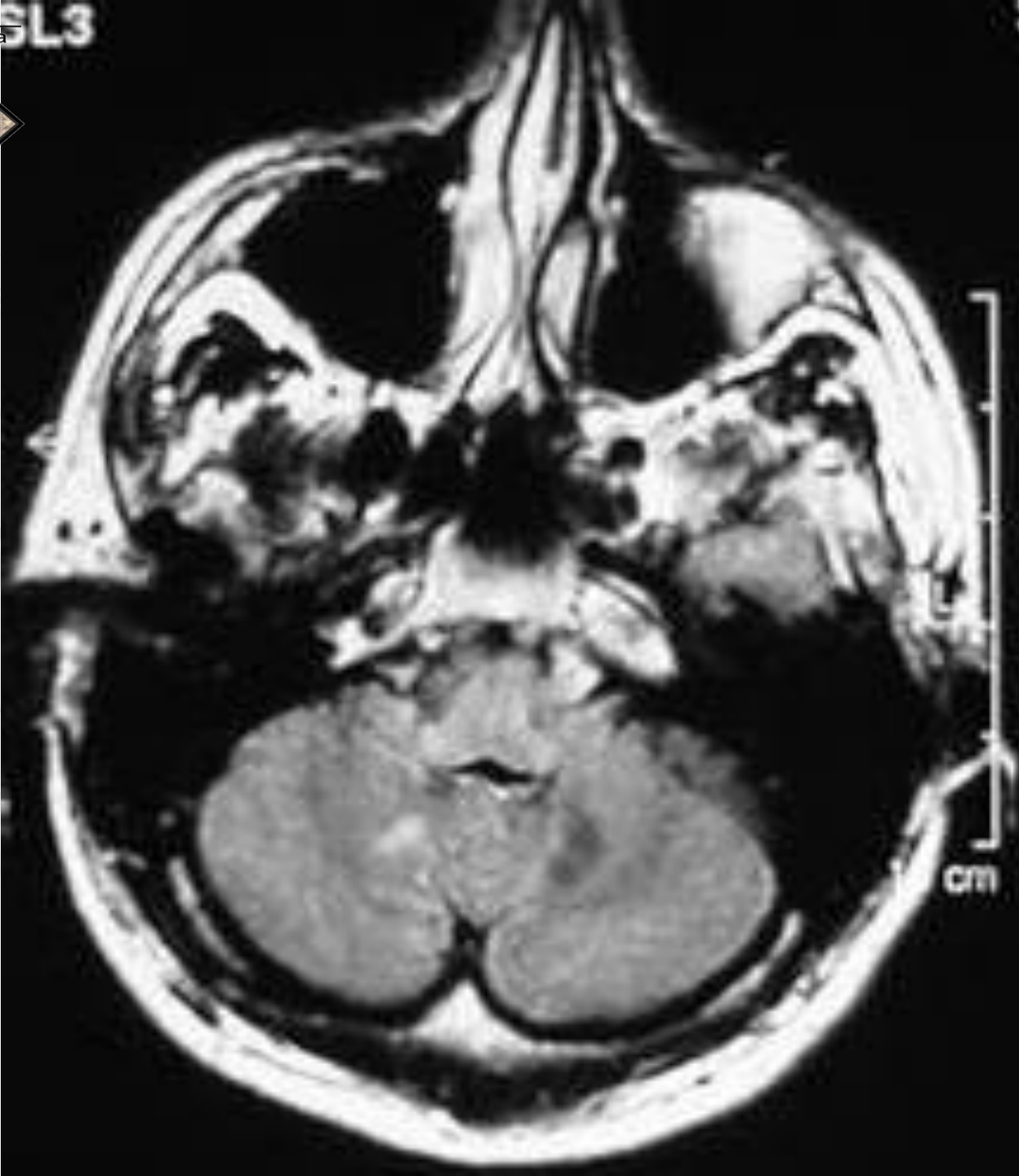
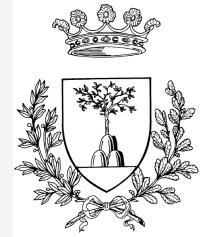
A tutt'oggi non è ancora stata scoperta la causa dell'atassia che colpisce Marta

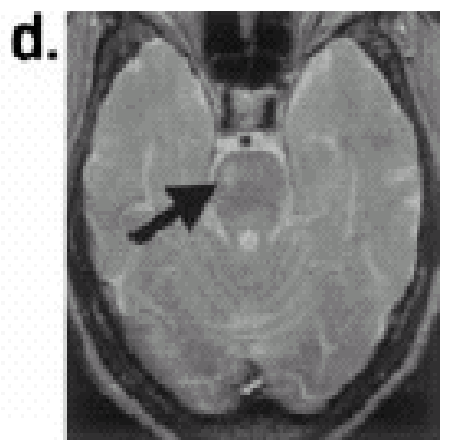
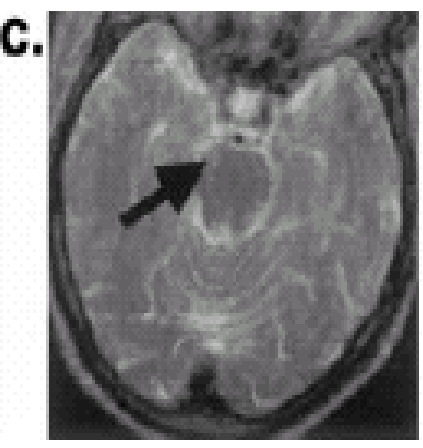
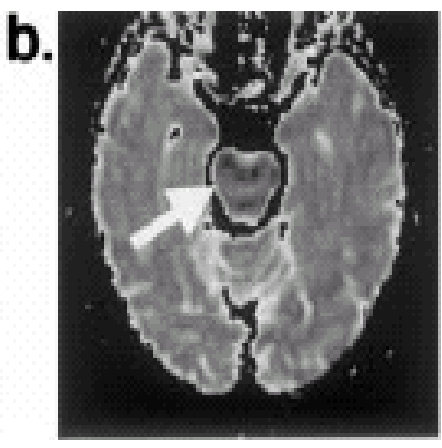
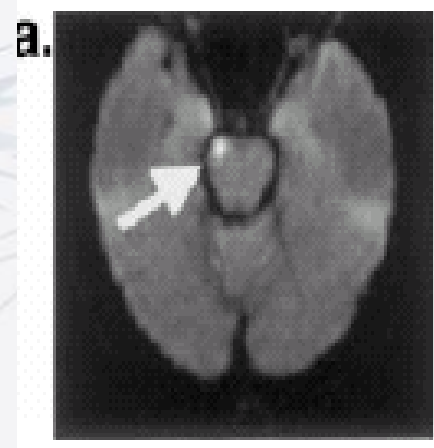
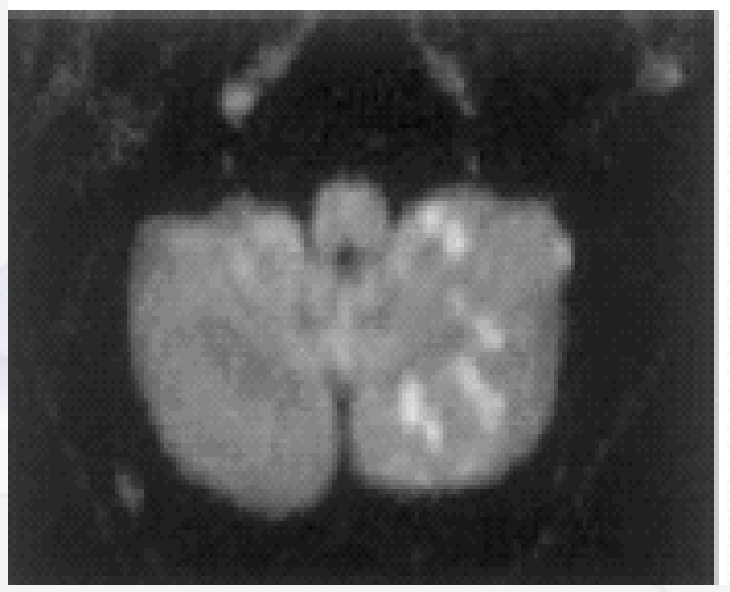
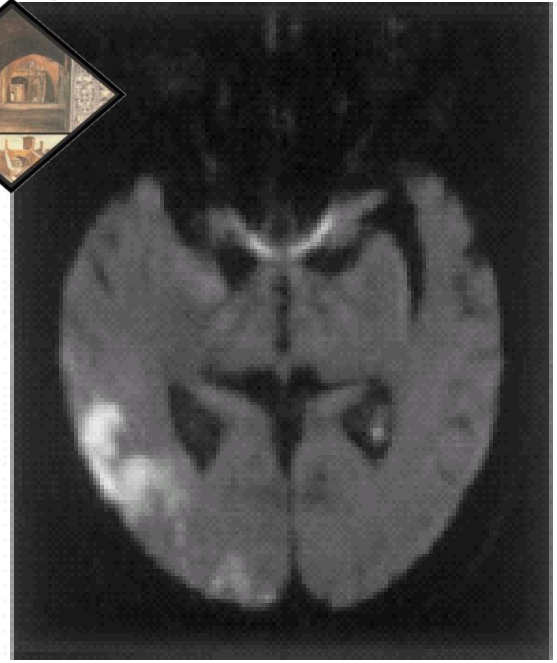




C2
SEM
L 12
C2









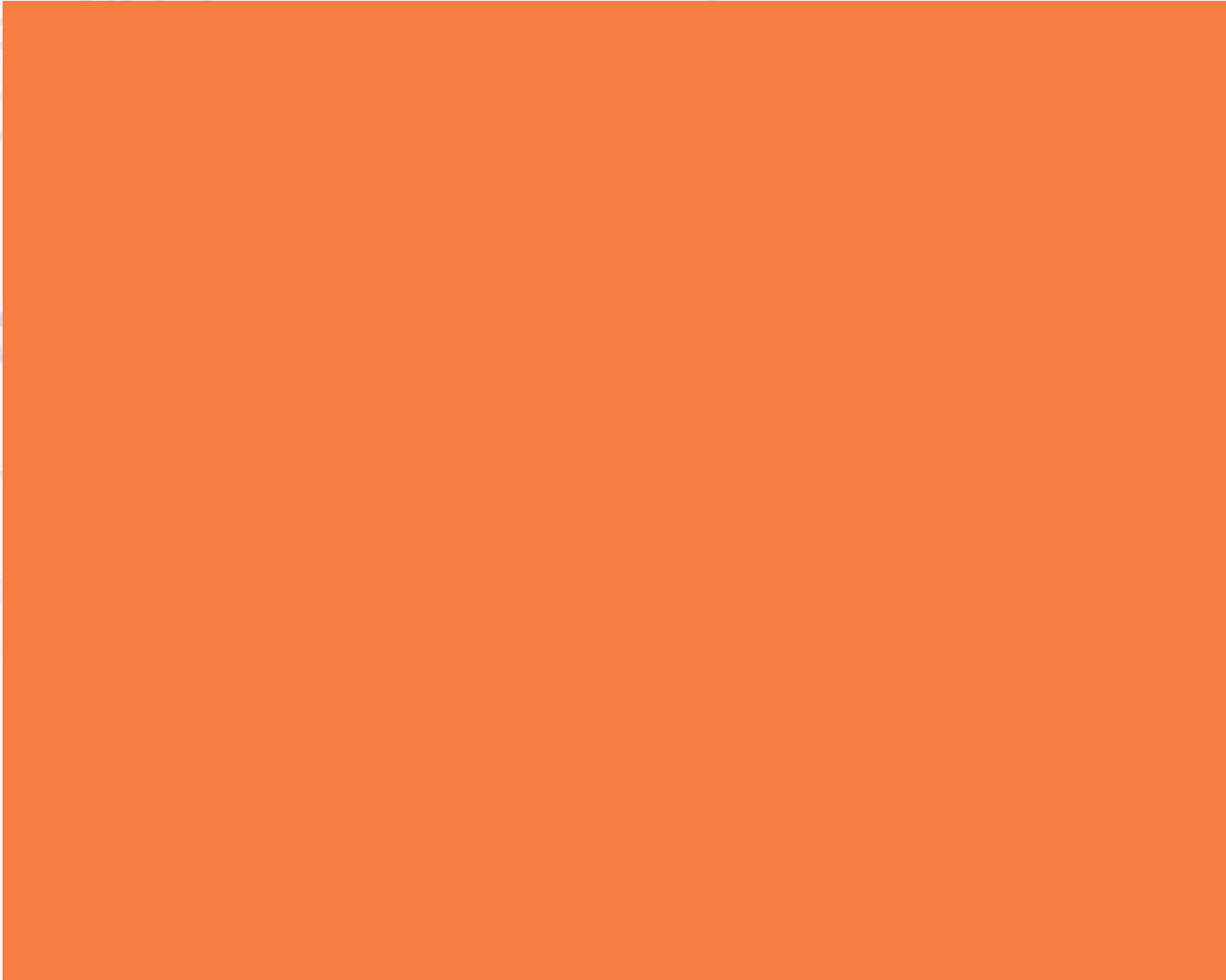
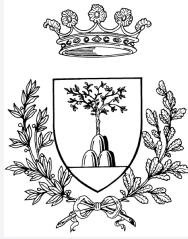
Studi per un recupero funzionale sulle Atassie e altri disordini dell'equilibrio:



1. Utilizzazione di un parametro di accelerazione nella valutazione delle sindromi Parkinsoniane e delle atassie;
2. Efficacia della Promozione di Attività Motoria con stimolazione attraverso la musica in pazienti con Malattia di Parkinson;
3. Proposta di riabilitazione delle Atassie mediante Sostituzione Sensoriale con Metodica BrainPort;
4. Analisi del cammino mediante Accelerometria applicata alla valutazione clinica di Pazienti affetti da Morbo di Parkinson sottoposti ad Attività Motoria



Promozione Attività Motoria nelle Atassie



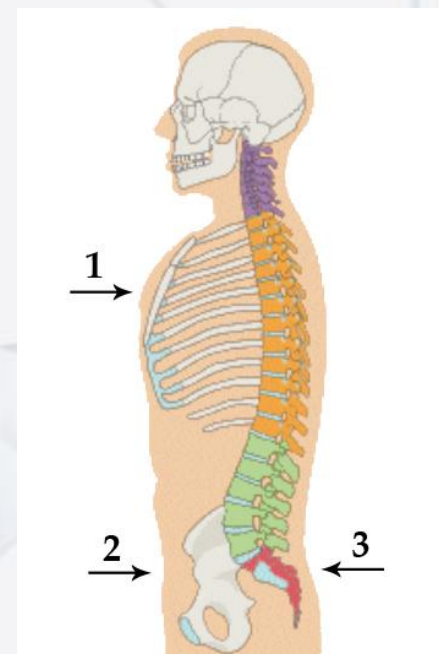


Valutazione clinica e obiettiva con metodiche accelerometriche

L'**accelerometro** è uno strumento che serve a rilevare e misurare l'accelerazione (cambiamento di velocità) di un corpo mobile.

Si fissa lo strumento al corpo del paziente in precise posizioni.

La rilevazione si basa sulla registrazione delle accelerazioni rilevate in regione toracica e regione pelvica in un soggetto che deambula alla velocità per lui più confortevole.

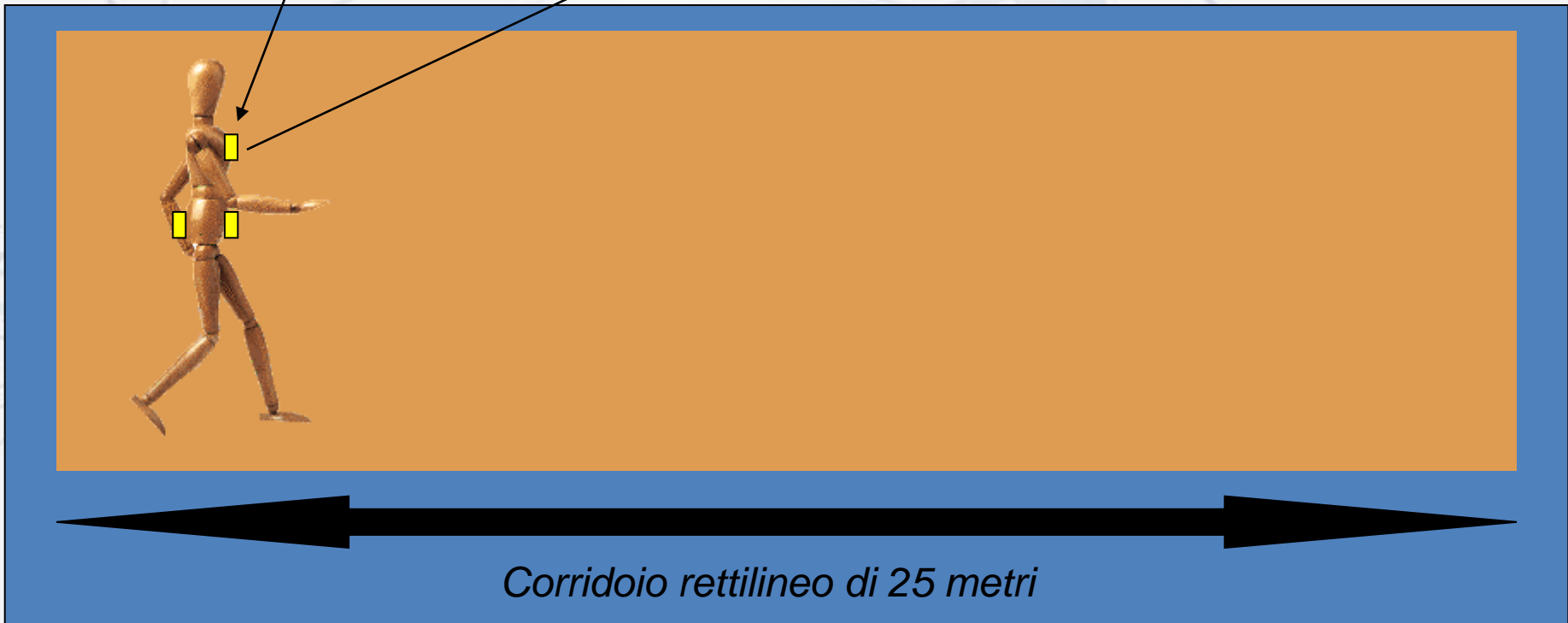
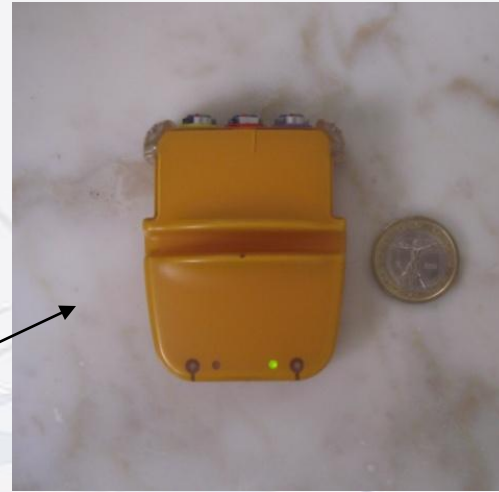




Materiali e Metodi

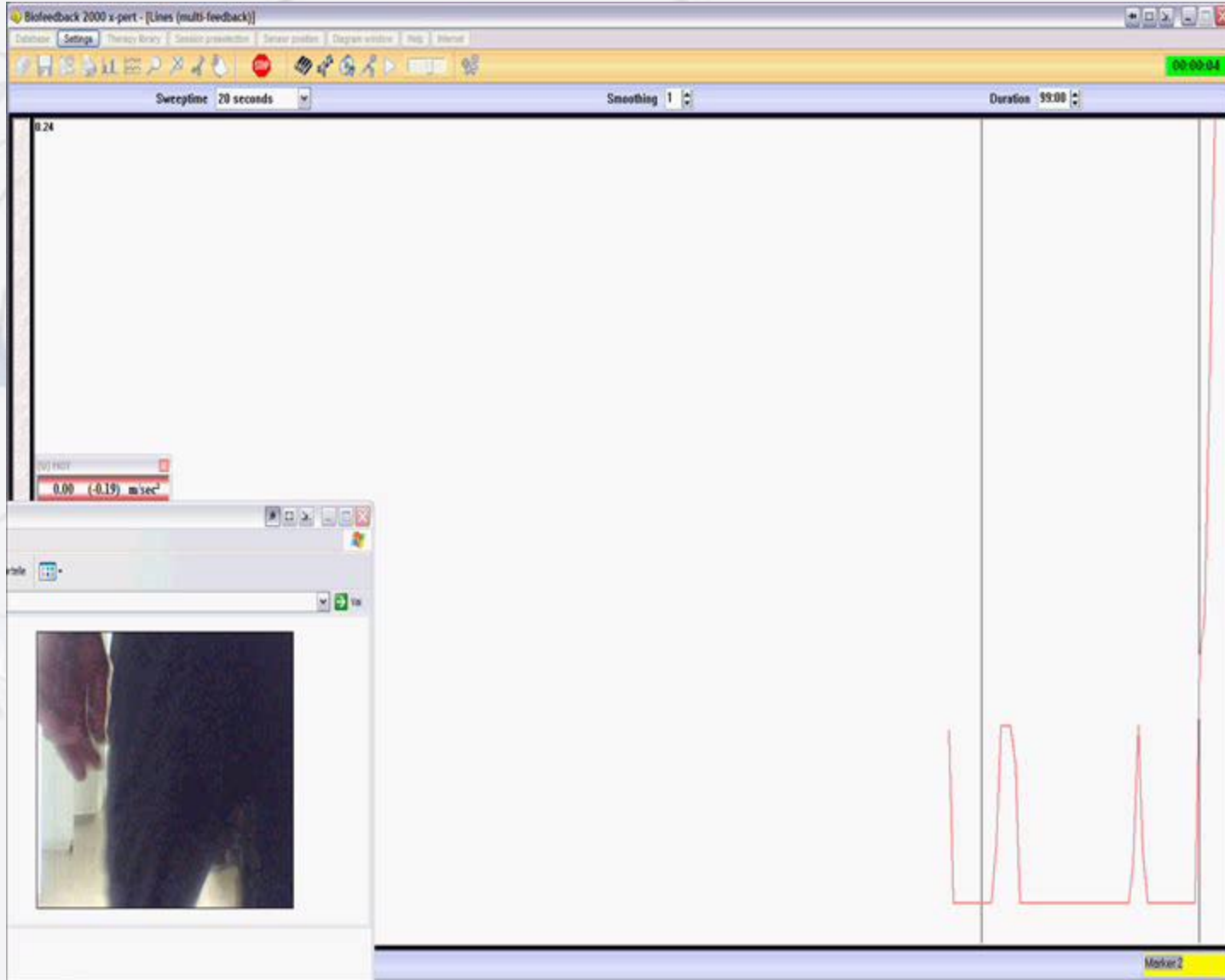


Accelerometro





L'atassia





Sostituzione sensoriale con BrainPort,

- Valutare l'efficacia a breve termine di un dispositivo di sostituzione sensoriale, BrainPort, in soggetti con disturbi dell'equilibrio di origine neurologica:
- Sclerosi Multipla,
- Atassie cerebellari sensitive periferiche e midollari,
- Sindromi del tronco encefalico vascolari,
- sindromi post-concussiva,
- Morbo di Parkinson,
- Atassie "corticali"



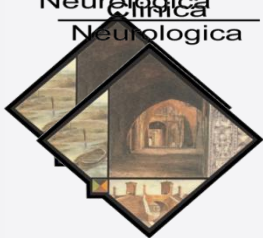


Dispositivo di sostituzione sensoriale elettrotattile:

BrainPort

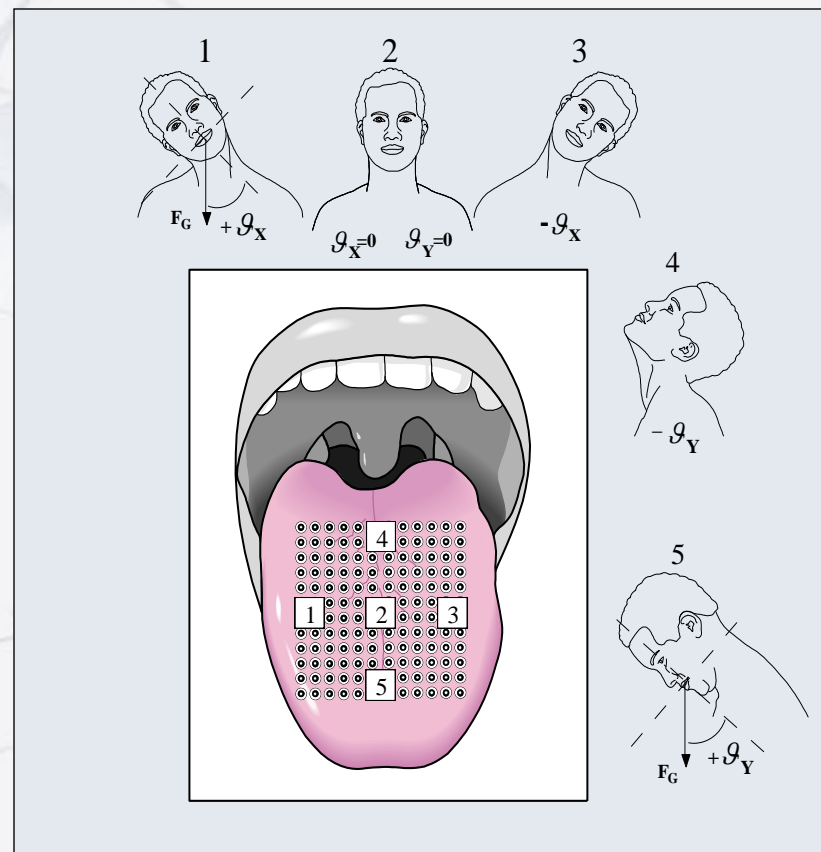
- IOD: contiene un accelerometro che rileva gli spostamenti del capo sull'asse antero-posteriore e latero-laterale; è connesso ad una matrice di elettrodi che genera uno stimolo elettrico a bassa tensione erogato sulla superficie linguale.
- CONTROLLER: processa le informazioni ricevute dall'accelerometro e produce lo stimolo elettrico.





Stimolo e risposta

- I soggetti percepiscono lo spostamento del segnale sul dorso della lingua in relazione allo spostamento del capo e utilizzano queste informazioni per produrre degli adattamenti posturali al fine di mantenere la percezione dello stimolo al centro della lingua.





Le persone con atassia apprendono a ridurre le oscillazioni posturali utilizzando il segnale, mentre eseguono esercizi statici ad occhi chiusi in posizioni e su superfici di appoggio podalico progressivamente più destabilizzanti.



BRAINPORT, in VIVER SANI E BELLI, intervista a E. Granieri, luglio 2010

ATTUALITÀ ▶ CASI DI CRONACA

Non vede da entrambi gli occhi, eppure riesce a distinguere le forme degli oggetti e a camminare senza bastone o sostegno. Merito della sua lingua, che gli consente di percepire la realtà con un senso in più, molto simile alla vista. Sembra quasi un miracolo, ma quanto succede a un ex soldato inglese è frutto di un innovativo apparecchio, la cui tecnologia è sperimentata da anni anche in Italia pur non essendo mai stata usata con queste finalità. Il cervello, attraverso gli impulsi elettrici di questo dispositivo, riesce a riconoscere gli oggetti in modo definito. Un nuovo modo di interpretare i dati sensoriali, che ha già dato frutti notevoli nella riduzione fisica dei malati di Parkinson e di Alzheimer.



È SIMILE AL CODICE BRAILLE

La telecamera inserita negli occhiali come fonte delle informazioni visive e una griglia di 600 elettrodi appoggiata sulla lingua permettono di riconoscere figure geometriche, caratteri di stampa e caratteristiche dell'ambiente, come strisce pedonali, marciapiedi e ostacoli. Una sorta di codice Braille con tanti puntini elettrici, che scorrono sulla lingua invece che sui polpastrelli.



PUÒ DARE UN BUON AIUTO

«Le nostre ricerche per il momento non stanno toccando l'area della vista, ma quella dell'equilibrio» afferma il professor Granieri. «Anche l'equilibrio è un senso che può essere perduto, soprattutto con lo sviluppo di malattie degenerative che possono attaccare il cervello. In questi casi, la persona ammalata non è più in grado di camminare in linea retta, di sedersi senza lasciarsi scivolare oppure di tenere la testa dritta. A volte, non esiste una cura farmacologica o una fisioterapia che possa offrire risultati interessanti e, quindi, la qualità della vita di questi individui si abbassa notevolmente. Abbiamo invece constatato che l'uso di un apparecchio di questo tipo può diventare di grande aiuto per chi soffre di questi problemi».

torna a vedere con la lingua

Una tecnologia d'avanguardia consente al cervello di riconoscere le immagini attraverso impulsi elettrici inviati da uno speciale sensore posizionato nella bocca

IL PROBLEMA: FORNIRE LE INFORMAZIONI GIUSTE

IL PROBLEMA: FORNIRE LE INFORMAZIONI GIUSTE

«Se ci si pensa» ha dichiarato Paul Bachy-Rita, coinventore dell'apparecchio assieme a Mitch Tyler «noi non vediamo davvero con gli occhi. L'immagine ottica, infatti, non va oltre la retina: è qui che in tempo reale le immagini sono trasformate in impulsi. Ogni informazione sensoriale arriva al cervello sotto forma di impulsi. E questo non costituisce un problema. Il problema vero è fornire le informazioni giuste, nell'esatta codifica, di modo che la nostra mente le accetti e le interpreti». Aggiunge Mitch Tyler: «Come tutta questa dattilità sia possibile resta per ora un grandissimo mistero, però è così ed è una fortuna per tutti».

PER ORA È SOLO UN PROTOTIPO

«L'apparecchio che stanno testando in Gran Bretagna» rivela il professor Granieri «è ancora un prototipo. Il numero di input elettrici che giungono sulla lingua è limitato e l'informazione che giunge al cervello abbastanza grezza. Il giovane soldato ha dichiarato di "vedere" immagini appunto in bianco e nero, bidimensionali, in cui l'oggetto è riconosciuto dal profilo, dalla silhouette». Considerati i risultati entusiasmanti, però, le ricerche stanno andando avanti e presto il "lecca-lecca elettrico" invierà sulla superficie della lingua molte più informazioni. Vedere sempre meglio e sempre di più con la lingua, un giorno ormai non lontano, sarà senza dubbio possibile.

S'impara a usarlo in due settimane

«Gli impulsi usati nei nostri studi sono meno complessi di quelli adoperati in Inghilterra per sopprimerla alla vista mancante» rivela Granieri. «Si tratta, in pratica, di abituarsi a riconoscere i segnali elettrici che giungono sulla lingua, un po' come se qualcuno ci correggesse la camminata man mano che

procediamo. Questo addestramento intensivo dura una o al massimo due settimane. Sono sufficienti due lezioni al giorno di un'ora, una al mattino e una al pomeriggio. Poi, ci vogliono tre o quattro settimane per allenare l'equilibrio e stabilità con due sedute al giorno da 20 minuti ciascuna».

Sarà il futuro della riabilitazione?

«Strumenti come questi saranno usati sempre più di frequente nella riabilitazione, per rafforzare un senso o addirittura per sostituirlo» afferma Granieri. «Quando le medicine e la semplice fisioterapia non riescono più a ottenere risultati interessanti, ecco che è necessario sperimentare nuove stra-

de e questa è sicuramente tra la più promettenti. Il nostro cervello è una macchina complessa, ma anche molto adattabile, in grado di sopprimere gli handicap che possono colpire un essere umano. Tutto sta nel trovare il canale giusto per interagire con esso e per parlare il suo stesso linguaggio».

Servizio di Giorgio Giordano.
Con la consulenza del professor Enrico Granieri, direttore della Clinica neurologica all'università di Ferrara.

Consente di distinguere luce e oscurità

«Il dispositivo» afferma il professor Granieri «è un sostituto sensoriale. In pratica, non fa altro che sostituire il senso mancante cercando una strada indiretta per raggiungere il cervello. In questo caso, si tratta di impulsi elettrici che colpiscono la lingua e che, opportunamente interpretati, possono sostituire almeno parzialmente la perdita della vista». ■ Per funzionare, la persona non vedente deve essere almeno in grado di distinguere la completa oscurità dalla luce. In caso di cecità assoluta, infatti, il dispositivo non è, per ora, in grado di operare. «Ciò che giunge al cervello, infatti, è una specie d'immagine costituita da punti chiari e punti scuri. Se la persona non ha mai visto la luce, difficilmente potrà riuscire a comprendere che cosa sta accadendo».

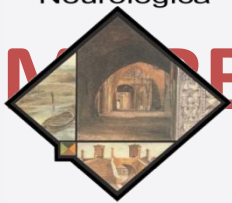


Sperimentato per i problemi di equilibrio

Il professore Enrico Granieri, direttore della Clinica neurologica dell'università di Ferrara, conduce da tempo ricerche sull'uso di questo dispositivo nella riabilitazione di individui colpiti da problemi di equilibrio. ■ «Con la mia équipe di Scienze motorie» spiega «ci occupiamo di vari metodi per migliorare le condizioni e la qualità della vita

IL FATTO Riacquista la vista con un dispositivo innovativo

Craig Lundberg ha 24 anni ed è cieco per colpa di una granata che, nel 2007, gli ha devastato il volto e gli occhi nel deserto iracheno. Abita a Walton, Liverpool, e nonostante il suo handicap, è in grado di riconoscere le parole stampate su un foglio, di identificare le forme degli oggetti e di camminare dritto davanti a sé senza nessun bisogno di aiuto. Il merito è di un apparecchio già da tempo sperimentato, ma che per la prima volta è usato per ricreare, in maniera diversa, il senso della vista. Così, il ministro della difesa inglese, in considerazione dei meriti acquisiti sul campo dal giovane eroe, ha deciso che fosse proprio Craig il primo a sperimentare questo miracolo tecnologico. Il giovane sta seduto su una sedia, indossando soltanto un paio di grossi occhiali scuri e, naturalmente, è privo di vista. Il dottore che lo ha in cura fa rotolare un pallone verso di lui e lui lo ferma con la mano. Come se ci vedesse ancora. In realtà, è quasi così. Craig non ha visto il pallone con gli occhi, ma ne ha ricostruito forma, direzione e movimento attraverso la lingua.

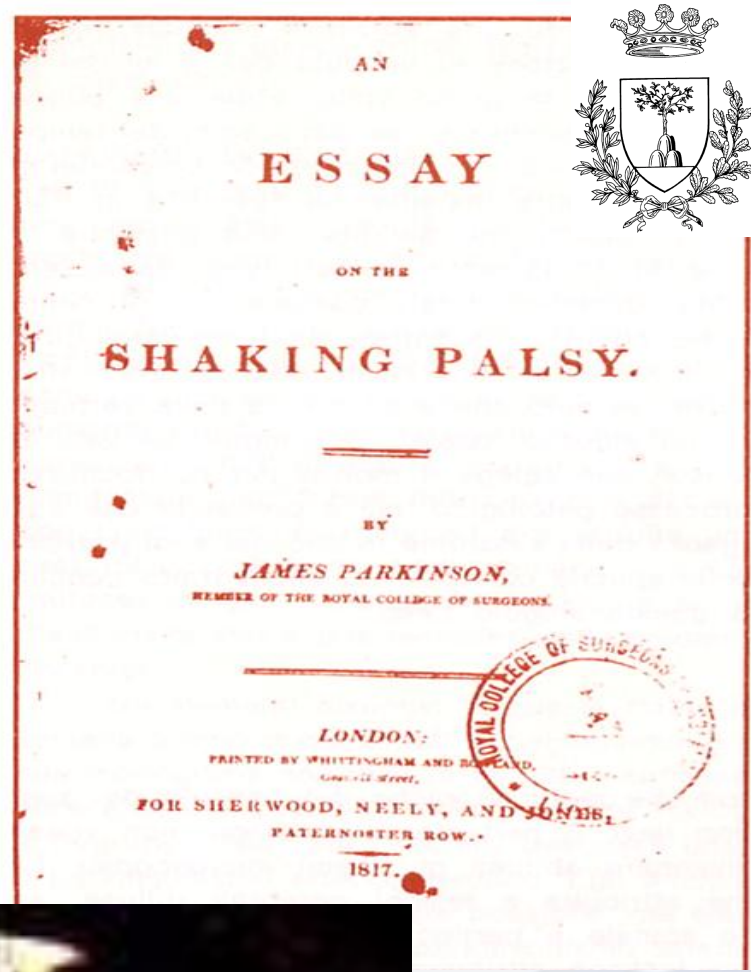


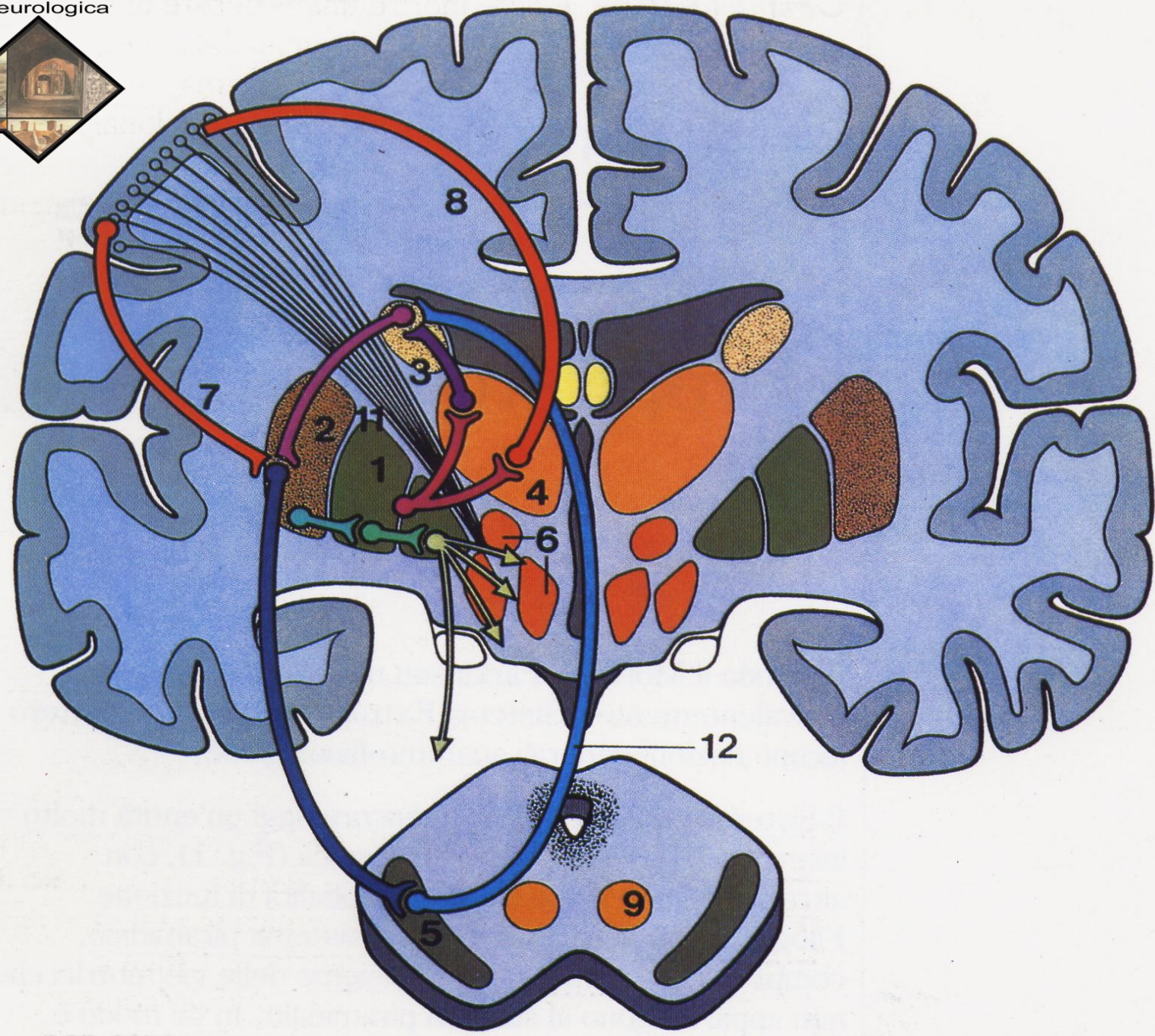
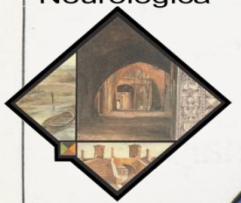
MORBO DI PARKINSON

Enrico Granieri

Direttore Clinica Neurologica

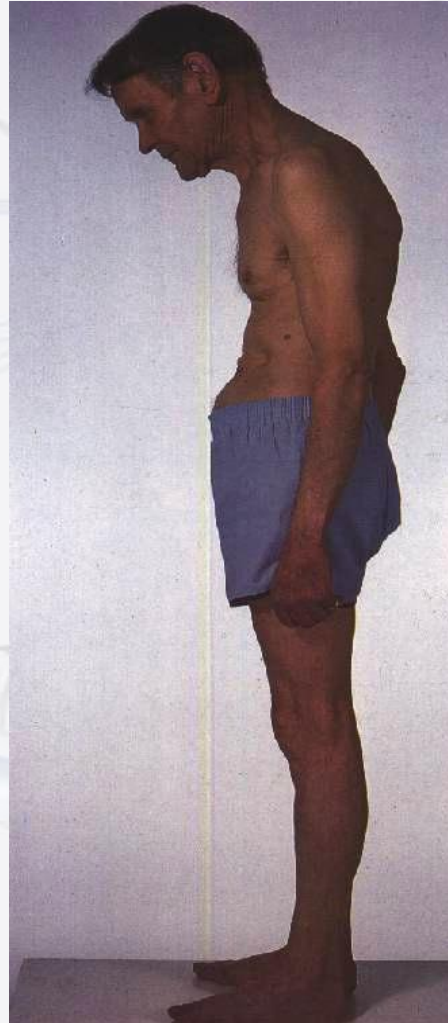
Università di Ferrara







Altri “segni”



- postura in flessione (atteggiamento camptocormico)
- deambulazione
- perdita riflessi posturali
- blocchi motori
- segni “frontali”
- iperscialorrea

Le sindromi parkinsoniane



Marcia parkinsoniana:

- Il tronco è inclinato in avanti

- I movimenti del passo, molto diminuiti di ampiezza, sono di nuovo costituiti da flessioni ed estensioni sincrone delle tre articolazioni.

- La punta del piede non viene sollevata prima del contatto, che avviene con la pianta invece che con il tallone; i piedi quindi risultano striscianti al suolo.

- Mancano sia l'estensione posteriore dell'anca sia la spinta estensoria in avanti con la punta del piede.

- La fase di oscillazione ha durata molto minore che nell'uomo normale.





A group of elderly men, possibly patients, standing in a line and leaning forward, likely demonstrating a physical therapy or gait training exercise.



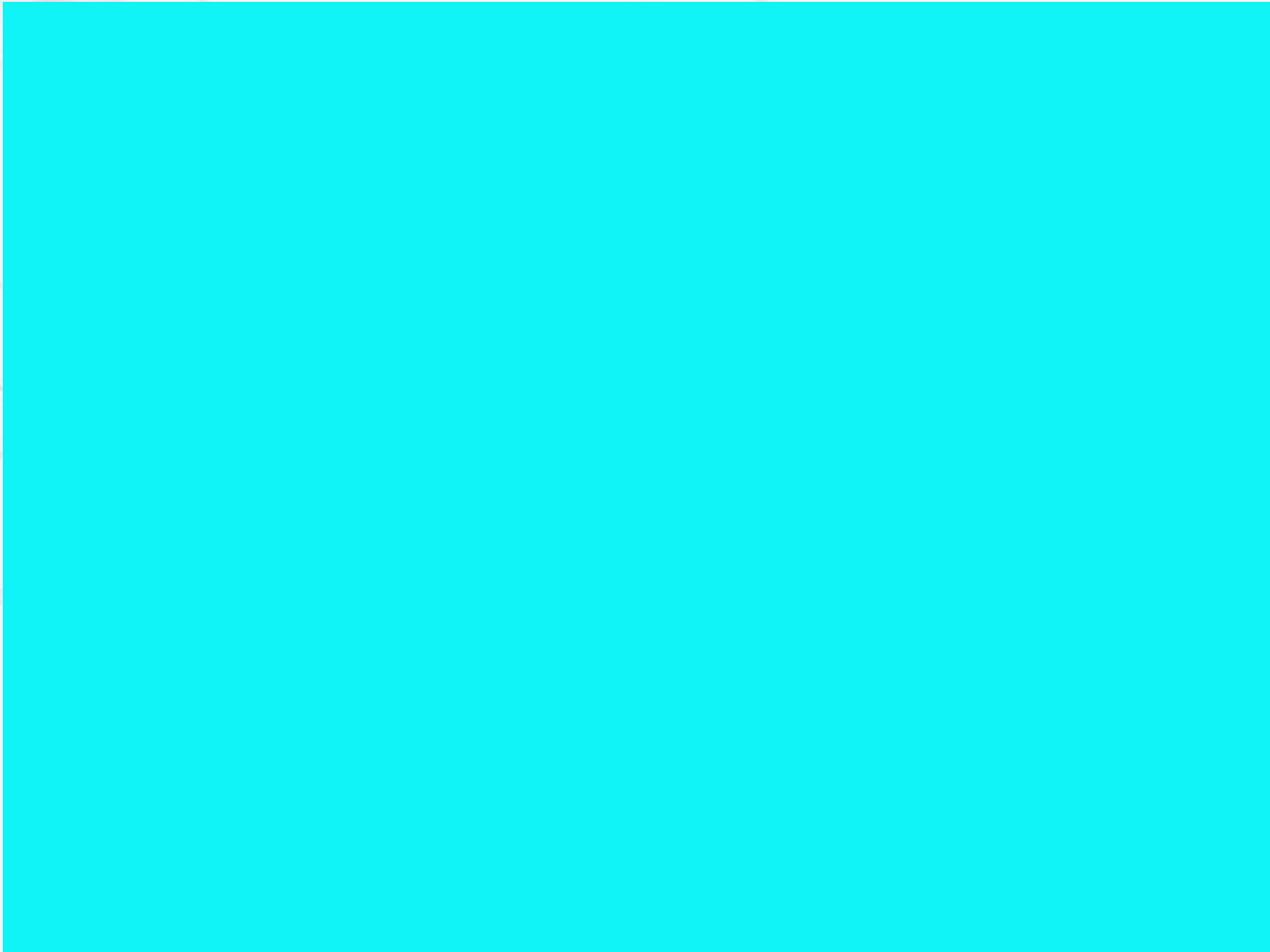
Disordini dell'equilibrio nelle sindromi extrapiramidali





Attività Motoria in Palestra

Ritmi e Musica





Sindromi Parkinsoniane e Promozione Attività Motoria



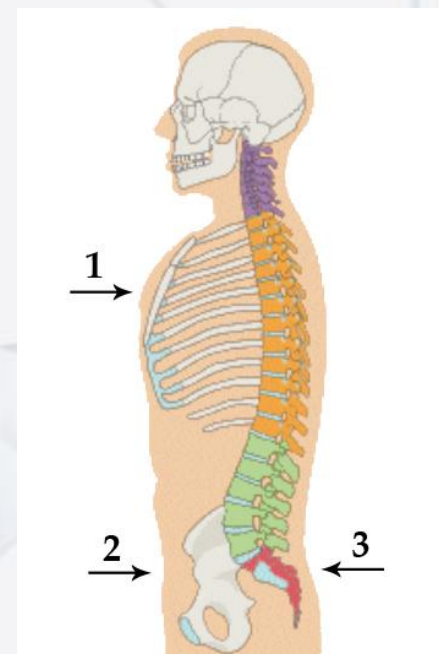


Valutazione clinica e obiettiva con metodiche accelerometriche

L'**accelerometro** è uno strumento che serve a rilevare e misurare l'accelerazione (cambiamento di velocità) di un corpo mobile.

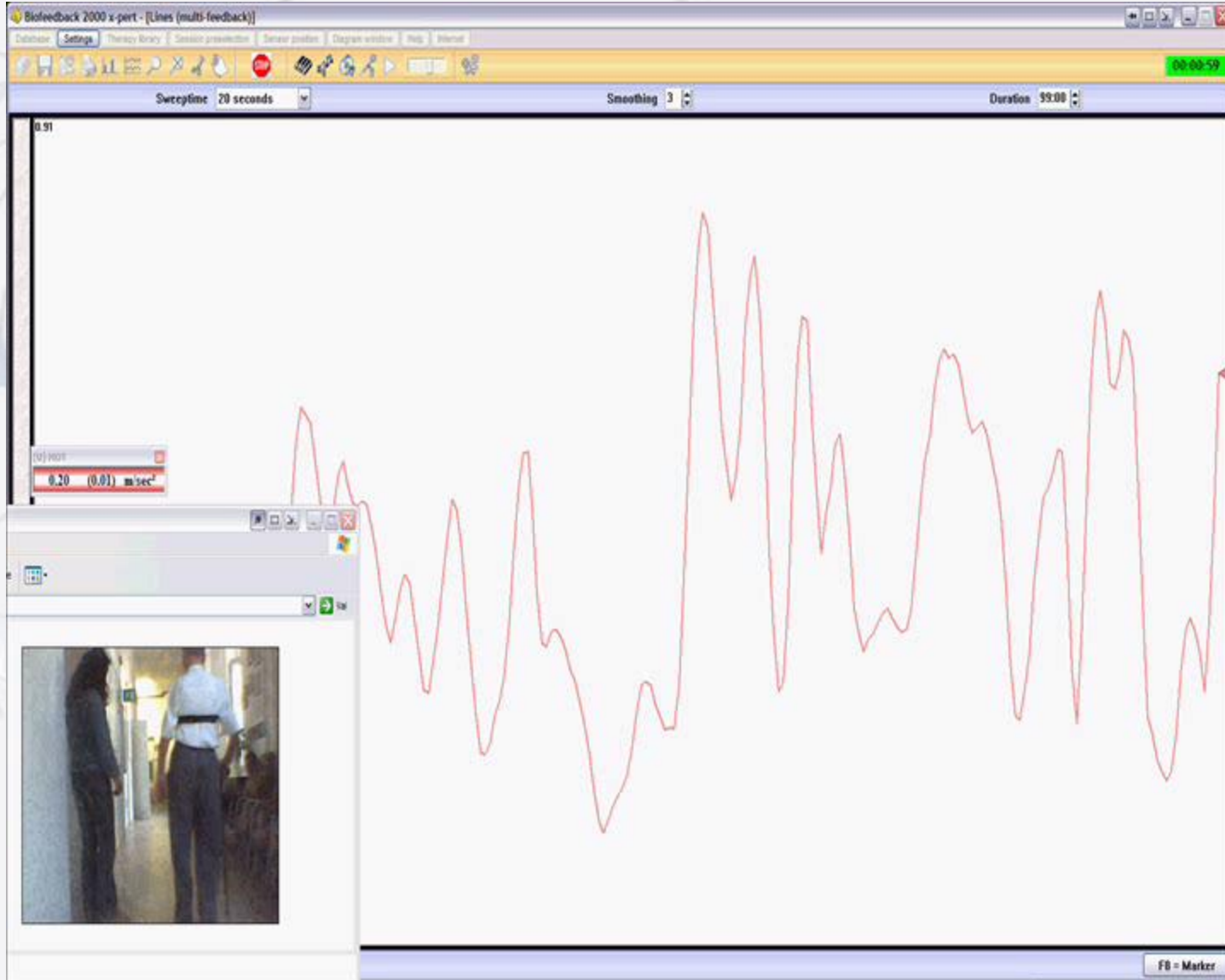
Si fissa lo strumento al corpo del paziente in precise posizioni.

La rilevazione si basa sulla registrazione delle accelerazioni rilevate in regione toracica e regione pelvica in un soggetto che deambula alla velocità per lui più confortevole.





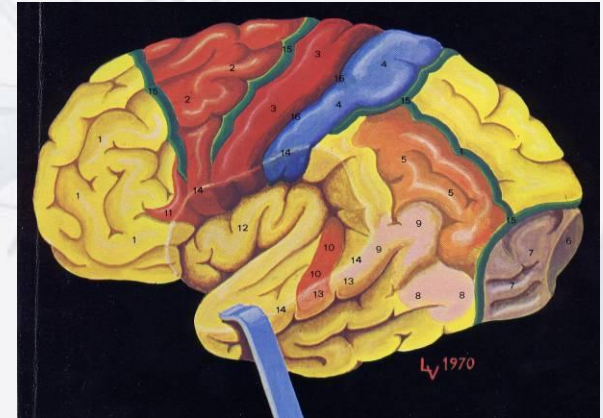
Le sindromi parkinsoniane

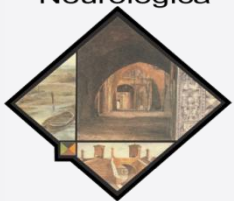




Atassia e incoordinazione motoria per alterazioni cerebrali determinte da patologia cerebrale da varie cause

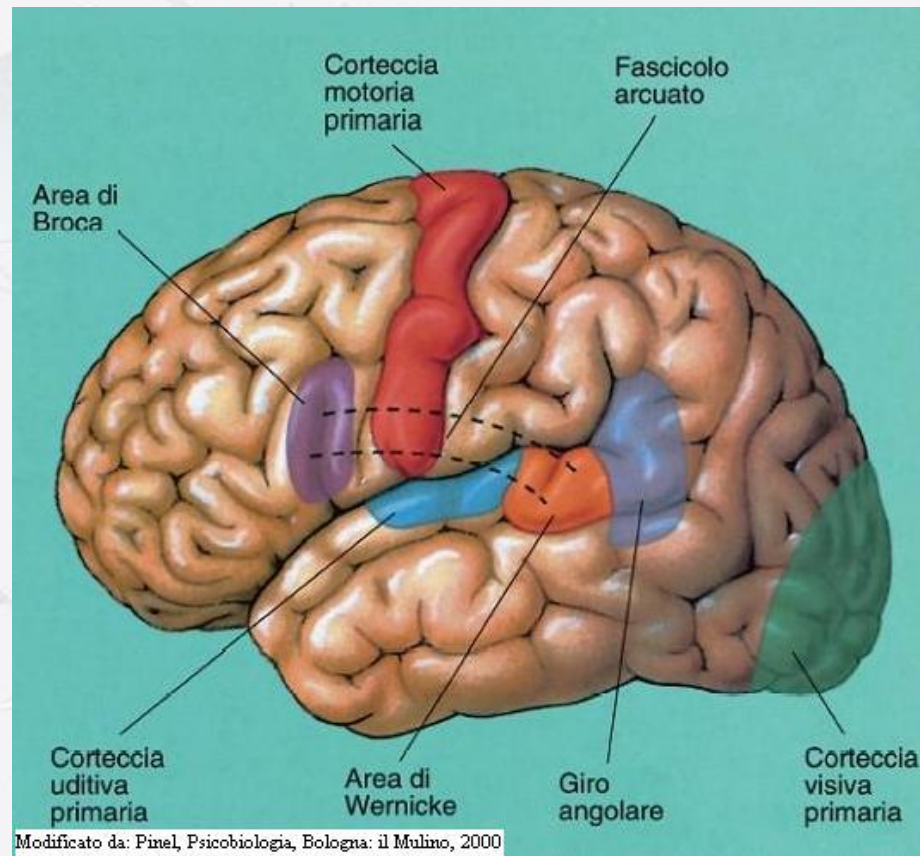
- sindromi frontali
- sindromi del corpo calloso
- da lesione delle delle vie fronto-ponto-cerebellari
- sindromi temporali (in alcuni tumori, forse dovute agli effetti dell'ipertensione endocranica)
- sindromi parietali (da ascrivere ai concomitanti disturbi delle sensibilità profonde: atassia sensitiva)





Atassie cerebrali

- Alterazioni cerebrali possono determinare un disturbo della coordinazione, soprattutto in caso vengano interessati i lobi frontale, parietale e temporale ed il corpo calloso.
- Si distinguono dunque un' **“atassia frontale e callosa”**, per lesione delle vie fronto-ponto-cerebellari,
- un' **“atassia temporale”**, soprattutto in caso di tumori che determinano un'ipertensione endocranica sul cervelletto,
- un' **“atassia parietale”** che di fatto rappresenta un tipo di atassia sensitiva.





“Atassia “cerebrale”



- Atassia cerebrale è caratterizzata da latero- e retro-pulsione sia statiche che dinamiche.
- L'incapacità di mantenere il tronco in posizione eretta per una più o meno marcata retropulsione e la difficoltà o impossibilità nel camminare senza cadere all'indietro, vengono descritte, nell'insieme, come **atassia frontale di Bruns**.



“Atassia “cerebrale”

- Deriva in particolare da un mancato controllo corticale sull'attività di integrazione motoria e sensitiva che avviene a livello cerebellare, cui consegue anche una anomala ritrasmissione delle informazioni cerebellari alla corteccia frontale.



“Atassia “cerebrale”

- Questo tipo di atassia si associa anche a note aprassiche, cioè a difetti nella programmazione dell'atto motorio, dovute sempre a lesione dei lobi frontali.
- Spesso questi pazienti presentano una tipica **marcia a “papera”**,
- *con le punte dei piedi rivolte verso l'esterno,*
- *lancio degli arti in avanti e*
- *retroflessione del tronco.*



Grazie per la cortese ATTENZIONE



Giuliano Avanzini
Primo emérito all'Istituto nazionale neurologico Besta di Milano, è specializzato nello studio cerebrale delle attività musicali.

Diagnostica neurologica per immagini
Come la tomografia a emissione di positroni (Pet) e la risonanza magnetica funzionale (fMrr).

Area di Broca
È una parte dell'emisfero sinistro del cervello (evidenziata nella figura).



L'attività pianista, r Bach, vien con la Pet, a emission



Panorama

FOCUS Estate Meduse: la mappa dove sono i nuovi armi e i pericoli
Il periodico più letto in Italia

N° 213
luglio 2010

Salvati strada muscoli
emissione di positroni) mentre suona Bach. Così si visualizzano le aree cerebrali interessate.

Si possono diagnosticare malattie cerebrali anche...

Il tema **Giuliano Avanzini**, neurologo all'Istituto Besta di Milano e pianista. «Ma le note possono aiutare meglio del linguaggio nella diagnosi di malattie neurologiche. Grazie alle nuove tecniche di diagnostica neurologica per immagini, si possono visualizzare quali aree cerebrali si attivano in risposta agli stimoli musicali: l'emisfero destro, quello più creativo, coglie il timbro e la melodia, mentre il sinistro, logico, analizza il ritmo e l'altezza dei suoni, interagendo con l'area del linguaggio che sembra capace di riconoscere la sintassi musicale. Attraverso test musicali, quindi, si possono evidenziare disfunzioni specifiche di un sistema o di una regione cerebrale prima ancora che con i test linguistici» spiega Avanzini. «Dopotutto, note

e parole condividono la stessa zona cerebrale, l'area di Broca, che ricerche recenti vedono come luogo dedicato anche alle attività motorie fini. Questa parte del cervello, insomma, è un'area in grado di generare una stretta comunicazione fra le tre abilità. Questo apre la strada alla possibilità di sfruttare le note anche nell'ambito della riabilitazione. Già si sa, ad esempio, che nei bambini aiutano lo sviluppo delle facoltà cerebrali superiori, tra cui memoria e intelligenza. Uno dei 20 figli di Bach, **Gottfried Heinrich**, era ritardato, ma ottimo suonatore di clavicembalo: ciò significa che si può lavorare sul canale della musica per attivare altri talenti, altre capacità cognitive».

Una comunicazione magica. È >>>

Chi ha perso la parola...

>>> ciò che si fa alla clinica neurologica dell'Università di Ferrara, dove il direttore Enrico Granieri, assieme alla sua équipe di scienze motorie, esegue ricerche tra musica e morbo di Parkinson. «La musica non solo vivacizza e aiuta a coordinare il movimento, ma lo stimola gratificando il piacere sensoriale. Compiere esercizi musicali migliora la vita a chi ha malattie neurodegenerative. Chi ha perso la parola per un ictus può ritrovarla con più facilità cantando e alcuni malati, come quelli colpiti da Alzheimer, sfruttano il suo potere socializzante per sentirsi meno isolati». E di certo sentirsi solidi è difficile quando si suona da soli, perché il nostro cervello si sincronizza con quello degli altri. Lo hanno dimostrato Ulman Lindenber-

Chi suona insieme sincronizza i cervelli



Nelle figure, i risultati di un'indagine svolta al Max Planck Institut di Berlino (Germania). I ricercatori hanno registrato tracce...

> ca che, grazie alla musica, recuperano il flusso del movimento o della parola. Scrive Sacks: «La musica fa parte dell'umano e non esiste una sola cultura in cui non sia altamente sviluppata e tenuta in gran conto. La sua stessa ubiquità può far sì che, nella vita quotidiana, essa venga banalizzata. Ma per quanto sono persi nella demenza la situazione diver-

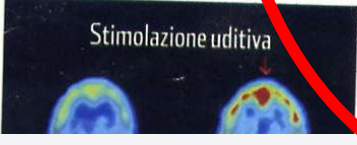
sa. La musica per loro non è un lusso, bensì una necessità, e può avere un potere superiore a qualsiasi altra cosa nel restituirli, seppure per poco, a se stessi e agli altri».

Far ritrovare il ritmo a un cervello che ne ha perduto la capacità è invece l'obiettivo della terapia musicale nei malati di Parkinson. Alla clinica neurologica dell'Università di Ferrara funzionano programmi di attività motoria accompagnati da musiche, passi di danza e giochi. «I movimenti risultano più armonici e coordinati, migliorano sia la velocità e la lunghezza del passo sia la coordinazione dei movimenti fini delle dita» riassume il neurologo Patrik Fazio.

Al progetto musica e Parkinson hanno partecipato anche persone con altri disturbi del comportamento dovuti a malattie del sistema nervoso: sclerosi multipla, atassie cerebrali, ictus. Uno studio presentato a Montreal dal gruppo di Eckart Altenmüller dell'Università di Hannover, in Germania...

Il cervello ha orecchio

Immagini ricavate con la Pet (tomografia a emissione di positroni) mostrano le aree del cervello attivate dalla musica e dal linguaggio.



Cento TERMINATO IL CORSO SPERIMENTALE LUDICO-MOTORIO DI GRANIERI «Chi arrivava in carrozzina ora cammina»

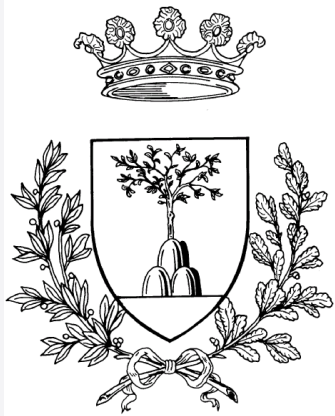
Cento

SI SONO incontrati mercoledì scorso coloro che hanno fatto parte del corso di attività motoria per pazienti con patologie di derivazione neurologica, per salutarli prima della pausa estiva. Nei locali della palestra di via Giovannina il professore Enrico Granieri, onorario di clinica neurologica dell'Università di Ferrara ed il suo staff, hanno seguito pazienti affetti da patologie neurologiche e disordini del movimento attraverso tecniche di attività motorie atte a migliorare cammino equilibrio e qualità di vita con proposte basate sul coinvolgimento ludico-emotivo, danza, musica e proposte creative. L'efficacia della proposta è stata confermata dall'entusiasmo dei pazienti stessi e delle loro famiglie, che chiedono a gran voce la prosecuzione delle attività sia come ricreazione sia come attività continuativa.



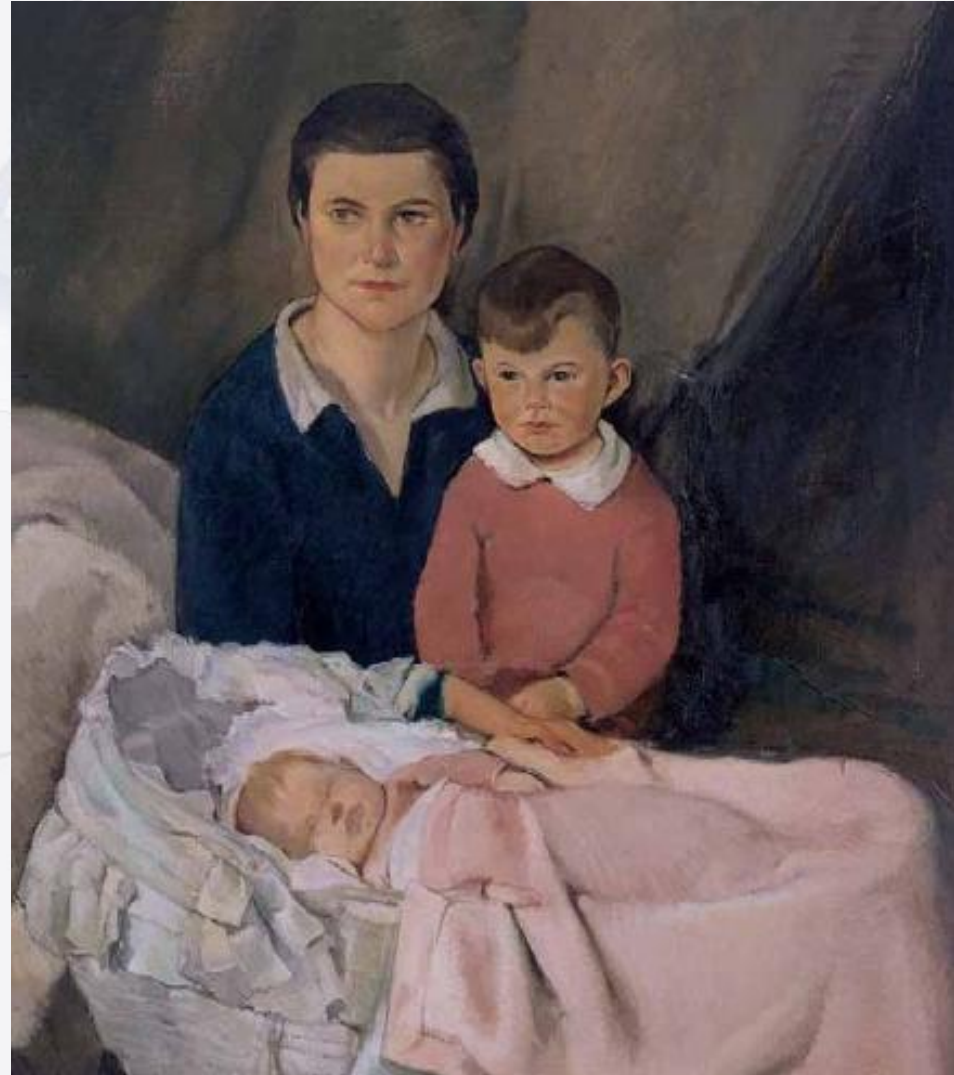
«È un gruppo unito di persone che ha creato una esperienza umana e socialmente utile - è il commento del professor Granieri - che assieme ai parenti sta dando un esempio di solidarietà e ciò che noi offriamo è uno stimolo alle attività motorie. Inoltre questa importante esperienza che facciamo a Cento la presentiamo nei nostri congressi nazionali ed internazionali con un'analisi della bontà dei risultati non solo motori, ma anche della qualità di vita». «Ho saputo che diversi pazienti, prima arrivavano in carrozzella, ora arrivano con le proprie gambe e questo è un risultato molto importante. Stimola a continuare nell'impegno», dice l'assessore Maria Rosa Geronzi. «L'8 giugno è stato il giorno di addio al corso», dice il dottor Fabio Gilardi, rappresentante della Fondazione CarCentO: «La fondazione ha aderito di buon grado nel mettere in piedi questa attività e sentendo la soddisfazione dei partecipanti ed i risultati raggiunti, per noi è un grande stimolo, se ci saranno le condizioni, per continuare in futuro ad esaminare favorevolmente questo progetto». «Ringrazio tutti i partecipanti ed il professor Granieri», conclude il sindaco Flavio Turzet, che ha portato qui le sue idee innovative ed la Fondazione che ha contribuito notevolmente; abbiamo accettato senza condizioni le sue proposte e da parte nostra ci sarà sempre un aiuto per questo corso».





Grazie per l'attenzione

Clinica
Neurologica



Dedica a mia moglie