



SOCIETÀ
ITALIANA
DI PSICHIATRIA

Evidence based Psychiatric Care

Journal of the Italian Society of Psychiatry

www.evidence-based-psychiatric-care.org

**Vortioxetina su pazienti con depressione
in comorbidità con patologie neurologiche**

PACINI
EDITORE
MEDICINA

SUPPLEMENTO 2 | Vol. 08 | 2_2022

Evidence based Psychiatric Care

Journal of the Italian Society of Psychiatry

Vol. 08 | 2_2022 | Supplemento_2



Editors-in-Chief

Enrico Zanalda
Massimo Di Giannantonio

Deputy Editors

Bernardo Carpiello
Giancarlo Cerveri
Massimo Clerici
Domenico De Berardis
Guido Di Sciascio
Paola Rocca
Antonio Vita

International Scientific Board

Arango Celso, Madrid
Fleischhacker Wolfgang, Innsbruck
Fountoulakis Konstantinos N, Thessaloniki
Grunze Heinz, Newcastle upon Tyne
Leucht Stefan, Munchen
Rihmer Zoltan, Budapest
Jakovljevic Miro, Zagabria
Gorwood Philip, Paris
Demyttenaere Koen, Leuven
Höschl Cyril, Praga
Tiihonen Jari, Stockholm

Editorial coordinator and secretary

Lucia Castelli - lcastelli@pacineditore.it
Tel. +39 050 3130224 - Fax +39 050 3130300

© Copyright by Pacini Editore Srl - Pisa

Managing Editor

Patrizia Alma Pacini

Publisher

Pacini Editore Srl
via Gherardesca1 - 56121 Pisa, Italy
Tel. +39 050 313011 - Fax +39 050 313000
www.pacinieditore.it

Journal registered at "Registro pubblico degli Operatori della Comunicazione" (Pacini Editore Srl registration n. 6269 - 29/8/2001)

ISSN 2421-4469 (online)

Contents

La storia di Amelia: i diversi tipi di disordine depressivo nella malattia di Parkinson <i>Gennaro Barbato</i>	1
Depressione dell'anziano con decadimento cognitivo: le difficoltà nella diagnosi, nel trattamento e le implicazioni operative <i>Salvatore Caratozzolo</i>	4
Depressione post-ictus. Case report <i>Eleonora Cellura</i>	6
Approccio ragionato al paziente con quadro pseudodementigeno <i>Davide Massucco</i>	8

Sintesi di 4 casi clini di pazienti con diagnosi di depressione

Caso clinico	Età (anni)	Sesso	Diagnosi neurologica	Trattamento/i praticato/i	Dosaggio di vortioxetina
Barbato	46	F	Malattia di Parkinson	Rasagilina 1 mg/die, rotigotina cerotto 2 mg/die, poi 4 mg/die, attività fisica	5-20 mg/die
Caratozzolo	79	F	Sindrome neurodegenerativa compatibile con malattia di Alzheimer	Donepezil 10 mg/die	5-20 mg/die
Cellura	60	M	Ictus ischemico		5-15 mg/die
Massucco	78	M	Pseudodemenza depressiva		5-10 mg/die



Caso clinico

La storia di Amelia: i diversi tipi di disordine depressivo nella malattia di Parkinson

Gennaro Barbato

ASL Napoli 1, Napoli

Presentazione e storia clinica

Amelia è una donna di 46 anni e le ho diagnosticato la malattia di Parkinson (MP) a 40 anni. 10 anni prima ho curato il padre per ictus cerebrale.

Alcuni anni dopo il suo primogenito ha iniziato a soffrire di lievi disturbi psichici. Amelia aveva un rapporto conflittuale con il marito, fatto di frequenti litigi spesso davanti ai propri due figli.

Al test di autovalutazione per la depressione risultò positiva per un disturbo depressivo maggiore di grado lieve-moderato (PHQ-9: 16).

Riferì che da anni non era più felice e che faceva fatica ad affrontare la propria giornata, dormiva poco, spesso era distratta e smemorata e soffriva di cefalea quasi tutti i giorni.

Tale condizione depressiva veniva confermata in base ai criteri attuali del DSM. I sintomi fisici presentati da Amelia erano rigidità e bradicinesia all'emilato sinistro e lamentava facile stancabilità e impaccio nel cammino.

La comparsa di questi disturbi fisici risaliva a circa 4-6 mesi prima.

Consigliai subito una RMN encefalo smdc che risultò normale e, quindi, esclusa una sindrome parkinsoniana secondaria, richiesi una PET FDOPA che mostrò ridotta captazione striatale a destra. Feci diagnosi di MP.

Allo stupore che provò inizialmente ("Ma non è una malattia di chi è vecchio?") subentrò ben presto un grosso senso di preoccupazione ("Quanto tempo dura questa malattia? Come vivrò?"). Cercai di rassicurarla riferendole dei recenti progressi nella cura di questa malattia, ma sapere di essere affetta da MP contribuì ad alimentare in lei il proprio disturbo depressivo.

Prescrissi una terapia con rasagilina 1 mg/die, rotigotina cerotto di 2 mg/die prima e 4 mg/die poi e attività fisica.

La scelta di non iniziare un trattamento per il disturbo depressivo era legata alla possibilità di un miglioramento del tono umorale con il miglioramento delle condizioni motorie.

Ben presto mi chiese di iniziare la terapia con levodopa perché aveva saputo che è tuttora il farmaco principale per curare questa malattia e sentiva il bisogno di una maggiore energia per poter affrontare la propria vita. Si trattava in effetti di una donna di 40 anni, con un rapporto di coppia conflittuale in via di fallimento, con due figli a carico e aveva iniziato a gestire un negozio di abbigliamento per bambini.

Per qualche tempo c'è stato un buon controllo dei sintomi, ma l'umore depresso non è migliorato con il miglioramento fisico per cui divenne necessario l'inserimento di un farmaco e scelsi la vortioxetina, dapprima 5 mg/die per 7 giorni e poi 10 mg/die tutti i giorni. In questi anni i sintomi parkinsoniani hanno ricevuto un buon controllo dalla terapia farmacologica, anche se poi alla terapia di base sono state nel tempo apportate diverse modifiche.

Negli ultimi anni la vita di Amelia è decisamente cambiata.

Oltre che essersi separata dal marito, vive ormai da sola perché i due figli, ormai maggiorenni, hanno deciso di lasciare casa per motivi di studio o di la-

How to cite this article: Barbato G. La storia di Amelia: i diversi tipi di disordine depressivo nella malattia di Parkinson. Evidence-based Psychiatric Care 2022;8(2 Suppl 2):1-3

Correspondence:

Gennaro Barbato
barbatogennaro@hotmail.it

This is an open access article distributed in accordance with the CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International) license. The article can be used by giving appropriate credit and mentioning the license, but only for non-commercial purposes and only in the original version. For further information: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>



© Copyright by Pacini Editore Srl

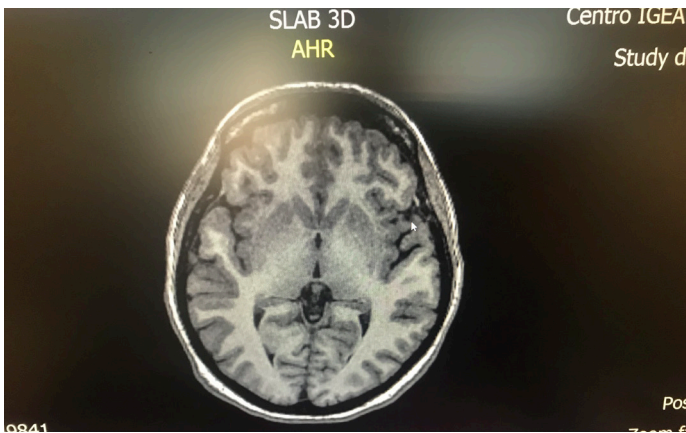


Figure 1.
RMN encefalo normale.

voro. Attualmente lavora come dipendente comunale nel proprio paese.

Ha ripreso amicizie per molto tempo trascurate, spesso fa tardi la sera e non rifiuta una birra o un aperitivo alcolico. Ogni volta che le ho consigliato di stare attenta agli orari e all'alimentazione mi ha sempre risposto che non doveva pretendere molto da lei sullo stile di vita perché era giovane e voleva godersi un po' la vita, la sua vita "certo non poteva essere dello stesso tipo di una di quelle persone anziane che era solito vedere nella sala di attesa dell'ambulatorio".

La storia naturale della malattia di Amelia può aver subito un'accelerazione con le sue continue richieste di essere sempre in "on" che mi hanno portato ad accorciare i tempi con cui normalmente tendo a utilizzare le diverse opzioni terapeutiche disponibili; questa accelerazione può essere collegata al frequente utilizzo di piccole aggiunte di levodopa per nascondere la propria malattia non solo al lavoro, ma anche in compagnia di vecchie e nuove amicizie. Insomma Amelia mi aveva tenuto nascosto il suo abuso di levodopa da quando aveva sperimentato che "con la levodopa vedeva allontanarsi tutti i sintomi della malattia" e che "poteva mandare via il rallentamento, cosa che più odiava".

La DDS (sindrome da disregolazione della dopamina) è un disturbo che comporta una specie di dipendenza dall'uso della dopamina assunta giornalmente, con dosi decisamente superiori a quelle stabilite.

La giovane età, il desiderio di voler nascondere agli altri la propria malattia, la depressione umorale e la spinta a ricominciare una vita più intensa, un tratto impulsivo di personalità, hanno prodotto un insieme di forze che l'hanno portata ad assumere più levodopa del dovuto e gli effetti collaterali non si sono fatti attendere.

Il *wearing off* era tornato evidente sfociando in blocchi pomeridiani e iniziavano a fare la loro comparsa le ipercinesie. Questo insieme di cose aveva fatto peggiorare nuovamente lo stato di umore di Amelia, ancora una volta

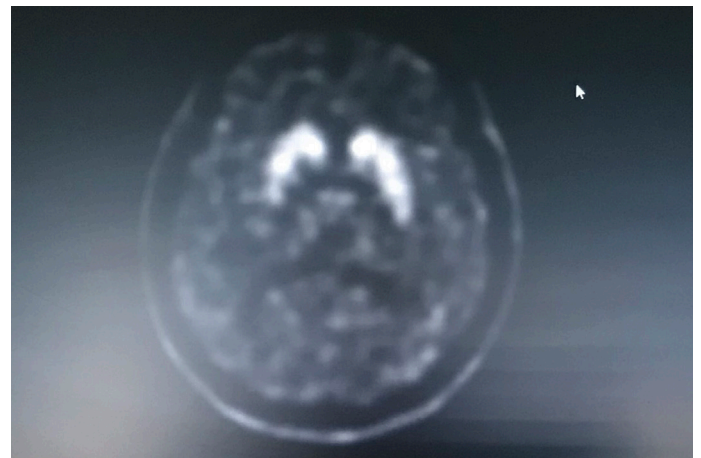


Figure 2.
PETFopa: ridotta captazione striatale a dx.

insicura, triste e apatica. Non poteva più contare sulla levodopa per nascondere i suoi sintomi e per iniziare finalmente una nuova vita.

Ho portato il dosaggio di vortioxetina alla dose di 20 mg/die e il disturbo depressivo sembrava essere tornato di nuovo sotto controllo: la spinta ad affrontare la propria giornata di lavoro, i momenti di relax e le uscite con qualche amica fidata hanno avuto di nuovo una presenza costante nella sua vita. Ma l'umore subiva un peggioramento ogni qualvolta andava incontro a una "fase off" più grave e duratura o quando restava delusa per come veniva considerata e trattata nel trovarsi in un momento di gravità della malattia ("con le ipercinesie mi guardano e mi evitano come fossi una indemoniata").

Queste continue oscillazioni di umore, in accordo con l'alternarsi delle "fasi on" e "off", si risolvevano spontaneamente appena entrava in una sufficiente condizione di mobilità. Il recupero pieno delle sue azioni si accompagnava a uno stato di serenità e di speranza, di fiducia e cauto ottimismo. Si è trattato di un disturbo dell'umore ben diverso dalla depressione di fondo e iniziale propria della paziente e ha risposto alla terapia dopaminergica.

Negli ultimi mesi mi sono trovato a fronteggiare la presenza di ipercinesie, oltre ai blocchi parziali e di rado totali, perché la paziente ha aggiunto 1/2 madopar appena vede comparire il rallentamento.

Sto preparando Amelia al successivo inevitabile step terapeutico, quello chirurgico, ma lei rifiuta nella maniera più assoluta una tale possibilità e preferisce godersi i giorni buoni che continua ancora ad avere e spera che possano continuare ancora per molto.

Trattamento ed esiti

Ho scelto la vortioxetina come antidepressivo perché Amelia rifiutava assolutamente un farmaco che avrebbe potuto avere un potenziale aumento dell'appetito e del peso.

La dose iniziale è stata di 5 mg*, poi 5 mg per 2 volte al giorno a cui il disturbo depressivo ha risposto per più di un anno. Nel tempo il farmaco è stato portato a 10 mg per 2 volte al giorno a seguito del peggioramento della malattia parkinsoniana che è arrivata a compromettere il funzionamento quotidiano della paziente.

C'è stata un'ulteriore risposta al farmaco senza il rilievo di effetti collaterali, con buona tollerabilità e aderenza alla cura. In particolare, non ci sono stati effetti di rilievo su peso, sessualità, affettività e memoria, spesso osservati con altri antidepressivi.

A questo tipo di disturbo depressivo si sono aggiunti, con l'arrivo dello stadio delle complicanze motorie della MP, una o più volte al giorno, in coincidenza con le "fasi off", veri e propri sprofondamenti dell'umore con caratteristiche maggiori del disordine che si risolvono con il ripristino del funzionamento della levodopa e sono viceversa innescati dalla fine del funzionamento.

Per i sintomi della malattia parkinsoniana sono stati introdotti i seguenti farmaci:

- rasagilina, come inibitore MAO-B, indicato nella fase iniziale di malattia;
- rotigotina in cerotto, subito sospeso per intolleranza cutanea;
- ropinirolo, come dopamino-agonista in sostituzione della rotigotina, anch'esso indicato nelle fasi iniziali di malattia;
- levodopa, dapprima nella sua formulazione dispersibile e poi come rilascio modificato, nel cercare di controllare meglio le alternanze delle "fasi on" e "off";
- opicapone, inibitore delle COMT, che ha come indicazione la presenza del *wearing off*;
- safinamide;

- amantadina, indicato soprattutto in presenza di ipercinesie.

Conclusioni

In questo caso clinico il disturbo depressivo non ha un ruolo marginale e di semplice riflesso nell'andamento della MP.

Fa il suo inizio anni prima della comparsa dei primi sintomi motori e, come per questi ultimi, si arriva a individuarlo tempo dopo la sua comparsa. Come un rapporto bidirezionale, sembra favorire lo sviluppo della MP e quest'ultimo favorisce il suo protrarsi e il suo peggioramento.

Con l'avanzare della degenerazione motoria si associa a esso un altro tipo di disordine depressivo: più profondo e di durata limitata, che caratterizza ogni singola fase off e si risolve con il ripristino dell'attività dopaminergica.

Legata all'attività dopaminergica è anche la sindrome da disregolazione della dopamina, con uso compulsivo di più dosi di levodopa rispetto a quelle indicate.

Il passaggio a una formulazione a rilascio modificato di levodopa ha permesso ad Amelia il superamento di questa grave problematica comportamentale, senza trascurare la costante efficacia antidepressiva della vortioxetina che in questo caso ha dimostrato il proprio effetto sulla dopamina.

Bibliografia di riferimento

- Bonnet AM, Jutras MF, Czernecki V, et al. Non motor symptoms in Parkinson's disease in 2012: relevant clinical aspects. *Parkinsons Dis* 2012;2012:198316.
- Frisina PG, Borod JC, Foldi NS, et al. Depression in Parkinson's disease: health risks, etiology, and treatment options. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008;4:81-91.

* *Posologia*: la dose iniziale e raccomandata di vortioxetina per gli adulti con meno di 65 anni di età è 10 mg di vortioxetina una volta al giorno. In base alla risposta individuale del paziente, la dose può essere incrementata fino a un massimo di 20 mg di vortioxetina una volta al giorno o ridotta a un minimo di 5 mg di vortioxetina una volta al giorno (RCP Vortioxetina).



Caso clinico

Depressione dell'anziano con decadimento cognitivo: le difficoltà nella diagnosi, nel trattamento e le implicazioni operative

Salvatore Caratozzolo

Neurologia, ASST Spedali Civili di Brescia

Presentazione e storia clinica

Paziente di genere femminile, età 79 anni con storia anamnestica di artrosi polidistrettuale, posizionamento di pacemaker per sindrome del nodo del seno, insufficienza renale cronica, intolleranza glucidica e danno al nervo tibiale secondario a trauma da caduta occorsa accidentalmente circa 10 anni prima dell'attuale valutazione.

Paziente con normale sviluppo psico-fisico, dieta libera con eupepsia e normopeso, non assunzione di sostanze esotossiche, quali alcool o fumo di sigaretta. Riferita familiarità per eventi cerebrovascolari per linea materna e per patologie tumorali per linea paterna.

Giunge a valutazione presso CDCD degli Spedali Civili di Brescia in merito a esordio di disturbo del linguaggio caratterizzato da frequenti anomalie, disconoscimento di persone note e occasionali sintomi psico-comportamentali, quali anedonia, perdita di interesse, deliri di persecuzione, da circa 6 anni.

La paziente vive al domicilio con il marito e non viene riferito apparente impatto nelle attività della vita quotidiana, fatta eccezione per una iniziale trascuratezza rispetto all'igiene personale.

Viene effettuata una valutazione cognitiva di primo livello dalla quale emerge un'iniziale riduzione delle abilità cognitive; punteggio MMSE: 27/30, test di rievocazione verbale (test del raccontino) risultato patologico, così come risulta patologica la prova di produzione verbale (fluenze verbali semantiche e per categoria).

La paziente viene sottoposta a esami ematochimici al fine di escludere un decadimento cognitivo secondario alle principali forme di patologia carenziale, risultato nella norma.

Relativamente al neuroimaging la paziente effettuava una RMN encefalo che mostrava aree di alterata iperdensità in T2 FLAIR lungo i lemnischi mediali, come da ipoafflusso vascolare cronico e atrofia cortico sottocorticale fronto-parietale simmetrica con indice di Kodnam 2 in assenza di coinvolgimento ippocampale.

Rimanendo la diagnosi non di chiara interpretazione si è sottoposto la paziente a rachicentesi per studio dei biomarcatori liquorali con i seguenti risultati: beta amiloide 305 pg/mL; p-Tau 232 pg/mL; rapporto beta amiloide 1-42/1-40: 0,036 indicativo di neurodegenerazione, come da malattia di Alzheimer.

Viene pertanto intrapreso trattamento con inibitore delle colinesterasi previa esclusione di blocco atrio ventricolare all'ECG.

La paziente effettua ulteriori controlli periodici che mostrano graduale, seppur lento, peggioramento delle performance cognitive senza sostanziale perdita di autonomia nelle attività della vita quotidiana.

Si indaga pertanto il profilo psico-comportamentale negli ultimi anni. Emerge dal colloquio con la figlia la presenza di sindrome ansioso-depressiva presente dall'età di circa 40 anni.

Dall'anamnesi farmacologica emergono molteplici trattamenti con SSRI (ini-

How to cite this article:

Caratozzolo S. Depressione dell'anziano con decadimento cognitivo: le difficoltà nella diagnosi, nel trattamento e le implicazioni operative. Evidence-based Psychiatric Care 2022;8(2 Suppl 2):4-5

Correspondence:

Salvatore Caratozzolo
salvatore.caratozzolo@hotmail.com

This is an open access article distributed in accordance with the CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International) license. The article can be used by giving appropriate credit and mentioning the license, but only for non-commercial purposes and only in the original version. For further information: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>

Open Access



© Copyright by Pacini Editore Srl

bitori selettivi della ricaptazione della serotonina) e SNRI (inibitori della ricaptazione della serotonina-norepinefrina), tuttavia, senza un completo controllo della sintomatologia depressiva, dato testimoniato dalla persistenza di un elevato valore relativo ai sintomi timici alla *Montgomery-Asberg Depression Rating scale* (MADRS: 34).

Trattamento ed esiti

Al successivo follow-up ambulatoriale si predisponeva incremento della posologia di donepezil a 10 mg, 1 compressa/die in considerazione della tollerabilità del trattamento e del graduale peggioramento della sintomatologia. Per la persistenza della sintomatologia depressiva nonostante l'attuale trattamento con SSRI a dose terapeutica da circa 6 mesi, si decideva per sospensione graduale della terapia e introduzione di vortioxetina. Sulla base delle esperienze precedenti in termini di tollerabilità, si preferiva la formulazione in gocce partendo da un dosaggio basale di 5 gtt per almeno una settimana incrementate poi gradualmente di 1 gtt ogni 3-4 giorni fino al dosaggio definitivo di 20 gtt* al mattino. La paziente ha ben tollerato la graduale introduzione del farmaco e dopo circa 2 mesi di stabilità ha preferito il trattamento in compresse (2 cp da 10 mg ore 8:00).

Il profilo di sicurezza si è mantenuto stabile non mostrando la paziente alcuna sintomatologia gastrointestinale o di altra natura compatibile con effetti collaterali.

A distanza di 1 anno di valutazione, i punteggi ai test cognitivi mostravano una netta stabilità del profilo cognitivo (MMSE: 26/30; test del raccontino: nella norma; *trail making* A e B: ai limiti di norma). Il profilo timico appariva nettamente migliorato con la persistenza di sfumata sintomatologia depressiva ben compensata (MADRS: 5). Per tale motivo si manteneva la paziente in trattamento con vortioxetina e donepezil a dosi stabili consigliando ulteriore supporto mediante stimolazione cognitiva computerizzata che la paziente, contrariamente ai primi controlli, ha accettato e iniziato di buon grado.

Conclusioni

Il caso clinico presentato evidenzia l'essenziale centralità dei sintomi comportamentali nel percorso di presa in carico e diagnosi di pazienti anziani con decadimento cognitivo. Il sintomo cognitivo, frequentemente sotto diagnosticato o monitorato nel paziente depresso, è spesso il veicolo del peggioramento clinico se non la causa sottostante di una peggiore performance alla valutazione cognitiva. La necessità di una valutazione che sia il più multidimensionale possibile appare prerogativa essenziale nella presa in carico di pazienti depressi con iniziale decadimento cognitivo.

Il trattamento con vortioxetina ha mostrato, oltre a un ampio margine di sicurezza e tollerabilità, anche un'ottima risposta nella modulazione e nel controllo del peggioramento cognitivo mediante il suo controllo del profilo timico. La dose *escalation* graduale ha mostrato in questa paziente, e parimenti in altri soggetti trattati, una netta riduzione della sintomatologia gastrointestinale riferita come effetto collaterale da alcuni pazienti anziani, così come l'aumento alla dose di 20 mg giornalieri ha mostrato una risposta di efficacia decisamente maggiore del dosaggio standard.

Bibliografia di riferimento

- Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, et al. Depression and risk for Alzheimer disease. systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:530-538. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.530>
- Thase ME, Harrington A, Calabrese J, et al. Evaluation of MADRS severity thresholds in patients with bipolar depression. *J Affect Disord* 2021;286:58-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.043>
- Tombaugh TN, McIntyre MA NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *Journal of the American Geriatrics Society* 1992;40:922-935. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1992.tb01992.x>

* Posologia: Popolazioni Speciali - *Pazienti anziani*: la minima dose efficace di 5 mg di vortioxetina una volta al giorno deve sempre essere utilizzata come dose iniziale per i pazienti di età ≥ 65 anni. Deve essere osservata cautela quando si trattano pazienti di età ≥ 65 anni con dosi > 10 mg di vortioxetina una volta al giorno, rispetto ai quali i dati sono limitati (RCP vortioxetina).



Caso clinico

Depressione post-ictus. Case report

Eleonora Cellura

PO San Giacomo d'Altopasso, Licata, Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Presentazione e storia clinica

Paziente di sesso maschile di 60 anni, affetto da diabete mellito e ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico.

Nel mese di maggio 2022 ha presentato ictus ischemico con emiparesi destra e afasia verbale con evidenza alla TC encefalo di lesione ischemica in regione fronto-parietale sinistra.

Dopo alcuni giorni dall'evento acuto sviluppa facile irritabilità, riduzione dell'appetito, deflessione del tono dell'umore, con labilità emotiva e scarsa aderenza al programma riabilitativo logopedico e motorio.

Alla valutazione neuropsicologica mostra un deficit delle funzioni attentive e delle funzioni esecutive.

Viene posta diagnosi di depressione post-ictus secondo il Manuale del DSM-5 e l'approccio clinico multidimensionale con la raccolta anamnestica e l'utilizzo della scala validata *Post-Stroke Depression Rating Scale*.

Il paziente è stato sottoposto, inoltre, a esame obiettivo ed esami ematochimici di routine.

Trattamento ed esiti

In relazione alla storia anamnestica del paziente e alla presenza di deflessione del tono dell'umore e facile irritabilità con riduzione di performance cognitive, viene scelto come trattamento farmacologico vortioxetina^{1,2}, per cui il paziente iniziava trattamento con vortioxetina 5 mg*, 1 cp dopo cena per 5 giorni, con incremento a 10 mg/die fino al successivo aumento a 15 mg/die. Dopo circa 2 settimane di trattamento, il paziente ha presentato un miglioramento del tono dell'umore e delle funzioni attentive, riduzione della facile irritabilità con maggiore partecipazione al programma riabilitativo; inoltre ha ripreso ad alimentarsi in maniera adeguata. Dopo circa un mese è migliorato ulteriormente l'umore con stabilizzazione del quadro clinico.

Conclusioni

Secondo le linee guida SPREAD³, un episodio depressivo con insorgenza entro 2 mesi dopo un ictus è un evento frequente. La depressione post-ictus è tuttora un disturbo largamente non trattato, anche se è raccomandato iniziare precocemente un trattamento antidepressivo, per ridurre l'impatto sfavorevole sull'attività riabilitativa. Si stima che un disturbo dell'umore si verifichi in circa un terzo dei sopravvissuti. La depressione post-ictus aumenta il rischio di mortalità sia a breve che a lungo termine dopo l'evento ictale e rappresenta, infatti,

* *Posologia*: la dose iniziale e raccomandata di vortioxetina per gli adulti con meno di 65 anni di età è 10 mg di vortioxetina una volta al giorno. In base alla risposta individuale del paziente, la dose può essere incrementata fino a un massimo di 20 mg di vortioxetina una volta al giorno o ridotta a un minimo di 5 mg di vortioxetina una volta al giorno.

How to cite this article: Cellura E.
Depressione post-ictus. Case report.
Evidence-based Psychiatric Care
2022;8(2 Suppl 2):6-7

Correspondence:

Eleonora Cellura
eleonoracellura@libero.it

This is an open access article distributed in accordance with the CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International) license. The article can be used by giving appropriate credit and mentioning the license, but only for non-commercial purposes and only in the original version. For further information: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>



© Copyright by Pacini Editore Srl

un fattore prognostico sfavorevole sullo stato funzionale del paziente sia a breve che a lungo termine. La presenza di depressione post-ictus, inoltre, determina un incremento dei costi della ospedalizzazione, oltre che influenzare pesantemente la qualità della vita del paziente.

Bibliografia

- ¹ Christensen MC, Florea I, Lindsten A, et al. Efficacy of vortioxetine on the physical symptoms of major depressive disorder. *J Psychopharmacol* 2018;32:1086-1097. <https://doi.org/10.1177/0269881118788826>
- ² Cao B, Park C, Subramaniapillai M, et al. The Efficacy of vortioxetine on anhedonia in patients with major depressive disorder. *Front Psychiatry* 2019;10:17. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00017>
- ³ ISO SPREAD. Linee Guida VIII Edizione.



Caso clinico

Approccio ragionato al paziente con quadro pseudodementigeno

Davide Massucco

Specialista Convenzionato ASL3 Genovese, Afferente CDCD Ponente

Presentazione e storia clinica

Il signor AM, di anni 78, giungeva alla nostra osservazione presso il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze del nostro nosocomio, su invio del Curante. Motivo di invio era la comparsa subacuta di iniziali difficoltà di fissazione mnemonica e modesti aspetti disesecutivi, presenti da circa un anno e mezzo, lentamente ingravescenti.

Il paziente si presentava con cura di sé sufficiente, accompagnato da moglie e figlia, le quali confermavano quanto riferito dall'inviante, allegando anche sintomi quali riduzione dell'iniziativa, precoce abbandono di attività complesse un tempo svolte in autonomia, iniziali turbe del sonno (insonnia intermedia).

Le stesse segnalavano la concomitanza di significativi disturbi del mitto a seguito dell'aggravarsi di una ipertrofia prostatica presente da tempo, che aveva costretto il paziente a varie valutazioni e trattamenti anche invasivi. Era stato quindi sottoposto a visita dal medico di medicina generale che sospettando un quadro di iniziale flessione del tono dell'umore aveva introdotto paroxetina a dosaggi crescenti fino a 30 mg, associata a nootropi, con beneficio sul sonno e sulle modeste dinamiche d'ansia, ma persistenza delle difficoltà cognitive.

Dal punto di vista anamnestico, oltre a ipertrofia prostatica benigna, emergeva ipertensione arteriosa, abitudine al fumo. La scolarità era media (8 anni).

Accedeva quindi a colloquio durante il quale emergeva un parziale *insight* con atteggiamento minimizzante circa il disturbo cognitivo, mentre riconosceva frustrazione e rabbia in relazione alle problematiche urologiche; l'eloquio, fluido, era caratterizzato da isolato *word finding* e continua ricerca dell'approvazione della coniuge. Visivamente mostrava solo un appiattimento della mimica, con note di sporadica allerta.

Sottoposto quindi a una valutazione neuropsicologica con protocollo ACE-R che evidenziava punteggi al limite del patologico (81/100) con deficit negli item di attenzione (calcolo 2/5) e di memoria (*recall* libero 1/7, con facilitazione 2/5); riportava errori minori nei restanti domini, a esclusione del *Clock Drawing Test* (3/5).

Si somministrava quindi FAB (12/18) e si valutavano i livelli depressivi (*Beck Depression Inventory* 20). Durante la somministrazione della batteria il paziente appariva in generale incerto e distratto, francamente sconcertato circa i propri errori al CDT. Sulla base della valutazione, il paziente entrava in diagnosi differenziale tra quella che una volta si definiva pseudodemenza a matrice depressiva (oggi depressione maggiore secondo il DSM-5), apparentemente farmacoresistente a una prima linea terapeutica, ed effettivo esordio di un disturbo neurocognitivo. In considerazione della presenza di alcuni fattori di rischio aterotrombotici (fumo, ipertensione) e della matrice prevalentemente sottocorticale del deficit, si decideva di sottoporlo a *imaging* in RM, che evidenziava un modesto quadro leucoaraiotico con iniziali segni di atrofia, armonica, con risparmio delle regioni temporali mesiali.

How to cite this article: Massucco D.
Approccio ragionato al paziente con
quadro pseudodementigeno. Evidence-
based Psychiatric Care 2022;8(2 Suppl
2):8-10

Correspondence:
Davide Massucco
davidemassucco@gmmail.com

This is an open access article distributed in accordance with the CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International) license. The article can be used by giving appropriate credit and mentioning the license, but only for non-commercial purposes and only in the original version. For further information: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>



© Copyright by Pacini Editore Srl

Trattamento ed esiti

Considerando l'ipotesi di una pseudodemenza depressiva si decideva innanzitutto per una revisione della psicofarmacoterapia, andando a effettuare un *tapering* della paroxetina, che pur avendo determinato un miglioramento delle dinamiche ipniche, probabilmente andava ulteriormente a interferire, per il suo effetto anticolinergico, sulla prestazione cognitiva. In affiancamento veniva quindi scelto un farmaco multimodale in virtù del noto effetto non penalizzante la prestazione cognitiva nel paziente anziano comorbido, ed effettuata una titolazione molto lenta con vortioxetina fino a 10 mg.

Il paziente tornava quindi a valutazione in 2 mesi riferendo percezione di maggiore efficienza cognitiva e miglioramento del tono dell'umore, evidente anche alla somministrazione della BDI (punteggio di 8). In tale occasione, veniva confermato il dosaggio di vortioxetina data l'assenza di effetti collaterali (se non nausea per alcuni giorni a inizio trattamento, non invalidante).

Al controllo neuropsicologico effettuato a 6 mesi, nuovamente con protocollo ACE-R, totalizzava un punteggio di 92/100 con prestazione normale al CDT, miglioramento

del *recall* libero (5/7) con beneficio completo dalla facilitazione, miglioramento della FAB (16/18).

Conclusioni

Il caso in oggetto risulta paradigmatico circa situazioni molto frequenti nella pratica quotidiana dei nostri CDCD, andando ad approcciare pazienti policomorbidi, talora con situazioni sociali e familiari non agevoli, per i quali anche per età e per caratteristiche neuropsicologiche un esordio di malattia neurodegenerativa non è sempre la prima opzione diagnostica, proprio per l'interferenza di numerosi fattori. Gli incerti dati dell'*imaging* radiologico in questa occasione non erano di aiuto; è stato quindi adottato una sorta di criterio *ex adjuvantibus* andando a modificare la terapia per il disturbo dell'umore per minimizzarne gli effetti negativi. È necessario pertanto che sempre più il clinico si avvalga delle proprie conoscenze in tema di farmacologia di base per selezionare al meglio le opzioni terapeutiche, risparmiando in termini di tempo e risorse sanitarie, collaborando anche con il medico di medicina generale al fine di aumentare la reciproca consapevolezza clinica.

La presente raccolta di casi clinici è stata commissionata da Lundbeck Italia S.p.A. a Pacini Editore.

Pacini Editore ha curato la raccolta dei casi, scritti in piena autonomia da un gruppo di medici segnalati da Lundbeck, e ha curato l'intera attività redazionale degli stessi.

Gli autori non hanno ricevuto compenso per i contributi forniti.

Lundbeck ha effettuato una revisione dei contenuti limitatamente alla sola verifica della coerenza con il RCP dei propri farmaci.