

## COMUNICATO STAMPA

### Seminario "Parkinson: le donne non tremano. Storie di donne che non si sono arrese"

23 gennaio 2020  
Via Celoria 11, Milano  
Biblioteca scientifica  
ore 15.00-17.30

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta e l'Associazione Besta Women in Network organizzano un seminario aperto al pubblico in cui parleranno Stefania Lavore e Danila Piovano, donne affette da Parkinson giovanile e pazienti dell'Istituto Besta. L'obiettivo del seminario è mettere a confronto pazienti, medici, personale sanitario su come affrontare le difficoltà nella gestione della vita a seguito della malattia. "E' noto che il Parkinson si manifesta soprattutto oltre i 65 anni di età, ma esiste anche una forma giovanile meno conosciuta. Si stima che circa il 10% dei pazienti affetti da Parkinson presenta un'insorgenza dei sintomi prima dei 40 anni," **spiega la dott.ssa Barbara Garavaglia, Presidente CUG dell'Istituto Besta e Responsabile della Struttura di genetica dei disturbi del movimento**, "I parkinsonismi giovanili sono un gruppo di disordini del movimento assimilabili per molti aspetti alla malattia di Parkinson idiopatica, ma si distinguono da questa, oltre che per l'età di insorgenza più precoce, anche per alcune differenze nell'espressione clinica e per la più frequente associazione con mutazioni in geni specifici ed essere quindi malattie genetiche ereditarie" La malattia di Parkinson, come altre patologie neurologiche, presenta un chiaro dimorfismo sessuale. Dal punto di vista epidemiologico gli uomini sono maggiormente colpiti delle donne (rapporto M: F = 1,5: 1), le quali presentano un'età d'esordio più tardivo, migliori performance cognitive e sono meno inclini allo sviluppo di demenza. Tuttavia, con il progredire della malattia le donne presentano più frequentemente fluttuazioni motorie/non motorie e discinesie rispetto agli uomini. "La donna parkinsoniana *paga* un prezzo più alto rispetto all'uomo parkinsoniano, in quanto la donna non solo vede compromessa la realtà lavorativa ma anche il ruolo centrale all'interno della famiglia (organizzazione della casa, educazione dei figli ecc.) e questo vale anche per le caregiver donna" **afferma la Dr.ssa Cinzia Gellera biologa genetista dell'Istituto Besta e Presidente dell'Associazione Besta Women in Network.**

Proprio sulle differenze genere nel Parkinson l'Istituto Besta sta partecipando ad un importante studio, finanziato da AIFA, che valuta le differenze di genere in una serie di predittori delle fluttuazioni motorie/non motorie e discinesie: clinici, metabolici, farmacodinamici, farmacogenetici e genetici. "Migliorare le conoscenze sulle differenze di genere nella malattia di Parkinson può migliorare la gestione terapeutica di ogni singolo paziente" **spiega la dott.ssa Barbara Garavaglia.**

All'incontro parteciperà anche l'Associazione Italiana Giovani Parkinsoniani

**ALCUNI DATI** - La Malattia di Parkinson (MP), la più frequente malattia neurodegenerativa dopo la demenza di Alzheimer, è influenzata come altre patologie neurodegenerative dalle differenze tra sessi. Fattori genetici ed ormonali (estrogeni, testosterone) determinati dai caratteri sessuali (femmina, maschio) sono importanti nello sviluppo e nel funzionamento delle strutture cerebrali fin dal concepimento. Oltre a questi fattori biologici intrinseci altri fattori esterni, potenzialmente modificabili, di tipo socio-economico ed ambientali tra cui lo stile di vita (fumo da sigaretta, consumo di caffè, abitudini dietetiche ed esercizio fisico) possono concorrere alle differenze di genere nel rischio di sviluppare la malattia, influenzarne il decorso e la prognosi. Da qui l'importanza di riconoscere nelle differenze di genere (uomini e donne) un elemento determinante il rischio e la gestione delle malattie neurodegenerative. Nelle donne l'esordio della malattia è ritardato di circa due anni rispetto ai soggetti maschili e si presenta con un fenotipo più benigno (generalmente tremorigeno). La MP è nota essere la malattia che interessa il movimento e, quindi, la presenza di **sintomi motori** è l'elemento essenziale per la diagnosi. La bradicinesia (lentezza nell'esecuzione del movimento) in associazione ad almeno uno degli altri sintomi motori cardinali della malattia (rigidità e/o tremore a riposo) sono le caratteristiche cliniche della MP. La risposta efficace e duratura nel tempo al trattamento alla Levodopa costituisce un altro elemento indispensabile per la conferma della corretta diagnosi. L'esordio dei sintomi è generalmente unilaterale ed asimmetrico. L'età di esordio è generalmente compreso tra i 50-60 anni con un ampio periodo di range tra 40 ed 80 anni. L'incidenza della malattia nel mondo è di 5-35 nuovi casi per 100.000 abitanti, con incidenza

aumentata da 5 a 10 volte dalla sesta alla nona decade di vita.

La MP, a differenza della malattia di Alzheimer, è più comune negli uomini che nelle donne con un rapporto M:F pari 1,49 che tende ad aumentare con il progredire dell'età. Differenze di genere nei sintomi motori sono presenti fin dall'esordio della malattia. Evidenze suggeriscono un esordio dei sintomi nelle donne ritardato di almeno due anni rispetto agli uomini con fenotipo più benigno e con prevalenza di tremore (67% vs 48%). L'esordio ritardato dei disturbi motori correlerebbe con la durata del periodo di fertilità della donna. Le differenze di genere osservate tra donne ed uomini potrebbero essere attribuite alla stimolazione estrogenica che avrebbe effetti "protettivi" sulla degenerazione del sistema nigro-striatale.

Con l'evoluzione della malattia questi effetti si perdono e le donne sviluppano più rapidamente movimenti involontari (discinesie) rispetto al sesso maschile. Il genere femminile è il più importante fattore di rischio indipendente, anche dal peso corporeo, nello sviluppo di discinesie levodopa-indotte (con una media di sviluppo di discinesie di 4 anni nelle donne e 6 anni negli uomini). Una "brittle response" alla levodopa è stata recentemente descritta per definire la presenza di discinesie altamente invalidanti dopo assunzione di piccole dosi di levodopa (ad es, 100 mg o meno per dose). Questi pazienti con risposta altamente sensibile alla levodopa sono principalmente donne (58%) con basso peso ed indice di massa corporea. Solo il basso peso corporeo, però, non può da solo spiegare le differenze di genere nello sviluppo di discinesie da levodopa. E' da supporre che siano presenti altre condizioni, come alterazione del networks centrale e polimorfismi genetici, che hanno un ruolo nel modulare il rischio di sviluppare discinesie. Di certo sono necessari ulteriori studi prospettici per meglio definire perché il genere femminile ha maggiore rischio di sviluppare complicazione da levodopa nel decorso della malattia ed anche di presentare una "brittle response" alla levodopa.

Nella MP, oltre ai sintomi motori, sono rilevanti anche i sintomi non motori che coinvolgono diversi aspetti clinici: disturbi psichiatrici e comportamentali, cognitivi, disturbi del sonno, della sfera sessuale, del sistema gastroenterico e genito-urinario. Nonostante l'ampio spettro fenomenologico dei sintomi non motori sia molto comune anche nei soggetti anziani sani di pari età, diversi studi hanno dimostrato una significativa maggiore prevalenza nei soggetti di sesso maschile che svilupperanno MP. Dati della letteratura sono concordi nel riconoscere che i sintomi neuropsichiatrici come nervosismo, tristezza, depressione e dolore sono più comuni nelle donne parkinsoniane rispetto agli uomini parkinsoniani. In questi ultimi i sintomi depressivi sono caratterizzati da apatia, disinteresse, riduzione della libido. Le maggiori limitazioni di questi studi sono da riconoscere sia nella somministrazione di scale differenti per valutare gli aspetti non motori che nella inclusione di pazienti in trattamento con farmaci dopaminergici, i quali potrebbero a loro volta, come effetti collaterali, influenzare la severità e la variabilità dei sintomi non motori. In un recente studio sono stati confrontati 200 pazienti con MP de novo in fase iniziale di malattia e non trattati farmacologicamente con 93 controlli sani. I risultati hanno evidenziato che gli uomini con MP, rispetto ai controlli sani, avevano più frequentemente sentimenti di tristezza, perdita di interesse, disturbi del sonno, compromissione del gusto ed olfatto, mentre nelle donne parkinsoniane rispetto ai controlli sani, erano prevalenti disturbi quali perdita di interesse ed ansia. L'iposmia è il più potente sintomo non motorio predittivo di MP sia negli uomini che nelle donne. I disturbi disautonomici (ipotensione, genito-urinari) sono sintomi non motori predittivi di sviluppo della malattia solo negli uomini, mentre il disturbo del sonno REM riguarda principalmente le donne. Il ruolo svolto dal genere di appartenenza è stato valutato anche in risposta alla terapia sintomatica dopaminergica in studi prospettici con lo scopo di analizzare i sintomi non motori prima e dopo la terapia (follow-up di due anni). La terapia dopaminergica ha migliorato in modo significativo, in entrambi i sessi, il sentimento di tristezza e melanconia ma sono comparsi altri sintomi quali urgenza urinaria, sonnolenza diurna, aumento di peso e dello stimolo sessuale negli uomini. Anche nel disturbo del controllo degli impulsi ritroviamo un effetto di genere: quelli compulsivi sessuali sono più frequenti negli uomini mentre nel genere femminile prevale lo shopping patologico ed "binge eating". Con la progressione della malattia, il genere femminile presenta un peggioramento dei sintomi non motori e delle fluttuazioni non motorie rispetto al genere maschile. Prevalgono i sintomi neuropsichiatrici, ma malgrado ciò le donne ricevono meno trattamenti specifici rispetto ai maschi, suggerendo che i sintomi non motori siano poco noti e conseguentemente poco trattati.

### **In allegato programma**

sito <https://www.parkinsongiovani.com> - <https://www.parkinsongiovani.com/condividere>

**Ufficio stampa Fondazione IRCCS Istituto Neurologico 'Carlo Besta' – tel. 3389282504**  
**email: [cinzia.boschiero@istituto-besta.it](mailto:cinzia.boschiero@istituto-besta.it)**