



Parkinson e disturbi dell'olfatto

La diminuzione della capacità olfattiva esercita un notevole influsso sulla qualità di vita, poiché chi ne è affetto non può più percepire neppure gli odori piacevoli. Foto: Keystone

In molti malati di Parkinson si osserva una diminuzione dell'olfatto, che a sua volta compromette almeno in parte il piacere di mangiare e bere. Inoltre viene a mancare la funzione di allarme, il che può sfociare in intossicazioni alimentari.

In totale, circa il 70-90% delle persone con Parkinson denota una perdita parziale dell'olfatto (iposmia). Tuttavia, molti malati non ne sono consapevoli. Se gli si chiede di valutare il proprio olfatto, nella maggior parte dei casi rispondono «Non sento più gli odori già da molti anni» oppure «Non mi sono accorto di niente». Alcuni invece ammettono di avere notato già da tempo che la percezione degli odori nella vita quotidiana è cambiata.

Testando l'olfatto in maniera mirata, si può rilevare un eventuale disturbo della capacità di sentire gli odori. A questo scopo, nella letteratura medica si raccomanda l'UPSIT (University of Pennsylvania Smell Identification Test) come test standardizzato. In alternativa si utilizzano dei cosiddetti Sniffin' Sticks («pennarelli» impregnati con diversi odori).

Il fatto di soffrire di una ridotta capacità olfattiva ha un impatto notevole sulla qualità di vita. Da un lato, l'odorato è fondamentale nella percezione e differenziazione dei diversi sapori dei cibi e delle bevande, in sinergia con il senso del gusto.

D'altra parte, l'olfatto serve anche ad avvertirci di pericoli di vario genere (gas tossici, fuoco, cibo andato a male). Non da ultimo, è grazie all'olfatto che possiamo apprezzare le gradevoli fragranze dei fiori, dei profumi e dei prodotti per l'igiene personale. Inoltre, questo senso influenza in misura significativa la nostra memoria emotiva (gli odori risvegliano ricordi).

Negli anni '70 si è scoperto per la prima volta che la malattia di Parkinson è associata a un disturbo dell'olfatto. Il neuropatologo Braak ha confermato che già nelle fasi precoci della patologia gli aggregati di alfa-sinucleina sono riscontrabili non solo nel tronco encefalico, bensì anche nel nucleo olfattivo anteriore (area centrale nel bulbo olfattorio). Man mano che la malattia progredisce, vengono colpite anche le aree corticali associate, e di conseguenza l'esatta identificazione degli odori.

La ridotta capacità olfattiva è un segno caratteristico della malattia di Parkinson e, come la stitichezza, il disturbo del comportamento nel sonno REM e la depressione, costituisce uno dei sintomi non motori che

in certi casi si manifestano anni prima dei sintomi motori, e quindi anche della formulazione della diagnosi. Altri sintomi non motori quali i disturbi cognitivi, i disturbi autonomici, le turbe del sonno, i disturbi visivi, il dolore, l'apatia e i disturbi neuropsichiatrici come ansia o psicosi, tendono invece a comparire piuttosto durante il decorso della malattia. Spesso i sintomi non motori hanno un impatto maggiore sulla qualità di vita dei pazienti rispetto ai disturbi motori.

I sintomi non motori svolgono un ruolo importante nella diagnosi precoce della malattia di Parkinson. Nel 2015 la Movement Disorders Society ha elaborato dei criteri finalizzati alla diagnosi di una sindrome di Parkinson in fase prodromica (ovvero che precede la fase conclamata). Sulla base di questi criteri e con l'ausilio di un apposito punteggio, in presenza di determinati fattori di rischio e sintomi prodromici si può calcolare il rischio di sviluppare la malattia di Parkinson. Questi criteri servono in primo luogo a identificare un gruppo di pazienti che denota un

rischio elevato di ammalarsi di Parkinson, e di conseguenza rappresenta un gruppo relativamente omogeneo con cui svolgere studi terapeutici per la messa a punto, ad esempio, di farmaci neuroprotettivi. Per ora, questi criteri non rivestono tuttavia alcuna importanza nella pratica clinica quotidiana.

L'alterazione della capacità olfattiva è altresì usata nella fase iniziale della diagnosi per stabilire se la persona in questione è affetta da una sindrome di Parkinson idiopatica (malattia di Parkinson, morbo di Parkinson) o da un parkinsonismo atipico come l'atrofia multisistemica (MSA), la paralisi sopranucleare progressiva (PSP), la sindrome corticobasale (CBS) o la demenza a corpi di Lewy (LBD). Questo perché, fatta eccezione per un lieve disturbo olfattivo osservato nella MSA, nei parkinsonismi atipici appena menzionati non si riscontra iposmia (diminuzione dell'olfatto). Questa distinzione è importante, in quanto nella maggior parte dei casi i parkinsonismi atipici hanno un decorso più sfavorevole, e a volte vengono trattati in modo diverso. Ma non è tutto: il test dell'olfatto può rivelarsi utile ai fini della diagnosi differenziale anche in relazione ad altre patologie, come alcune forme di tremore, parkinsonismi vascolari, parkinsonismi farmacodotti o funzionali, poiché solitamente in queste forme si osserva una funzione olfattiva normale.

Per quanto riguarda la terapia, esistono pochissimi studi vertenti sui disturbi olfattivi legati al Parkinson. Nel 2013 è stato condotto uno studio sull'impiego della rasagilina (inibitore della MAO-B) per il

trattamento dell'iposmia nei malati di Parkinson, dal quale non risulta però alcun effetto significativo sull'olfatto delle persone affette. Una ricerca del 2016 ha invece evidenziato l'effetto positivo dell'attività sportiva aerobica (allenamento della resistenza) sull'evoluzione della capacità olfattiva, mostrando una differenza rispetto ai soggetti che non svolgevano attività fisica. Mediante lo sport si è quindi riusciti a ottenere una stabilizzazione, o almeno un deterioramento meno grave, della capacità olfattiva.

In sintesi

Il disturbo dell'olfatto costituisce un sintomo non motorio importante sia ai fini della diagnosi differenziale nella fase precoce del Parkinson, sia nel decorso della malattia a causa del suo impatto rilevante sulla qualità di vita dei parkinsoniani, per il quale purtroppo non esiste ancora alcuna terapia di provata efficacia.

Dr. med. Julia Walch



La Dr. med. Julia Walch, specialista in neurologia, medico capoclinica di neurologia, Ospedale Cantonale di San Gallo. Foto: pgc Julia Walch



Quando non si sente più il profumo del caffè: con una ridotta capacità olfattiva, il piacere di mangiare e bere non è più lo stesso. Foto: Keystone



Consigli in caso di disturbi dell'olfatto

Cucina e cibo

- Conservare gli alimenti in un luogo fresco e asciutto
- Controllare la data d'acquisto e di scadenza
- Controllare visivamente la qualità
- Condire seguendo le ricette, se necessario utilizzando la bilancia
- Durante la cottura tenere d'occhio i fornelli (rischio che il cibo si attacchi e bruci)
- Stimolare le sensazioni nella zona della bocca e della gola (consistenza, temperatura, sapore piccante)
- L'occhio vuole la sua parte (colori, pietanze ben guarnite)
- Prendersi tempo per mangiare

Igiene

- Curare l'igiene personale e cambiare regolarmente la biancheria
- Sostituire più spesso la biancheria dopo sforzi fisici o quando si suda
- Farsi aiutare dalla/dal partner oppure da amici per la scelta dei prodotti cosmetici e della quantità da applicare
- Fare un programma per la pulizia dei servizi igienici, l'aerazione dei locali, il bucato, lo smaltimento dei rifiuti, l'igiene degli animali domestici

Fonte: scheda informativa della Arbeitsgemeinschaft Olfaktologie und Gustologie (D)

Fonti:

1. Muller A, Mungersdorf M, Reichmann H, et al. Olfactory function in Parkinsonian syndromes *J Clin Neurosci* 2002;9:521-4
2. Katzenschlager R, Lees AJ. Olfaction and Parkinson's syndromes: its role in differential diagnosis. *Curr Opin Neurol* 2004;17:417-423
3. Ansari KA, Johnson A (1975) Olfactory function in patients with Parkinson's Disease *J chronic Dis* 28:493-497
4. Braak H, Del Tedici K, Rub U, de Vos RA, Jansen Steur EN, Braak E. Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's Disease. *Neurobiol Aging* 2003;24:197-211
5. Berg D, Postuma RB, Adler CH, et al. MDS Research Criteria for Prodromal Parkinson's Disease. *Mov Disord* 2015
6. Haehner A, Hummel T, Wolz M et al (2013). Effects of rasagiline on olfactory function in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord* 28:2023-2028
7. Rosenfeldt AB, Dey T, Alberts JL (2016). Aerobic exercise preserves olfaction function in individuals with Parkinson's disease. *Parkinsons Dis* 2016:9725089