

La medicina neurologica tra passato e futuro

Neurological medicine between past and future

Medicina neurológica entra pasado y futuro

Roberto Fogari

IRCCS Fondazione Mondino, Pavia

Complicanze neurologiche delle malattie internistiche sono di frequente riscontro, e possono manifestarsi con modalità diverse, talora dominando il quadro clinico. Basti ricordare che nel 20% dei pazienti ricoverati nei reparti di Medicina Generale viene richiesta una valutazione specialistica neurologica (1,2). La consulenza del neurologo, in questi casi, riveste un ruolo di fondamentale importanza, e nel 64% dei casi conduce ad una significativa modificazione dell'approccio diagnostico e terapeutico (3). D'altra parte, la Neurologia rappresenta una branca fondamentale della Medicina Interna, ed anche da un punto di vista formale è disciplina ricompresa sotto il profilo scientifico-academico (MIUR) nel macrosettore di Clinica Medica Specialistica (06/D).

A prescindere dagli attuali aspetti burocratici, è opportuno ricordare che storicamente la Clinica Neurologica fu in assoluto la prima branca specialistica che si affiancò (non si staccò, si affiancò) alla Clinica Medica o Medicina Generale. A fine '800, infatti, dopo anni di straordinarie scoperte, Jean Martin Charcot diede alla Neurologia la dignità di disciplina autonoma, e va sottolineato che ciò avvenne in virtù di una sorta di gemmazione spontanea nel contesto del sapere medico, e non per burocratica decisione d'ufficio come per molte delle specialità più recenti; proprio per questo la Neurologia, oltre che con la Psichiatria, ha sempre conservato, fin dall'inizio, un legame di forte contiguità e di interazione con la Clinica Medica. Quest'ultima, del resto, ha sempre considerato la Neurologia come propria branca da cui era impossibile separarsi: basti

ad esempio ricordare a questo proposito come nelle difficili ma straordinarie lezioni di Clinica Medica di Augusto Murri gli aspetti neurologici delle patologie internistiche erano quasi sempre predominanti. Trascorso più di un secolo da quei tempi, la Neurologia e la Medicina Interna conservano inalterati i profondi legami primordiali, che anzi sembrano essere stati rinforzati dagli straordinari progressi della scienza negli ultimi decenni. Questo fenomeno appare in singolare contrasto con quanto avviene per le altre specialità in cui la Medicina Interna è stata smembrata con operazioni a tavolino nella seconda metà del '900, operazioni non solo opinabili dal punto di vista didattico, ma anche di dubbia riuscita sotto il profilo culturale e dell'operatività medica. Il risultato è stato infatti quello di creare una sorta di contrapposizione fra la visione olistica che ogni medico dovrebbe possedere, e quella superspecialistica oggi imperante.

Gli interessi comuni fra Neurologia e Medicina Interna, quindi, vanno progressivamente rafforzandosi, anche a seguito del rapido ampliarsi delle conoscenze e delle potenzialità diagnostiche e terapeutiche, che hanno evidenziato stretti rapporti fra numerose condizioni di precipuo interesse internistico e patologia neurologiche di natura infiammatoria e degenerativa. Basti ricordare il ruolo del diabete mellito nell'insorgenza delle neuropatie e della disautonomia, con le conseguenze multiorganiche che ne derivano, o quello dell'alterato bilancio simpato-vagale nella genesi delle aritmie, osservazione nota da tempo ma tutt'altro che teorica, considerato che condizioni di ridotta variabili-

tà R-R comportano un'elevata mortalità sia a breve che a medio termine, con frequenti episodi di morte improvvisa (4). Un altro esempio, meno drammatico, può riguardare il rapporto fra ipertensione e cefalee. Negli anni '50-'60, agli albori della storia moderna dell'ipertensione arteriosa, la cefalea veniva descritta in tutti i testi come un sintomo tipico; successivamente questo aspetto venne ridimensionato, e fu ufficialmente sancito che la cefalea fosse un sintomo di ipertensione arteriosa solo in presenza di encefalopatia ipertensiva. Oggi, studi comuni fra neurologi ed internisti eseguiti con mezzi più adeguati e su popolazioni accuratamente selezionate disegnano una situazione molto più complessa, e cioè che i valori pressori elevati spesso riflettono una condizione di comorbidità con alcune cefalee (emicrania in primis), e possono facilitare l'evoluzione negativa di questi disordini con trasformazione in forme croniche quotidiane (5). Le osservazioni originali di un tempo vengono quindi rivalutate con altri mezzi e con nuove modalità. Un altro esempio davvero eclatante è rappresentato dal ruolo che la sindrome metabolica svolge nei meccanismi fisiopatologici e nella progressione delle demenze, e segnatamente della malattia di Alzheimer (6). Sono infatti sempre più stretti i rapporti fra un'alterato controllo glicometabolico e la produzione di beta-amiloide (la cui deposizione nel cervello è evento "core" nella fisiopatologia di questa grave forma di demenza), e l'insulina sembra svolgere un ruolo positivo nella performance mnemonica sia in diversi modelli animali che nell'uomo.

Sono molti altri gli esempi che si potrebbero citare (neuropatie da connettiviti, amiloidosi, sarcoidosi, altre condizioni vasculitiche); vale tuttavia la pena di ricordare ancora il cosiddetto "cuore da soldato", che

fece la sua misteriosa comparsa durante il primo conflitto mondiale e che poi confluì nella "nevrosi cardiaca" (condizione che riguarderebbe fino al 20% delle prime visite negli ambulatori cardiologici). In questo caso, sia gli aspetti diagnostici che terapeutici presentano un'ampissima sovrapposizione fra competenze interistiche e neurologiche, come peraltro dimostrato dal frequente utilizzo di benzodiazepine e beta-bloccanti, sia pure con rapporti quantitativamente diversi in base alle condizioni del paziente.

In conclusione, il termine di Medicina Neurologica sembra forse quello più consono per riassumere la stretta interdipendenza fra queste due branche del sapere medico, i cui rapporti vanno sempre più rafforzandosi. Questi reciproci rapporti meritano di essere sempre più evidenziati all'interno dei piani didattico-formativi delle nostre scuole di Medicina.

Bibliografia

1. Aminoff MJ. *Neurology and General Medicine*. III ed. Churchill Livingstone. New York. N.Y. 2001.
2. Samuels MA. *Hospitalist neurology*. Blue Book of practical neurology, Vol 20. Butterworth-Heinemann, Boston 1999.
3. Primavera A, et al. Neurological consultation in a teaching department of internal medicine. *Eur. J. Neurol.* 1998; 5, suppl. 3: 222-223.
4. Villareal RP, Liu BC, Massumi A. Heart rate variability and cardiovascular mortality. *Curr Atheroscler. Rep.* 2002; 4:120-127.
5. Buse DC, et al. Sociodemographic and comorbidity profiles of chronic migraine and episodic migraine sufferers. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2010;81(4):428-432.
6. Ferreira LSS, Fernandes CS, Vieira MNN, De Felice FG. Insulin resistance in Alzheimer's Disease. *Front Neurosci.* 2018; 12:830. doi: 10.3389/fnins.