



La sindrome delle gambe senza riposo

Data 26 novembre 2001
Categoria scienze_varie

Pur essendo stata descritta oltre 50 anni fa, la "sindrome delle gambe senza riposo" (Restless legs syndrome) è stata ben inquadrata solo nell'ultimo decennio, così che i medici di famiglia in particolare possono riconoscerla e trattarla più agevolmente. I pazienti che ne sono affetti provano una sensazione di inteso disagio alle gambe, e occasionalmente alle altre estremità, che li costringe a muoversi. Questa sensazione è stata descritta come "un formicolio strisciante, un pizzicorio, un ribollimento", "come se degli insetti stessero scavando una galleria"; normalmente non è descritta come dolorosa. I sintomi compaiono tipicamente a riposo e vengono alleviati muovendo le gambe, almeno temporaneamente; inoltre peggiorano nel pomeriggio e la sera, particolarmente a letto. La maggior parte di questi pazienti durante la notte presenta dei movimenti periodici stereotipati, caratterizzati da flessione delle gambe con estensione dei piedi e delle dita; tali movimenti si presentano a grappolo durante la notte, con una periodicità di 20-40 secondi. Un altro disturbo che spesso si associa è l'insonnia: questi pazienti arrivano a temere il momento del riposo a letto, in quanto l'ora tarda e l'inattività si combinano nel provocare una sintomatologia più severa; alcuni cercano sollievo camminando per la stanza nel cuore della notte, per veder ricomparire i sintomi quando, esausti, crollano sul letto. Anche durante il giorno compaiono spesso sintomi simili, per cui i pazienti che ne sono affetti hanno difficoltà nell'esecuzione di attività sedentarie, viaggiare in macchina o in aereo, stare seduti durante un meeting o lavorare stando seduti. La prevalenza nella popolazione generale è valutata intorno al 6%, con una diffusione maggiore, e una maggiore severità, nella popolazione geriatrica. Più dei due terzi dei soggetti affetti presenta una familiarità. L'eziologia della sindrome non è conosciuta. Evidenze cliniche e di laboratorio supportano un ruolo primario del sistema dopaminergico, con influenze anche di neurotrasmettitori oppioidi e di altro tipo. Non ci sono prove che i pazienti affetti da sindrome delle gambe senza riposo abbiano un maggior rischio di sviluppare un morbo di Parkinson, nonostante la condivisione di caratteristiche neurochimiche simili. Alcune condizioni si associano con maggior frequenza di altre a questa patologia: deficit di ferro, di magnesio, di folati; emodialisi, gravidanza, diabete mellito, ipotirodismo, varici degli arti inferiori. Un'attenta anamnesi, corroborata dalle osservazioni di un partner riguardo i movimenti periodici delle gambe durante il sonno, consente di diagnosticare la sindrome. Nella diagnostica differenziale vanno escluse condizioni quali l'ansia, la acatisia, la neuropatia periferica, i crampi alle gambe, i tics. Sebbene la sindrome sia idiopatica, alcuni fattori di aggravamento, quali l'alcool, il fumo, il caffè, vanno ricercati e possibilmente eliminati. I neurolettici classici e molti antidepressivi possono peggiorare la sindrome; i pazienti potrebbero trarre giovamento dal passaggio ad antipsicotici con meno effetti extrapiramidali e dal tentare altri antidepressivi. Tra le indagini di laboratorio si consiglia di controllare sideremia, magnesemia, folatemia, glicemia, creatininemia, ormoni tiroidei. Terapia. Non tutti i pazienti hanno bisogno di farmaci. Adeguate pratiche di igiene del sonno, come evitare alcolici, caffè e nicotina, spesso sono benefiche. Sono anche utili tecniche di rilassamento eseguite routinariamente per il riposo a letto. Al contrario, esercizi fisici vigorosi, compresa l'attività sessuale, possono peggiorare i sintomi se eseguiti nelle due ore precedenti il momento del riposo a letto. Possono essere di aiuto anche alcuni adattamenti: per esempio lavorare ad un tavolo alto con uno sgabello, durante un viaggio prendere posto in corridoio, spostare il ciclo del sonno in modo da svegliarsi più tardi. Farmaci. I farmaci dopaminergici sono considerati i farmaci d'elezione, tanto che il loro fallimento dovrebbero in serio dubbio la diagnosi. Tra questi farmaci il più usato finora è stata l'associazione levodopa-carbidopa (Sinemet), che riesce spesso a dominare la sintomatologia. Purtroppo gli effetti collaterali, quali il rebound, le discinesie tardive, l'estensione delle manifestazioni ad altri segmenti corporei, la necessità col tempo di aumentare il dosaggio, limitano nel tempo l'utilizzo di questo farmaco. Altri farmaci dopaminergici utilizzati, però considerati di seconda scelta rispetto all'associazione levodopa-carbidopa, sono la bromocriptina (Parlodel), pergolide (Nopar) e, più recentemente, pramipexolo (Mirapex) e ropirinolo (Requip). Le benzodiazepine, tra le quali la più studiata per questa patologia è stata il clonazepam (Rivotril), possono essere utili nelle forme moderate e con disturbi importanti del sonno. Bisogna ovviamente tenere presente il potenziale di assuefazione e di dipendenza delle benzodiazepine. Gli oppiacei si sono dimostrati efficaci in questa sindrome, ma, a causa della dipendenza indotta, il loro uso va riservato ai casi più gravi, in cui le altre terapie abbiano fallito. Sono stati utilizzati con qualche successo anche alcuni anticonvulsivanti, tra cui la carbamazepina (Tegretol) e il gabapentin (Neurontin); questi farmaci potrebbero essere utili soprattutto nelle forme con neuropatia e dolore. Alcuni piccoli trials suggeriscono una certa utilità della clonidina (Catapresan), che potrebbe essere riservata ai casi con ipertensione.

Conclusioni. La sindrome delle gambe senza riposo è diffusa e può essere particolarmente importante in pazienti anziani. Una terapia efficace richiede l'esclusione o il trattamento di cause secondarie, una adeguata igiene del sonno e l'uso giudizioso di alcuni farmaci.

Journal of American Board of Family Practice, ottobre 2001