

MRgFUS: informativa per il paziente ed il medico prescrittore (medico curante o neurologo)

Talamotomia del nucleo ventrale intermedio (Vim) del talamo mediante ultrasuoni focalizzati (FUS) per il trattamento del tremore

Il nucleo ventrale intermedio (Vim) del talamo rappresenta un classico target nella neurochirurgia funzionale per il trattamento del tremore.

Negli ultimi anni sono stati pubblicati promettenti risultati sulla talamotomia del Vim mediante ultrasuoni focalizzati guidati dalla Risonanza Magnetica (MR Guided Focused UltraSound, MRgFUS, o High Intensity Focused Ultrasound, HIFU) per il trattamento del **tremore essenziale** e del **tremore parkinsoniano**

Si tratta di una metodica mini-invasiva (non necessita di foro di trapano, nè di anestesia generale) che viene eseguita sotto guida risonanza magnetica (RM), e che permette di indurre mediante ultrasuoni focalizzati una piccola lesione a livello del ViM migliorando il tremore.



Tale procedura rappresenta una interessante **opportunità terapeutica nel tremore essenziale e parkinsoniano non responsivi alla terapia farmacologica nei casi in cui i pazienti non vogliono sottoporsi o presentino controindicazioni a procedure invasive quali la stimolazione cerebrale profonda (DBS). Non è invece efficace su altri sintomi della malattia di Parkinson, come bradicinesia (lentezza dei movimenti), fluttuazioni motorie, discinesie, disturbi dell'equilibrio e della deambulazione, demenza.**

Qui di seguito riportiamo i principali Criteri di Inclusione ed Esclusione

Criteri di Inclusione

Tremore essenziale o tremore parkinsoniano

Età maggiore di 18 anni

Tremore clinicamente rilevante ed invalidante per le attività della vita quotidiana

Tremore refrattario alla terapia farmacologica

Controindicazioni o non volontà del paziente a sottoporsi ad altre metodiche invasive come la stimolazione cerebrale profonda (DBS)

Criteri di Esclusione

Patologie cardiache severe o instabili
Ipertensione severa o mal controllabile
Fattori di rischio per sanguinamento e terapia anticoagulante
Stroke multipli o recenti (6 mesi)
Altre malattie neurodegenerative, inclusi parkinsonismi atipici
Deterioramento cognitivo (demenza) documentato da valutazione neuropsicologica
Crisi epilettiche recenti (12 mesi)
Neoplasie cerebrali
Precedenti procedure di stimolazione cerebrale profonda (DBS)
Patologie psichiatriche gravi o mal controllate dalla terapia (psicosi, depressione severa)
Abuso di farmaci o sostanze psicotrope
Controindicazioni alla risonanza magnetica (RM) o al mezzo di contrasto per la RM
Paziente incapace di tollerare a lungo la posizione supina durante il trattamento (più di 4 ore) o claustrofobia
Presenza di trombosi venosa profonda agli arti inferiori in atto confermata da ecocolordoppler

Quali pazienti affetti da malattia di Parkinson possono essere sottoposti al trattamento?

La MRgFUS può essere applicata all'encefalo con varie finalità. Nel nostro centro è attualmente applicata per ablare (lesionare) nuclei cerebrali profondi.

Nello specifico il trattamento che attualmente ha ricevuto l'approvazione della Comunità Europea è la talamotomia del Vim che ha come unico beneficio quello di interferire con i circuiti neuronali alla base del tremore. Beneficeranno del trattamento i pazienti con malattia di Parkinson e rilevante tremore. Non è invece efficace su altri sintomi della malattia di Parkinson, come bradicinesia (lentezza dei movimenti), fluttuazioni motorie, discinesie, disturbi dell'equilibrio e della deambulazione, demenza.

Quali benefici attendersi dal trattamento?

Negli studi finora pubblicati, la riduzione media del tremore è di circa il 60% nel lato trattato nei 12 mesi successivi alla procedura. Tale beneficio è sovrapponibile a quello ottenuto mediante procedure radiochirurgiche. È importante sottolineare che MRgFUS è una tecnica nuova, con solo tre anni di follow-up post-operatorio dei pazienti.

Quali sono i rischi del trattamento?

I principali rischi sono causati dall'edema cerebrale, che può svilupparsi nel periodo successivo alla procedura di MRgFUS e può durare fino a 3 mesi. Durante questo periodo il paziente può presentare disturbi del linguaggio, un'andatura incerta o intorpidimento, movimenti involontari o debolezza nel braccio o nella gamba trattati. La maggior parte di questi effetti collaterali sono transitori, ma in alcuni casi possono persistere; pertanto MRgFUS non è privo di rischi. Per minimizzare il rischio di edema cerebrale verrà somministrato un cortisonico, che ne riduce l'insorgenza.

Come si svolge il trattamento?

Normalmente il paziente viene ricoverato il giorno prima del trattamento per gli ultimi controlli e per una adeguata preparazione. Il trattamento dura alcune ore, durante le quali il paziente resta sdraiato all'interno della risonanza magnetica. A differenza dei normali esami diagnostici, la testa del paziente sarà fissata con un caschetto

stereotassico e tra la testa ed il caschetto verrà inserita una membrana contenente acqua per facilitare il passaggio degli ultrasuoni. È molto importante che i pazienti collaborino attivamente, poichè restano svegli e coscienti durante la procedura, in maniera tale da fornire un monitoraggio clinico al medico dopo ogni somministrazione di onde ultrasonore.

La notte successiva al trattamento, il paziente resta ricoverato per essere dimesso nella maggior parte dei casi il giorno successivo al trattamento.

Il trattamento è esclusivamente unilaterale, dato che non ci sono informazioni sugli eventuali effetti collaterali del trattamento bilaterale. In caso di tremore bilaterale, viene solitamente trattato il lato in cui il tremore è più invalidante (di solito il destro o il dominante).

Presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (AOUI), la procedura di talamotomia del Vim mediante FUS è gestita da un team multidisciplinare, comprendente neurologo, neuroradiologo, neurochirurgo e fisico medico. La prima valutazione per l'indicazione al trattamento è su base clinica ed è eseguita da uno specialista neurologo esperto in disordini del movimento dell'AOUI, su indicazione del medico curante o neurologo di riferimento, a cui viene rivolta la presente informativa. Se il paziente è clinicamente candidabile, sarà successivamente sottoposto a controlli neuroradiologici (TC encefalo per la valutazione delle caratteristiche della teca cranica, RM encefalo), sulla base dei quali il gruppo multidisciplinare confermerà l'indicazione al trattamento.

Come accedere alla prima visita neurologica di valutazione

Il paziente potrà accedere alla prima visita neurologica inviando all'indirizzo email

mrgfus.neuro@aovr.veneto.it

attivo dal 1 marzo 2018 impegnativa per **visita neurologica** con il quesito **MRgFUS** + relazione di visita neurologica recente + referto di RM encefalo eseguita negli ultimi 3 anni.