

Manifestazioni neuropsichiche in corso di iperparatiroidismo primitivo: il ruolo della paratiroidectomia



Ann. Ital. Chir., 2008; 79: 157-164

Claudio Casella, Giacomo Pata, Ernesto Di Betta, Riccardo Nascimbeni

Università degli Studi di Brescia, Cattedra di Chirurgia Generale (Direttore: Prof. B. Salerni)

Neurological and psychiatric disorders in primary hyperparathyroidism: the role of parathyroidectomy.

The clinical presentation of primary hyperparathyroidism (pHPT), previously constantly characterized by bone and renal diseases, has been changing during last years.

Several Studies report psychic and behavioural symptoms mostly vague and aspecific, particularly in elderly patients, such as asthenia, anxiety, depression, irritability, mood swings, mnestic and cognitive disturbances, severe psychosis.

In case history hereby reported 11.8% of the patients affected by pHPT (16 out of 136 cases operated from 1983 to october 2006) who underwent to parathyroidectomy, presented only neuro-cognitive and/or psychiatric symptoms.

A relevant association has been found between clinical presentation and age: patients showing neuro-cognitive and psychiatric disturbances were older compared to those suffering from the classical bone and kidney disease.

No significant correlation neither with serum calcemia nor with PTH serum levels and severity of the symptomatology was demonstrated.

A statistically significant reduction of the anxious-depressive disturbances one month post surgery has been found ($p < 0.05$), and an improvement, though not significant, of the neuro-cognitive and psychiatric alterations was registered ($p > 0.1$).

The Authors believe neuro-cognitive or psychic manifestations is not to be neglected, mainly in geriatric patients: frequently the aspecific symptomatology is not referred as hypercalcemia due to pHPT.

Neuro-psychico symptomatology should be considered an indication for surgical treatment.

KEY WORDS: Primary hyperparathyroidism, Parathyroidectomy, Neurocognitive symptoms, Psychiatric symptoms.

Introduzione

La modalità di presentazione clinica dell'iperparatiroidismo primitivo (IPTp), in passato quasi costantemente caratterizzata da sintomatologia ossea e renale, si è andata modificando negli ultimi anni.

Diverse segnalazioni in Letteratura hanno evidenziato una aumentata incidenza di sintomi neurologici e psichici, spesso vaghi e non specifici, in particolare in pazienti anziani, con variazioni da modeste alterazioni della personalità sino a quadri severi di depressione e psicosi¹⁻¹¹.

I meccanismi fisiopatologici alla base di tali alterazioni non sono ancora del tutto chiariti¹²⁻¹⁷.

La sintomatologia neuropsichica non rappresenta ad oggi una indicazione universalmente condivisa alla esecuzione della paratiroidectomia^{5-7, 14, 18-27, 36}, sebbene un miglioramento di tali disturbi sia stato descritto in seguito a trattamento chirurgico dell'IPTp^{6, 7, 14, 23-27}.

Nel presente contributo si è voluta valutare l'efficacia della paratiroidectomia, in termini di miglioramento dei sintomi neuro-psichici, analizzando i dati relativi a 16 pazienti affetti da IPTp che presentavano solamente tali disturbi.

Casistica e metodi

Nel periodo compreso tra il 1983 e l'ottobre 2006, presso la Cattedra di Chirurgia Generale dell'Università degli Studi di Brescia – I Divisione di Chirurgia Generale degli Spedali Civili di Brescia (Direttore: Prof. B. Salerni), sono stati sottoposti, in quanto affetti da IPTp, ad intervento di paratiroidectomia 136 pazienti, di cui

Pervenuto in Redazione Maggio 2007. Accettato per la pubblicazione Dicembre 2007.

Per corrispondenza: Prof. Claudio Casella, Cattedra di Chirurgia Generale – Università degli Studi di Brescia. I Divisione di Chirurgia Generale, Spedali Civili di Brescia, P.le Spedali Civili 1, 25123 Brescia (e-mail:casella@med.unibs.it).

94 femmine (69.1%) e 42 maschi (30.9%) (età media di 59.3 anni, range 21 – 85).

Di questi 16, di cui 9 femmine (56.3%) e 7 maschi (43.7%) (età media di 72.1 anni, range 60 – 85), presentavano all'atto della diagnosi di IPTp solamente manifestazioni neuro-psichiche.

Della casistica in studio sono stati valutati, oltre ai sintomi ed ai segni clinici presentati al momento del ricovero, le eventuali pregresse patologie neuropsichiatriche. Sono stati registrati i dati di laboratorio: in particolare i valori della calcemia e del PTH sia pre- che post-operatoriamente, ed i valori di TSH, FT3 ed FT4 prima dell'atto operatorio.

All'attenzione di tutti i pazienti della casistica sono state poste due scale di valutazione cognitiva: il Mini Mental State Examination (MMSE) ²⁸ e la Geriatric Depression Scale (GDS) ²⁹, sia prima della paratiroidectomia che ad 1 mese dall'intervento chirurgico.

In particolare il MMSE è stato utilizzato per valutare l'eventuale presenza di compromissione cognitiva. I domini cognitivi indagati hanno compreso l'orientamento spazio-temporale, la memoria, la capacità di attenzione e calcolo, il linguaggio e la prassia costruttiva.

Il punteggio grezzo ottenuto è stato poi corretto per età e scolarità. Il giudizio sulla presenza di compromissione cognitiva è stato espresso in caso di punteggio < 24.

La GDS è stata utilizzata per indagare la presenza di ansia, depressione o di tratti ossessivi. Questa scala di valutazione non è stata somministrata ai pazienti che avevano riportato un punteggio < 17 al MMSE.

È stata posta diagnosi di disturbo ansioso-depressivo per punteggi finali > 10.

I parametri relativi ai pazienti in studio sono presentati come valore medio \pm D.S.

L'analisi statistica è stata condotta attraverso il test T-Student: sono stati considerati statisticamente significativi i risultati con $p < 0.05$.

Risultati

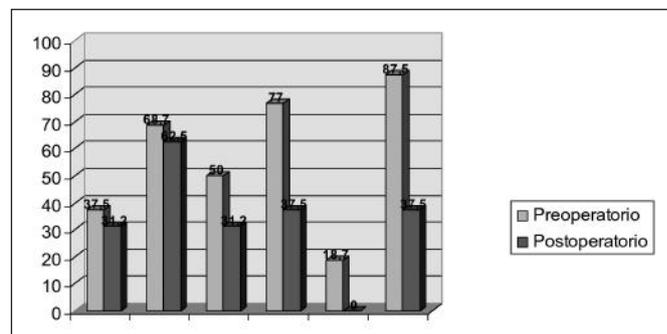
La casistica in esame risulta composta da 16 pazienti sottoposti a paratiroidectomia perché affetti da IPTp con sole manifestazioni neuro-psichiche.

Di questi 9 erano femmine (56.3%) e 7 maschi (43.7%). L'età media è risultata pari a 72.1 anni (range 60 – 85). Nessuno dei pazienti esaminati presentava un'anamnesi positiva per pregresse patologie neuro-psichiatriche.

Le indagini di laboratorio hanno evidenziato nel pre-operatorio un valore medio di calcemia pari a 12.9 mg% (range 10.2 – 19.8) e di PTH pari a 435 pg/ml (range 111 – 1495).

Nei pazienti da noi sottoposti a paratiroidectomia ma che non presentavano manifestazioni neuro-psichiche, 120 casi (85 femmine (70.8%) e 35 maschi (29.2%), con età media di 56.9 anni (range 21 – 83)), i valori medi di calcemia e di PTH pre-operatori sono risultati

TABELLA I – Sintomatologia pre- e post-operatoria presentata dai pazienti della nostra casistica.



di 12.1 mg% (range 10.7 – 13.1) e di 367 pg/ml (range 98 – 892) rispettivamente.

In nessuno dei 16 casi con manifestazioni neuro-psichiche si sono registrate nel pre-operatorio alterazioni della funzionalità tiroidea.

Quattro pazienti della casistica (25%) sono giunti alla nostra osservazione per un quadro di IPTp acuto, e 3 di questi (75%) hanno necessitato di trattamento emodialitico d'urgenza prima dell'intervento chirurgico.

La sintomatologia pre-operatoria relativa alla casistica esaminata è schematizzata nella Tab. I.

Astenia è stata registrata nell' 87.5% dei casi.

Il MMSE pre-operatorio, somministrato a tutti i pazienti, ha registrato un valore medio di 19.8 ± 1.6 (range 13 – 25); in particolare 5 casi presentavano una compromissione neuro-cognitiva di grado moderato (con punteggio totale < 20), in particolare 3 di questi hanno registrato un punteggio inferiore a 17.

Nove pazienti hanno evidenziato una compromissione lieve (punteggio 21 – 23) e 2 casi non hanno presentato alcuna alterazione cognitiva (punteggio 24).

La GDS nel pre-operatorio è stata somministrata solo a 13 pazienti, in quanto in 3 casi (18.7%) il valore del MMSE è risultato inferiore a 17.

Il valore medio della GDS è risultato di 24 ± 3.2 (range 14 – 29): 7 casi (53.8%) accusavano una sindrome ansioso-depressiva di grado lieve-moderato, 6 (46.2%) una depressione grave.

I sintomi dei pazienti registrati ad un mese dall'intervento sono riportati nella Tab. I.

Il 37.5% dei casi riferiva astenia.

A trenta giorni dalla paratiroidectomia il valore medio del MMSE è risultato di 22.4 ± 1.3 (range 20 – 27). Più specificamente il 18.7% dei casi, 3 pazienti, non presentava più alcun disturbo neuro-cognitivo; il 68.8%, 11 pazienti, presentavano una compromissione lieve e moderata il 12.5% dei casi, 2 pazienti.

La GDS, somministrata nel post-operatorio a tutti i casi, ha registrato valori medi di 14 ± 2.1 (range 10 – 22); in particolare 10 pazienti (62.6%) non presentavano più alcun disturbo depressivo, 5 (31.2%) una depressione lieve e 1 (6.2%) grave.

Discussione e conclusioni

La presentazione clinica dell' IPTp si è andata modificando negli ultimi anni: fino a 15 – 20 anni fa si trattava di una patologia caratterizzata da quadri clinici, spesso conclamati, a carico in particolare dell'apparato renale e/o scheletrico ³⁰.

Sintomi psichici e comportamentali spesso sfumati, in particolare nel paziente anziano ^{6,8}, quali astenia, ansia, depressione, irritabilità, mutevolezza dell'umore, difficoltà a concentrarsi, disturbi cognitivi, mnesici, fino a disturbi psichiatrici con fenomeni allucinatori e deliranti sono attualmente riportati in diverse segnalazioni in Letteratura ^{1,11}.

Tali manifestazioni neuro-psichiche in corso di IPTp sono, per altro, descritte sin dal 1940 ³¹.

La prevalenza di gravi sindromi psichiatriche, in caso di IPTp, raggiunge in alcune casistiche percentuali del 25 % ³² e talvolta rappresenta l'unico segno della malattia. Peterson ha osservato che il 37% dei pazienti da lui osservati presentava moderate alterazioni dello stato mentale, quali lievi turbe dell'affettività e deficit mnesici, il 20% allucinazioni e disorientamento spazio-temporale ed il 10% psicosi delirante ³³.

Nella nostra esperienza l' 11.8% (16/136 casi) dei pazienti operati per IPTp hanno presentato solamente sintomi neuro-psichici, accertati mediante il ricorso al MMSE ²⁸ e alla SGD ²⁹

Di questi il 77% presentava manifestazioni ansioso-depressive, il 18.7% comportamenti psicotici, il 37.5% disorientamento spazio-temporale ed il 68.7% disturbi mnesici.

Astenia era riferita dall' 87.5% dei casi. (Tab. I)

In particolare pre-operatoriamente il MMSE e la GSD hanno registrato un valore medio di 19.8 ± 1.6 (range 13 – 25) e di 24 ± 3.2 (range 14 – 29) rispettivamente.

Manifestazioni neurologiche si riscontrano in percentuali non trascurabili in corso di IPTp acuto, interessando in alcune casistiche oltre il 50% dei casi ³⁷. Il 25% dei pazienti (4/16 casi) da noi osservati presentavano un quadro di IPTp acuto.

Una associazione significativa è stata descritta fra comparsa dei disturbi neuropsichiatrici ed età ⁶⁻⁸: anche nella nostra casistica i pazienti con disturbi cognitivi e psichiatrici presentavano un'età statisticamente più avanzata (età media 72.1 anni) rispetto ai casi di IPTp senza tali manifestazioni (età media 59.3 anni) ($p < 0.05$).

Numerose ipotesi sono state avanzate riguardo ai possibili meccanismi responsabili di tali manifestazioni cliniche, tuttavia mancano a tutt'oggi dati certi ¹²⁻¹⁷.

È stato suggerito che il calcio possa avere un ruolo patogenetico diretto dal momento che è coinvolto nella sintesi e nel rilascio di neurotrasmettitori, il cui alterato metabolismo è associato a sintomi neuro-psichici quali depressione e psicosi ^{12, 13, 16, 34}.

Joborn ¹⁶ ha evidenziato, in caso di IPTp, un aumento

della concentrazione di calcio nel liquido cerebro-spinale, forse dovuto ad un incremento della permeabilità della barriera emato-encefalica riconducibile direttamente all'aumento dei livelli plasmatici di PTH ^{16, 35}.

Questo comporterebbe una ridotta concentrazione di metaboliti delle monoamine nel liquido cefalo-rachidiano, quali l'acido 5-idrossi-indolacetico (5-HIAA) e l'acido omovanilico (HVA) ^{12-14, 16, 34}, con ritorno alla normalità dopo paratiroidectomia, con intervallo variabile da 1 a 12 mesi.

Ulteriori Studi hanno dimostrato come nei pazienti con manifestazioni neuro-cognitive e psichiatriche da IPTp vi sia un aumento della concentrazione di urato nel liquido cefalo-rachidiano, riconducibile ad un alterato metabolismo periferico delle purine associato all'ipercalemia ^{15, 16}.

La quantità di urato presente nel liquido cefalorachidiano dipende tuttavia non soltanto dalle sue concentrazioni sieriche ma anche, come già osservato, da un aumento della permeabilità della barriera ematoencefalica ^{16, 35}.

Luxenberg ¹⁷ sottolinea come, oltre ad un effetto negativo dell'ipercalemia sulle funzioni cerebrali, anche il PTH possa determinare un danno neurotossico diretto, mediato da un adenilciclasasi cerebrale responsiva all'ormone. Per tale motivo turbe neuro-cognitive si riscontrano anche nell'iperparatiroidismo secondario (IPTs).

Numann ²⁵ ha evidenziato, mediante l'utilizzo di scale neuro-cognitive, un deficit dell'emisfero cerebrale dominante in caso di IPTp.

La severità della sintomatologia neuro-psichiatrica non appare direttamente correlata alla concentrazione plasmatica del calcio né a quella del PTH ^{5, 14, 16, 23, 24, 32}. Analoghe osservazioni sono state registrate nella nostra esperienza: i valori sierici del calcio e del PTH pre-operatoriamente (valori medi 12.9 mg% e 435 pg/ml rispettivamente), sebbene più elevati, non sono statisticamente maggiori rispetto a quelli rilevati nei casi di IPTp senza turbe neuro-psichiche (valori medi 12.1 mg% e 367 pg/ml rispettivamente) ($p > 0.01$).

Non vi è a tutt'oggi unanime consenso alla esecuzione della paratiroidectomia in corso di IPTp con solo manifestazioni neuro-psichiatriche ^{5-7, 14, 18-27}.

Emerge, tuttavia, da più segnalazioni in Letteratura che l'intervento chirurgico è associato ad un miglioramento significativo di tali disturbi ^{6, 7, 14, 23-27}.

Il miglioramento è più evidente per i disturbi psichiatrici ^{6, 7, 14, 23} e meno per quelli neuro-cognitivi ²⁶.

Al contrario, altri Autori non hanno registrato alcun miglioramento delle alterazioni cognitive dopo paratiroidectomia ^{5, 21, 22, 36}.

Nella nostra esperienza, ad un mese dalla paratiroidectomia, il 62.5% dei pazienti presentava disturbi mnesici, 37.5% disturbi ansioso-depressivi, il 31.2% disorientamento spazio-temporale e nessuno manifestava comportamenti psicotici.

Il valore medio del MMSE e della GDS nel follow-up

è risultato di 22.4 ± 1.3 (range 20 – 27) e 14 ± 2.1 (range 10 – 22) rispettivamente.

È stato possibile osservare una riduzione statisticamente significativa dei disturbi ansioso-depressivi ($p < 0.05$).

Anche le alterazioni neuro-cognitive hanno mostrato un miglioramento dopo l'intervento chirurgico, ma il dato non è risultato significativo ($p > 0.1$).

Si è documentato inoltre un significativo miglioramento dell'astenia dopo la paratiroidectomia ($p < 0.05$) (Tab. I). Riteniamo, alla luce della nostra esperienza, che nessuna manifestazione neuro-cognitiva o psichica sia da trascurare nel paziente anziano: spesso infatti per la genericità e la diffusione dei sintomi questi non sono riferiti all'ipercalcemia da IPTp.

La sintomatologia neuro-psichica, in corso di IPTp, deve essere considerata una indicazione alla paratiroidectomia.

Riassunto

La modalità di presentazione clinica dell'iperparatiroidismo primitivo (IPTp) si è andata modificando negli ultimi anni. Diversi Studi riportano sintomi psichici e comportamentali spesso sfumati e vaghi, in particolare in pazienti anziani, quali astenia, ansia, depressione, irritabilità, cambiamenti dell'umore, disturbi cognitivi e mnemonici, sino a disturbi psichiatrici.

Nella casistica riportata dagli Autori l'11.8% dei pazienti (16/136 casi) sottoposti a paratiroidectomia, nel periodo compreso tra il 1983 e l'ottobre 2006, perché affetti da IPTp presentava solamente manifestazioni neuro-cognitive e/o psichiatriche.

È stata trovata una correlazione significativa tra i sintomi e l'età: i pazienti con disturbi neuro-cognitivi presentavano un'età più avanzata rispetto ai casi di IPTp senza tali manifestazioni.

La severità della sintomatologia non si è correlata con la concentrazione sierica del calcio né a quella del PTH. Ad un mese dalla paratiroidectomia gli Autori hanno registrato una riduzione statisticamente significativa dei disturbi ansioso-depressivi ($p < 0.05$), le alterazioni neuro-cognitive sono migliorate ma in misura non significativa ($p > 0.1$).

Gli Autori ritengono che nessuna manifestazione neuro-cognitiva o psichica debba essere trascurata, in particolare nel paziente anziano: spesso i sintomi, generici e assai diffusi, non sono imputati all'ipercalcemia da IPTp.

La sintomatologia neuro-psichica deve essere considerata una indicazione alla esecuzione della paratiroidectomia.

Bibliografia

1) Fitz TE, Hallman BL: *Mental changes associated with hyperparathyroidism*. Arch Intern Med, 1952; 89: 547.

2) Gatewood JW, Organ CH, Mean BT: *Mental changes associated with hyperparathyroidism*. Am J Psychiatry, 1985; 132: 129.

3) Karpati G, Frame B: *Neuropsychiatric disorders in primary hyperparathyroidism*. Arch Neurol, 1964;10:387.

4) Joborn C, Hetta J, Palmer M, Akestrom G, Ljunghall S: *Psychiatric symptomatology in patients with primary hyperparathyroidism*. Upsala J Med Sci, 1986; 91:77.

5) Chiang CY, Andrewest DG, Anderson D, Devere M, Schweitzer I, Zajac JD: *A controlled, prospective study of neuropsychological outcomes post parathyroidectomy in primary hyperparathyroid patients*. Clin Endocrinology, 2005; 62:99.

6) Roman SA, Sosa JA, Mayes L, Desmond E, Boudourakis L, Lin R, Snyder PJ, Holt E, Udelsman R: *Parathyroidectomy improves neurocognitive deficits in patients with primary hyperparathyroidism*. Surgery, 2005; 138(6):1121.

7) Kebebew E, Duh Q-Y, Clark OH: *Parathyroidectomy for primary hyperparathyroidism in octogenarians and nonagenarians*. Arch Surg, 2003; 138:867.

8) Coker LH, Rorie K, Cantley L, Kirkland K, Stump D, Bubank N, Tembreull T, Williamson J, Perrier N: *Primary hyperparathyroidism, cognition, and health-related quality of life*. Ann Surg, 2005; 242(5):642.

9) Pasielka JL, Parsons LL: *Prospective surgical outcome study of relief of symptoms following surgery in patients with primary hyperparathyroidism*. World J Surg, 1998; 22:513.

10) Okamoto T, Kamo T, Obara T: *Outcome study of psychological distress and nonspecific symptoms in patients with mild primary hyperparathyroidism*. Arch Surg, 2002; 131:779.

11) Rastad J, Joborn C, Akestrom G, et al.: *Incidence, type and severity of psychic symptoms in patients with sporadic primary hyperparathyroidism*. J Endocrinol Invest, 1992; 15 (suppl.):149.

12) Jimerson DC, Wood JH, Post R: *Cerebrospinal fluid calcium: Clinical correlates in psychiatric and seizure disorders*. In: Wood JH (Ed.): *Neurobiology of CSF*. New York: Plenum Press, 1980;743-49.

13) Dubovsky SL, Franks RD: *Intracellular calcium ions in affective disorders: A review and an hypothesis*. Biol Psychiatry, 1983; 18:781.

14) Joborn C, Hetta J, Rastad J, Agren H, Akestrom G, Ljunghall S: *Psychiatric symptoms and cerebrospinal fluid monoamine metabolites in primary hyperparathyroidism*. Biol Psychiatry, 1988; 23:149.

15) Ljunghall S, Akestrom G: *Urate metabolism in primary hyperparathyroidism*. Urol Int, 1982; 37:73.

16) Joborn C, Hetta J, Niklasson F, Rastad J, Wide L, Agren H, Akestrom G, Ljunghall S: *Cerebrospinal fluid calcium, parathyroid hormone, and monoamine and purine metabolites and the blood-brain barrier function in primary hyperparathyroidism*. Psyconeuroendocrinology, 1991; 16(4): 311.

17) Luxenberg J, Feigenbaum LZ, Aron JM: *Reversible long-standing dementia with normocalcemic hyperparathyroidism*. J Am Geriatric Soc, 1984; 32:546.

18) Bilezikian JP, Potts JT, Fuleihan GE-H, et al.: *Summary statement from a workshop on asymptomatic primary hyperparathyroidism. A perspective for the 21st century*. J Bone Mineral Res, 2002; 17:N2-N11.

19) Potts JT Jr, Fradkin JE, Aurbach GD, et al.: *Proceedings of the*

- NHI Consensus Development Conference on Diagnosis and Management of Asymptomatic Primary Hyperparathyroidism. *J Bone Mineral Res*, 1991; 6 (suppl. 2):S1-166.
- 20) Sosa JA, Powe N, Levine M, et al.: *Profile of a clinical practice. Threshold for surgery and surgical outcomes for patients with primary hyperparathyroidism: A national survey of endocrine surgeons.* *Clin Endocrinol Metabol*, 1998; 83 (8):2658.
- 21) Brown G, Preisman R, Kleerekopper M: *Neurobehavioral symptoms in mild primary hyperparathyroidism: Related to hypercalcemia but not improved by parathyroidectomy.* *Henry Ford Hosp Med J*, 1987; 35:211.
- 22) Cogan M, Covey C, Arief A, Wisniewski A, Clark O: *Central nervous system manifestations of hyperparathyroidism.* *Am J Med*, 1987; 65:963.
- 23) Solomon BL, Schaaf M, Smallridge RC: *Psychologic symptoms before and after parathyroid surgery.* *Am J Med*, 1994; 96:101.
- 24) Joborn C, Hetta J, Lind L, et al.: *Self-rated psychiatric symptoms in patients operated on because of primary hyperparathyroidism and in patients with long-standing mild hypercalcemia.* *Surgery*, 1989;105:72.
- 25) Numann PJ, Torppa AJ, Blumetti AE: *Neuropsychologic deficits associated with primary hyperparathyroidism.* *Surgery*, 1984; 96:1119.
- 26) Prager G, Kalaschek A, Kaczirek K, et al.: *Parathyroidectomy improves concentration and retentiveness in patients with primary hyperparathyroidism.* *Surgery*, 2002; 132:930.
- 27) Molaschi M, Ponzetto M, Romin R, Cerrato P, Cangemi D: *Sintomatologia neuropsichica da iperparatiroidismo primitivo nell'anziano.* *Min Endocrinol*, 1994; 19:169.
- 28) Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR: *Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of the patients for the clinician.* *J Psychiatr Res* 1975; 12:189.
- 29) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al.: *Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report.* *J Psychiatr Res*, 1983; 22:37.
- 30) Akerstrom G, Hellman P: *Primary hyperparathyroidism.* *Curr Opin Oncol*, 2003; 16:1.
- 31) Nielsen HE, Steffensen K: *Geographic distribution and surgical therapy of hyperparathyroidism in connection with 2 cases.* *Nord Med*, 1941; 9:115.
- 32) Alarcon R, Franceschini J: *Hyperparathyroidism and paranoid psychoses: Case report and review of the literature.* *Br J Psychiatric*, 1984; 145:477.
- 33) Peterson P: *Psychiatric disorders in primary hyperparathyroidism.* *J Clin Endocrinol Metab*, 1968; 28:1491.
- 34) Asberg M, Bertilsson L, Martensson B, Scalia-Tomba GP, Thoren P, Traskman-Bendz L: *CSF monoamine metabolites in melancholia.* *Acta Psychi Scand*, 1984; 69:201.
- 35) Arief AI, Massry SG: *Calcium metabolism of brain in acute renal failure: Effects of uremia, hemodialysis and parathyroid hormone.* *J Clin Invest*, 1974; 53:387.
- 36) Goyal A, Chumber S, Tandom N, et al.: *Neuropsychiatric manifestations in patients of primary hyperparathyroidism and outcome following surgery.* *Indian J Med Sci*, 2001; 55: 677.
- 37) Gasparri G, Camandona M, Mullineris B, Raggio E, Vigna S, Dei Poli M.: *Acute hyperparathyroidism: Our experience with 36 cases.* *Ann Ital Chir*, 2004;75(3):321.

Commento

Commentary

A. CARANO, FILIPPO M.FERRO
Dipartimento di Oncologia e neuroscienze
Istituto di Psichiatria
Università "G. D'Annunzio" di Chieti

Le manifestazioni psicopatologiche in corso di iperparatiroidismo primitivo sono multiformi e complesse. Il puntuale e preciso riferimento degli autori sia agli aspetti puramente psichiatrici che neurocognitivi sollecita alcune riflessioni antropofenomenologiche inerenti il rapporto mente-corpo e su quanto un disturbo possa essere considerato "psichico", e quindi proveniente dalla matrice psicogena e quanto sia effettivamente pertinente al corpo. In taluni casi non si tratta semplicemente di una espressione figurata relativa al corpo ma di un effettivo disturbo del corpo, anche se una serie di considerazioni cliniche fanno pensare che questo disturbo sia gravato da una "ipoteca" psichica, del resto, il termine stesso "psicosomatico" fa pensare ad una compartecipazione dell'area psichica e della area somatica.

Si tratta di situazioni complesse, delle quali è necessario avere un'idea precisa, pena l'assumere indirizzi interpretativi, e soprattutto di gestione, che sono assolutamente da sconsigliarsi nella pratica medica. In questo tipo di disturbo si assiste ad una alterazione funzionale oppure strutturale di un organo, o meglio al passaggio, secondo una gravità progressiva, da un disturbo funzionale ad uno organico.

Una situazione di tensione di origine strettamente psichica può far sì che gli organi cadano in una condizione di "meiopragia", cioè di maggiore vulnerabilità (questa teoria non prevede quindi una causa-necessità, bensì una predisposizione). Il problema pregnante nell'ambito di questi disturbi è quello della vulnerabilità attuale e di come un individuo nelle varie tappe del suo sviluppo abbia subito dei traumi, di natura psichica, somatica o mista, che hanno condizionato la vulnerabilità di un apparato. Già Trousseau (uno studioso che ha operato in un periodo com-

preso tra la seconda metà dell'ottocento e il primo novecento), aveva elaborato l'idea che nelle situazioni allergiche agissero componenti diverse da quella puramente organiche.

Appare dunque utile aggiungere ai principi di obbiettivazione e diagnosi fisica qualche indicazione circa l'ascolto e la comprensione del discorso del paziente. Inoltre, se ogni affezione del corpo non è senza effetti sull'organizzazione dei vissuti e dell'esperienza, tanto più questo avverrà quando ad ammalarsi sono le strutture che hanno intimi rapporti con l'apparato psichico, che anzi ne sostengono il funzionamento.

Smarrita la connessione causa-effetto nella continuità dell'esistenza, le difese del soggetto che non si arrischia in un confronto con il problema trovano alleanza con le forme dell'ideologia medica. Di conseguenza ciò che è psichico viene invece attribuito e ancorato al corpo e/o alle funzioni nervose. Vi è dunque una gamma di gradi di consapevolezza e possibilità espressive, e il cammino dal sintomo al problema che lo sottende costituisce spesso non solo un corretto orientamento ma un intervento risolvete e già terapeutico.

Il rilievo di un sintomo, la sua fenomenologia e comprensione si basano essenzialmente su un atto linguistico, verbale e/o non verbale. L'attenzione è necessaria non solo riguardo alle parole usate, ma anche al loro disporsi nell'ordine del discorso. A questa evidenza verbale si deve aggiungere l'insegnamento che viene dal rilievo dei gesti, della mimica, da ogni sollecitazione comportamentale. Attraverso questo fluire di segnali, non tutti consapevoli, il paziente si rivela come persona nella sua interezza e può ricostruire la sua storia non in un luogo astratto ma in uno scambio concreto.

Pertanto a nostro avviso il miglioramento psicopatologico dopo l'intervento di paratiroidectomia dovrebbe essere investigato non solo attraverso test autosomministrati ma interviste cliniche strutturate e con attenti follow-up nel tempo. Isolato da una storia, da un'esperienza, un sintomo nulla veramente dice se almeno non è situato in un contesto di relazione e interdipendenza con altri sintomi egualmente focalizzati. Il sintomo psichiatrico inerisce dunque, già nel momento della sua considerazione, ad un insieme; in questo coincidere e associarsi i sintomi elementari divengono sintomi complessi. In effetti sintomi e sindromi ci riportano a delle situazioni, permettono di significare certi aspetti della vita interiore del soggetto, le sue relazioni con il corpo, con gli altri e il mondo.

Una possibile chiave di lettura dei dati forniti dagli autori sulla riduzione dei sintomi ansioso-depressivi nei pazienti sottoposti a intervento di paratiroidectomia si delinea a partire dall'investimento del soggetto nell'intervento stesso. Senz'altro esso rimanda ad un significato di "sradicamento" e di possibilità di cambiamento radicale rispetto alla condizione perturbante.

The psychopathological demonstrations in progress of primitive hyperparathyroidism are multiform and complex. The punctual and precise reference of the authors both to the purely psychiatric aspects and prompt neurocognition some reflections inherent antropofenomenology the relationship mind-body and on how much a trouble can be considered "psychic", and therefore coming from the matrix psychic and how much is indeed pertinent to the body. In some cases it doesn't simply concern a figured expression related to the body but of a strength trouble of the body, even if a series of clinical considerations they make to think that this trouble is burdened from one "mortgage" psychic, after all, the same term "psychosomatic" it makes to think to a profit-sharing of the psychic area and the somatic area.

It deals with complex situations, of which to have a precise idea is necessary, punishment the to assume interpretative addresses, and above all of management, that I/you/they are absolutely to dissuade him in the medical practice. In this type of trouble it is assisted to a functional or structural alteration of an organ, or better to the passage, according to a progressive gravity, from a functional trouble to one organic. Tightly a situation of tension of psychic origin can do yes that the organs fall in a condition of "meiopraxy", that is of greater vulnerability (this theory doesn't foresee therefore a cause-necessity, on the contrary a predisposition). The pregnant problem within these troubles is that of the actual vulnerability and of as an individual in the various tappes of its development has suffered some traumas of psychic, somatic or mixed nature, that the vulnerability of an apparatus has conditioned. Already Trousseau (a researcher that has operated in an inclusive period among the second halves the eight hundred and the first nine hundred), he had elaborated the idea that they acted component in the allergic situations different from that purely organic.

Profit appears to add therefore to the principles of obiectivity and physical diagnosis some indication around the listening and the understanding of the discourse of the patient. Besides, if every affection of the body is not without effects on the organization of the lived ones and the experience, so much more this will happen when to get sick they are the structures that have intimate relationships with the psychic apparatus, that you/they rather sustain the operation of it.

Lost the connection cause-effect in the continuity of the existence, the defenses of the subject that it doesn't risk him in a comparison with the problem find alliance with the forms of the medical ideology. Accordingly what is psychic you/helshe is attributed instead and anchored to the body e/o to the nervous functions. There is therefore a range of degrees of awareness and expressive possibility and the walk from the symptom to the problem that subtends him/it it not only constitutes often a correct orientation but a resolving intervention and already therapeutic.

The relief of a symptom, its fenomenology and understanding essentially found him on a linguistic action, record and

lor not record. The attention respect is necessary not only to the used words, but also to theirs to get ready himself/herself/themselves in the order of the discourse. To this oral evidence it is had to add the teaching that comes from the relief of the gestures, of the mimicry, from every behavioral solicitation. Through this to flow of signals, not all aware, the patient as person reveals him in his/her entirety and you/helshe can reconstruct not his/her history in an abstract place but in a concrete exchange.

Insofar to our notice the psychopathological improvement after the intervention of paratiroidectomia should be not only investigated through test autosomministrati but structure clinical interviews and with careful follow-up in the time.

Isolated by a history, from an experience, a symptom nothing really it says if at least it is not situated in a context of relationship and interdependence with other symptoms equally focused. The psychiatric symptom inerisce therefore, already in the moment of his/her consideration, to a whole; in this to coincide and to associate himself/herself/themselves the elementary symptoms they become complex symptoms. In effects symptoms and syndromes bring us to of the situations, they allow to mean certain aspects of the internal life of the subject, its relationships with the body, with the others and the world.

A possible key of reading of the data furnished by the authors on the reduction of the anxious-depressive symptoms in the patients submitted to intervention of parathyroidectomy is delineated beginning from the investment of the subject in the same intervention. It certainly postpones to meaning of "eradication" and of possibility of radical change in comparison to the condition perturbation.

Bibliografia

- Ferro FM: *Passioni della mente e della storia*. Milano: Vita e pensiero, 1989.
Civita A: *Saggio sul cervello e la mente*. Milano: Guerini, 1993.
Civita A: *Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria*. Milano: Guerini, 1996.
Freud S: *L'io e l'Es*. OSF, vol. 9, Torino: Bollati Boringhieri, 1922.
Freud S: *Nevrosi e psicosi*. OSF, vol. 9, Torino: Bollati Boringhieri, 1923.
Racamier P: *Il genio delle origini. Psicoanalisi e psicosi*. A cura di C.M. Xella, Milano: Cortina, 1992.
Wittgenstein L: *Ricerche filosofiche*. A cura di M. Trinchero, Torino: Einaudi, 1953.
Wittgenstein L: *Osservazioni sulla filosofia della psicologia*. A cura di R. De Monticelli: Milano, Adelphi, 1980.
Ferro FM: *Psichiatria e storia*. Pescara: Samizoot, 2000.

