

Il punto sulle afasie.

Luca Rozzini

TOPICS

Definizione

Cenni di epidemiologia

Classificazioni e approcci

Wernicke (1874)-Lichteim (1885)

Sindromi afasiche

La classificazione di Boston

Fluenza e non fluenza: cenni

Afasia primaria progressiva: varianti

Qualcosa di geriatrico (depressione, costi, ed altro)

TOPICS

Definizione

Cenni di epidemiologia

Classificazioni e approcci

Wernicke (1874)-Lichteim (1885)

Sindromi afasiche

La classificazione di Boston

Fluenza e non fluenza: cenni

Afasia primaria progressiva: varianti

Qualcosa di geriatrico (depressione, costi, ed altro)

AFASIA

E' un disturbo della **PRODUZIONE** e della **COMPRESIONE** di messaggi linguistici (orali e/o scritti) che consegue a lesioni focali cerebrali in soggetti che avevano **ACQUISITO** un uso normale del linguaggio non riconducibile a deficit percettivi, motori o di altre abilità cognitive.

Il deficit consegue generalmente a una lesione dell'emisfero cerebrale **sinistro** e coinvolge le diverse unità del linguaggio:

- Livello fonemico
- Livello lessicale
- Livello morfo-sintattico

AFASIA

E' un disturbo della **PRODUZIONE** e della **COMPRESIONE** di messaggi linguistici (orali e/o scritti) che consegue a lesioni focali cerebrali in soggetti che avevano **ACQUISITO** un uso normale del linguaggio non riconducibile a deficit percettivi, motori o di altre abilità cognitive.

Il deficit consegue generalmente a una lesione dell'emisfero cerebrale **sinistro** e coinvolge le diverse unità del linguaggio:

- Livello fonemico
- Livello lessicale
- Livello morfo-sintattico

La LESIONE che determina afasia interessa quasi sempre l'EMISFERO SINISTRO in particolare le REGIONI PERISILVIANE (“aree del linguaggio”). I dati provenienti da studi di inattivazione emisferica (amital sodico) indicano che l'emisfero dominante per il linguaggio è il sinistro **anche nella maggior parte dei dei mancini (circa il 74 %).**

Esiste una base anatomica per questa asimmetria funzionale: le aree del linguaggio perisilviane sono più estese delle aree omologhe dell'emisfero destro.

Afasia non è la Disatria

Disartria

Difficoltà nell'articolazione del linguaggio a causa di una lesione ai muscoli o ai nervi linguo-bucco-facciali che regolano la coordinazione motoria e non imputabile a lesioni ai centri del linguaggio.

TOPICS

Definizione

Cenni di epidemiologia

Classificazioni e approcci

Wernicke (1874)-Lichteim (1885)

Sindromi afasiche

La classificazione di Boston

Fluenza e non fluenza: cenni

Afasia primaria progressiva: varianti

Qualcosa di geriatrico (depressione, costi, ed altro)

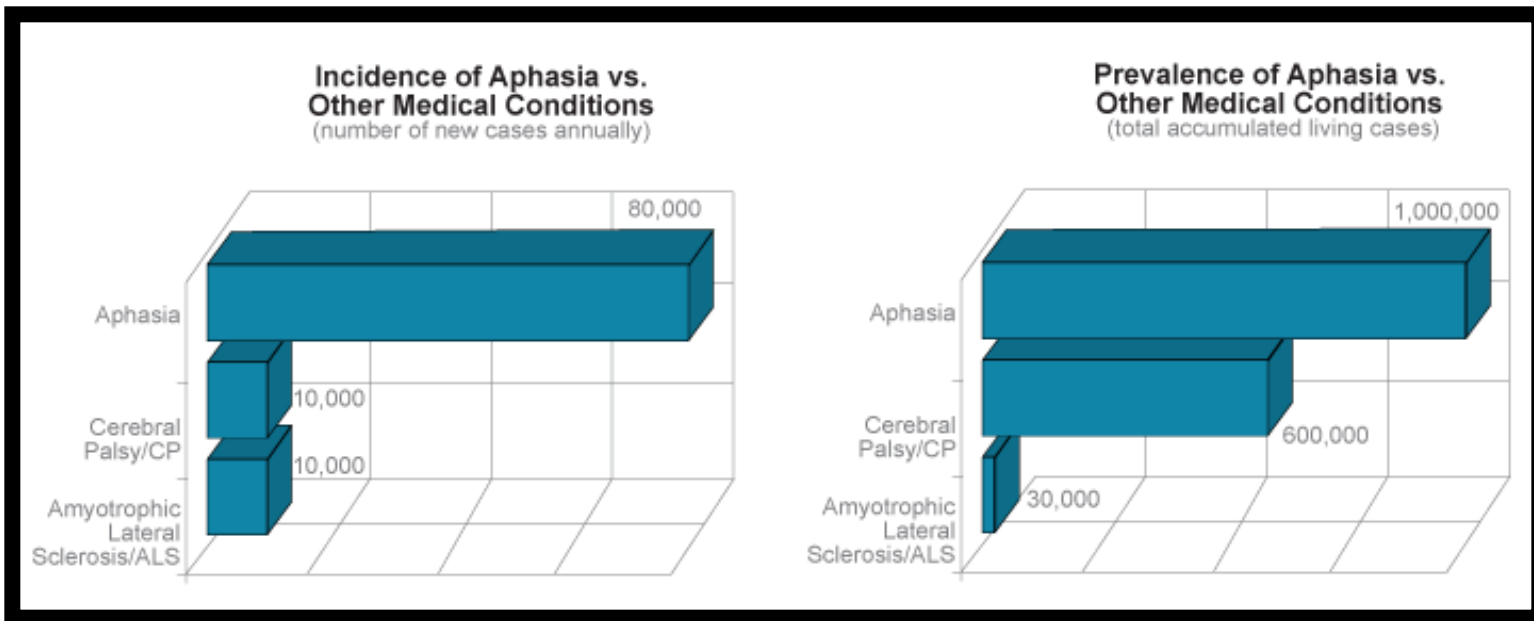
Who Gets Aphasia?

The most common cause of aphasia is stroke and approximately 25–40 percent of stroke survivors have aphasia.

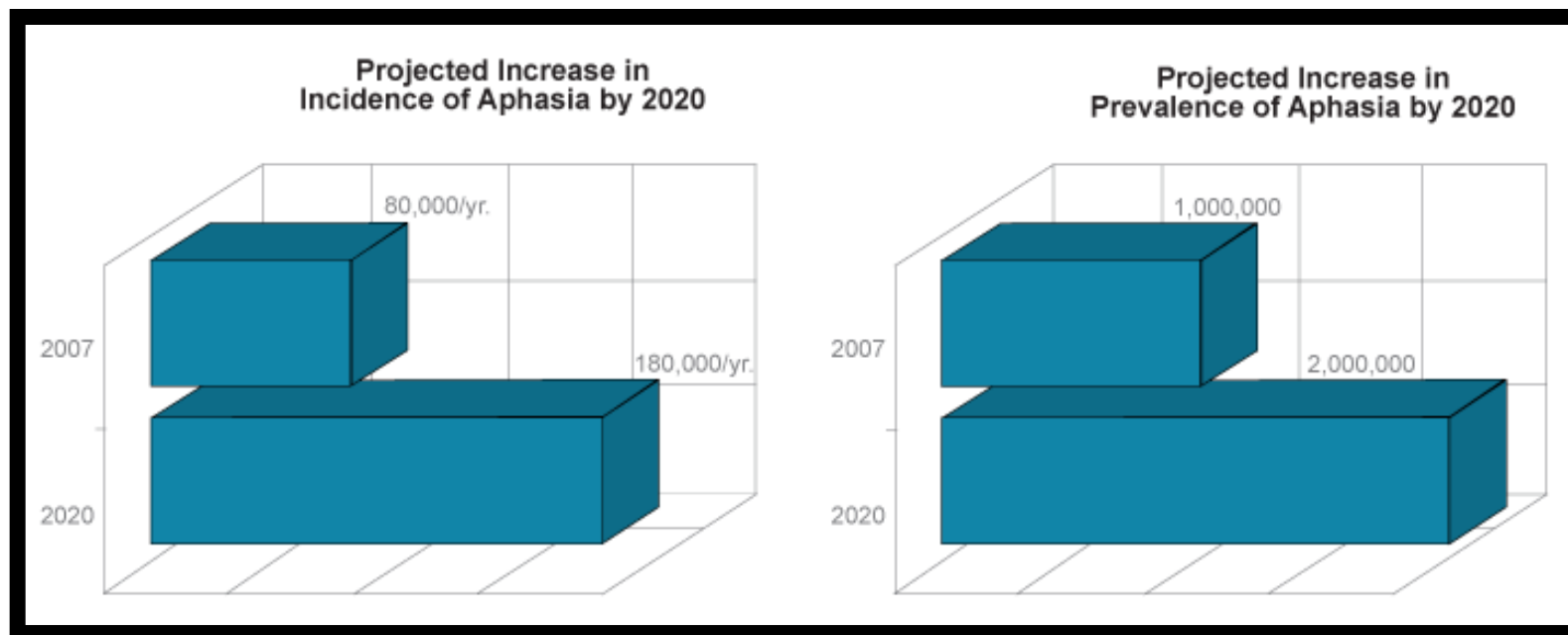
Other potential causes include brain tumors, head injuries, infections, and other neurological conditions that damage the brain.

While aphasia is most common among older people, it can occur in people of all ages, races, nationalities, and genders.

Aphasia Statistics for the United States-Current (2008)



Aphasia Statistics for the United States — Projected



PROSIT Study Group. Stroke Unit care in Italy. Results from PROSIT (Project on Stroke Services in Italy). A nationwide study.

Bersano A et al. Neurol Sci 2006; 27: 332-339.

Lo studio italiano PROSIT rileva un'incidenza del 26%, ma con alta variabilità tra le regioni considerate (Friuli-Venezia-Giulia 43%, Liguria 40%, Emilia-Romagna 32%, Veneto 25%, Lombardia 24%, Lazio 22%, Toscana 20%), che pare da addebitare a incongruente criterio di diagnosi per presenza/assenza di afasia.

Epidemiology of Aphasia Attributable to First Ischemic Stroke Incidence, Severity, Fluency, Etiology, and Thrombolysis

Stefan T. Engelter et al. (Stroke. 2006;37:1379-1384.)

Background and Purpose In a geographically defined population, we assessed incidence and determinants of aphasia attributable to first-ever ischemic stroke (FEIS).

Methods 1-year prospective, population-based study among the permanent residents of the canton **Basle City, Switzerland**.

Results Among 188 015 inhabitants, 269 patients had FEIS, of whom 80 (30%; 95% CI, 24 to 36) had aphasia.

The overall incidence rate of aphasia attributable to FEIS amounted to 43 per 100 000 inhabitants (95% CI, 33 to 52).

Aphasic stroke patients were older than nonaphasic patients.

Cardioembolism was more frequent in aphasic stroke patients than in nonaphasic ones (odds ratio [OR], 1.85; 95% CI, 1.07 to 3.20).

Conclusion Annually, 43 of 100 000 inhabitants had aphasia resulting from first ischemic stroke. Advancing age and cardioembolism were associated with an increased risk for aphasia. Severity and fluency of aphasia were not affected by demographic variables.

Incidence and types of speech disorders in stroke patients.

Acta Clin Croat. Vidovic M et al.2011; 50:491-4.

The aim of the study was to determine the **incidence** and types of speech disorders in patients with acute stroke. The study was performed in 936 acute stroke patients admitted to University Department of Neurology, Tuzla University Clinical Center, in the period from January 1, 2007 through December 31, 2008.

Out of 936 study patients, speech disorders were verified on admission in 771 (82.37%) patients.

Dysarthria was present in 540 (57.69%) and **aphasia in 231 (24.67%)** patients.

Poststroke aphasia : epidemiology, pathophysiology and treatment.

Berthier ML. *Drugs and Aging* (2005, 22:163-182)

Aphasia, the loss or impairment of language caused by brain damage, is one of the most devastating cognitive impairments of stroke.

Aphasia is present in 21-38% of acute stroke patients and is associated with high short- and long-term morbidity, mortality and expenditure.

TOPICS

Definizione

Cenni di epidemiologia

Classificazioni e approcci

Wernicke (1874)-Lichteim (1885)

Sindromi afasiche

La classificazione di Boston

Fluenza e non fluenza: cenni

Afasia primaria progressiva: varianti

Qualcosa di geriatrico (depressione, costi, ed altro)

DISTURBO DI COMPrensIONE:

difficoltà a elaborare il senso di un messaggio ricevuto a causa di un problema nel **riconoscere** le singole parole (livello fonemico), nel **recupero del loro significato** (livello semantico) o a **decodificare** la struttura sintattica (livello morfo-sintattico).

DISTURBO DI PRODUZIONE: difficoltà a tradurre un' intenzione comunicativa in un messaggio verbale a causa di un deficit nella **programmazione** di una corretta sequenza fonologica (livello fonemico), nel recuperare le singole unità lessicali (livello lessicale), o a generare una struttura sintattica.

L' afasia si manifesta anche in compiti di TRASPOSIZIONE da una modalità all'altra di informazioni linguistiche: RIPETIZIONE, LETTURA, SCRITTURA

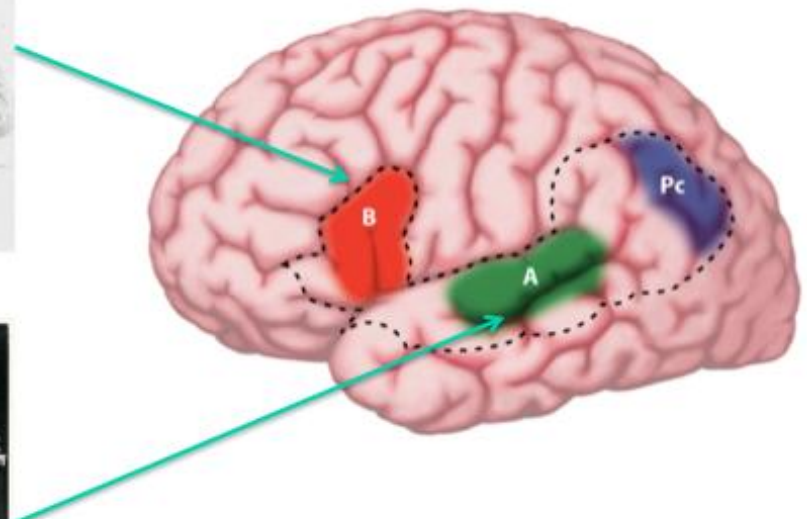
Dall'approccio localizzazionista classico all'approccio psicolinguistico all'afasia

APPROCCIO LOCALIZZAZIONISTA, TRADIZIONALE

Paul Broca
(1824 - 1880)
Area 44



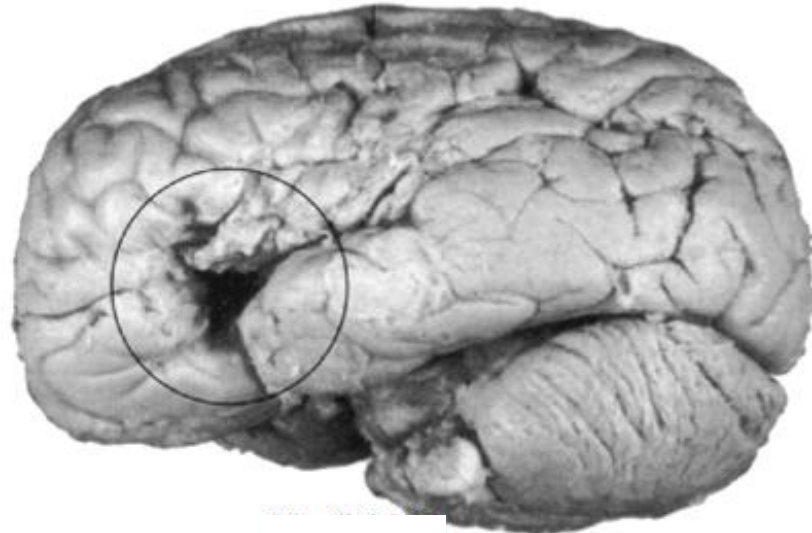
Karl Wernicke
(1848 - 1904)
Area 22



Paul Broca (1861)

Ruolo della terza
circonvoluzione frontale
sinistra nell'articolazione
del linguaggio (“sede della
memoria dei movimenti
necessari ad articolare le
parole”)

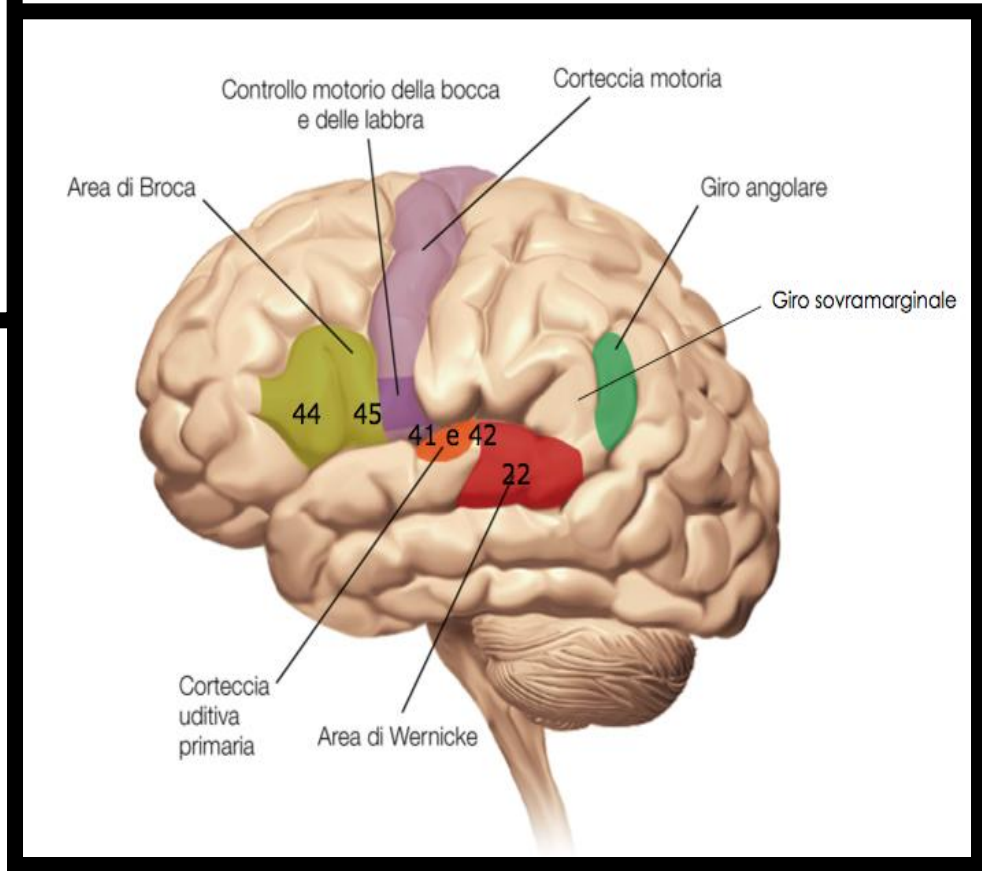
CENTRO VERBO MOTORIO

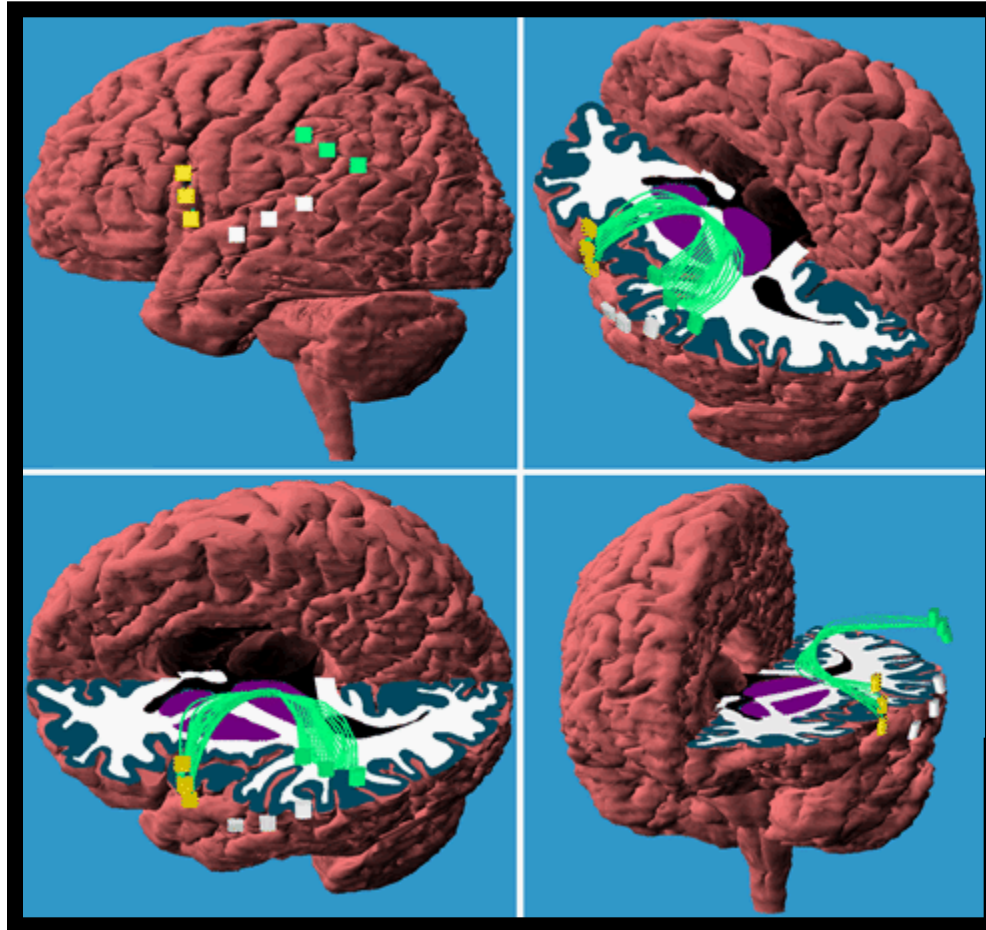


Carl Wernicke (1874)

**Ruolo della prima
circonvoluzione temporale
sinistra nella comprensione
del linguaggio**

CENTRO Uditivo VERBALE





La lesione del fascicolo arcuato impedisce il trasferimento diretto dei suoni del discorso dall'area di Wernicke a quella di Broca con difficoltà nella ripetizione di parole.

Wernicke (1874)-Lichtheim (1885)

APPROCCIO COGNITIVO:

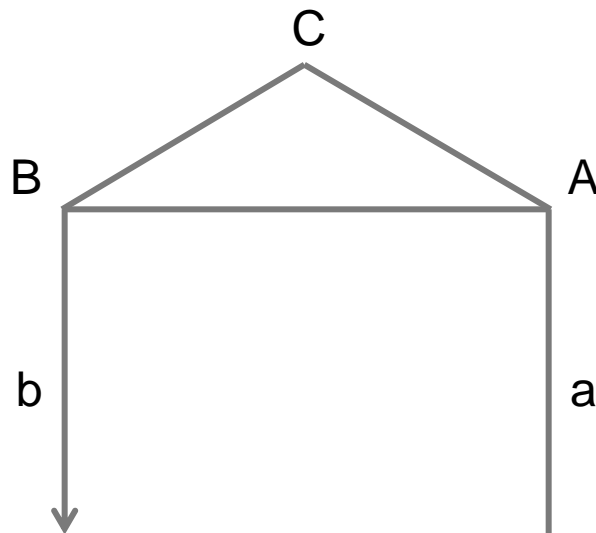
si distinguono i deficit funzionali causati dalla distruzione dei centri del linguaggio (area 22 e 44) da quelli causati dalla interruzione delle connessioni

A= centro delle rappresentazioni uditive delle parole (area 22)

B= centro delle rappresentazioni motorie delle parole (area 44)

A-B= (fascicolo arcuato)

C= rappresentazioni concettuali



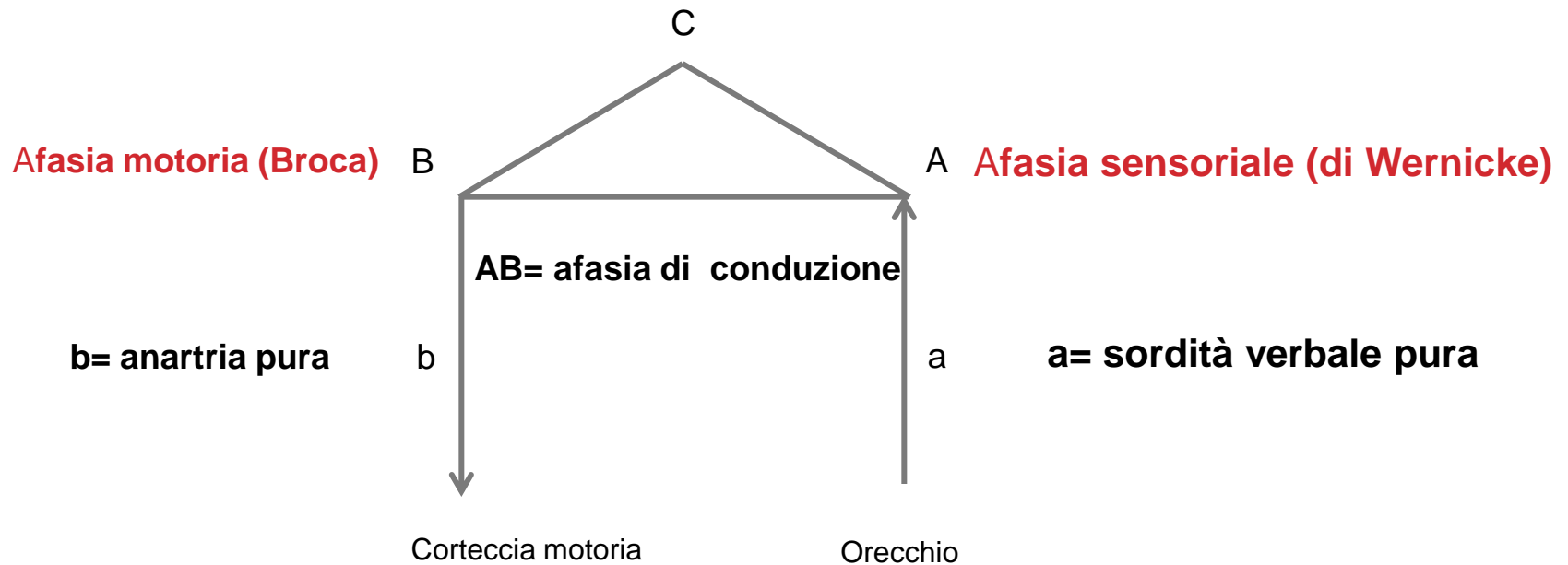
a= analisi uditiva

b= programmazione articolatoria

LE SINDROMI AFASICHE

**Il modello di Wernicke-Lichtheim predice l'esistenza
di diverse forme di afasia.**

Wernicke (1874)-Lichtheim (1885)

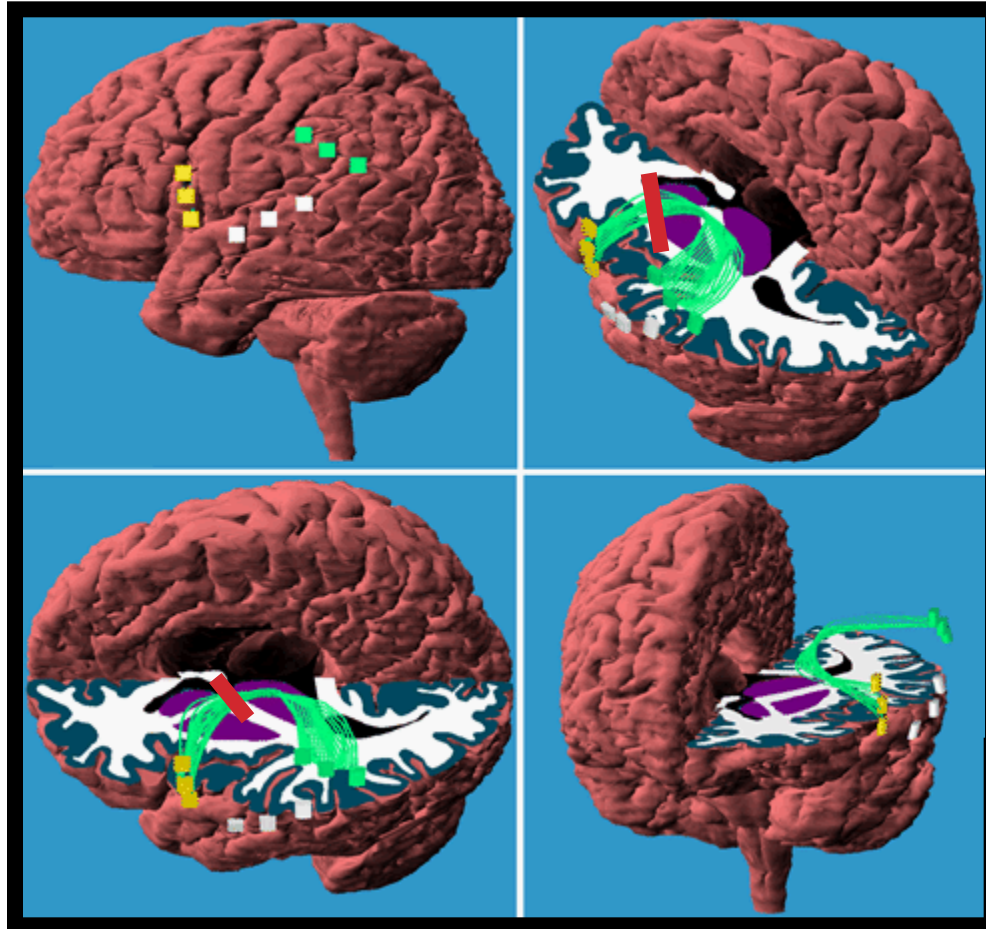


Secondo il modello, esistono, inoltre, tre forme afasiche da DISCONNESSIONE:

***AFASIA di CONDUZIONE* = per interruzione del fascicolo arcuato A-B**

***AFASIA TRANSCORTICALE SENSORIALE* = per disconnessione del centro delle immagini uditive delle parole dal sistema di rappresentazione concettuale**

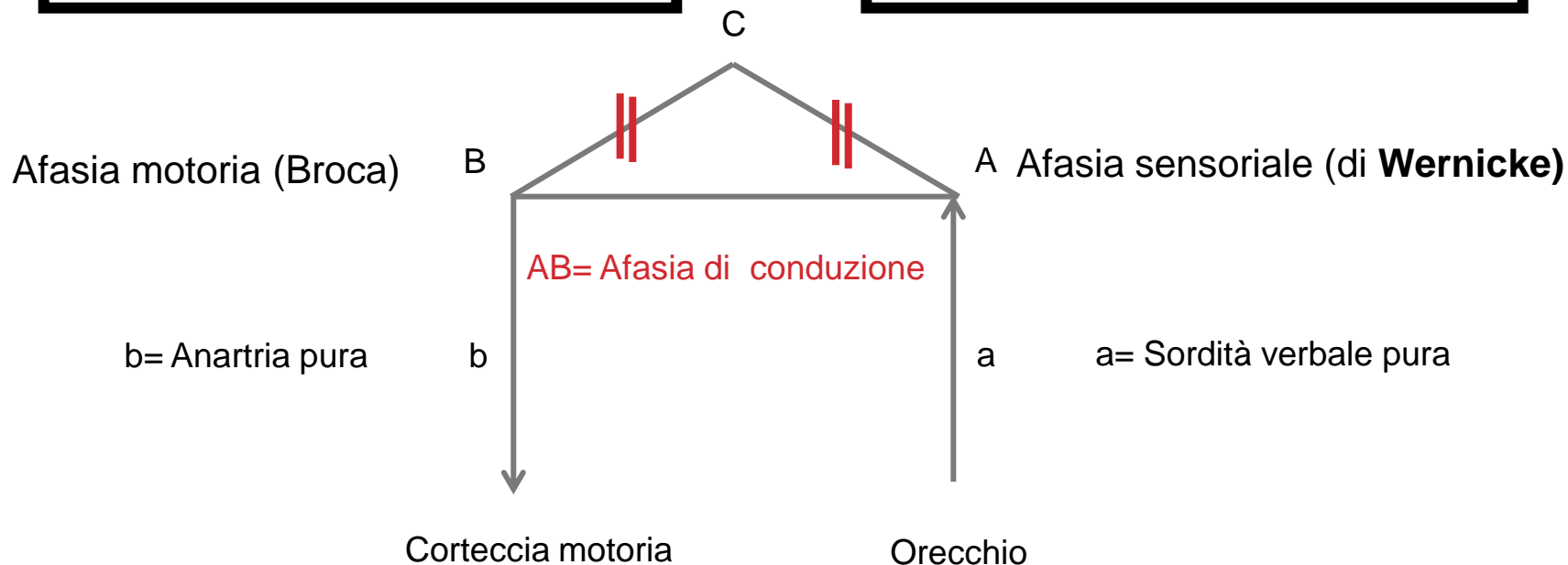
***AFASIA TRANSCORTICALE MOTORIA* = per disconnessione del centro delle conoscenze concettuali dal centro delle immagini motorie delle parole**



La lesione del **fascicolo arcuato** impedisce il trasferimento diretto dei suoni del discorso dall'area di Wernicke a quella di Broca con difficoltà nella ripetizione di parole.

**AFASIA TRANSCORTICALE
MOTORIA** disconnessione del
centro delle conoscenze concettuali
dal centro delle immagini motorie
delle parole

**AFASIA TRANSCORTICALE
SENSORIALE** disconnessione del
centro delle immagini uditive delle
parole dal sistema di
rappresentazione concettuale



TOPICS

Definizione

Cenni di epidemiologia

Classificazioni e approcci

Wernicke (1874)-Lichteim (1885)

Sindromi afasiche

La classificazione di Boston

Fluenza e non fluenza: cenni

Afasia primaria progressiva: varianti

Qualcosa di geriatrico (depressione, costi, ed altro)

LE SINDROMI AFASICHE

✓ Afasia secondaria a lesione dei centri:

- Afasia di BROCA
- Afasia di WERNICKE
- Afasia GLOBALE
- Afasia TRANSCORTICALE MISTA

✓ Afasia secondaria a lesione dei fasci di connessione:

- Afasia di CONDUZIONE
- Afasia TRANSPORTICALE MOTORIA
- Afasia TRANSCORTICALE SENSORIALE
- Afasia ANOMICA

✓ AFASIA SOTTOCORTICALE

LA CLASSIFICAZIONE DI BOSTON

(Kertesz & Poole; Goodglass & Kaplan, 1972)

✓ AFASIA

- FLUENTE
- NON FLUENTE

✓ PARAFASIE

LA CLASSIFICAZIONE DI BOSTON

PARAFASIE

- **FONEMICA** = sostituzione, omissioni, aggiunta o trasposizione di una sequenza fonologica (es. *cavolo* per *tavolo*)
- **SEMANTICA** = utilizzare un termine, al posto di un altro, correlato semanticamente a quest'ultimo (es. *bicchiere* per *bottiglia*)
- **NEOLOGISMI** = vocaboli inesistenti
- **CONDUITES D'APPROCHE** = tentativi di correggere gli errori fonemici attraverso correzioni spontanee, talvolta a catena

LA CLASSIFICAZIONE DI BOSTON

I deficit afasici possono essere distinti in FLUENTI e NON FLUENTI sulla base di alcuni parametri del linguaggio spontaneo:

- **velocità dell'eloquio**
- **lunghezza e complessità della frase**
- **presenza di deficit della prosodia**
- **eventuali difficoltà articolatorie**

PROSODIA

Normale ritmo nell'accentazione di parole e frasi secondo le regole fonologiche e sintattiche della lingua considerata

Aspetti di intonazione e melodia della frase che forniscono all'ascoltatore informazioni linguistiche (veicola informazioni di tipo sintattico es. frase interrogativa/affermativa) e affettive (paralinguistiche) del messaggio.

La prosodia fornisce informazioni sulle capacità del parlante di pianificare una frase.

LA CLASSIFICAZIONE DI BOSTON IN BASE ALLA FLUENZA

AFASIA NON FLUENTE:

**Linguaggio lento, difficoltoso,
disprosodico e contraddistinto da
frequenti pause**

AFASIA FLUENTE

**Linguaggio normale per velocità e
ritmo, intonato e con prosodia
conservata**

LA CLASSIFICAZIONE DI BOSTON IN BASE ALLA FLUENZA

AFASIE NON FLUENTI:

- 1 - AFASIA GLOBALE**
- 2 - AFASIA DI BROCA**
- 3 - AFASIA TRASCORTICALE MOTORIA**
- 4 - AFASIA TRASCORTICALE MISTA**

AFASIE FLUENTI:

- 1 - AFASIA DI WERNICKE**
- 2 - AFASIA TRASCORTICALE SENSORIALE**
- 3 - AFASIA DI CONDUZIONE**
- 4 - AFASIA ANOMICA**

AFASIE NON FLUENTI

1 - AFASIA DI BROCA (deficit fonologici, lessicali e morfo-sintattici)

✓ **LESIONE:** parte posteriore della terza circonvoluzione frontale (Area di Broca; BA 44,45) e aree irrorate dall'ACM

✓ **COMPRESIONE ORALE:** relativamente conservata con alcune difficoltà per le frasi sintatticamente più complesse

✓ **COMPRESIONE SCRITTA:** relativamente conservata

✓ **PRODUZIONE:**

- Deficit articolatori (aprassia verbale)
- Lenta e difficoltosa
- Viene prodotto un limitato numero di parole
- Frequenti perseverazioni
- Agrammatismo (linguaggio telegrafico)
- La scrittura è compromessa e simile alla produzione orale

✓ **RIPETIZIONE e DENOMINAZIONE:** ridotte

AFASIE NON FLUENTI

2 - AFASIA GLOBALE (deficit fonologici, lessicali e morfo-sintattici)

✓ **GRAVI DEFICIT DI LINGUAGGIO IN TUTTE LE MODALITA'** con agrammatismo

✓ **Reagisce a CUE non verbali**

✓ **II LINGUAGGIO AUTOMATICO potrebbe essere relativamente conservato**

✓ **Presenti STEREOTIPIE VERBALI**

✓ **ESTESE LESIONI ALL'EMISFERO DOMINANTE (sia A. di Broca sia A. di Wernicke)**

AFASIE NON FLUENTI

3 - AFASIA TRANSCORTICALE MOTORIA

(inerzia verbale)

✓ **LESIONE:** anteriore e superiore all'area di Broca e seguente l'occlusione dell'Arteria Cerebrale Anteriore (ACA) e dell'area compresa tra ACA e Arteria Cerebrale Media (ACM)

✓ **COMPRESIONE :** conservata

✓ **RIPETIZIONE e DENOMINAZIONE:** conservate

✓ **PRODUZIONE:** eloquio lievemente ridotto

- Inerzia verbale

AFASIE NON FLUENTI

4 – AFASIA TRANSCORTICALE MISTA (deficit semantico-lessicali)

- ✓ **Sovrapponibile all'AFASIA DI BROCA, ma con abilità di COMPrensione LIEVEMENTE RIDOTTE; Tuttavia la comprensione non è tanto compromessa da rendere possibile la diagnosi di AFASIA GLOBALE**
- ✓ **Inoltre, non sussistono tutti i criteri per fare diagnosi di AFASIA DI BROCA**

AFASIE FLUENTI

1 – AFASIA DI WERNICKE (deficit fonologici, lessicali e morfo-sintattici)

✓ **LESIONI:** Aree posteriori della corteccia uditiva associativa (Area di Wernicke) con estensione alle aree adiacenti e interessamento delle regioni sottocorticali corrispondenti; aree irrorate dalla parte inferiore della ACM

✓ **COMPRESIONE (orale e scritta):** compromessa

✓ **PRODUZIONE ORALE**

- Fluente, ben articolata, buona la prosodia
- Logorrea
- Parafasie fonemiche e semantiche
- Neologismi
- Paragrammatico (possibile)

✓ **RIPETIZIONE e DENOMINAZIONE:** compromesse

✓ **ANOSOGNOSIA**

AFASIE FLUENTI

2 – AFASIA DI CONDUZIONE (deficit fonologici)

✓ **LESIONI:** Fascicolo arcuato (disconnessione dei fasci che collegano l'area di Wernicke e l'area di Broca)

✓ **COMPRENSIONE:** relativamente conservata

✓ **RIPETIZIONE e DENOMINAZIONE:** ridotte; peggiorano all'aumentare della complessità degli stimoli

✓ **NON ANOSOGNOSIA**

✓ **PRODUZIONE ORALE**

- Difficoltà nella ricerca delle parole
- Parafasie fonemiche
- Conduite d'approche
- Alterata la prosodia

AFASIE FLUENTI

3 – AFASIA ANOMICA (o AMNESTICA; deficit lessicali in uscita)

✓ **COMPRESIONE:** relativamente conservata

✓ **RIPETIZIONE:** relativamente conservata

✓ **DENOMINAZIONE:** compromessa

✓ **PRODUZIONE ORALE**

- Eloquio poco informativo
- Scarsità di sostantivi
- Circonlocuzioni

AFASIE FLUENTI

4 – AFASIA TRANSCORTICALE SENSORIALE

(deficit semantico-lessicali)

- ✓ **LESIONI:** a livello della giunzione dell'arteria cerebrale posteriore e dell'arteria cerebrale media dell'emisfero dominante
- ✓ **Clinicamente sovrapponibile all'AFASIA DI WERNICKE, ma con RIPETIZIONE CONSERVATA**
- ✓ **RIPETIZIONE** caratterizzata tuttavia da: **ECOLALIA**
- ✓ **DENOMINAZIONE:** ridotta

AFASIA SOTTOCORTICALE

- ✓ **Può causare disturbi del linguaggio poiché altera la fisiologia della corteccia sovrastante e non a causa delle strutture sottocorticali di per sé.**
- ✓ **Tuttavia il danno sottocorticale di per sé non può predire il tipo di afasia e questo spiega la grande variabilità delle tipologie di afasia seguenti infarto sottocorticale**

TOPICS

Definizione

Cenni di epidemiologia

Classificazioni e approcci

Wernicke (1874)-Lichteim (1885)

Sindromi afasiche

La classificazione di Boston

Fluenza e non fluenza: cenni

Afasia primaria progressiva: varianti

Qualcosa di geriatrico (depressione, costi, ed altro)

Afasia Primaria Progressiva

Mesulam 2001-2003

Inclusione (tutti i criteri sono necessari)

- La caratteristica clinica più prominente è la difficoltà di linguaggio
- Tali deficit sono la principale causa di disabilità funzionale
- L'afasia deve essere il disturbo più prominente all'esordio e nelle fasi iniziali della malattia

Esclusione (tutti i criteri sono da escludere)

- I disturbi sono meglio riconducibili ad altre malattie neurodegenerative o mediche
- I disturbi sono meglio riconducibili a patologia psichiatrica
- Prominente iniziale deficit di memoria episodica, di memoria visiva e di impairment visuoperceptivo
- Prominente iniziale disturbo psicocomportamentale

Afasia Primaria Progressiva

Mesulam 2001-2003

Varianti possono dipendere da:

Produzione (grammatica, velocità, errori di suono, pause lunghe tra parole)

Ripetizione

Comprensione di singole parole e di sintassi

Discordanza di genere

Conoscenza sementica

Lettura e spelling

20 minuti circa di esame del linguaggio consentono di porre corretta diagnosi

Afasia Primaria Progressiva

Mesulam 2001-2003

La classificazione in una delle varianti in tre livelli può palesarsi su tre livelli:

Clinico

Supportato da immagini neuroradiologiche

Definito da neuropatologia

La classificazione della Afasia Primaria Progressiva (PPA) e delle sue varianti

Gorno Tempini ML, Neurology 2010

PNFA variante non fluente agrammatica

PPA variante semantica

PPA Primaria Progressiva variante logopenica

PNFA variante non fluente agrammatica

Diagnosi clinica PNFA

Almeno una delle seguenti caratteristiche:

- 1. Agrammatismo nel linguaggio in produzione**
- 2. Parola incerta e difficoltosa, emessa con sforzo, con inconsistenti errori nel suono e distorsioni (aprassia dell'eloquio)**

Almeno due delle seguenti caratteristiche:

- 1. Difficoltà nella comprensione di frasi sintaticamente complesse**
- 2. Risparmiata la comprensione di singole parole**
- 3. Risparmiata la conoscenza di oggetti**

Diagnosi di PNFA supportata dalle immagini

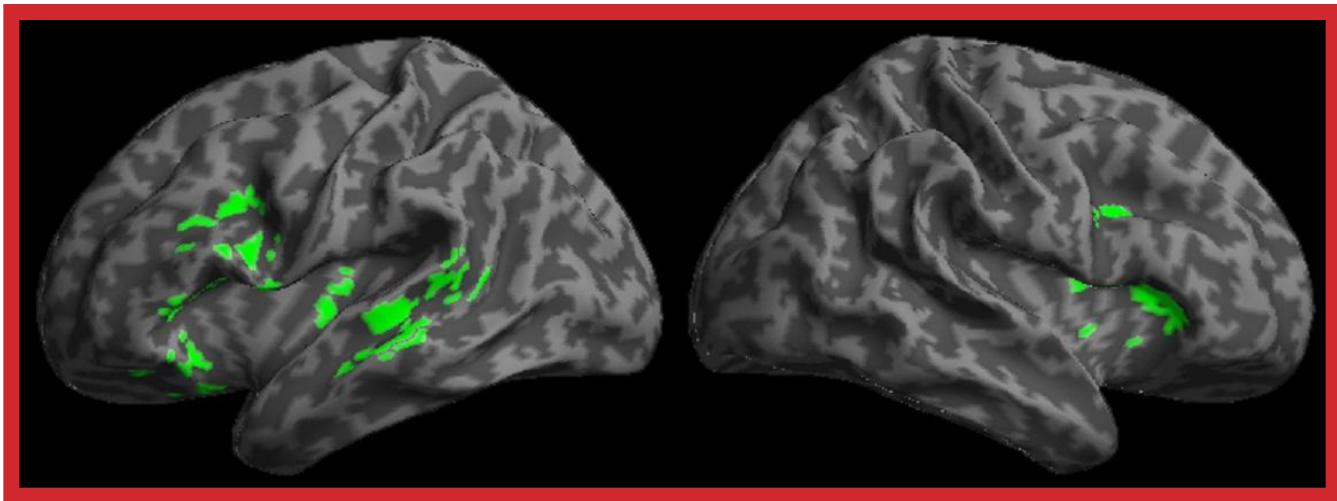
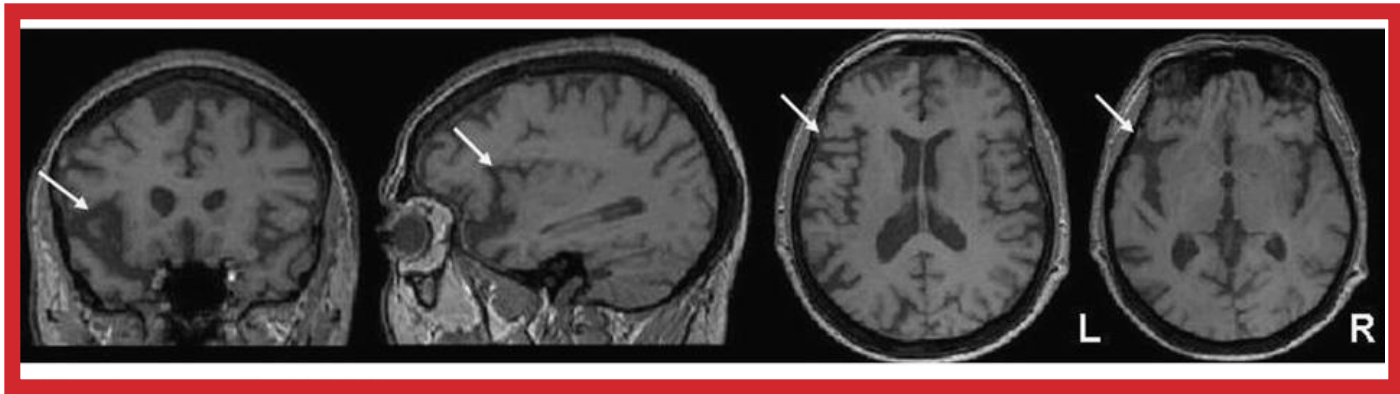
Entrambe i criteri devono essere presenti:

- 1. Diagnosi clinica di PPA**
- 2. L'imaging dovrebbe mostrare uno o più dei seguenti risultati**
 - a. Atrofia frontale posteriore sinistra ed insulare alla RMN encefalo o**
 - b. Ipoperfusione o ipometabolismo alla SPECT o PET predominante in sede frontale posteriore sinistra**

Diagnosi di PNFA confermata dalla neuropatologia

Diagnosi clinica (criterio 1) e uno dei criteri 2 o 3

- 1. Diagnosi clinica di PNFA**
- 2. Evidenza istopatologica di specifica patologia neurodegenerativa (FLD-tau, FTLT-DTP, AD , altro)**
- 3. Presenza di mutazione patogenetica nota**



PPA variante semantica

Diagnosi clinica PPA variante semantica

Entrambe le seguenti caratteristiche:

- 1. Deficit di denominazione**
- 2. Deficit di comprensione di singole parole (soprattutto le poco utilizzate)**

Almeno tre delle seguenti caratteristiche:

- 1. Difficoltà nel riconoscimento degli oggetti (soprattutto quelli a bassa frequenza di uso)**
- 2. Dislessia di superficie o disgrafia**
- 3. Ripetizione conservata**
- 4. Produzione verbale conservata**

PPA variante semantica

Diagnosi di PPA variante semantica supportata dalle immagini

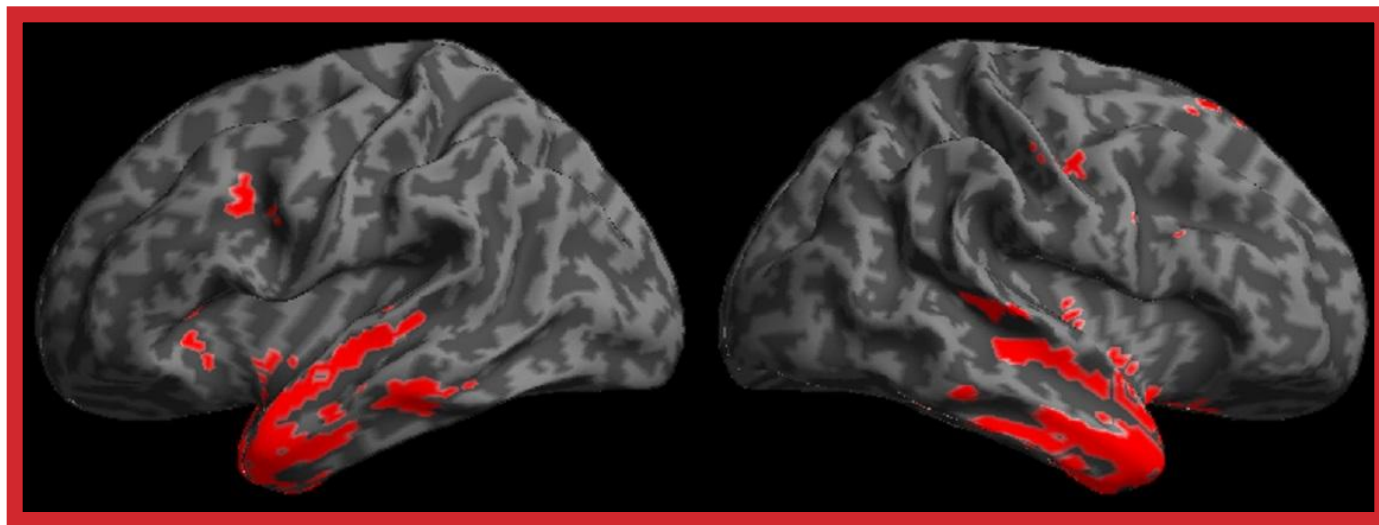
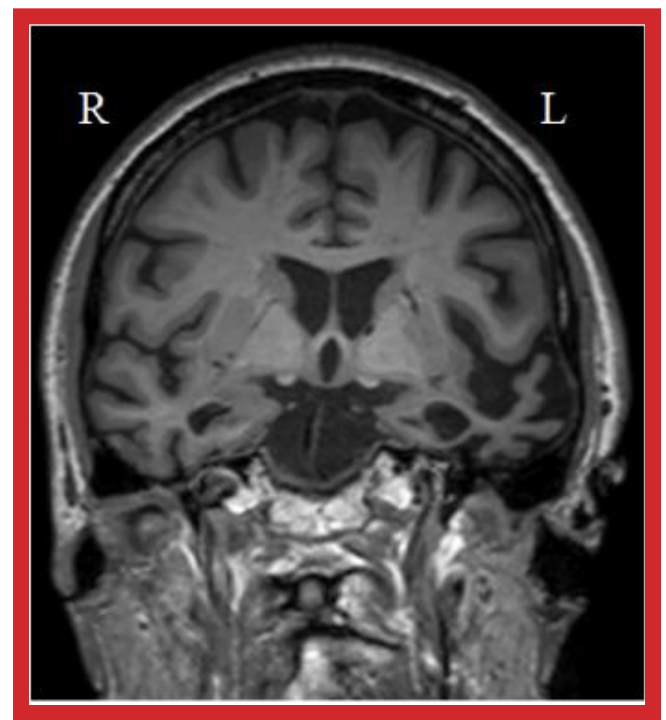
Entrambe i criteri devono essere presenti:

1. **Diagnosi clinica di PPA variante semantica**
2. **L'imaging dovrebbe mostrare uno o più dei seguenti risultati**
 - a. **Predominante atrofia temporale anteriore porzione ventrale e laterale alla RMN encefalo o**
 - b. **Ipoperfusione o ipometabolismo alla SPECT o PET predominante in sede temporale anteriore (danno maggiormente presenta a sinistra)**

Diagnosi di PNFA confermata dalla neuropatologia

Diagnosi clinica (criterio 1) e uno dei criteri 2 o 3

1. **Diagnosi clinica di PPA variante semantica**
2. **Evidenza istopatologica di specifica patologia neurodegenerativa (FLD-tau, FTLD-TDP, AD , altro)**
3. **Presenza di mutazione patogenetica nota**



PPA variante logopenica

Diagnosi clinica PPA variante logopenica

Entrambe le seguenti caratteristiche:

- 1. Deficit nel reperimento di singoli vocaboli nel linguaggio spontaneo e nella denominazione**
- 2. Deficit nella ripetizione di frasi (non di singole parole)**

Almeno tre delle seguenti caratteristiche:

- 1. Errori fonologici nel linguaggio spontaneo e nella denominazione**
- 2. Risparmiata la comprensione di singole parole e il riconoscimento di oggetti**
- 3. Risparmiata la componente motoria della articolazione**
- 4. Assenza di franco agrammatismo**

PPA variante logopenica

Diagnosi di PPA variante logopenica supportata dalle immagini

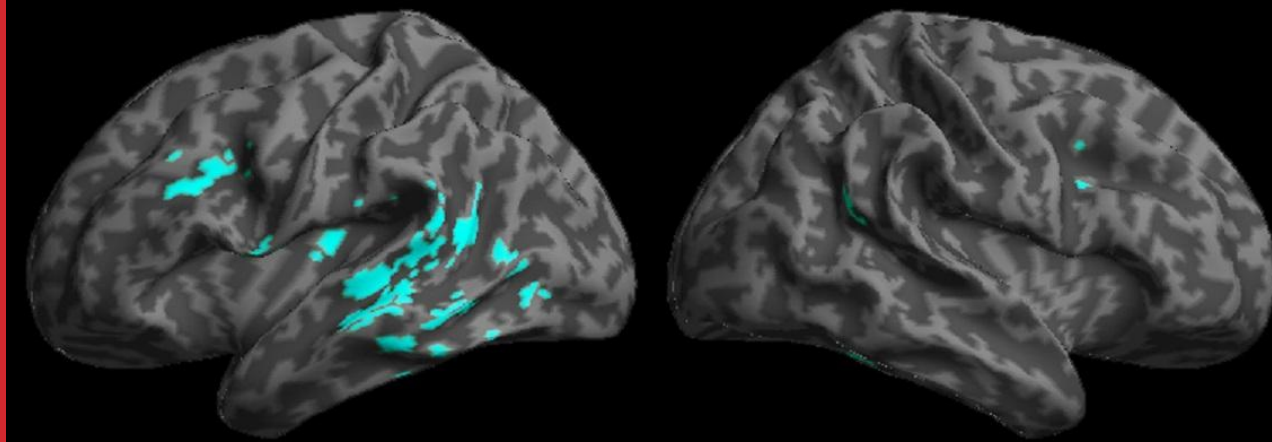
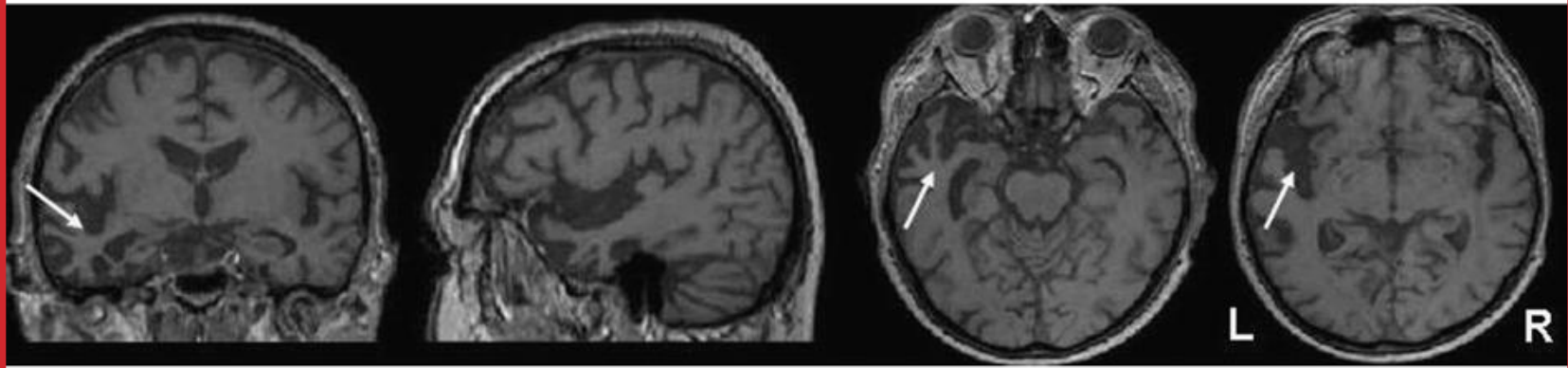
Entrambe i criteri devono essere presenti:

1. **Diagnosi clinica di PPA variante logopenica**
2. **L'imaging dovrebbe mostrare almeno uno o più dei seguenti risultati**
 - a. **Predominante atrofia posteriore perisilviana o parietale sinistra alla RMN encefalo**
 - b. **Iperperfusione o ipometabolismo alla SPECT o PET predominante in sede posteriore perisilviana o parietale sinistra**

Diagnosi di PPA variante logopenica confermata dalla neuropatologia

Diagnosi clinica (criterio 1) e uno dei criteri 2 o 3

1. **Diagnosi clinica di PPA variante logopenica**
2. **Evidenza istopatologica di specifica patologia neurodegenerativa (FLD-tau, FTLD-TDP, altro)**
3. **Presenza di mutazione patogenetica nota**



Primary progressive aphasia and Alzheimer's disease: brief history, recent evidence.

Kirshner HS. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2012;12:709-14.

In recent years, however, the syndromes of primary progressive aphasia have become more complex, divided into the three subtypes of **progressive nonfluent aphasia (PNFA)**, **semantic dementia (SD)**, and **logopenic/phonological progressive aphasia (LPA)**.

PNFA is usually, but not always, associated with FTD pathology and often evidence of a tau mutation, but rarely AD;

SD is usually associated with FTD of the ubiquitin staining or progranulin (TAR-DNA) mutation type, but, again, occasionally AD;

LPA is typically associated with AD pathology.

Patterns of atrophy on magnetic resonance imaging (MRI) generally conform to these subtypes, with PNFA associated with left frontal and insular atrophy;

SD associated with bilateral temporal atrophy;

LPA associated with L superior-posterior temporal and parietal atrophy.

TOPICS

Definizione

Cenni di epidemiologia

Classificazioni e approcci

Wernicke (1874)-Lichteim (1885)

Sindromi afasiche

La classificazione di Boston

Fluenza e non fluenza: cenni

Afasia primaria progressiva: varianti

Qualcosa di geriatrico (depressione, costi, ed altro)

Assessment of Depression After Stroke: A Comparison of Different Screening Instruments

Anu Berg, et al. *Stroke*. 2009;40:523-529

***Conclusions*—Beck Depression Inventory, Hamilton Rating Scale for Depression, and Clinical Global Impression assessment by professionals, in addition to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised diagnosis, are useful in assessing depression, but none of these instruments clearly stood apart from the others.**

Proxy ratings should be used with caution, and the use of the Visual Analogue Mood Scale among patients with aphasia and other cognitive impairments cannot be recommended.

The One-Year Attributable Cost of Poststroke Aphasia

Charles Ellis, et al. *Stroke*. 2012;43:1429-1431

Background and Purpose—Little is known about the contribution of aphasia to the cost of care for patients who experience stroke.

Methods—We retrospectively examined a cohort of South Carolina Medicare beneficiaries who experienced ischemic stroke in 2004 to determine the attributable cost of aphasia. Univariate analyses were used to compare demographic, comorbidity, and severity differences between individuals with poststroke aphasia and those without aphasia.

Results—Patients with aphasia experienced longer length of stays, greater morbidity, and greater mortality than did those without aphasia. In adjusted models that controlled for relevant covariates, the attributable 1-year cost of aphasia was estimated at \$1703.

Conclusions—Aphasia adds to the cost of stroke-related care, above the cost of stroke alone.

Aphasia in acute stroke and relation to outcome

A. C. LASKA et al. *Journal of Internal Medicine* 2001; 249: 413±422

Objectives. The natural course of aphasia in unselected, consecutive stroke patients is not well established. We investigated morbidity, mortality and recovery for different types of aphasia in consecutive unselected aphasic patients with acute stroke

Results. About one-third of patients with acute stroke had presented with aphasia. **Mortality among the aphasic patients during the 18-month follow-up was twice that in non-aphasics (36 vs. 16%).** Great improvement was observed in patients with initial low degree of speech function. Younger patients recovered to a greater extent than older patients.

Conclusion. The high long-term mortality among aphasics **may be seen as an indirect sign of advanced cardiovascular disease.** A combination of different and adjusted aphasia tests provided the possibility to assess almost all acute aphasic patients. Irrespective of type and degree of aphasia, great improvements were seen in almost all aphasic patients. Even patients with severe speech impairment have a considerable potential for recovery, particularly in the first 3 months after stroke.

Global aphasia as a predictor of mortality in the acute phase of a first stroke

Fabricio Ferreira de Oliveira et al. Arq Neuropsiquiatr 2011;69(2-B)

Objective: To establish whether vascular aphasic syndromes can predict stroke outcomes.

Method: Thirty-seven adults were evaluated for speech and language within 72 hours after a single first-ever ischemic brain lesion, in blind association to CT and/or MR.

Results: Speech or language disabilities were found in seven (87.5%) of the eight deceased patients and twenty-six (89.7%) of the twenty-nine survivors. Global aphasia was identified in eleven patients, all with left hemisphere lesions (nine mute; five deceased), consisting on a risk factor for death in the acute stroke phase ($p=0.022$).

Age ($z=1.65$; $p>0.09$), thrombolysis ($p=0.591$), infarct size ($p=0.076$) and side ($p=0.649$) did not significantly influence survival.

Absence of aphasia did not predict a better evolution, regardless of the affected hemisphere. Prevalence of cardiovascular risk factors was similar for all patient groups.

Conclusion: Global aphasia in acute stroke can adversely affect prognosis, translated into impairment of dominant perisylvian vascular territories, with mutism as an important semiological element.

Delirium in acute stroke: screening tools, incidence rates and predictors: a systematic review

Carin-Levy et al. Journal of Neurology 2012, 259, 8, 1590-1599 G.

Delirium is a common complication in acute stroke yet there is uncertainty regarding how best to screen for and diagnose delirium after stroke.

We conducted a systematic review of studies investigating delirium in acute stroke.

We searched The Cochrane Collaboration, MEDLINE, EMBASE, CINHAL, PsychINFO, Web of Science, British Nursing Index, PEDro and OT Seeker in October 2010. A total of 3,127 citations were screened.

The incidence of delirium in acute stroke ranged from 2.3–66%, with our meta-analysis random effects approach placing the rate at 26% (95% CI 19–33%).

Of the 11 studies reporting risk factors for delirium, increased age, **aphasia, neglect or dysphagia, visual disturbance and elevated cortisol levels were associated with the development of delirium in at least one study.**

Delirium is found in around 26% of stroke patients.

**Ad oggi l'afasia non è una
malattia geriatrica.**