

# La diagnosi di Sclerosi Multipla



I.R.C.C.S. Ospedale  
San Raffaele

Gruppo San Donato

Per fare diagnosi di sclerosi multipla (SM) è necessario dimostrare la presenza di “**disseminazione spaziale**”, ovvero la presenza di più lesioni tipiche di SM in diverse aree del sistema nervoso centrale (SNC), e la presenza di “**disseminazione temporale**”, ovvero la presenza di almeno due eventi infiammatori distinti a distanza di almeno un mese l'uno dall'altro.

Un tempo si giungeva alla diagnosi prevalentemente raccogliendo la storia del paziente, annotando le tempistiche di insorgenza dei vari sintomi e cercando di risalire alla possibile localizzazione di nuove lesioni in base alla sintomatologia riferita.

## Quali esami vengono eseguiti per una corretta diagnosi?

Assieme ad un accurato esame **obiettivo neurologico** e alla **risonanza magnetica**, si possono vedere con esattezza quali sono le localizzazioni di malattia ed è inoltre possibile stimare se una lesione sia di nuova insorgenza o se sia già in fase di cronicizzazione, permettendo così di fare diagnosi ancora più rapidamente.

Altri strumenti a disposizione del medico sono la **puntura lombare**, che permette la ricerca delle cosiddette “bande oligoclonali”, che sono un reperto indicativo della presenza di infiammazione all'interno del SNC e che sono presenti in circa l'80% delle persone con SM, ma che possono essere riscontrate anche in altre patologie alla cui base vi sono dei processi infiammatori cronici del SNC.

Vi sono inoltre altri accertamenti, non prettamente necessari alla formulazione della diagnosi, ma che possono coadiuvare il neurologo nel giungere alle conclusioni diagnostiche e che si dimostrano piuttosto utili per il monitoraggio e la quantificazione del danno demielinizzante in vari distretti.

Tra questi ricordiamo i potenziali **evocati motori**, somatosensoriali, uditivi e visivi, che studiano la conduzione nervosa motoria, sensitiva, uditiva e delle vie ottiche all'interno del SNC e che possono dimostrare la presenza di una riduzione della velocità di conduzioni di tali stimoli in caso di SM.

Può essere inoltre utile l'esecuzione altri test paraclinici come l'OCT, un esame non invasivo che studia la retina e quindi indirettamente lo stato del nervo ottico.



Spesso, infine, durante il processo diagnostico, vengono effettuati altri esami, tra cui **prelievi ematici** volti all'esclusione di diagnosi alternative, come per esempio processi infettivi o altri processi infiammatori coinvolgenti sia il SNC, ma anche l'intero organismo. Tra questi, è importante ricordare la ricerca degli anticorpi anti-MOG e anti-Aquaporina-4, che sono degli autoanticorpi che possono essere ritrovati nel sangue di pazienti affetti da altre malattie infiammatorie del SNC, come la sindrome da anticorpi anti-MOG e lo spettro delle patologie della neuromielite ottica.

Queste patologie fanno parte, come la SM, dello spettro delle patologie croniche ed infiammatorie del SNC, ma presentano caratteristiche cliniche e neuroradiologiche ben distinte dalla SM e, soprattutto, un diverso trattamento, per cui un'accurata diagnosi differenziale risulta fondamentale per assicurare al paziente la terapia specifica migliore.

Qualora non vi siano i criteri di disseminazione spaziale e temporale, ma vi sia stato un singolo evento clinico sospetto per infiammazione a carico del SNC, si parla di **CIS**, o sindrome clinicamente isolata. Circa il 63% delle persone con CIS ricevono in seguito diagnosi di SM. Analogamente, pazienti che presentano delle lesioni a carico del SNC sospette per SM, ma non hanno mai presentato un sintomo indicativo di evento infiammatorio, ricevono la diagnosi di sindrome radiologicamente isolata (RIS).

In questi casi, risulta fondamentale seguire questi pazienti con uno stretto monitoraggio clinico e di risonanza, in modo da poter evidenziare anche minimi cambiamenti del quadro clinico e porre diagnosi di SM il più precocemente possibile ed iniziare quindi un adeguato trattamento.