

XVII Giornata Mondiale Alzheimer

La cura della demenza a casa e nella rete dei servizi

L'alimentazione nella Malattia di Alzheimer

Dott.ssa Ottavia Colombo

Medico Specialista in Scienza dell'Alimentazione



R.S.A. Brembate di Sopra

Vertova, 18/09/2010

“Mi arrabbiavo terribilmente quando mia sorella si metteva a mangiare con le mani davanti a tutti. Cercavo di obbligarla a usare la forchetta e per un po’ non invitai più nessuno. Ma poi ci ripensai e decisi che in fondo non faceva del male a nessuno. Lei non era preoccupata e i miei amici dissero che per loro non aveva importanza – ero solo io ad esserne imbarazzata. Così decisi di non prendermela più di tanto.”

[www.alzheimer.it]

STADIAZIONE NELL'AD:

<i>Acquisizione della capacità</i>	<i>Capacità</i>	<i>Perdita della capacità</i>	<i>Stadio dell'AD</i>
	Mantenere un lavoro		3
	Gestire il denaro		4
	Scegliere i vestiti		5
	Indossare i vestiti		6
	Autonomia nell'igiene		
	Controllo delle urine		
	Controllo delle feci		
	Pronunciare 5-6 parole		7
	Pronunciare 1 parola / camminare		
	Sedersi		
	Sorridere		
	Sollevarre il capo		
Alimentarsi			

[Scala funzionale nello sviluppo umano fisiologico e nell'AD, by Dr. B. Reisberg 1984, adattata]

PROBLEMI NUTRIZIONALI NELL'AD:

➤ **CALO PONDERALE**

➤ **IPERFAGIA**

➤ **DISFAGIA** }

➤ **RIFIUTO** }



**NUTRIZIONE
ARTIFICIALE**

CALO PONDERALE

Il calo ponderale non rientra tra i criteri diagnostici per AD, tuttavia viene considerato una clinical feature della patologia stessa.

Già nella iniziale descrizione della malattia effettuata da Alois Alzheimer nel 1901, la malnutrizione veniva infatti inclusa tra le manifestazioni cliniche della patologia.

[Smith & Greenwood, 2008; Young et al. 2004]

CALO PONDERALE

-“The anorexia of aging”

- I soggetti affetti da AD vanno incontro più frequentemente ed in misura maggiore a calo ponderale rispetto a soggetti di pari età e sesso non colpiti dalla patologia o affetti demenza vascolare

[Gillette-Guyonnet 2000; Singh et al. 1988; White et al. 1996]

- Circa il **40%** dei soggetti con AD manifesta una perdita di peso nel corso della malattia

[Wallace 1995, Guérin et al. 2005]

CALO PONDERALE

- Aggiustando per variabili quali età, sesso e scolarità, il calo ponderale negli anziani potrebbe rivelarsi un indicatore preclinico di AD ed una manifestazione clinica negli stadi precoci di malattia

[Buchman et al. 2005; Johnson et al. 2006]

- BMI: un decremento nel BMI è risultato essere associato ad un maggiore deterioramento cognitivo nei soggetti diagnosticati come AD. Posta diagnosi di probabile AD, un calo ponderale o un decremento del BMI risultano essere predittori di morbilità, mortalità, ridotta qualità di vita e maggiore rapidità di progressione della patologia.

[Buchman et al. 2005; Mazzali et al. 2002; White et al. 1998; Crogan & Pasvogel 2003; White et al. 1998]

CALO PONDERALE

The anorexia of aging

L'introito alimentare viene a ridursi in maniera naturale nell'anziano in seguito ad una diminuzione dell'appetito, indipendentemente dalla presenza di AD.

Tra le cause:

- riduzione del senso del gusto e dell'olfatto
- monotonia della dieta
- più rapido riempimento gastrico e quindi più precoce senso di sazietà
- fattori ormonali
- fattori di natura psicologica

CALO PONDERALE

Involontario calo ponderale nell'AD

CALO PONDERALE CAUSA O CONSEGUENZA DELLA MALATTIA?

Verosimilmente ne è la conseguenza.

[Inelmen et al. 2010]

CALO PONDERALE

Involontario calo ponderale nell'AD

CALO PONDERALE **PROGRESSIVO**

- ↓ 4% in 12 mesi
- moderato ma continuo
- correlato alla progressione della patologia

CALO PONDERALE **SEVERO**

- ↓ 10% in 6-12 mesi
- rapido
- correlato ad eventi patologici o sociali intercorrenti

Prognosi differenti (un supporto nutrizionale fornito in ritardo può rivelarsi potenzialmente inutile)

CALO PONDERALE

Involontario calo ponderale nell'AD

CONSEGUENZE DEL CALO PONDERALE:

- Perdita della **MASSA MUSCOLARE**
- Riduzione dell'**AUTONOMIA**
- Aumentato rischio di **CADUTA**
- Aumentato rischio di **LESIONI DA DECUBITO**
- Aumentato rischio di **INFEZIONI SISTEMICHE** e di altre **COMORBILITA'**
- Peggioramento della **QUALITA' DI VITA** sia del **paziente** che del **caregiver**

CALO PONDERALE

Involontario calo ponderale nell'AD

Possibili cause del calo ponderale

(eziopatogenesi multifattoriale):

- ✓ cause neuropatologiche (deterioramento delle aree cerebrali associate al comportamento ed alla memoria alimentare)
- ✓ fattori ormonali
- ✓ polifarmacoterapia
- ✓ umentato dispendio energetico (pacing and fidgeting, aumentato REE)

CALO PONDERALE

Involontario calo ponderale nell'AD

Possibili cause del calo ponderale (...continua...)

✓ **ridotto intake**

- I. *fasi precoci*: difficoltà nell'acquisto dei cibi, nella conservazione e nella preparazione
- II. *fasi avanzate*: difficoltà nell'alimentarsi (non riesce ad utilizzare le posate, ...)
- III. *fasi tardive*: incapacità a relazionarsi con il cibo; disfagia

Inoltre alterazioni comportamentali (agitazione, confusione, etc.) possono rendere difficile il momento del pasto, interferendo con la capacità di focalizzarsi sul cibo.

CALO PONDERALE

Involontario calo ponderale nell'AD

Possibili cause del calo ponderale (...continua)

✓ alterazioni nel ritmo alimentare diurno (*shift in diurnal feeling pattern*): prevalentemente i soggetti con maggiori disturbi comportamentali (confusione, disorganizzazione) tendono ad assumere la maggior parte delle calorie diurne a colazione, mentre ne risulta povera la cena (*fenomeno del “sundowning”*)

[Young et al. 2004; Young & Greenwood 2001; Little et al. 1995]

✓ preferenze alimentari: predilezione per carboidrati, evitamento di proteine e lipidi

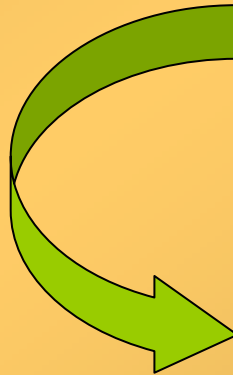
[Greenwood et al. 2005; Young & Greenwood 2001]

CALO PONDERALE

Strategie di intervento

Ruolo del **CAREGIVER**:

sedersi con il paziente e parlare con lui istruendolo ed incoraggiandolo durante il pasto



mettere in atto le più idonee strategie pratiche per favorirne l'alimentazione

CALO PONDERALE

Strategie di intervento

Ruolo del **CAREGIVER**:

I caregivers che vivono l'assistenza al malato come un sovraccarico di responsabilità e/o di emotività (*“overburden”*)

tendono ad investire minori risorse nella ricerca e nell'attuazione di adeguate strategie di intervento



**PROGRAMMI EDUCATIVI RIVOLTI AI CAREGIVERS
INCENTRATI SULLA NUTRIZIONE DEL MALATO**

CALO PONDERALE

Strategie di intervento (1/7)

✓ Ambiente

è importante che il luogo dove vengono consumati i pasti sia confortevole, promuova la percezione di stimoli di benessere psico-fisico con soluzioni funzionali, che contrastino con il declino cognitivo e favoriscano la padronanza dell'ambiente stesso (illuminazione, musica dolce, ambiente semplice), evitando inoltre situazioni che potrebbero provocare distrazione (tovaglie con disegni, troppe posate, etc.)

CALO PONDERALE

Strategie di intervento (2/7)

- ✓ Utilizzare colori con contrasti semplici e netti, diversificare i piatti e la tovaglia
- ✓ Cercare di trovare stoviglie speciali, piatti infrangibili e sottobicchieri antiscivolo
- ✓ Impiego di ausili specifici, per compensare le difficoltà nel succhiare, nel chiudere le labbra, nella prensione e nel gesto di portare il cibo alla bocca

CALO PONDERALE

Strategie di intervento (3/7)

- ✓ Non mettere fretta (dare la possibilità di mangiare senza paura di sporcare, rovesciare, rompere)
- ✓ Proporre una portata per volta (evita la confusione e l'ansia)
- ✓ Impiegare tecniche culinarie che esaltino le caratteristiche nutrizionali ed organolettiche
- ✓ Utilizzare cibi del territorio, appartenenti al vissuto gastronomico del paziente
- ✓ Denti e/o protesi devono essere in buono stato

CALO PONDERALE

Strategie di intervento (4/7)

- ✓ E' buona regola che l'**alimentazione sia ben bilanciata** e contenga tutti gli elementi essenziali, nelle giuste proporzioni: carboidrati, lipidi, proteine, fibra, vitamine, minerali ed una adeguata quantità di liquidi
- ✓ A meno di patologie concomitanti (diabete, grave dislipidemia, etc.) la dieta deve essere **libera e quanto più possibile varia**
- ✓ **Assicurare un'adeguata idratazione** (almeno 1,5 L di acqua); ad integrazione dell'acqua bevuta tal quale, possono essere assunti altri liquidi come tè, succhi di frutta, spremute, brodi

CALO PONDERALE

Strategie di intervento (5/7)

- ✓ **Stimolare l'autonomia**: preparare cibi che si possano prendere con le dita, se ci sono difficoltà nell'impiego di forchetta e coltello
- ✓ Cucinare **cibo cremoso ed omogeneo** (tipo purea), piuttosto che proporre un omogeneizzato, se il paziente non riesce ad alimentarsi con cibi solidi
- ✓ Quando il paziente non è più in grado di alimentarsi autonomamente diventa ancora più importante il ruolo del **caregiver**, che deve alimentare il paziente con pazienza, tranquillità, ed empatia

CALO PONDERALE

Strategie di intervento (6/7)

✓ Al rifiuto del cibo riproporlo in altri momenti o in altre forme

✓ Organizzare i pasti in base alle particolare esigenze del paziente.

La “consueta” distribuzione dei pasti nell’arco della giornata potrebbe non adattarsi alle esigenze dei pazienti, prevalentemente coloro con maggiore compromissione cognitiva e comportamentale (*fenomeno del “sundowning”*).

Per ottimizzare lo stato nutrizionale di tali soggetti, gli sforzi devono essere rivolti verso la colazione, momento in cui è maggiore la responsività al cibo somministrato.

CALO PONDERALE

Strategie di intervento (7/7)

✓ Se necessario, **integrare** l'alimentazione con supplementi nutrizionali (*“hidden calories”*): snacks, alimenti fortificati, integratori nutrizionali in forma liquida.



Attenzione al
“fenomeno della compensazione”!

I soggetti in cui l'entità della compromissione dello stato nutrizionale, motoria, cognitiva e nell'attenzione risulta più grave (coloro quindi che avrebbero maggiormente bisogno di supporto nutrizionale) sembrano beneficiare in misura minore dell'impiego di supplementi, per la messa in atto di tale fenomeno.

IPERFAGIA

9-26% dei pazienti affetti da AD va incontro ad incremento ponderale per **iperfagia**

[Ikeda et al. 2002; Gillette-Guyonnet et al. 2000; White et al. 1996; Keent & Hope 1997]

IPERFAGIA

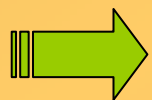
L'iperfagia può assumere importanza clinica per differenti motivi:

- può determinare un importante **incremento ponderale**, con conseguenti **comorbilità**, **riduzione nella mobilità**, **aumentato rischio di lesioni da decubito**, nonché **difficoltà da parte del caregiver nella gestione del paziente**
- l'eventuale conseguente **restrizione alimentare** imposta dal caregiver può scatenare reazioni aggressive da parte del paziente stesso
- può rientrare in un più generalizzato quadro di **iperoralità** (esplorazione orale d'oggetti inanimati)

IPERFAGIA

Caso clinico:

- uomo, 84 anni, diagnosi di AD posta 7 anni orsono
- MMSE 19, linguaggio integro, parametri biochimici n.n.
- riferiti dai familiari pasti abbondanti e continui spuntini; presente inoltre alimentazione notturna
- osservato nell'alimentazione: pasto eccessivo (1800 kcal), seguito entro pochi minuti da ulteriore intake; intervistato, nega totalmente di avvertire senso di sazietà e richiede ulteriore cibo
- assenti condotte comportamentali inadeguate ed iperoralità
- calo ponderale negli ultimi 3 anni (130 → 108 pounds)



iperfagia associata a totale assenza del senso di sazietà

IPERFAGIA

Strategie di intervento

L'iperfagia si associa spesso ad una maggiore preferenza per alimenti dolci a discapito di quelli proteici.

Assume pertanto notevole importanza la qualità dei cibi proposti al paziente **ai pasti** ed **agli spuntini**:

- provvedere a spuntini sani e non ipercalorici: yogurt, frutta fresca, crackers integrali o biscotti secchi, verdure crude
- presentare il pasto non tutto in una volta, ma in singoli piatti ed in tempi successivi
- tagliare il cibo in piccoli pezzi
- non lasciare a disposizione cibo o altro che possa essere scambiato con il cibo

DISFAGIA

Diagnosi

SEGNI E SINTOMI:

- Perdita di liquidi / cibi semisolidi / cibi solidi ai lati della bocca durante il pasto
- Presenza di scialorrea
- Lungo tempo di permanenza del boccone in bocca con solidi / semisolidi / liquidi
- Fuoriuscita di cibi / liquidi dal naso
- Presenza di tosse, anche in modo silente, a seguito della somministrazione di cibi / liquidi
- Presenza di voce gorgogliante a seguito della somministrazione di liquidi / cibi



Spesso l'insorgenza è insidiosa!

DISFAGIA

EVOLUZIONE:

- non prevedibile
- 50% malati di AD perde la capacità di alimentarsi 8 anni dopo la diagnosi e la disfagia orofaringea ne rappresenta una delle cause più frequenti

DISFAGIA

Interventi nutrizionali

OBIETTIVI:

1. recupero e/o mantenimento di uno **stato nutrizionale** adeguato
2. prevenzione dei **rischi di aspirazione** nelle vie aeree di cibo/liquidi: passaggio di di liquidi/alimenti al di sotto delle corde vocali in fase pre- intra- o post- deglutitoria
3. miglioramento della **qualità di vita**: deve essere sempre valutata con attenzione la scelta di ricorrere a strategie nutrizionali alternative, che riducono o privano il paziente dei piaceri e degli stimoli derivanti dall'alimentazione per via orale

DISFAGIA

Interventi nutrizionali

ACCORGIMENTI DIETETICI GENERALI:

- a. **Liquidi densi e solidi morbidi**, che vanno assunti in **piccoli bocconi e piccoli sorsi**, evitando i liquidi fluidi e i solidi asciutti



DISFAGIA

Interventi nutrizionali

ACCORGIMENTI DIETETICI GENERALI:

b. Liquidi

- attraversano facilmente il tratto deglutitorio e vengono facilmente aspirati in caso di disfagia

- molto frequentemente è necessario **addensarli** con prodotti specifici, che conferiscono alla bevanda una consistenza sufficientemente solida, così da poter idratare il paziente non in grado di assumere bevande comuni

- **attenzione** a cibi come gelati e gelatine naturali che possono sciogliersi in bocca a causa della temperatura del cavo orale e vanno pertanto considerati alla stregua delle bevande, così come il latte, i succhi di frutta, i brodi



DISFAGIA

Interventi nutrizionali

ACCORGIMENTI DIETETICI GENERALI:

c. **Solidi**

Sono assolutamente controindicati:

- i cibi che si possono **sbriciolare** o che si presentano in **piccole particelle**, per la difficoltà a preparare un bolo omogeneo (*riso, crackers, fette biscottate, pane e dolci secchi*)

- gli alimenti che presentano **una fase liquida ed una solida** (*minestrina in brodo, zuppa di verdura*), poiché i liquidi vengono aspirati più facilmente e possono così facilitare il passaggio di particelle capaci di ostruire le vie aeree distali, favorendo lo sviluppo di infezioni broncopolmonari

DISFAGIA

Interventi nutrizionali

INTEGRAZIONE:

A prescindere dalle caratteristiche organolettiche, la dieta deve soddisfare i fabbisogni nutrizionali, calorici e proteici del paziente.

Va inoltre considerato come l'anziano disfagico si stanchi facilmente ed assuma quindi solo piccole quantità di cibo.

DISFAGIA

Interventi nutrizionali

INTEGRAZIONE:

Per soddisfare le esigenze nutrizionali è necessario talvolta ricorrere a:

- **integratori alimentari modulari**, proteici e glucidici, ed **alimenti ad alta densità di nutrienti** (come il parmigiano ed i condimenti)
- **addensanti** (che essendo derivati dell'amido, hanno un simile apporto calorico)
- va inoltre ricordata la frequente necessità di integrazione con **preparati vitaminici ed oligoelementi**

DISFAGIA

Interventi nutrizionali

FOLLOW-UP:

Un regolare follow-up dello stato nutrizionale permette di monitorare l'adeguatezza del programma dietetico così come la compliance del paziente.

RIFIUTO DEL CIBO

...nelle fasi più avanzate di malattia

- ◁ **relativo** (solo verso particolari alimenti)
- ◁ **assoluto** (verso qualsiasi alimento e/o bevanda)

- ◁ **secondario** (grave stipsi, nausea, squilibrio elettrolitico, insufficienza renale, infezioni, etc.)
- ◁ **primitivo** (non correlato ad altra patologia/disturbo)

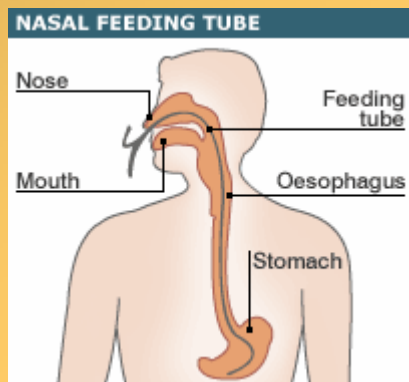
- ◁ **transitorio** (alterna periodi di rifiuto a periodi di alimentazione pressoché normale)
- ◁ **definitivo** (il soggetto non riprende più ad alimentarsi)

NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Terapia o accanimento?

I pazienti affetti da demenza grave spesso sviluppano *disfagia, anoressia, aprassia, rifiuto del cibo*, con conseguente difficoltà o impossibilità all'alimentazione per os.

Spesso risulta necessario pertanto ricorrere alla **alimentazione artificiale: nutrizione enterale (NE)**, tramite ***sondino nasogastrico (SNG)*** o ***gastrostomia***.



SNG



gastrostomia

NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Terapia o accanimento?

Nonostante il vasto impiego della nutrizione enterale, prevalentemente per motivi etici (“*non far morire di fame e di sete il malato*”), a tutt’oggi è ancora debole l’evidenza clinica in merito ai suoi benefici nei soggetti con grado avanzato di demenza.

I più recenti studi presenti ad oggi in letteratura non forniscono informazioni conclusive in merito all’efficacia della NE in termini di *aumento della sopravvivenza, miglioramento della qualità di vita, prevenzione di malnutrizione, riduzione del rischio di lesioni da decubito, miglioramento dei sintomi psichiatrici*; mancano inoltre dati relativi agli *effetti collaterali* di tale intervento invasivo.

[The Cochrane Collaboration 2009; Candy et al. 2009]

NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Terapia o accanimento?

Ad oggi in Italia secondo le Linee Guida SINPE
“... *L’indicazione all’utilizzazione della NE tramite
PEG/PEJ nella demenza è controversa,
ma rappresenta un
presidio di sopravvivenza nei soggetti con disfagia
totale o subtotale”.*

[LG SINPE 2002]

Va allo stesso tempo ricordato che è necessario porre
alla base di qualsiasi decisione
la DIGNITA’ della persona,
nella sua malattia.