

## MALATTIE NEURODEGENERATIVE IL PARKINSON

**LE MALATTIE NEURODEGENERATIVE SONO PATOLOGIE DEBILITANTI E NON CURABILI, DOVUTE ALLA DEGENERAZIONE PROGRESSIVA CON CONSEGUENTE MORTE DELLE CELLULE NERVOSE.**

Ne conseguono disturbi nel movimento (le cosiddette atassie) o nel funzionamento mentale (le cosiddette demenze). Le patologie che rientrano nel gruppo delle malattie neurodegenerative sono la malattia di Alzheimer, di Parkinson, la sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e le demenze.

La malattia di Parkinson si manifesta quando, a causa della degenerazione dei neuroni nell'area cerebrale chiamata sostanza nera, diminuisce progressivamente la produzione di dopamina.

La malattia di Parkinson è presente in tutto il mondo ed in tutti i gruppi etnici. Si riscontra in entrambi i sessi e l'età media di esordio è intorno ai 60 anni.

Tra i sintomi sono di elevata importanza anche quelli che potrebbero compromettere un'adeguata alimentazione (disfagia e scialorrea) e quelli d'interesse nutrizionale (stipsi e alterazioni dell'olfatto come l'anosmia).

Il paziente con malattia di Parkinson assume come terapia farmacologica la levodopa, il cui assorbimento potrebbe essere compromesso se assunta vicino ad un pasto proteico oppure in caso di stipsi.

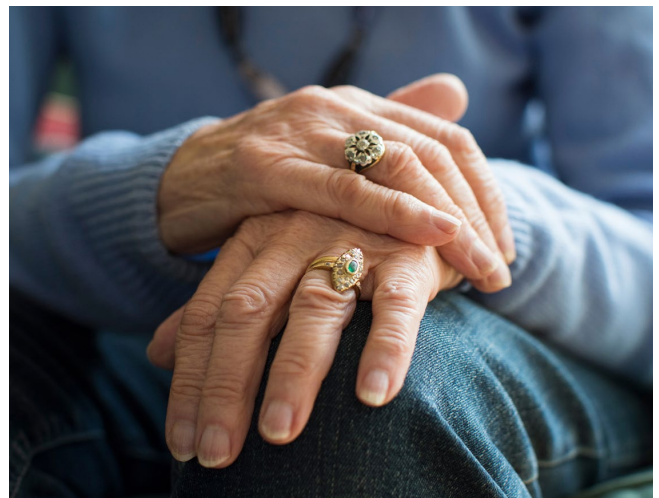
Un'alimentazione a ridistribuzione proteica ricca di fibra ed acqua, associata ad un'attività motoria programmata, rappresenta il gold standard per il trattamento di questi pazienti.

Le malattie neurodegenerative sono patologie debilitanti e non curabili, che provocano la degenerazione progressiva e/o la morte delle cellule nervose. Ne conseguono disturbi nel movimento (le cosiddette atassie) o nel funzionamento mentale (le cosiddette demenze).

L'esordio delle malattie neurodegenerative spesso è secondario ad un periodo in cui la patologia è asintomatica; in alcuni casi i sintomi possono essere piuttosto gravi o, a seconda del tipo di malattia, mettere a rischio la vita del paziente.

La progressione è irreversibile, poiché non esistono ancora cure capaci di arrestarle definitivamente.

Allo stato attuale non vi è, infatti, alcuna cura per la stragrande maggioranza di queste malattie. Tuttavia, esistono dei trattamenti medico-chirurgici e farmacologici che mirano a rallentare la progressione delle malattie neurodegenerative, ad alleviarne il dolore, a migliorare i sintomi e ad allungare l'autonomia e la funzionalità del paziente.



Le patologie che rientrano nel gruppo delle malattie neurodegenerative sono la malattia di Alzheimer, di Parkinson, la Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e le demenze. Possono manifestarsi con sintomatologia differente a seconda dell'area cerebrale interessata dalla perdita neuronale e a seconda della tipologia di neuroni coinvolti.

Non esistono delle cause specifiche delle malattie neurodegenerative; esistono però diversi fattori di rischio, genetici e ambientali, in grado di concorrere l'uno con l'altro nello sviluppo della patologia.

### **Malattia di Parkinson**

Il Parkinson è una malattia neurologica cronico-degenerativa, ad evoluzione lenta ma progressiva, che coinvolge principalmente alcune funzioni quali il controllo dei movimenti e dell'equilibrio.

La malattia di Parkinson si manifesta quando, a causa della degenerazione dei neuroni nella area cerebrale chiamata Sostanza Nera, diminuisce progressivamente la produzione di dopamina. Il periodo di tempo che intercorre tra l'inizio della degenerazione neuronale e l'esordio dei sintomi motori, chiamato fase preclinica, viene datato da alcuni studi intorno a 5 anni.

### **Quante persone soffrono di Parkinson?**

La malattia di Parkinson è la seconda patologia neurodegenerativa più comune dopo la malattia di Alzheimer. È presente in tutto il mondo ed in tutti i gruppi etnici. Si riscontra in entrambi i sessi, con una lieve prevalenza, forse, in quello maschile. L'età media di esordio è intorno ai 60 anni, ma circa il 5 % dei pazienti può presentare un esordio giovanile tra i 21 ed i 40 anni. Prima dei 20 anni è estremamente rara. Sopra i 60 anni colpisce 1-2% della popolazione, mentre la percentuale sale al 3-5% quando l'età è superiore agli 85.



### Quali sono i principali sintomi motori della malattia di Parkinson?

I principali sintomi motori della malattia di Parkinson sono il tremore a riposo, la rigidità, la bradicinesia (lentezza dei movimenti automatici) e, in una fase più avanzata, l'instabilità posturale (perdita di equilibrio); questi sintomi si presentano in modo asimmetrico (un lato del corpo è più interessato dell'altro) e soprattutto all'inizio con esordio subdolo, inconstante e progressivo.

### Quali sono i sintomi che potrebbero compromettere l'alimentazione?

I sintomi che hanno un risvolto sull'alimentazione sono la

disfagia e la scialorrea.

Il 52-82% dei pazienti affetti da Parkinson presentano **disfagia**; per questo motivo è importante valutare l'eventuale presenza di questo disturbo della deglutizione mediante un test di screening quale lo "Swallowing Disturbance Questionnaire".

La disfagia riguarda prevalentemente i liquidi, ma anche i solidi. Modificare in modo adeguato la consistenza degli alimenti assunti (diete tritate/frullate), eliminare le doppie consistenze, utilizzare addensanti o acqua gelificata, scongiura il passaggio degli alimenti nelle vie aeree (aspirazione) e quindi riduce la possibilità di avere le "polmoniti ab ingestis" che nei casi gravi possono avere esito nefasto.

Una perdita di saliva (**scialorrea**) dalla bocca è legata ad una ridotta deglutizione e non ad un aumento della produzione di saliva. Ciò è spesso causa di imbarazzo in pubblico e di difficoltà nel gestire il boccone in bocca. Come nel caso della disfagia, questo sintomo può essere pericoloso in quanto se la saliva, invece di essere deglutita, viene aspirata nei polmoni può essere causa di "polmoniti ab ingestis".

### Quali sono i sintomi secondari d'interesse nutrizionale?

Tra i più importanti si evidenziano la **stipsi** e i disturbi dell'olfatto.

La stipsi affligge oltre il 60% dei pazienti con malattia di Parkinson. Rappresenta uno dei sintomi non motori che si possono presentare anni prima della comparsa dei sintomi motori. La stitichezza, rappresenta una sensazione sgradevole di evacuazioni difficoltose e/o incomplete, spesso infrequenti. La diagnosi di stipsi viene effettuata utilizzando i criteri di Roma IV. Dipende da numerosi fattori, ad esempio disfunzione del sistema nervoso autonomo, alcune terapie farmacologiche e in molti casi da un insufficiente apporto di fibre e acqua.

È importante trattare la stipsi in modo adeguato fin dalla comparsa del sintomo. Sul piano alimentare è pertanto importante seguire i seguenti consigli: apporto di liquidi > 1,5 litri al giorno; due porzioni di frutta e almeno tre di verdura al giorno; eventuale uso di prodotti integrali e di integratori di fibre e prebiotici; regolare attività fisica ed infine, se necessario, utilizzo di lassativi e microclisteri.

Molti pazienti riferiscono di **disturbi dell'olfatto**, come la capacità di non avvertire gli odori (**anosmia**), che esordiscono anche molti anni prima delle prime manifestazioni motorie. La disfunzione olfattiva permane nel tempo e non sembra variare con la terapia farmacologica.

In alcuni casi l'anosmia potrebbe determinare una riduzione di interesse per il cibo con conseguenti problemi di dimagrimento, depressione e malnutrizione.

### Come viene fatta diagnosi di malattia di Parkinson?

La diagnosi di malattia di Parkinson non è solo una diagnosi clinica.

Sulla base della valutazione neurologica, nella quale il neurologo esperto in disordini del movimento formula un'ipotesi diagnostica attraverso la storia clinica, la valutazione dei sin-

tomi e dei segni neurologici, verranno prescritti degli esami strumentali specifici che serviranno per escludere altre patologie e impostare la terapia farmacologica più appropriata.

### **Quale terapia farmacologica viene utilizzata nella malattia di Parkinson? E quali sono i fattori che possono comprometterne l'assorbimento?**

Nella malattia di Parkinson la terapia farmacologica è basata sull'utilizzo della levodopa che viene assunta in più somministrazioni durante la giornata.

La levodopa è un amminoacido neutro, che per essere assorbito, cioè passare dall'intestino tenue al sangue e da questo al cervello, utilizza un sistema di trasporto attivo con consumo d'energia che è specifico per classi di amminoacidi, di conseguenza tutti gli amminoacidi aromatici, provenienti dalle proteine ingerite con il pasto utilizzano lo stesso sistema di trasporto della levodopa e si pongono in competizione con essa. Anche il tempo di permanenza della levodopa nello stomaco ha importanza; più a lungo rimarrà nello stomaco e più verrà degradata dagli enzimi gastrici, perdendo così la sua efficacia.

Inoltre anche la stipsi può influire sfavorevolmente sulla quantità di farmaco assorbito.

### **Qual è la terapia dietetica più indicata nel paziente con Malattia di Parkinson che assume levodopa?**

È scientificamente dimostrato e sperimentato dagli stessi pazienti che una dieta ipoproteica a pranzo e limitata nel contenuto dei grassi, che rallentano lo svuotamento gastrico, migliora l'efficacia della terapia farmacologica a base di levodopa.

Per un assorbimento ottimale, la levodopa dovrebbe essere assunta a stomaco vuoto almeno 15-30 minuti prima dei pasti.

### **Come dovrebbe essere lo schema dietetico di un paziente con Malattia di Parkinson?**

Nella prima fase della malattia in cui il paziente non assume ancora la levodopa, si consiglia di seguire una alimentazione sana ed equilibrata come la dieta mediterranea per favorire il mantenimento di un buono stato di salute controllando il peso, e riducendo il più possibile il rischio di malattie metaboliche, cardiovascolari e a carico del sistema osteoarticolare.

Con l'introduzione nella terapia farmacologica della levodopa, lo schema dietetico raccomandato è quello denominato "a ridistribuzione proteica" in cui il paziente assumerà proteine animali e vegetali solo nel pasto serale e nello spuntino nel tardo pomeriggio o dopo cena. Lo scopo è quello di garantire i fabbisogni nutrizionali migliorando però l'assorbimento della levodopa che, come abbiamo già visto, viene inibito se il farmaco viene assunto vicino ad un pasto proteico.

## **SCHEMA DI GIORNATA ALIMENTARE**

**Colazione:** Caffè, Tè o tisane; latte di riso o avena; prodotti da forno privi di alimenti proteici (latte, uova, burro): fette biscottate, cereali, biscotti secchi

**Pranzo:** primo piatto asciutto condito con verdure (no formaggio grattugiato); 1-2 porzioni di verdura cruda o cotta; 1 frutto fresco

**Cena:** primo in brodo: minestrone/passato di verdura, pastina; 1 porzione abbondante di secondo piatto (carne, pesce, uova, legumi, formaggi, affettato) rispettando le frequenze di consumo; 1-2 porzioni di verdura cruda o cotta; 1 frutto fresco

Spuntino da consumare nel tardo pomeriggio o dopo cena: yogurt greco (per l'alto contenuto proteico) a ridotto apporto di grassi, bianco o alla frutta.

Per condire utilizzare olio extravergine di oliva a crudo dosandolo con il cucchiaino.

---

Nei pazienti, particolarmente sensibili alla competizione tra farmaco e proteine, che lamentano, nonostante la dieta a ridistribuzione proteica, blocchi post-prandiali, viene consigliata una dieta "a ridistribuzione proteica" in cui i prodotti da forno della colazione, la pasta e il pane del pranzo vengono sostituiti con analoghi prodotti aproteici.

Questi alimenti a fini speciali, nati per i pazienti con insufficienza renale, vengono utilizzati nei malati in trattamento con levodopa quando è essenziale ridurre al minimo le proteine del pasto per garantire l'assorbimento del farmaco

### **Com'è l'andamento del peso corporeo di un paziente con malattia di Parkinson?**

Nelle prime fasi della malattia si può riscontrare un aumento di peso, che può portare, in alcuni casi, anche a sovrappeso ed obesità. Ciò si verifica principalmente per una riduzione dell'attività fisica (sia intesa come pratica sportiva sia come spostamenti quotidiani) e/o per effetto di alcuni farmaci, in particolare di quelli dopamino-agonisti. Difatti questi farmaci possono scatenare, in alcuni pazienti, comportamento alimentare compulsivo (fame compulsiva, anche notturna), con conseguente iperfagia (aumento notevole dell'appetito), iperglicemia e dislipidemia. Questo comportamento può favorire l'insorgenza di malattie metaboliche e come obesità, sindrome metabolica, diabete mellito di tipo II, dislipidemia (ipercolesterolemia ed ipertrigliceridemia), ipertensione arteriosa, iperuricemia, osteoporosi.

Nelle fasi più avanzate della malattia, invece, si assiste frequentemente ad una perdita di peso, anche notevole. Ciò è dovuto principalmente al rallentamento gastrico indotto dai farmaci e alla perdita di appetito che ne consegue; alla disfagia, ossia la difficoltà a deglutire; all'aumento del fabbisogno energetico giornaliero, causato dalle discinesie (movimenti involontari).

L'alimentazione, quindi, rappresenta una importante strategia terapeutica per il mantenimento del peso.

## **Come trattare il calo del peso in un paziente con Malattia di Parkinson?**

I pazienti con perdita di peso e malnutrizione, possono avere un aumento del rischio di compromissione delle difese immunitarie, perdita di massa muscolare, demineralizzazione delle ossa e fratture.

In caso di malnutrizione per difetto, se la dieta non è sufficiente a soddisfare il fabbisogno energetico, viene consigliato l'utilizzo di supplementazioni orali a base d'integratori specifici.

Durante la giornata vengono utilizzati integratori ipoproteici-iper calorico per aumentare la quota energetica della dieta senza andare ad ostacolare l'assorbimento della levodopa.

Nel tardo pomeriggio o dopo cena vengono utilizzati integratori proteici normo- iper calorici per salvaguardare il fabbisogno proteico del paziente e preservare la massa muscolare.

Esiste la necessità di utilizzare anche prodotti specifici per patologia come per esempio in caso di diabete o di disfagia in cui vengono utilizzati integratori di consistenza "cremosa" o "budino".

Nei casi più compromessi, dove i fabbisogni nutrizionali e idrici non possono essere garantiti (disfagie gravi), diventa necessaria una valutazione chirurgica per l'eventuale posizionamento di una gastrostomia percutanea (PEG) attraverso la quale i fabbisogni verranno garantiti con l'utilizzo di miscele specifiche.

## **BIBLIOGRAFIA:**

(1) Goetz CG, Pal G. Initial management of Parkinson's disease. *BMJ* 2014; 349:g6258

(2) Cassani E., Barichella M., Ferri V., et al. Dietary habits in Parkinson's disease: adherence to mediterranean diet. *Parkinsonism Relat Disord* 2017; 42:40-6

(3) Guida alla malattia di Parkinson. Gianni Pezzoli e Silvana Tesei. Associazione Italiana Parkinsoniani. 2002

(4) Gao X, Chen H, Fung TT et al. Prospective study of dietary pattern and risk of Parkinson disease. *Am J Clin Nutr* 2007; 86:1486-94

(5) Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hanning A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia* 2002, 17:139-46