RICERCA IN MOVIMENTO

FONDAZIONE LIMPE PER IL PARKINSON ONLUS

VOLUME 9, NUMERO 2, 2021

APPARATO GASTROENTERICO E MALATTIA DI PARKINSON: LE RELAZIONI PERICOLOSE

Abbiamo voluto dedicare il secondo numero di Ricerca in Movimento ai disturbi dell'apparato digerente nella malattia di Parkinson perchè le importanti scoperte degli ultimi anni sui cambiamenti funzionali e strutturali nell'intestino degli individui affetti stanno aprendo scenari che potrebbero rivelare nuove prospettive di diagnosi e di trattamento.

I disturbi dell'apparato gastrointestinale, come i pazienti ben sanno, rappresentano un compagno di viaggio fedele e purtroppo sgradito durante tutto il percorso della malattia. I primi segnali, spesso presenti alla diagnosi o addirittura prima della comparsa dei sintomi motori, sono rappresentati da digestione lenta, svuotamento gastrico ritardato, costipazione cronica; anni dopo la diagnosi possono aggiungersi altri sintomi quali alterazione del gusto, dell'appetito, del peso corporeo, salivazione eccessiva, difficoltà nella deglutizione. Questi disturbi, oltre ad avere un impatto sulla qualità di vita, possono anche determinare riduzione della risposta alla terapia dopaminergica per almeno due cause: da un lato l'incapacità a svuotare lo stomaco con le giuste tempistiche, con l'effetto di ritardare o annullare l'assorbimento della levodopa (che, assorbita dall'intestino tenue, non può arrivare a destinazione se resta intrappolata a lungo nello stomaco); dall'altro l'effetto di alcuni batteri che compongono il microbiota (l'insieme della flora che abita l'intestino), particolarmente abbondanti nei pazienti parkinsoniani, che metabolizzano la levodopa già nell'intestino riducendone possibilità di assorbimento ed efficacia. È peraltro interessante sottolineare come proprio alcuni farmaci antiparkinson possano contribuire allo sviluppo di queste specie batteriche costituendo un circolo vizioso svantaggioso per l'efficacia della terapia.

Ma l'intestino (e i batteri che lo abitano) potrebbero svolgere un ruolo ancora più decisivo per lo sviluppo della malattia. Studi recenti condotti sull'animale da esperimento ma anche sull'uomo, grazie all'applicazione di tecniche neuroradiologiche avanzate, hanno permesso di ipotizzare che in alcuni pazienti la patologia nasca proprio nell'intestino per la formazione di aggregati anormali di una proteina chiamata alfa-sinucleina. Questi complessi proteici, causati dall'infiammazione locale a cui contribuirebbe il microbiota, dal lume intestinale migrano lungo le fibre nervose del nervo vago fino al sistema nervoso centrale, potendo determinare i sintomi neurologici della malattia.

Sono scoperte recenti che, sebbene meritevoli di conferma, indicano che l'intestino è una delle nuove frontiere della ricerca sul Parkinson. Numerosi importanti gruppi di studiosi sono attivi sul campo ed è prevedibile che nei prossimi anni ci saranno ulteriori progressi nella conoscenza dei segnali dell'intestino con la speranza che possano essere utili per una diagnosi precoce e per nuove terapie finalizzate a rallentare la progressione della malattia.

C.A. Artusi, G. Cossu, M. Marano

IN QUESTO NUMERO

pag. 2 Parkinson e peso corporeo

pag. 3 Stipsi: come funziona l'intestino nel Parkinson e come si può curare

pag. 4 La piramide alimentare nel Parkinson

pag. 4-5 Alimentazione: "Missione Possibile"

pag. 5 Malattia di Parkinson e nuove diete

pag. 6 Il ruolo del Microbiota nella malattia di Parkinson

pag. 7 Come l'intestino influenza la terapia

pag. 8 "Proprio non mi va giù…"

PARKINSON E PESO CORPOREO

di Marherita Fabbri

Margherita FABBRI - Neurolog
University Hospital of Toulouse, Parkinson Expert Center, Toulouse, France

Perchè il peso corporeo è importante?

Il peso corporeo è un indice dello stile di vita di una persona e del suo stato nutrizionale. Una perdita maggiore del 10% in un breve periodo (tre mesi circa) è un indicatore di valutazione nutrizionale che depone per un'alimentazione insufficiente. Allo stesso tempo, avere uno stile di vita non sedentario (fare attività fisica) e abitudini alimentari corrette, fattori che contribuiscono a mantenere un corretto peso corporeo, hanno recentemente dimostrato di avere un ruolo anche nella prevenzione di malattie neurodegenerative, come ad esempio le demenze.

Qual è un corretto peso corporeo?

L'indice di massa corporea (IMC) è il parametro più utilizzato per classificare il peso di un soggetto e mette in relazione la massa corporea e la statura; un IMC tra 18.5 – 25 kg/m2 è considerato nella norma.

I cambiamenti del peso corporeo nella malattia di Parkinson

Le variazioni del peso corporeo sono considerate uno dei sintomi "non-motori" della malattia di Parkinson (MP). L'omeostasi del peso è un processo fisiologico complesso che risulta squilibrato nei pazienti con MP. L'alterazione di questo processo è dovuta a diversi fattori tra cui: le alterazioni di neurotrasmettitori come la serotonina e la dopamina, tipiche della malattia, disturbi gastrointestinali come la sensazione di pienezza gastrica dovuta a svuotamento gastrico ritardato e la stitichezza, alterazioni dell'olfatto e del gusto, depressione, apatia, insonnia e stanchezza.

La maggior parte dei pazienti con MP ha infatti un peso inferiore alla popolazione generale e un sottogruppo di pazienti perde peso durante il decorso della malattia, mentre una piccola proporzione aumenta di peso. Il peso corporeo tende a modificarsi nelle varie fasi della MP, con aumenti nella fase iniziale e perdita di peso nelle fasi più avanzate.

Incremento del peso corporeo

L'incremento del peso corporeo avviene preferenzialmente nei primi anni di malattia, durante il periodo di benessere raggiunto grazie all'inizio del trattamento con i farmaci dopaminergici (periodo cosi definito di "luna di miele"), oppure in seguito all'intervento di stimolazione cerebrale profonda del nucleo subtalamico (definito come periodo di "seconda luna di miele", per il beneficio che si può ottenere in termini motori, simile a quello dell'inizio del trattamento con farmaci dopaminergici). L'incremento del peso in seguito all'intervento di stimolazione cerebrale profonda può raggiungere infatti circa l'8% dell'IMC pre-intervento, nei 6 mesi successivi.

Un'altra causa da tenere in considerazione, è la presenza di un disturbo da controllo degli impulsi, e nello specifico di un'iperfagia (attacchi di fame compulsiva, spesso notturna), legati alla terapia con farmaci dopaminoagonisti.

Perdita del peso corporeo

Una perdita di peso non intenzionale si verifica nel 30-70% dei pazienti. I fattori associati alla perdita di peso sono innumerevoli, tra cui un aumento del dispendio energetico legato alla presenza di "blocchi motori" ma soprattutto alle discinesie, la scarsa alimentazione che può essere legata a riduzione dell'abilità manuale, alle difficoltà nella deglutizione, ai disturbi cognitivi, alla depressione, ai disturbi gastrointestinali e/o agli effetti collaterali della terapia farmacologica (come nausea ed inappetenza). Si è inoltre osservato che le donne tendono a perdere peso significativamente di più degli uomini, probabilmente perché presentano più frequentemente discinesie più severe. Un momento particolarmente delicato in cui è anche importante vigilare un'eventuale perdita di peso sono i primi 6-12 mesi di trattamento con levodopa-carbidopa gel intestinale, durante i quali i pazienti, specie se presentano discinesie marcate, possono presentare perdite di peso significative che richiedono un adeguamento delle dosi del farmaco.

Il peso corporeo è quindi un importante indicatore dello stile di vita e della qualità di vita di un paziente.

La MP può associarsi a variazioni del peso corporeo che si modificano durante l'evoluzione della malattia e che meritano un'attenta valutazione da parte del neurologo e, se necessario, di un nutrizionista specializzato.

STIPSI: COME FUNZIONA L'INTESTINO NEL PARKINSON E COME SI PUÒ CURARE

di Simona Ascanelli

Simona ASCANELLI - *Chirurgo Generale*
Azienda Ospedaliero - Universitaria Ferrara

Le edisfunzioni gastrointestinali sono frequenti nella malattia di Parkinson e possono coinvolgere il tubo digerente dall'esofago al canale anale. Circa il 37% dei pazienti con la malattia di Parkinson presenta stipsi severa, che può precedere l'esordio della malattia di più di un decennio sostenendo l'ipotesi che la malattia di Parkinson può avere origine nel sistema nervoso enterico e diffondersi al sistema nervoso centrale attraverso il nervo vago. Nelle persone con malattia di Parkinson, l'impatto dei disturbi intestinali sul benessere dell'individuo, l'autostima, e la vita sociale è spesso maggiore rispetto ad altri aspetti della malattia. Nonostante questo, c'è la tendenza a considerare la gestione dell'intestino una bassa priorità sanitaria. Meccanicamente, la stipsi nella malattia di Parkinson può essere specificata in - stipsi da rallentato transito: dovuta a un tempo di transito intestinale prolungato che si manifesta con una minor frequenza delle evacuazioni (defecazione ogni 4/5 giorni), gonfiore e dolore addominale; - stipsi da ostruita defecazione: la difficoltà all'espulsione delle feci è causata dalla incoordinazione dei muscoli del pavimento pelvico (mancato rilassamento o contrazione paradossa dello sfintere anale) e si manifesta con un notevole sforzo all'evacuazione, spesso con svuotamento incompleto e la tendenza a formare fecalomi. Il trattamento della stipsi da rallentato transito nel Parkinson prevede un aumento dell'apporto di fibre e di liquidi. L'uso quotidiano cronico di lassativi stimolanti o irritanti, come i sennosidi o il bisacodile, è da evitare. Lassativi osmotici, come il polietilenglicole e il lattulosio, che richiamano i liquidi nel colon, sono efficaci e ben tollerati anche quando è necessario prenderli su base giornaliera. Recentemente è disponibile un nuovo farmaco procinetico approvato negli USA, il lubiprostone.

Il trattamento della stipsi da defecazione ostruita si basa sulla riabilitazione del pavimento pelvico, in particolare il biofeedback retto-anale con buoni risultati.

Sono efficaci anche le iniezioni di tossina botulinica nello sfintere anale. Molte persone con malattia di Parkinson ricorrono all'evacuazione manuale, svuotando l'intestino regolarmente, ogni 2-3 giorni.

Da alcuni anni è stata proposta anche nella malattia di Parkinson l'irrigazione transanale (TAI: trans-anal irrigation) del colon per facilitare l'evacuazione delle feci introducendo acqua nel colon attraverso l'ano. Svuotando regolarmente l'intestino in questo modo, la TAI ha lo scopo di aiutare a ristabilire il controllo della funzione intestinale e consentire alle persone di scegliere il tempo e il luogo dell'evacuazione, prevenendo le subocclusioni intestinali e i fecalomi, e migliorando il dolore e gonfiore addominale.

Inoltre, Il regime ideale di gestione dell'intestino dovrebbe essere autogestito per promuovere l'autonomia e la dignità delle persone e anche una riduzione dei costi legati all'assistenza.

LA PIRAMIDE ALIMENTARE NEL PARKINSON

di Francesca Mancini

Francesca MANCINI - Neurologo
Clinica San Carlo - Casa di Cura Polispecialistica
Paderno Dugnano

Numerosi studi hanno dimostrato come una corretta nutrizione possa aiutare a migliorare la gestione della malattia di Parkinson. Il decorso della stessa è infatti influenzato dal rapporto tra alimentazione e stato di benessere.

In generale, sappiamo come i pazienti con Parkinson possano essere a rischio di sviluppare malnutrizione. Questa sarebbe causata da sintomi quali la riduzione del senso dell'olfatto e del gusto, la difficoltà a deglutire, il rallentamento del tempo di svuotamento gastrico, la stitichezza, o gli effetti collaterali dei farmaci come la nausea.

Risulta dunque essenziale mantenere un costante monitoraggio dello stato nutrizionale, in quanto una corretta gestione alimentare è in grado di alleviare alcuni sintomi come ad esempio quelli gastrointestinali, e di favorire l'azione della terapia farmacologica. Diversi studi hanno inoltre evidenziato come alcune diete specifiche possano migliorare l'umore, i disturbi del sonno e prevenire, se non addirittura rallentare, i problemi cognitivi.

Ma qual è la dieta più adeguata?

In Italia siamo fortunati, in quanto è dimostrato che la dieta mediterranea ricca in "grassi buoni", vitamine, polifenoli, fitosteroli e carotenoidi, fornisce un apporto equilibrato di nutrienti con effetti antiossidanti e antinfiammatori.

Ma in cosa consiste la piramide alimentare mediterranea? È uno schema di alimenti consigliati che contiene indicazioni sulla loro frequenza di assunzione. Ad esempio, gli alimenti da utilizzare quotidianamente sono: cereali integrali, verdura, frutta (fresca e secca), olio extravergine d'oliva, acqua, latte e latticini o altre fonti di calcio. Invece, con maggior moderazione (due o tre volte a settimana), andrebbero assunti carne, pesce e uova. I dolci, i fritti e i cosiddetti "cibi spazzatura come le bibite ad elevato contenuto di zucchero, gli alimenti a preparazione industriale come dolci elaborati o "merendine" andrebbero evitati limitandone il consumo ad un uso sporadico.

Le persone con Parkinson beneficiano di tale alimentazione osservando alcuni accorgimenti: i latticini, le carni, il pesce e le uova (cibi ricchi in proteine) andrebbero assunti la sera o distribuiti in piccole fonti durante la giornata per evitare che il carico proteico possa interferire con l'assorbimento della terapia a base di levodopa assunta nel corso delle ore diurne. Tuttavia tali accorgimenti non sono sempre necessari ed andrebbero discussi con il neurologo curante. L'apporto idrico è particolarmente importante - andrebbero bevuti almeno 1,5-2 litri d'acqua al giorno - come anche quello di alimenti integrali, che migliorano la stitichezza. Questo regime alimentare favorisce non solo uno stato di benessere generale, ma anche un miglior funzionamento dell'intestino e della terapia. Non dobbiamo dimenticare però che ogni persona ha le sue caratteristiche individuali, così come la sua forma di malattia, è quindi fondamentale rivolgersi a un dietologo o nutrizionista esperto per individuare il regime alimentare più adeguato.

Buon appetito!

MALATTIA DI PARKINSON E NUOVE DIETE

di Rosalba Galletti

Miti e Realtà

Rosalba ***GALLETTI - Nutrizionista***
S.C. Dietetica e Nutrizione Clinica
Città della Salute e della Scienza di Torino

La malattia di Parkinson è una patologia cronica che presenta problematiche che coinvolgono tutto l'organismo e le sue funzioni.

L'alimentazione è sicuramente importante ed è parte integrante dell'approccio terapeutico.

Spesso sono presenti problematiche associate alla modificazione del peso (sovrappeso o calo ponderale), alla funzionalità dell'apparato digerente (perdita di appetito, difficoltà digestive, nausea, stipsi) e alla capacità deglutitoria (disfagia).

Si è studiato molto in questi anni la possibilità di modificare l'alimentazione nel tentativo di rallentare l'andamento della malattia o di migliorare alcuni sintomi correlati (stipsi, problemi digestivi, alterazioni del microbiota intestinale).

Non ci sono dati sicuri sulla validità di alcuni schemi dietetici come la "dieta paleo" basata principalmente sulle proteine animali, grassi e verdure non amidacee, evitando cereali, latte e latticini, fagioli / legumi, oli vegetali e prodotti alimentari trasformati.

E' stata presa in considerazione anche la dieta priva di glutine utilizzata nella malattia celiaca (il glutine è una proteina presente nei cereali quali frumento, orzo e segale) , ma il miglioramento della sintomatologia evidenziato in alcuni pazienti era correlato ad una celiachia silente concomitante e non legato direttamente agli effetti sulla malattia neurologica.. o la dieta vegetariana in cui il miglioramento della sintomatologia potrebbe essere dato dal maggior consumo di verdure e frutta, legumi, alimenti ricchi di fibre e antiossidanti. Molto più interessante la dieta chetogenica (ad alto contenuto di grassi e bassa di carboidrati) già in uso per quasi un secolo per curare l'epilessia. Il principio di questa dieta è utilizzare i grassi come fonte energetica producendo corpi chetonici da utilizzare come carburante cellulare.

Nella malattia di Parkinson, una funzione ridotta dei mitocondri (i produttori di energia delle cellule) sembra sia coinvolta nel danno dei neuroni che comunicano attraverso la dopamina. I ricercatori ipotizzano che i corpi chetonici possono proteggere i mitocondri e sostenere la loro funzione. Esistono studi scientifici promettenti in tal senso, anche se occorrono ancora dati di ricerca per confermare la validità di questo regime alimentare.

Attualmente, la dieta mediterranea rimane quella più indicata.

Infatti, se si tiene conto che l'infiammazione è coinvolta nella patogenesi della malattia di Parkinson, un'alimentazione con maggior consumo di pesce, cereali integrali e legumi, ricca di vitamine, minerali, fibre, sostanze antiossidanti (flavonoidi, ac. grassi omega-3), basso contenuto di colesterolo e zuccheri semplici sembra attualmente l'opzione dietetica migliore. Tale alimentazione offre un sicuro supporto di protezione a livello nutrizionale-metabolico per la progressione di questa malattia.

ALIMENTAZIONE: MISSIONE "POSSIBILE"!

di Giorgio Patti

Il punto di vista del paziente

Per la persona con malattia di Parkinson e i suoi "caregivers" l'alimentazione rappresenta un problema e, a volte, un'incognita. Se da un lato, infatti, c'è il problema del "cosa" mangiare, dall'altro c'è il problema del "quanto", "quando", "come" e spesso anche del "perché".

La linea generale è NON DISTURBARE l'assorbimento della levodopa.

Per cui: mangiare relativamente poco a colazione, forse un frutto a metà mattina, pranzo rigorosamente privo di proteine - quindi pasta con verdure, dove la cultura della dieta mediterranea da fondo a tutta la sua fantasia. Alla sera alcune cose sono consentite come le proteine della carne o del pesce ma sempre con con moderazione. Il tutto senza abbondare con l'alcool o, se si decide uno strappo alla regola per convivialità, sai che poi la pagherai nella qualità del cammino o a causa della sonnolenza. Sono infatti tutte decisioni che comportano sacrifici e rinunce. Per noi italiani abituati a una dieta varia per ingredienti e preparazione, la quotidianità alimentare è molto dura. Per cui cerchiamo di alternare tipologie di cibi differenti (ieri pesce? Oggi carne e dopodomani uova…) preparati nel modo più lineare possibile (niente grassi in cottura o comunque preparazioni semplici da digerire). Il tutto in quantità modeste, non quelle che mangiavi da ragazzo, con alcune fatali rinunce come i formaggi e i derivati del latte (su tutti la mozzarella).

Giorgio Patti

Se si conduce ancora una vita lavorativa dove il pasto è spesso pesante, consumato in modo frettoloso e soprattutto svincolato da orari, la faccenda diventa complicata. Si può quindi ricorrere al classico pranzo da casa (costoso in termini di tempo che il caregiver deve impiegare per preparatelo) o si rinuncia…errore grave ma spesso causato dalla pesantezza e dalla pigrizia che la malattia porta alla tua volontà.

Infine, il capitolo "mangiar fuori". La ristorazione offre molte alternative ma in generale il cibo è cucinato in modo elaborato per cui bisogna rinunciare o ridurre drasticamente le quantità e la varietà prediligendo piatti semplici con il minor numero di proteine possibili mettendo in conto di essere accompagnati - di mettersi al volante dopo cena non se ne parla!

In questo le festività rappresentano un piccolo dramma perché per quanto i parenti e gli amici più stretti sappiano, le porzioni e le preparazioni sono sempre un po' speciali e i giorni più belli diventano giorni difficili (Natale, Pasqua e festività varie).

Insomma, davanti a tutte queste difficoltà tenderemmo a lasciar perdere, ma invece tutto è ancora possibile. L'alimentazione varia, completa e piacevole può ancora esserci ma a certe condizioni, avendo coscienza e rispetto del proprio stato senza dimenticare quello di chi ci sta accanto.

IL RUOLO DEL MICROBIOTA NELLA MALATTIA DI PARKINSON

di Roberto Cilia

Roberto CILIA - Neurologo
Unità di Neurologia 1 - Parkinson e Disturbi del Movimento
Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, Milano

Negli ultimi anni, diversi studi hanno evidenziato la presenza di anomalie nella composizione della flora batterica intestinale (chiamata "microbiota") negli individui con malattia di Parkinson (MP) rispetto ai controlli sani. Nel corso degli ultimi anni, è stato ipotizzato che il microbiota intestinale ed i suoi metaboliti possano essere coinvolti nei processi che causano la MP, regolando la neuroinfiammazione e l'attività dei neurotrasmettitori. attraverso diverse vie (ad es. metaboliti, ormoni, sistema immunitario, nonché il nervo vago che collega direttamente l'intestino al cervello). Infatti, esiste una comunicazione bidirezionale tra il sistema nervoso intestinale e il sistema nervoso centrale e l'asse microbiota-intestino-cervello può fornire un percorso per la trasmissione di aggregati patologici della proteina alfa-sinucleina.

Tra le più recenti evidenze, sembra che l'aumento di Lactobacillaceae e la diminuzione di Prevotellaceae siano associati alla diminuzione di alcuni ormoni gastrointestinali tra i quali quello chiamato 'grelina', che possono mantenere e proteggere la normale funzione dei neuroni dopaminergici della sostanza nera, Nei pazienti con MP, i livelli di grelina nel sangue sono diminuiti, suggerendo che il livello di grelina plasmatica possa essere un promettente biomarcatore di malattia.
In un recente studio, è stata dimostrata un'associazione tra la composizione del microbiota intestinale in pazienti con MP all'esordio e mai trattati farmacologicamente e la progressione dei sintomi motori e non-motori, sostenendo l'ipotesi che interventi diretti al microbiota intestinale potrebbero rappresentare una promettente strategia in grado di modificare il decorso della malattia, quantomeno in un sottoinsieme di individui suscettibili.
Diversi studi hanno dimostrato che le misure dietetiche, così come la somministrazione di probiotici (ovvero batteri viventi e attivi capaci di esercitare un effetto positivo sulla salute dell'organismo) e/o prebiotici (ovvero sostanze non digeribili contenute in alcuni alimenti che promuovono la crescita nel colon di specie batteriche utili), possano essere in grado di normalizzare le anomalie del microbiota intestinale ed essere considerate utili strategie terapeutiche nella MP.
Tuttavia, i risultati degli studi pubblicati finora sono eterogenei con discrepanze probabilmente dovute a differenze metodologiche (come ad esempio la correzione per i fattori che influenzano la composizione microbica intestinale, come abitudini alimentari), nonché differenze nelle regioni geografiche, nell'età, e nei diversi stadi della malattia. Infatti, il microbiota intestinale è correlato a caratteristiche specifiche della MP, come durata di malattia e sintomi motori e non motori. Pertanto ulteriori studi sono necessari per comprendere pienamente l'interazione tra intestino e cervello nella MP al fine di identificare le strategie terapeutiche più efficaci.

COME L'INTESTINO INFLUENZA LA TERAPIA

di Nicola Modugno

*Nicola MODUGNO - **Neurologo***
Centro Parkinson e Disturbi del Movimento
IRCCS Neuromed, Pozzilli (IS)

L'interazione tra i farmaci e l'intestino nella malattia di Parkinson (MP) è regolata da diversi fattori: il transito intestinale, l'assorbimento e il trasporto.
Nella MP l'apparato gastrointestinale può presentare numerosi disfunzioni tra cui alterazione della flora batterica della mucosa intestinale (microbiota) e la stipsi, sintomi non motori presenti sin dalle prime manifestazioni cliniche. La stipsi può essere causata da un'alterata peristalsi intestinale (ovvero alterato movimento dell'intestino), dalle terapie assunte o da alterazioni del microbiota stesso, quindi dell'insieme di batteri che popolano di norma il nostro tratto gastro-intestinale. Tra i disturbi che si possono associare alla stipsi vi sono difficoltà digestive, nausea o sensazione di pesantezza gastrica, alterazioni del tono dell'umore e malassorbimento della levodopa.
La stipsi contribuisce significativamente a rallentare anche lo svuotamento gastrico alterando ulteriormente l'assorbimento della levodopa e contribuendo alla comparsa delle fluttuazioni motorie. Nonostante la stipsi sia molto frequente nella MP, non esistono linee guida per il trattamento. I lassativi su base osmotica sono molto utilizzati anche se dovrebbero essere utilizzati con molta cautela, poiché in cronico possono risultare dannosi per la salute della mucosa intestinale. In questi casi l'utilizzo di probiotici a base di bifido, batteri e lattobacilli può essere utile insieme ad un intervento dietetico appropriato.
Il piccolo intestino (la parte 'alta' dell'intestino) è la sede del microbiota intestinale, ovvero l'insieme di microorganismi che esercita diversi effetti protettivi sullo stato di salute dell'apparato gastro-intestinale. L'alterazione della flora microbica intestinale, nota come disbiosi, è una condizione associata non soltanto a disturbi dell'apparato gastrointestinale. Recenti studi hanno evidenziato come i batteri intestinali, per esempio, possono influenzare l'infiammazione del sistema nervoso centrale.
L'assorbimento della levodopa avviene nell'intestino tenue ad opera di un sistema di trasporto condiviso con altri aminoacidi, gli elementi che formano le proteine. Gli aminoacidi presenti nelle proteine della dieta potrebbero così interferire con l'assorbimento della levodopa. Per questi motivi viene raccomandato di non eccedere mai con pasti abbondanti, ricchi in proteine e di mantenere un adeguato apporto idrico. In alcuni casi potrebbe essere utile l'integrazione di enzimi digestivi che velocizzano la digestione.
Studi recenti dimostrano come anche la riduzione dell'assunzione di alcuni cibi considerati potenzialmente "infiammatori" come il glutine o cibi raffinati possa migliorare l'assorbimento della levodopa.
Anche l'uso eccessivo e prolungato di farmaci come antibiotici, inibitori della pompa protonica gastrica (i classici farmaci antireflusso) può potenzialmente alterare l'assorbimento della levodopa. In tali casi, l'associazione di integratori alimentari alcalinizzanti sul PH gastrico può favorire un miglioramento della funzione gastro-intestinale.
In un recente studio è stato osservato anche che il metabolismo della levodopa da parte di alcuni batteri specifici del piccolo intestino (soprattutto Enterococcus e Lactobacillus) potrebbe ridurre drasticamente i livelli di levodopa nel plasma e cosi contribuire a rendere necessarie somministrazioni più frequenti. Peraltro, il metabolismo della levodopa a dopamina causato da tali batteri a livello intestinale (anziché a livello cerebrale) potrebbe contribuire anche alla riduzione della peristalsi intestinale.
Questi fattori, associati a una vita sedentaria, possono portare quindi a un circolo vizioso che porta a incrementare la frequenza di somministrazione di farmaco senza particolare beneficio.

SEGUICI SUI NOSTRI CANALI SOCIAL

facebook Fondazione LIMPE per il Parkinson Onlus

twitter Limpe_Parkinson

Instagram limpe_parkinson

COMITATO EDITORIALE

"PROPRIO NON MI VA GIÙ..."

di Francesca Cadeddu

Spesso, quando il paziente arriva alla nostra valutazione il primo sintomo che ci viene riferito è proprio questo; la sensazione che qualcosa, solitamente i farmaci, all'improvviso siano più difficili da deglutire.

Nella malattia di Parkinson, i disturbi della deglutizione sono legati alla gravità dei disturbi neurologici e motori e possono essere causa di aspirazione, malnutrizione e disidratazione. La deglutizione presenta un deterioramento lento ed è prevalentemente caratterizzata da un deficit di coordinazione che progressivamente ne interessa tutte le fasi. Le difficoltà sono spesso asintomatiche o non riconosciute dai pazienti fino alle fasi avanzate di malattia.

La disfagia è un'alterazione del meccanismo deglutitorio; la deglutizione è un processo complesso che in condizioni fisiologiche è articolata in:

Fase di preparazione orale: comprende tutte le modificazioni di consistenza, viscosità, temperatura e dimensioni del cibo introdotto nella bocca;

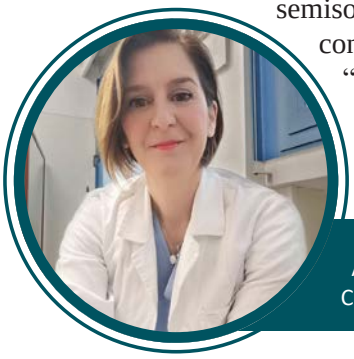
Fase orale: inizia quando la lingua spinge il cibo (bolo) verso la parte posteriore della bocca (faringe);

Fase faringea: meccanismo durante il quale la laringe si chiude in automatico permettendo il passaggio del cibo e dei liquidi nell'esofago;

Fase esofagea: il bolo giunto nell'esofago viene spinto verso lo stomaco.

Spesso i primi segni che vengono riferiti sono i cambiamenti nel tipo di alimentazione, il calo ponderale e l'allungamento del tempo del pasto. I pazienti riportano inoltre che i disturbi motori determinano dei cambiamenti nelle modalità di alimentarsi e come questi aspetti (non necessariamente associati a evidenti defict durante la valutazione logopedica), possano avere ricadute psicosociali e sulla sfera familiare. In altri casi viene riferita la sensazione di cibo che va di traverso, la difficoltà ad innescare la fase riflessa di deglutizione e di scialorrea (perdita di saliva dalla bocca). La scialorrea spesso non è correlata all'ipersalivazione, ma è causata in parte dalla debolezza labiale associata a ridotta sensibilità e in parte al ritardo o assenza dell'atto deglutitorio.

L'intervento logopedico, attuato dopo la diagnosi di malattia, prevede la valutazione diagnostica, clinica e strumentale (Otorino/Foniatra) e la progettazione dell'intervento riabilitativo. L'obiettivo terapeutico correlato alla disfagia consiste nel mantenimento di una deglutizione efficace ed efficiente che garantisca al paziente, il più a lungo possibile, una adeguata alimentazione per bocca, sia in termini di apporto nutrizionale sia in termini di sicurezza. Questo obiettivo viene perseguito attraverso modificazioni dietetiche (consistenze semisolide, addensanti), impostazione di posture facilitanti e la condivisione di precauzioni comportamentali (il così detto "counseling") rivolte al paziente e ai caregiver di riferimento, i quali vengono informati sui comportamenti facilitanti la deglutizione e il corretto monitoraggio di eventuali segni di inalazione.



Francesca CADEDDU - Logopedista
Aob Brotzu
Cagliari

EDITOR
L. Lopiano

ASSOCIATE EDITORS
R. Ceravolo
A. Tessitore
M. Tinazzi
M. Zappia

COORDINATORI
G. Cossu
C.A. Artusi
M. Marano

SEGRETERIA EDITORIALE
F. Martillotti
S. Mancini

FONDAZIONE LIMPE PER IL PARKINSON ONLUS
Viale Somalia, 133
00199 - Roma
06-96046753
info@fondazionelimpe.it

SUPPORTO PAZIENTI

Attivo fino al 30 Giugno 2021

CHIAMA GRATUITAMENTE IL NUMERO VERDE 800149626

MARTEDÌ
A TU PER TU CON IL NEUROLOGO
DALLE 15.00 ALLE 17.00

VENERDÌ
A TU PER TU CON LO PSICOLOGO
DALLE 15.00 ALLE 17.00

SEGUI LE NOSTRE INIZIATIVE SU
WWW.FONDAZIONELIMPE.IT