

12

Ιδιαιτερότητες της διαγνωστικής προσέγγισης και διαχείρισης της άνοιας στον γηριατρικό ασθενή

Μαρίνα Κοτσάνη, Ευρυδίκη Κραββαρίτη, Αθανάσιος Μπενέτος

Κύρια σημεία

- ▶ Ο συστηματικός έλεγχος για τυχόν έκπτωση νοητικών λειτουργιών αποτελεί βασική κλινική πρακτική κατά τη γηριατρική φροντίδα του ασθενούς, με την οποία διασφαλίζεται η έγκαιρη διάγνωση της νόσου.
- ▶ Είναι αναγκαία περαιτέρω μελέτη, εστιασμένη στους υπερήλικες ασθενείς, η οποία να διερευνά τη χρησιμότητα, για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, καινοτόμων βιοδεικτών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων που κατά κανόνα αναπτύσσονται με βάση ερευνητικά δεδομένα από νεότερης ηλικίας πάσχοντες.
- ▶ Η φροντίδα του ηλικιωμένου ασθενούς με νόσο Αλτσχάιμερ απαιτεί ολιστική προσέγγιση, που να εκτείνεται πέρα από τις αμιγώς νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις της νόσου και να προσαρμόζεται στη γενικότερη φιλοσοφία της ιατρικής μέριμνας.
- ▶ Η Σφαιρική Γηριατρική Αξιολόγηση ενός ηλικιωμένου ασθενούς με νόσο Αλτσχάιμερ συμβάλλει στην ανίχνευση και αντιμετώπιση συννοσηροτήτων και γηριατρικών συνδρόμων.

Στο Κεφάλαιο 7 επιχειρήσαμε να περιγράψουμε τη συσχέτιση της γήρανσης του οργανισμού, και ειδικότερα του εγκεφάλου, με την επέλευση νοητικής διαταραχής και νόσου Αλτσχάιμερ (NA). Στο παρόν κεφάλαιο θα εστιάσουμε αφενός στις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν οι υπερήλικες ασθενείς κατά τη διαγνωστική διαδικασία της νόσου και αφετέρου στη χρήση βιοδεικτών που επικουρούν τις θεραπευτικές αποφάσεις των γιατρών. Πρωτίστως, όμως, θα μας απασχολήσει η συνολικότερη διαχείριση του υπερήλικα ασθενούς με άνοια, καθώς και η ανίχνευση και αντιμετώπιση των λεγόμενων γηριατρικών συνδρόμων, τα οποία συχνά συνυπάρχουν επιπλέοντας την κατάσταση της υγείας του γηριατρικού ασθενούς κατά την πορεία της νόσου.

Ο «γηριατρικός» ασθενής δεν προσδιορίζεται απαραίτητα με βάση κάποιο αυστηρό ηλικιακό όριο (αν και οι γηρίατροι αναλαμβάνουν συνήθως ασθενείς άνω των 75, ακόμη και άνω των 80 ετών). Με τον συγκεκριμένο όρο αναφερόμαστε κυρίως στον πολυπαθολογικό και κατά κανόνα ευπαθή (frail) ασθενή, στον οποίο το σύνολο σχεδόν των παθολογικών καταστάσεων θα εκφραστεί συνήθως άτυπα και αλληλεπιδρώντας με τις εκδηλώσεις άλλων υποκείμενων νόσων.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η λήψη του ιατρικού ιστορικού ενός υπερήλικα ασθενούς με νοητικές δυσκολίες ενδέχεται να παρεμποδιστεί εξαιτίας ποικίλων παραγόντων. Εκτός από την ίδια την έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, τα προβλήματα όρασης ή ακοής, ή/και η λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων μπορεί να εμποδίσουν περαιτέρω την επικοινωνία γιατρού και ασθενούς, να προδιαθέσουν για νοητική έκπτωση και άνοια, να μιμηθούν εικόνα νοητικού ελλείμματος και να παρεμποδίσουν την εκτέλεση και ερμηνεία των νευροψυχολογικών δοκιμασιών.

Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, στοιχείο ιδιαίτερα συνηθισμένο στην πολυπάθη γενιά των σημερινών ογδοντάρηδων και ενενηντάρηδων, οι οποίοι εγκατέλειπαν το Δημοτικό σχολείο ενόσω μαινόταν ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος, όχι μόνο αποτελεί παράγοντα κινδύνου για μειωμένες νοητικές εφεδρείες και προδιαθέτει για πιθανή πρωιμότερη εμφάνιση άνοιας, αλλά και επιβάλλει προσεκτικότερη ερμηνεία των συμπτωμάτων και των σημείων νοητικής έκπτωσης. Για παράδειγμα, πιθανή δυσκολία στην εκτέλεση μαθηματικών υπολογισμών, όταν εμφανίζεται σε άτομο που δεν πήγε ποτέ στο σχολείο, δεν έχει την ίδια βαρύτητα —κατά την αξιολόγησή της ως σημείου νοητικής έκπτωσης— με εκείνη που αντιμετωπίζει ένας απόφοιτος Λυκείου ή, ακόμη περισσότερο, ένας λογιστής ή ένας καθηγητής μαθηματικών. Με βάση επίσης το γνωστό πλεονέκτημα ως προς το προσδόκιμο επιβίωσης έναντι των ανδρών, οι γυναίκες φέρεται να εμφανίζουν πιο συχνά άνοια (βλ. Κεφάλαιο 8)· ωστόσο, η συγκεκριμένη διαπίστωση πιθανόν να μην οφείλεται μόνο σε οργανικούς παράγοντες σχετιζόμενους με το φύλο, αλλά ενδέχεται να παίζει ρόλο και η περιορισμένη συμμετοχή των γυναικών παλαιότερων γενεών στην εκπαιδευτική διαδικασία, και σε μια πλούσια από ερεθίσματα επαγγελματική και κοινωνική ζωή.

Σε ασθενείς στους οποίους διερευνώνται τα αίτια ενός ανοϊκού συνδρόμου είναι επίσης απαραίτητο να γίνει διαφορική διάγνωση από άλλες μορφές άνοιας (π.χ. αγγειακή άνοια, άνοια της νόσου Πάρκινσον, άνοια με

σωμάτια Lewy, και άλλοι σπανιότεροι τύποι νευροεκφυλιστικών νόσων), καθώς και από δυνητικά αναστρέψιμες αιτίες έκπτωσης των νοητικών λειτουργιών (π.χ. εγκεφαλικός όγκος, λοιμώξεις, υποθυρεοειδισμός, ανεπάρκεια βιταμινών, κατάθλιψη, υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης, κ.ά.). Τέτοιες μορφές «δευτεροπαθούς» άνοιας, αν και πολύ σπανιότερες από τη ΝΑ, μπορεί να απαντώνται στο πλαίσιο της πολυπαθολογίας του γηράσκοντος οργανισμού.

Τέλος, στη θεραπευτική σχέση γιατρού-ασθενούς —ειδικά του ασθενούς με έκπτωση νοητικών λειτουργιών— συχνά παρεμβάλλεται ο φροντιστής του, ο οποίος κατά κανόνα είναι κάποιο από τα μέλη της οικογένειάς του. Οι πληροφορίες που παρέχονται από τον φροντιστή είναι πολύ σημαντικές, ωστόσο ο γιατρός θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να διατηρεί απευθείας επικοινωνία και να αναπτύσσει ισχυρή θεραπευτική σχέση με τον ασθενή, μιας και τα οφέλη που αποκομίζονται μπορούν να αξιοποιηθούν ευρύτερα σε ασθενείς με άνοια όλων των σταδίων.

Στην Ελλάδα την ευθύνη για τη διαχείριση των ζητημάτων υγείας ενός ηλικιωμένου ασθενούς με άνοια —και συχνά τον ρόλο του άτυπου φροντιστή του— συνήθως αναλαμβάνει ο/η σύζυγος ή κάποιο από τα τέκνα του. Στην περίπτωση των τέκνων, τούτο σημαίνει αντιστροφή των ρόλων εξάρτησης που βιώθηκαν κατά την παιδική ηλικία, ενίοτε δε και ανακίνηση ψυχοδυναμικών εκκρεμοτήτων ή τραυμάτων που κρύβονται στη σχέση. Στην περίπτωση του/της συζύγου, η παράμετρος της δικής του/της γήρανσης θα πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη κατά τη διαχείριση της νόσου. Ειδικά σε περιπτώσεις σημαντικής απώλειας της αυτονομίας ή συμπεριφορικών συμπτωμάτων, το συνοδό άτομο κινδυνεύει από ψυχοσωματική εξάντληση και παραμέληση των προσωπικών του αναγκών και της ιατρικής του φροντίδας (βλ. επίσης Κεφάλαια 17 & 18). Δεδομένου ότι η ΝΑ θεωρείται «οικογενειακή» υπόθεση και ο φροντιστής χαρακτηρίζεται ως ο δεύτερος «αφανής» ασθενής, κατά την επίσκεψη στον γιατρό θα πρέπει να αξιολογείται εξίσου και να αντιμετωπίζεται αναλόγως η επίπτωση εξαιτίας της νόσου στην υγεία και του φροντιστή (βλ. Κεφάλαιο 24). Η κατάσταση ασφαλώς περιπλέκεται ακόμη περισσότερο όταν και το δεύτερο ηλικιωμένο άτομο-φροντιστής εμφανίσει προβλήματα νοητικών λειτουργιών. Δραματικά επείγουσες καταστάσεις αντιμετωπίζονται συχνά στην κλινική πράξη, σε περίπτωση που αρρωστήσει και χρειαστεί νοσηλεία ο ίδιος ο φροντιστής, ή καταλήξει νωρίτερα από τον ασθενή με άνοια. Συχνά λοιπόν η εξεύρεση επείγουσας λύσης για τη φροντίδα ενός εξαρτημένου ατόμου με άνοια καθίσταται περίπλοκη υπόθεση, τόσο σε πρακτικό όσο και σε ηθικό επίπεδο.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΓΗΡΑΙΟΤΕΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Εκτός από το ιατρικό ιστορικό, που μπορεί να αποκαλύψει καταστάσεις όπως αυτές που περιγράφηκαν παραπάνω, σημαντικό ρόλο στην επιβεβαίωση της διάγνωσης από ειδικό γιατρό παίζουν και οι νευροψυχολογικές δοκιμασίες (βλ. Κεφάλαιο 11). Τα φυσιολογικά όρια αυτών των δοκιμασιών καθορίζονται με βάση πληθυσμιακές μελέτες και συνήθως προσαρμόζονται ανάλογα με την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο του εξεταζόμενου. Ωστόσο, η εκπροσώπηση των γηραιότερων υπερηλίκων στις μελέτες στάθμισης αυτών των δοκιμασιών είναι κατά κανόνα ανεπαρκής· έτσι, ως προς την πλειονότητά τους —και παρότι τις χρησιμοποιούμε στην κλινική πράξη— δεν γνωρίζουμε επακριβώς τα «φυσιολογικά» όρια εντός των οποίων εντάσσεται η πολύ προχωρημένη ηλικία (> 90 ετών). Τυχόν διαταραχές στην όραση και την ακοή, η χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων και η δεδομένη τάση για εύκολη κόπωση θα πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διενέργεια νευροψυχολογικών δοκιμασιών στους υπερήλικες. Όταν τα βοηθήματα όρασης και ακοής έχουν ξεχαστεί από τους ηλικιωμένους εξεταζόμενους στο σπίτι κατά την ημέρα της εξέτασης, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται με ακόμη μεγαλύτερες επιφυλάξεις. Εξαιτίας της κόπωσης, που εύκολα καταλαμβάνει τους ηλικιωμένους, το ίδιο ισχύει και για τη διενέργεια των δοκιμασιών σε προχωρημένη ώρα της ημέρας.

Όσον αφορά τις συμπληρωματικές παρακλινικές εξετάσεις, στους ηλικιωμένους η εκτίμηση της ατροφίας του ιππόκαμπου (που αποτελεί βιοδείκτη για τη ΝΑ) θα πρέπει να γίνεται σε συνδυασμό με τη γενικότερη τοπογραφία της ατροφίας και των άλλων εγκεφαλικών δομών, καθότι σε αυτήν μπορεί να συμβάλλουν επιπρόσθετοι —πλην της παθολογίας Αλτσχάιμερ— παράγοντες, όπως η αγγειακή και η μετωποκροταφική άνοια, η κατάθλιψη, η ιπποκαμπική σκλήρυνση, ακόμη και η φυσιολογική γήρανση.

Τα αποτελέσματα πιο προηγμένων εξετάσεων πυρηνικής ιατρικής (όπως η FDG-PET) θα πρέπει επίσης να ερμηνεύονται με προσοχή σε περιπτώσεις γηραιότερων ηλικιωμένων, επειδή αφενός τείνουν να είναι λιγότερο ακριβή και αφετέρου τα φυσιολογικά όρια των τιμών μεταβάλλονται με την αύξηση της ηλικίας. Τα ίδια ισχύουν και ως προς την αναζήτηση ειδικών για τη ΝΑ βιοδεικτών στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (βλ. Κεφάλαια 10 & 13).

Γενικά πάντως, η κλινική εικόνα, σε συνδυασμό με μια απλή απεικόνιση ώστε να αποκλειστεί η πιθανότητα διαφορετικών πλην της ΝΑ παθολογιών, επαρκούν στην πλειονότητα των περιπτώσεων για να τεθεί κλινικά η διάγνωση της άνοιας στον υπερήλικα ασθενή και να πιθανολογηθεί ο τύ-

πος της με ικανοποιητική ακρίβεια. Παρόλο που παθολογοανατομικές μελέτες μικροσκοπικής εξέτασης των εγκεφάλων ασθενών με άνοια έδειξαν ότι η κλινική διάγνωση (συμπτώματα) και η παθολογοανατομική διάγνωση (εγκεφαλικές αλλοιώσεις) μπορεί συχνά να μην ταυτίζονται, ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να εκτιμά το ισοζύγιο ταλαιπωρίας/κινδύνου και οφέλους για τον ασθενή. Για παράδειγμα, η επιβεβαίωση της ΝΑ με τη διενέργεια οσφυονωτιαίας παρακέντησης πιθανότατα δεν παρέχει ουσιαστικό όφελος σε έναν ηλικιωμένο ασθενή, σε περίπτωση που οι διαθέσιμες σήμερα ειδικές φαρμακευτικές θεραπείες δεν ενδείκνυνται για το στάδιο της νόσου του και το αναμενόμενο όφελος είναι πολύ μικρό, ή αντενδείκνυνται εξαιτίας άλλων συννοσηροτήτων (π.χ. καρδιολογικών ανωμαλιών). Επιπλέον, η μεικτή υποκείμενη παθολογία ως αιτιολογικός μηχανισμός της άνοιας καθιστά ακόμη λιγότερο αποτελεσματικές τις διαθέσιμες σήμερα φαρμακευτικές παρεμβάσεις (καθότι αυτές στοχεύουν μόνο σε έναν υποκείμενο μηχανισμό). Φυσικά, σε όλες τις περιπτώσεις, οι υπόλοιποι πυλώνες της φροντίδας του ασθενούς με άνοια (βλ. Κεφάλαιο 14) είναι απολύτως απαραίτητοι και εφαρμόζονται ανεξαρτήτως προσδιορισμού του υποτύπου της άνοιας.

Τέλος, σε ορισμένες περιπτώσεις, ακόμη και η βασική διαγνωστική προσέγγιση της άνοιας μπορεί να αποφέρει αμφιβόλου αξίας οφέλη στον ασθενή. Πολύ ηλικιωμένοι ασθενείς με σοβαρές συννοσηρότητες και χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης, τρόφιμοι γηροκομείων (όπου οι συνθήκες εξαρτημένης διαβίωσης είναι ήδη εξασφαλισμένες από επαγγελματίες) κ.ά. είναι μάλλον απίθανο να επωφεληθούν από μια επακριβή διάγνωση, η οποία ασφαλώς και δεν θα πρέπει να επιδιωχθεί αποκλειστικά και μόνο για λόγους «επιστημονικής περιέργειας».

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΦΑΙΡΙΚΗΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΥΠΑΘΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ

Με τον όρο Σφαιρική (αλλιώς: Συνολική) Γηριατρική Αξιολόγηση (Comprehensive Geriatric Assessment, εφεξής: ΣΓΑ) περιγράφουμε μια πολυδιάστατη διαδικασία όπου εμπλέκονται πολλές ειδικότητες ιατρικών και παραϊατρικών επαγγελματιών, και η οποία στοχεύει αφενός στην αναγνώριση των ιατρικών, κοινωνικών και λειτουργικών αναγκών του ηλικιωμένου ατόμου, και αφετέρου στην εκπόνηση ενός ολοκληρωμένου και συντονισμένου πλάνου φροντίδας που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. Αν και υποτιμημένη στο πλαίσιο της ασθενειο-κεντρικής και φαρμακευτικά προσανατολισμέ-

νης φροντίδας που επικρατεί σε αρκετά συστήματα υγείας, τούτη η ολιστική προσέγγιση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της γηριατρικής πρακτικής.

Κεντρική θέση στη ΣΓΑ καταλαμβάνει η εκτίμηση των νοητικών λειτουργιών. Αλλά και αντίστροφα, η ΣΓΑ είναι ιδιαίτερα σημαντική για έναν ηλικιωμένο με νοητικές διαταραχές και ΝΑ. Μεταξύ άλλων χρήσιμων στοιχείων που παρέχει, είναι και η στάθμιση του επιπέδου ευπάθειας (frailty) ενός ηλικιωμένου ατόμου, η οποία μεταφράζεται ως μια πολυπαραγοντική κατάσταση αυξημένης ευαλωτότητας απέναντι σε μέτριας ή και μικρής έντασης στρεσογόνους απορρυθμιστικούς παράγοντες, που μπορεί να επιφέρουν δυσανάλογα δυσμενείς επιπτώσεις στη λειτουργική κατάσταση του ατόμου. Για παράδειγμα, αν και ελάχιστος σημασίας γεγονός για τα μη ευπαθή άτομα, ένα απλό κρυολόγημα μπορεί να γίνει αφορμή για δυσανάλογη απώλεια της αυτονομίας κάποιου ευπαθούς ηλικιωμένου, εξαιτίας σοβαρής ανορεξίας, παρατεταμένης κόπωσης και αναγκαστικής επιβολής περιορισμών στην κινητικότητά του. Η στάθμιση του επιπέδου ευπάθειας των ηλικιωμένων αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία στην καθημερινή κλινική πρακτική, καθώς είναι αυτή που αντικατοπτρίζει καλύτερα την πρόγνωση για έναν ασθενή, απ' ό,τι η απόλυτη —χρονολογικά μετρούμενη— ηλικία του.

Όπως ήδη αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα, η εκτίμηση της γηριατρικής ευπάθειας σε περιπτώσεις ΝΑ έχει σημασία για τον καθορισμό των ορίων της διαγνωστικής ή θεραπευτικής διαδικασίας, αλλά και της καταλληλότητας ενός ατόμου για συμμετοχή του σε κλινικές μελέτες. Η τελευταία αυτή δυνατότητα είναι ιδιαίτερα σημαντική για μια ασθένεια όπως η ΝΑ, για την οποία μέχρι στιγμής δεν υπάρχει καμία διαθέσιμη αποτελεσματική θεραπεία και οι ερευνητικές προσπάθειες ακόμα συνεχίζονται.

Από την άλλη όμως, τα άτομα με νοητικές διαταραχές συχνά αντιμετωπίζονται υπό τη λογική τη λεγόμενης «θεραπευτικής αδράνειας», αποκλειόμενα έτσι από ορισμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις που ενδεχομένως θα τα ωφελούσαν. Το θεωρητικό προσδόκιμο επιβίωσης για ένα άτομο ηλικίας 75–85 ετών που πάσχει από άνοια είναι τα 5 χρόνια από τη στιγμή της διάγνωσης, και περίπου τα 4 χρόνια για άτομα 85 ετών και άνω. Με βάση αυτό το δεδομένο, τα αποτελέσματα της ΣΓΑ μπορούν και παρέχουν μια πιο αξιόπιστη ένδειξη για το αν το άτομο έχει πιθανότητες να ωφεληθεί από κάποια παρέμβαση, δυνατότητα που υπερβαίνει την απλουστευτική λογική την οποία υπαγορεύει η ετικέτα «ανοϊκή διαταραχή».

Τέλος, η ΣΓΑ μπορεί να εντοπίσει και άλλα συνυπάρχοντα γηριατρικά σύνδρομα, δηλαδή κλινικά συμπτώματα/φαινότυπους πολλαπλής αιτιολο-

γίας που απαντώνται συχνότερα στην προχωρημένη ηλικία. Τέτοια γηριατρικά σύνδρομα είναι η οξεία συγχυτική κατάσταση (ντελίριο), η υποθρεψία, οι πτώσεις, η ακράτεια ούρων, η πολυφαρμακία, κ.ά. Η αναγνώριση και κατ' επέκταση η αντιμετώπιση αυτών των συνδρόμων έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς ενδέχεται να επηρεάσουν την πορεία της ΝΑ και την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Στην καθημερινή γηριατρική πρακτική, η ΣΓΑ ενός ηλικιωμένου ασθενούς με έκπτωση νοητικών λειτουργιών περιλαμβάνει εκτίμηση διαφόρων πτυχών της υγείας του: λειτουργική και φυσική ικανότητα, διατροφική και ψυχολογική κατάσταση, εκτίμηση του κινδύνου εξαιτίας πτώσεων και πολυφαρμακίας, των διαταραχών ύπνου, του πόνου, κοινωνικών αναγκών και πλαισίωσης, και αξιολόγηση ζητημάτων με ηθικές διαστάσεις (π.χ. περιπτώσεις τυχόν κακοποίησης, εκπεφρασμένων από τον ασθενή επιθυμιών σχετικά με το τέλος της ζωής του, κ.λπ.). Με βάση τα παραπάνω εκπονείται ένα πλάνο φροντίδας, που λαμβάνει υπόψη το τρέχον στάδιο της άνοιας του ασθενούς, τον βαθμό απώλειας της αυτονομίας του, την εκτιμώμενη διάρκεια επιβίωσής του, τις ρεαλιστικές συνθήκες που επικρατούν στο οικείο περιβάλλον του, αλλά και το αξιακό σύστημα και τις επιθυμίες του.

Παρακάτω θα αναφερθούμε ενδεικτικά στα οφέλη που προκύπτουν από την εκτίμηση αφενός της διατροφικής κατάστασης, και αφετέρου των διαταραχών βάρους και του κινδύνου εξαιτίας πτώσεων σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια.

A. Διαταραχές διατροφικής κατάστασης και κατάποσης

Οι ασθενείς με ΝΑ ή άλλον τύπο άνοιας διατρέχουν τον κίνδυνο να περιπέσουν σε κακή διατροφική κατάσταση ή υποθρεψία. Μπορεί η παχυσαρκία και το μεταβολικό σύνδρομο κατά τη μέση ηλικία να συσχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα (συμπεριλαμβανομένης και της ΝΑ) στις μεγάλες ηλικίες, ωστόσο, με την πάροδο των ετών, παρατηρείται το λεγόμενο «παράδοξο της παχυσαρκίας», σύμφωνα με το οποίο ηλικιωμένοι με υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος εμφανίζουν μικρότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε σχέση με τους ισχνούς συνομηλίκους τους. Η απώλεια βάρους, άλλωστε, κατέχει κεντρική θέση στον ορισμό της γηριατρικής ευπάθειας. Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι οι βιταμίνες, τα ιχνοστοιχεία και τα λιπίδια πιστεύεται πως σχετίζονται με τον κίνδυνο νοητικής έκπτωσης και άνοιας, ειδικά σε ευπαθείς ηλικιωμένους που εμφανίζουν ανεπάρκεια αυτών των στοιχείων.

Στην περίπτωση της άνοιας, η κακή διατροφική κατάσταση οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, όπως: απραξία (σύμπτωμα κατά το οποίο ο ασθενής

«ξεχνάει» τη διαδικασία του μαγειρέματος και τον τρόπο χρήσης των μαγειρικών σκευών, ενώ μπορεί να φθάσει μέχρι και σε απραξία κατάποσης)· έκπτωση των εκτελεστικών λειτουργιών (π.χ. ο ασθενής δυσκολεύεται να οργανώσει μια σύνθετη πράξη, όπως είναι η μέριμνα για την προμήθεια των απαραίτητων υλικών και, κατ' επέκταση, η σωστή εκτέλεση μιας συνταγής μαγειρικής)· απάθεια (συχνότατη συμπεριφορική διαταραχή, κατά την οποία ο ασθενής έχει απολέσει το κίνητρό του να κάνει οτιδήποτε και, κατά συνέπεια, παραμένει αδρανής)· κατάθλιψη (συχνά συνοδεύει την άνοια, κυρίως στα πρώτα της στάδια)· περιορισμός των καθημερινών δραστηριοτήτων (χαρακτηριστική έκπτωση της λειτουργικότητας σε περιπτώσεις άνοιας)· εξάρτηση από τρίτους αναφορικά με τη σίτιση· διαταραχές συμπεριφοράς που συνεπάγονται κατανάλωση πολλών θερμίδων (π.χ. ακαθυσία ή περιπλάνηση)· μειωμένη όρεξη, όσφρηση και γεύση (συχνό σύμπτωμα κατά τη φυσιολογική γήρανση, που όμως εντείνεται κατά τη ΝΑ)· και, τέλος, η τάση πολλών ασθενών να ξεχνούν την αναγκαιότητα της λήψης τροφής. Η κακή διατροφική κατάσταση ωστόσο δεν είναι γνώρισμα αποκλειστικά της προχωρημένης άνοιας: πληθυσμιακή μελέτη στην οποία συμμετείχαν 312 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω έδειξε ότι 1 στους 7 πρωτοδιαγνωσμένους ασθενείς με ΝΑ διέτρεχε τον κίνδυνο της υποθρεψιάς. Δεδομένου πάντως ότι οι περισσότεροι ασθενείς με ΝΑ είναι ηλικιωμένοι, επιπλέον παράγοντες επιτείνουν τον κίνδυνο της κακής διατροφικής κατάστασης: οδοντικά προβλήματα, γαστρεντερικές παρενέργειες φαρμάκων (συμπεριλαμβανομένων και των ειδικών θεραπειών κατά της ΝΑ), οικονομικά προβλήματα, κοινωνική απομόνωση, κ.ά. Στους ηλικιωμένους, η κακή διατροφική κατάσταση συνδέεται άμεσα με την απώλεια μυϊκής μάζας και μυϊκής απόδοσης (σαρκοπενία), αλλά και με την περαιτέρω έκπτωση της λειτουργικότητας, τις πτώσεις, την προδιάθεση για λοιμώξεις και την ταχύτερη έκπτωση νοητικών λειτουργιών κατά τη ΝΑ.

Η οροφαρυγγική δυσκαταποσία (δυσκολία στον μηχανισμό της κατάποσης) είναι μία ακόμη νοσηρότητα που οδηγεί σε κακή θρέψη, και συναντάται στην πλειονότητα των ασθενών με ΝΑ προχωρημένου σταδίου. Ωστόσο, υποκλινικά σημεία δυσφαγίας ενδέχεται να εμφανιστούν και σε πρωιμότερα στάδια της νόσου και να αποκαλυφθούν μέσα από ειδικές (ηλεκτροφυσιολογικές) δοκιμασίες. Η δυσφαγία οδηγεί σε πλημμελή διατροφή, αφυδάτωση, απώλεια βάρους, φόβο που σχετίζεται με τη λήψη τροφής και υγρών, χαμηλή ποιότητα ζωής, ακόμη και σε πνευμονία από εισρόφηση (όταν οι τροφές καταλήγουν στους πνεύμονες, αντί για το στομάχι), η οποία αποτελεί συχνό αίτιο κατάληξης των ασθενών με άνοια. Σε πολλές περιπτώσεις, μάλιστα, οι

συγγενείς του ασθενούς εξετάζουν την πιθανότητα τοποθέτησης τεχνητού σωλήνα σίτισης, που όμως θα πρέπει να αποφεύγεται σε προχωρημένα στάδια της νόσου, επειδή σχετικές μελέτες δείχνουν ότι δεν αλλάζει ουσιαστικά την ήδη βαριά πρόγνωση των ασθενών ούτε βελτιώνει την ποιότητα της ζωής τους. Προτιμότερες είναι οι τεχνικές επιμελούς σίτισης από το στόμα με υποβοήθηση, παρότι βέβαια ούτε έτσι εκμηδενίζεται ο κίνδυνος της εισρόφησης.

Με βάση λοιπόν όλα τα παραπάνω στοιχεία, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνεται στη ΣΓΑ του ηλικιωμένου ασθενούς με ΝΑ.

B. Διαταραχές βάδισης και πτώσεις

Μια παραγνωρισμένη πτυχή της ΝΑ είναι οι διαταραχές βάδισης και ο κίνδυνος εξαιτίας πτώσεων που αυτές συνεπάγονται. Στα αρχικά στάδια της ΝΑ η νευρολογική συμπτωματολογία κατά κανόνα απουσιάζει και η βάδιση χαρακτηρίζεται φυσιολογική. Ωστόσο, σε προχωρημένα στάδια, το βάδισμα χάνει την κανονικότητά του και γίνεται ασταθές, καθώς επέρχεται η λεγόμενη απραξία βάδισης (δηλαδή απώλεια της «μνήμης» του σχηματισμού της βάδισης). Οι διαταραχές βάδισης στα πρώτα στάδια της άνοιας θα πρέπει να μας οδηγήσουν στο να αμφισβητήσουμε τυχόν διάγνωση που κάνει λόγο για ΝΑ και να προσανατολιστούμε σε άλλους τύπους άνοιας. Νόσοι στις οποίες ενδέχεται να συναντήσουμε ειδικά πρότυπα διαταραχών βάδισης και ειδικούς μηχανισμούς πτώσεων, ήδη από τα πολύ αρχικά στάδια, είναι η αγγειακή άνοια (η οποία μπορεί να επιφέρει τρόπο βαδίσματος που θυμίζει τη νόσο Πάρκινσον και αργή ταχύτητα βάδισης), η νόσος Πάρκινσον και η νόσος με σωματία Lewy (που προκαλούν «άκαμπτο» βάδισμα με μικρό βηματισμό, κατάργηση των αυτόματων κινήσεων των χεριών και κάμψη του κορμού προς τα εμπρός), και ο υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης των ενηλίκων (με βηματισμό που μοιάζει «κολλημένος» στο έδαφος).

Οι πτώσεις θεωρούνται χαρακτηριστικό εναρκτήριο σύμπτωμα στην άνοια με σωματία Lewy, αλλά και σε μια σπανιότερη μορφή άνοιας, την προοδευτική υπερπυρηνική παράλυση (progressive supranuclear palsy). Συμβαίνουν επίσης ως αποτέλεσμα διαταραχών της όρασης στην εξίσου σπάνια οπίσθια φλοιώδη ατροφία (posterior cortical atrophy). Παρορμητικές συμπεριφορές, όπως η τάση για περιπλάνηση, η ακαθησία και η ψυχοκινητική διέγερση, που εκδηλώνονται κυρίως κατά τη μετωποκροταφική άνοια αλλά συνοδεύουν επίσης συμπεριφορικές διαταραχές κατά την εξελικτική πορεία και άλλων τύπων άνοιας, προδιαθέτουν για αυξημένο κίνδυνο εξαιτίας πτώσεων.

Πτώσεις ωστόσο μπορεί να συμβούν και χωρίς καμία εμφανή αιτία (π.χ. εμφανής διαταραχή βιάδισης), εξαιτίας διαταραχών στην προσοχή και δυσκολιών κατά την ταυτόχρονη εκτέλεση δύο λειτουργιών (π.χ. βιάδιση και ομιλία). Για τον λόγο αυτό, ανεξήγητες —και μάλιστα επαναλαμβανόμενες— πτώσεις θα πρέπει να παρακινήσουν τον γιατρό να διερευνήσει, μεταξύ άλλων, τις πιθανότητες αρχόμενης νοητικής διαταραχής. Επιπλέον, ασθενείς με άνοια διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών από τραυματική πτώση: οι διατροφικές ελλείψεις, τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D και η χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων προδιαθέτουν για οστικά κατάγματα, ενώ η νοσηλεία αυτών των ασθενών συνοδεύεται από μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών (κίνδυνος οξείας συγχυτικής κατάστασης, δυσκολίες στην αποκατάσταση, κ.λπ.).

Τα παραπάνω δεδομένα δικαιολογούν και επιβάλλουν την εκτίμηση της βιάδισης και του κινδύνου εξαιτίας πτώσεων κατά τη ΣΓΑ ασθενών με έκπτωση νοητικών λειτουργιών, η οποία αποτελεί πλέον συστηματοποιημένη προσέγγιση στο πλαίσιο της γηριατρικής κλινικής πρακτικής.

Γ. Άλλες διαστάσεις της κλινικής εκτίμησης του ηλικιωμένου με άνοια

Κατά την κλινική εκτίμηση ασθενών με ΝΑ, συχνά συμβαίνει να κυριαρχεί η συμπτωματολογία της άνοιας, ιδιαίτερα όταν η κλινική εικόνα συνοδεύεται και από διαταραχές της συμπεριφοράς, οι οποίες συχνά τείνουν —και όχι αδικαιολόγητα— να μονοπωλούν το ενδιαφέρον και τον χρόνο μιας ιατρικής επίσκεψης. Ιδιαίτερα όμως για τον ηλικιωμένο ασθενή με άνοια, η πιθανότητα να υφίστανται και άλλες συννοσηρότητες και γηριατρικά σύνδρομα είναι μεγάλη. Η ατυπία της κλινικής εικόνας παθολογικών συνδρόμων και νόσων, που συναντάται χαρακτηριστικά στους ηλικιωμένους ασθενείς, επιτείνεται στον γηράσκοντα ασθενή με άνοια, καθώς επιπροστίθεται η δυσκολία της ακριβούς έκφρασης των υποκειμενικών συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, ένας ηλικιωμένος με ΝΑ είναι πολύ πιθανό να αδυνατεί να εκφράσει την ενόχληση που νιώθει από μια χρόνια δυσκοιλιότητα, ένα χαλασμένο δόντι, μια είσφρηση όνυχος, ακόμη κι από ένα «βουλωμένο» λόγω κυψελίδας αυτί, που οδηγεί σε σημαντική έκπτωση ακοής, με αποτέλεσμα καταστάσεις οι οποίες τις πιο πολλές φορές είναι εύκολα αντιμετωπίσιμες να παραμένουν αδιάγνωστες και αθεράπευτες.

Επιπλέον, ο ηλικιωμένος ασθενής με άνοια είναι ιδιαίτερα επιρρεπής στο να εκδηλώσει πληθώρα σωματικών νοσηροτήτων (λοιμώξη του ουροποιητικού, πόνο ποικίλης αιτιολογίας, δυσκοιλιότητα, επίσχεση ούρων) με τη μορφή οξέος συγχυτικού συνδρόμου (ντελίριο), όπως περιγράφηκε στο Κεφάλαιο 7, όπου μάλιστα οι τυπικές εκδηλώσεις της νόσου συχνά απο-

σιάζουν (π.χ. απουσία πυρετού σε περίπτωση λοίμωξης). Καλό είναι βέβαια να έχουμε υπόψη μας ότι ενίοτε το ντελίριο εκδηλώνεται και με την υποδραστήρια εκδοχή του: αντί ο ασθενής να είναι διεγερτικός, όπως συμβαίνει στην υπερδραστήρια τυπική μορφή, δείχνει υποτονικός και «αποσυρμένος», κατάσταση που αυξάνει ακόμη περισσότερο τις πιθανότητες να διαφύγει η διάγνωση.

Τέλος, τα συμπτώματα τείνουν ορισμένες φορές να ερμηνεύονται ως απότοκο της άνοιας, με αποτέλεσμα να μας διαφεύγει η διάγνωση της υποκείμενης σωματικής νόσου. Για παράδειγμα, η ακράτεια ούρων μπορεί να θεωρηθεί μέρος της κλινικής εικόνας της άνοιας, στην πραγματικότητα όμως ενδέχεται να υποδηλώνει είτε ουρολοίμωξη είτε τυχόν αδόκιμη προσθήκη διουρητικού στη φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς.

ΣΥΝΟΨΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η περαιτέρω διαγνωστική προσέγγιση και οι μέχρι σήμερα διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές υπόκεινται σε συγκεκριμένους περιορισμούς ως προς τη γενίκευση της χρησιμότητάς τους στους ευπαθείς γηριατρικούς ασθενείς. Απαιτείται περαιτέρω μελέτη, εστιασμένη στους υπερήλικες ασθενείς, η οποία να διερευνά τη χρησιμότητα —για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα— καινοτόμων βιοδεικτών και διαγνωστικών πρωτοκόλλων που αναπτύσσονται κατά κανόνα με βάση ερευνητικά δεδομένα από νεότερης ηλικίας πάσχοντες.

Η Σφαιρική Γηριατρική Αξιολόγηση διασφαλίζει τη συνεκτίμηση των συμπαρομαρτούντων γηριατρικών συνδρόμων πέραν της άνοιας και σε συνάφεια με αυτήν, την ολιστική προσέγγιση του ασθενούς ως προς την υγεία του και το αξιακό του σύστημα, την ιεράρχηση των προβλημάτων του και την εξατομικευμένη προσαρμογή της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης τόσο για την άνοια όσο και για τις υπόλοιπες συννοσηρότητές του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Arcand, M. & R. Hébert, *Précis Pratique de Gériatrie*, Άγιος Υάκινθος, Κεμπέκ: Edisem Inc. 2007.

Boccardi, V., C. Ruggiero, A. Patriti, L. Marano, “Diagnostic Assessment and Management of Dysphagia in Patients with Alzheimer’s Disease”, *Journal of Alzheimer’s disease* (2016), 50(4): 947–955, doi:10.3233/JAD-150931

- Brumback-Peltz, C., A. B. Balasubramanian, M. M. Corrada, C. H. Kawas, “Diagnosing dementia in the oldest-old”, *Maturitas* (2011), 70(2): 164–168, doi:10.1016/j.maturitas.2011.07.008
- Childers, D. K. & D. B. Allison, “The ‘obesity paradox’: A parsimonious explanation for relations among obesity, mortality rate and aging?”, *International Journal of Obesity* (2010), 34(8): 1231–1238.
- Droogsma, E., D. Z. van Asselt, C. J. Schölzel-Dorenbos, J. H. van Steijn, P. E. van Walderveen, C. S. van der Hooft, “Nutritional status of community-dwelling elderly with newly diagnosed Alzheimer’s disease: prevalence of malnutrition and the relation of various factors to nutritional status”, *The journal of nutrition, health & aging* (2013), 17(7): 606–610, doi:10.1007/s12603-013-0032-9
- Dubois, B. & A. Michon, *Démences*, Παρίσι: John Libbey Eurotext 2015.
- Gillette Guyonnet, S., G. Abellan Van Kan, S. Andrieu κ.ά., “IANA task force on nutrition and cognitive decline with aging”, *The journal of nutrition, health & aging* (2007), 11(2): 132–152.
- Giulioli, C., *Fonctionnement cognitif et démente du sujet très âgé* (διδαστορική διατριβή), Université de Bordeaux, 2017, NNT:2017BORD0663.
- Lilamand, M., E. Cognat, S. Goutagny κ.ά., “Biomarkers of Alzheimer’s disease in older and oldest old patients”, *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement* (2019), 17(1): 65–72, doi:10.1684/pnv.2019.0779
- Parker, S. G., P. McCue, K. Phelps κ.ά., “What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review”, *Age and Ageing* (2018), 47(1): 149–155, doi:10.1093/ageing/afx166