



## Assistenza nutrizionale in pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica.

B. Neri (1), A. Petrucci(2), MG Carbonelli(1)  
1)UO Dietologia e Nutrizione  
2)UO Neurologia e Neurofisiopatologia  
Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini Roma

### RAZIONALE

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è una malattia neurodegenerativa la cui prognosi e qualità di vita è dipendente da diversi fattori tra cui lo stato nutrizionale dei pazienti.

Il grado di malnutrizione è indipendente dal livello di compromissione neurologica. Il malato, con il progredire della malattia, tende a perdere peso. L'insorgenza della disfagia, lo scarso appetito, la ridotta capacità di nutrirsi autonomamente causa una ridotta assunzione orale e successiva malnutrizione e disidratazione. Se la perdita di peso supera il 10% o l'indice di massa corporea (BMI) è inferiore a 18,5 kg/m<sup>2</sup> il rischio di mortalità aumenta fino a 7,7 volte<sup>(1;2)</sup>, poiché peggiora la debolezza muscolare e respiratoria<sup>(3)</sup>. Ciò rende essenziale un intervento nutrizionale precoce.

### MATERIALI E METODI

E' stata istituita una collaborazione tra il Servizio Di Neurologia e il Servizio Di Dietologia aziendale.

Alla diagnosi il paziente è inviato presso il nostro ambulatorio per essere preso in carico già nelle prime fasi della malattia<sup>(4)</sup>. Alla prima visita e ai controlli successivi è eseguita la valutazione antropometrica (peso, altezza e calcolo di BMI), la valutazione della composizione corporea mediante bioelettroimpedenziometria (BIA- 101 Akern) con particolare attenzione al valore dell'angolo di fase che è un fattore prognostico indipendente di sopravvivenza, correlato allo stato nutrizionale del paziente.<sup>(5)</sup>Viene poi effettuata una accurata anamnesi alimentare. In base al calcolo del fabbisogno energetico, dell'intake calorico e degli esami ematochimici viene prescritta una dietoterapia adeguata alla condizione clinica del paziente. Se è presente disfagia si prescrivono modificazioni della consistenza dei cibi e utilizzo di addensanti e acque gelificate. A seconda a seconda del quadro clinico del paziente è programmato un controllo da 1 a 3 mesi.

### RISULTATI

Da ottobre 2014 a novembre 2016 sono stati valutati 25 soggetti, 8 femmine e 17 maschi di età compresa fra 43 e 86 anni con BMI medio di 24kg/m<sup>2</sup>. Alla BIA si è evidenziato un angolo di fase medio di 4,6° (variabile tra 2,5° e 6,8). Di questi, 12 presentavano già segni di disfagia. Per ogni soggetto è stata effettuata una prescrizione dietetica personalizzata, lievemente iperproteica (proteine superiore al 20%) nei soggetti con buona funzionalità renale, con counseling adeguato alle loro difficoltà. Nei pazienti con disfagia sono state effettuati adeguamenti dietetici appropriati.

Al controllo in caso di calo ponderale o sopraggiunta disfagia, è stato effettuato un nuovo counseling nutrizionale con eventuale modifica alla prescrizione. I pazienti che presentavano una disfagia severa con impossibilità a mantenere una alimentazione adeguata per os sono stati avviati alla nutrizione artificiale.

Dei 25 soggetti valutati, 1 è stato avviato alla nutrizione enterale con posizionamento di PEG; 6 sono drop out.

Dei 18 giunti al controllo, 7 presentavano un decremento ponderale medio di 1,7kg (-4,2 kg massimo); gli altri soggetti hanno mantenuto un peso sostanzialmente invariato. Tuttavia si evidenzia una variazione della composizione corporea con diminuzione della massa magra in media di circa 3% (max 4,5%, min 0,4%); angolo di fase medio di 4,6° (max 6,6°, min 3,3°).

Nei soggetti con angolo di fase al di sotto dei valori della norma<sup>(6)</sup>, è stato effettuato un nuovo counseling alimentare e nel caso il paziente non riuscisse a coprire i fabbisogni è stato prescritto un integratore alimentare adeguato da assumere per os. Per ogni paziente è stato programmato un nuovo controllo.

### CONCLUSIONI

La nostra esperienza ha confermato l'estrema fragilità di questi pazienti che vanno velocemente incontro a malnutrizione calorico proteica. Il monitoraggio periodico e la riabilitazione nutrizionale mirata ha permesso in più della metà dei pazienti di mantenere il peso anche se con una diminuzione della massa magra che è correlabile all'atrofia muscolare propria della malattia<sup>(2)</sup>. La possibilità di avere dei protocolli di riabilitazione nutrizionale può essere un valido aiuto per rallentare l'instaurarsi della malnutrizione determinando una maggiore efficienza fisica e sensazione di benessere anche in questa patologia, con miglioramento della qualità di vita.

### BIBLIOGRAFIA

- 1.Holm T et all. Severe loss of appetite in amyotrophic lateral sclerosis patients:online self-assessment study. Interact J Med Res. 2013 Apr 17;2(1)
- 2.Muscaritoli M. et all. "Nutritional and metabolic support in patients with amyotrophic lateral sclerosis." Nutrition 2012;28:959-966.
- 3.Ngo ST et all. Body mass index and dietary intervention: implications for prognosis of amyotrophic lateral sclerosis. J Neurol Sci. 2014 May 15;340(1-2):5-12
- 4.Almeida et all:Assessment and nutrition education in patients with amyotrophic lateralsclerosis. Arq Neuropsiquiatr. 2016 Nov;74(11):902-908
- 5.Roubeau V et all: Nutritional assessment of amyotrophic lateral sclerosis in routine practice: value of weighing and bioelectrical impedance analysis. Muscle Nerve. 2015 Apr;51(4):479-84.
- 6.Kyle UG et all: Low phase angle determined by bioelectrical impedance analysis is associated with malnutrition and nutritional risk at hospital admission. Clin Nutr. 2013 Apr;32(2):294-9