



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ**

EPIRUS INSTITUTE OF TECHNOLOGY
ARTA, ZIP CODE : 47100, TEL NUMBER : +30 26810 50000

ΤΜΗΜΑ: ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ ΚΑΙ
ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ
ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ**



Φοιτήτρια: Λιόκου Λεμονιά, Α.Μ.: 12353

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: κ. Βιρβιδάκη Ελεάννα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την καθηγήτριά μου κ. Βιρβιδάκη Ελεάννα που μου ανέθεσε τη συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία κι έτσι μου έδωσε τη δυνατότητα να ανατρέξω σε βιβλιογραφικές πηγές που εμπλούτισαν τη γνώση μου για τις θεραπευτικές προσεγγίσεις των διαταραχών σίτισης και κατάποσης σε ασθενείς με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους επόπτες μου στην πρακτική μου άσκηση κ. Ψωμόπουλο Διομήδη και κ. Χρηστίδου Παρασκευή διότι μου έδωσαν την ευκαιρία να βρεθώ σε ένα πλαίσιο με πληθώρα ασθενών με δυσφαγία και να παρακολουθήσω στην κλινική πράξη τη θεραπευτική της αντιμετώπιση.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ αξίζει στο οικογενειακό και φιλικό μου περιβάλλον που με στηρίζει και με βοηθά πάντα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ασθενείς με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ φαίνεται πως αυξάνονται με το πέρασμα των ετών, δεδομένης της αύξησης του γηριατρικού πληθυσμού. Ένα από τα βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι συγκεκριμένοι ασθενείς, κυρίως στα μεσαία και τελευταία στάδια της νόσου, είναι οι διαταραχές σίτισης και κατάποσης. Σημαντική λοιπόν κρίνεται η αντιμετώπισή τους. Στην παρούσα πτυχιακή εργασία γίνεται αναφορά στα συγκεκριμένα προβλήματα και στους τρόπους διαχείρισης και θεραπευτικής αντιμετώπισής τους τόσο από τη σκοπιά του εξειδικευμένου λογοθεραπευτή (δυσφαγιολόγου), με ειδικές θεραπευτικές τεχνικές και συμβουλές, όσο και από την ιατρική σκοπιά με την τοποθέτηση καθετήρων σίτισης. Επίσης, παρουσιάζονται ερευνητικά δεδομένα, ξένων ερευνητών, που εμφανίζουν τα θεραπευτικά αποτελέσματα στους ασθενείς αυτούς ύστερα από τις αντίστοιχες παρεμβάσεις.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ: ΟΡΙΣΜΟΣ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ, ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	10
ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	11
ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ.....	11
ΝΟΣΟΣ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ.....	13
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	15
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	16
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ.....	18
ΑΛΛΕΣ ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΟΙΑΣ.....	20
Αγγειακή άνοια.....	21
Νόσος του Pick.....	22
Άνοια μετωπιαίου λοβού.....	22
Άνοια με σωματίδια Lewy.....	23
Νόσος του Πάρκινσον και χορεία του Huntington.....	23
Υποφλοιώδης άνοια.....	23
Αλκοολική άνοια.....	24
Ψύχωση του Korsakoff.....	24
Νόσος του Creutzfeldt-Jacob.....	24
Άνοια σχετιζόμενη με Λοιμώξεις του Νευρικού Συστήματος.....	25
ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	25
ΟΙ ΓΛΩΣΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER.....	25
Φωνολογικές διαταραχές.....	26
Μορφολογική έκπτωση στην ΑΤΑ.....	26
Συντακτική έκπτωση στην ΑΤΑ.....	28
Σημασιολογική έκπτωση.....	28
Γραφή.....	30

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:</u> ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ-ΑΛΛΑΓΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΔΟ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	31
Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ.....	32
ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ.....	32
ΦΑΡΥΓΓΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ.....	33
ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ.....	34
ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ.....	35
ΔΥΣΦΑΓΙΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ.....	35
ΑΛΛΑΓΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΔΟ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	36
Η ΚΑΤΑΠΟΣΗ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ.....	37
ΑΙΤΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ.....	40
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑ.....	41
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΦΑΡΥΓΓΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑ.....	41
ΔΥΣΦΑΓΙΑ – ΗΛΙΚΙΑ – ΝΟΣΟΣ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ.....	42
ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΔΥΣΦΑΓΙΑ.....	42
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ.....	43
ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ.....	45
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ.....	46
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΟΣΦΡΗΣΗΣ.....	46
Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΣΙΤΙΣΗ / ΚΑΤΑΠΟΣΗ.....	47
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΜΥΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΗ ΣΙΤΙΣΗ.....	47
ΣΗΜΑΔΙΑ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ.....	48
ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ.....	49
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗΣ.....	50
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΙΩΠΗΛΗΣ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗΣ.....	50
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΗΠΙΑΣ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗΣ.....	50
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:</u> ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ.....	52
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	53
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΕΝΙΚΑ.....	54
Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	56
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	57
ΠΩΣ ΕΠΙΛΕΓΕΤΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	57

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΑΝΤΙΣΤΑΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ.....	58
ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	59
Οσφρητικά-γευστικά ερεθίσματα.....	60
Πίεση.....	60
Θερμική-απτική διέγερση.....	61
Έκλυση του αντανακλαστικού κατάποσης.....	61
Χημική διέγερση.....	61
Αποτελεσματικότητα ανθρακούχων υγρών στην κατάποση.....	62
Χαρακτηριστικά του βλωμού.....	63
ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....	63
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ-ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ.....	64
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΙΤΙΣΗΣ.....	65
ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟ-ΣΙΤΙΣΗΣ.....	67
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΙΤΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΚΑΤΟΠΙΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.....	67
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΜΥΩΝ.....	68
ΑΝΤΙΣΤΑΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΜΥΩΝ.....	69
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:</u> ΣΙΤΙΣΗ ΜΕΣΩ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ.....	72
Η ΣΙΤΙΣΗ ΜΕΣΩ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ.....	73
ΤΡΟΠΟΙ ΜΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ.....	75
ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΚΑΘΕΤΗΡΑΣ.....	75
ΦΑΡΥΓΓΟΣΤΟΜΙΑ.....	76
ΟΙΣΟΦΑΓΟΣΤΟΜΙΑ.....	76
ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑ.....	77
ΝΗΣΤΙΔΟΣΤΟΜΙΑ.....	77
ΟΛΙΚΗ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ.....	78
ΦΤΩΧΟΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΡΕΓ.....	78
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΤΗΣ ΜΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ.....	78
ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ.....	79
ΤΑ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ.....	80

ΟΙ ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ.....	85
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΡΕΓ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ.....	86
ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ.....	87
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΣΩΛΗΝΩΝ ΡΕΓ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ.....	88
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΩΝ.....	90
ΑΠΟ ΤΟ ΡΕΓ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ.....	90
ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΣΤΑΔΙΟ ΜΕ ΑΤΑ.....	91
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	92
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	94

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγιής σίτιση είναι σημαντική και πολύτιμη για όλους μας. Η ικανότητα να μοιραζόμαστε στιγμές κατά την διάρκεια των γευμάτων μας με την οικογένεια και τους φίλους μας, παρέχει την δυνατότητα αύξησης της απόλαυσης του φαγητού.

Όταν όμως κάποιος πρέπει να φροντίσει έναν ασθενή με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, η διαδικασία σίτισης μπορεί να γίνει αγχωτική και να δημιουργήσει απογοήτευση. Οι φροντιστές πρέπει να λάβουν πολλά υπόψη τους ώστε να είναι σίγουροι ότι ο ασθενής με την άνοια τρέφεται με ισορροπημένη διατροφή, ενυδατώνεται κατάλληλα και πως η διαδικασία σίτισης αποτελεί μια εμπειρία ευχαρίστησης και διασκέδασης για τον ασθενή.

Οι συνήθειες σίτισης διαμορφώνονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Η κατανόηση των συνηθειών σίτισης ενός ατόμου με άνοια, μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση των αλλαγών της συμπεριφοράς του όπως για παράδειγμα την άρνησή του να φάει. Είναι αρκετά δύσκολο να προσδιοριστεί το πρόβλημα, κυρίως εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να το εξηγήσει. Με την υιοθέτηση κάποιων τελετουργιών - τεχνικών σίτισης κι εφόσον η κατάσταση του ασθενή το επιτρέπει, πολλές φορές ενθαρρύνεται να σιτιστεί, συχνά ανεξάρτητα και ευχάριστα. Σημαντικό είναι πως κάτι που μπορεί τη μια μέρα να βοηθάει στη σίτιση, την άλλη μέρα μπορεί να μην βοηθάει.

Γεγονός είναι πως η χρήση σωλήνων σίτισης και κυρίως η διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία, γνωστή ως PEG, είναι ευρέως διαδεδομένη στους ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο άνοιας (Lubart, Leibovitz, Habet, 2004) και αναπτύσσουν διαταραχές σίτισης και κατάποσης. Τα τελευταία χρόνια όμως, έχουν διεξαχθεί αρκετές εμπειρικές έρευνες, τα αποτελέσματα των οποίων δεν υποστηρίζουν τα ορθολογικά πλεονεκτήματα που μέχρι πρόσφατα θεωρούνταν πως πρόσφεραν στους ασθενείς αυτούς οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις. Φυσικά τα δεδομένα για την Ελλάδα είναι περιορισμένα. Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια και όσα αναφέρονται σε αυτήν αφορούν σε έρευνες σε πληθυσμούς του εξωτερικού.

Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στις εκφυλιστικές διαταραχές, στον ορισμό της άνοιας και στα χαρακτηριστικά της άνοιας τύπου Αλτσχάιμερ. Παρουσιάζονται επίσης, τα επιδημιολογικά στοιχεία και η επιδημιολογική ανάλυση των παραγόντων κινδύνου. Στη συνέχεια, γίνεται μια σύντομα αναφορά σε άλλες λιγότερο συχνές μορφές άνοιας και στη διαφοροδιάγνωσή τους. Το κεφάλαιο τελειώνει με σύντομη παρουσίαση των γλωσσικών διαταραχών στους ασθενείς με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζονται σύντομα η φυσιολογία της κατάποσης και ο ορισμός της δυσφαγίας και παρακάτω περιγράφεται η κατάποση και οι διαταραχές

κατάποσης με την πάροδο της ηλικίας. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στη νευρογενή δυσφαγία και στις διαταραχές του στοματικού και φαρυγγικού σταδίου της κατάποσης. Τη μεγαλύτερη έκταση του κεφαλαίου καταλαμβάνει η παρουσίαση των διαταραχών σίτισης και κατάποσης των ασθενών με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ.

Το τρίτο κεφάλαιο ξεκινά με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων στους ασθενείς αυτούς και συνεχίζει με το σκοπό της θεραπείας των διαταραχών σίτισης και κατάποσης, τις αντισταθμιστικές τεχνικές, αισθητηριακές παρεμβάσεις και θεραπευτικές στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από την πλευρά του λογοθεραπευτή για την αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών και τέλος, γίνεται μια σύντομη αναφορά συμβουλών για τους φροντιστές των ασθενών με την άνοια τύπου Αλτσχάιμερ.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η ιατρική θεραπευτική προσέγγιση των διαταραχών σίτισης και κατάποσης στους ασθενείς με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ. Έτσι, αναφέρονται τα είδη της μη στοματικής σίτισης και τότε αποφασίζεται η διακοπή της στοματικής σίτισης. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των καθετήρων σίτισης, όπως αυτά εμφανίζονται μέσα από διάφορες έρευνες, τα ηθικά διλήμματα κατά την επιλογή του τρόπου σίτισης κυρίως από τους φροντιστές και τέλος, πιο συγκεκριμένα, οι σωλήνες σίτισης και οι παράγοντες που οδηγούν στην επιλογή τους για τους ασθενείς με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ: ΟΡΙΣΜΟΣ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ, ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η εξέλιξη πολλών ασθενειών περιλαμβάνει την προοδευτική αλλοίωση του εγκεφαλικού ιστού και της συμπεριφοράς. Κάποιες από αυτές τις καταστάσεις είναι κοινές, ενώ άλλες είναι σπάνιες. Η απώλεια των νευρικών κυττάρων κατέχει κεντρική θέση στην εκδήλωση των νευρολογικών και συμπεριφορικών αλλαγών των νευρο-εκφυλιστικών νοσημάτων. Η εξειδικευμένη φύση, κάτω από την οποία επισυμβαίνει ο θάνατος των νευρικών κυττάρων, προσδίδει σε αυτές τις ασθένειες τα χαρακτηριστικά τους συμπτώματα.

Με την επίπτωσή τους να αυξάνεται για κάθε χρόνο άνω της ηλικίας των 65, οι εκφυλιστικές διαταραχές προσβάλλουν ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων, με πρόσφατες εκτιμήσεις να αναφέρουν τρία ως τέσσερα εκατομμύρια ασθενείς με άνοια στις ΗΠΑ. Επιπλέον, οι εκτιμήσεις αυτές μπορεί να είναι χαμηλές λόγω της ελλιπούς αναφοράς των περιστατικών στις αγροτικές περιοχές. Κατά εκτίμηση, το ένα τρίτο από αυτούς που προσβάλλονται έχουν σοβαρές διαταραχές (π.χ., απαιτείται η συνεχής φροντίδα τους).

Οι νευροψυχολογικές διαφορές μεταξύ των εκφυλιστικών νοσημάτων εμφανίζονται τυπικά στα πρώιμα στάδια, προτού η εξέλιξη της ασθένειας γίνει τόσο εκτεταμένη, ώστε να εκμηδενίσει τις διαφορές αυτές. Όταν οι ασθένειες αυτές έχουν προχωρήσει αρκετά στην πορεία τους, ασθενείς τείνουν να μοιράζονται πολλά κοινά χαρακτηριστικά. Το τελικό σημείο για τα περισσότερα άτομα που υποφέρουν από αυτές τις καταστάσεις είναι η πλήρης εξάρτηση, η απώλεια της γενικής επίγνωσης, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας της αντίληψης του εαυτού τους και της αδυναμίας να αυτοεξυπηρετηθούν ή να εμφανίζουν σκόπιμες αντιδράσεις. Ο θάνατος τυπικά επέρχεται από πνευμονία ή άλλες παθήσεις που σχετίζονται με την αδράνεια και την εξασθένηση (Μεσσήνης, Κοσμίδου, Παπαθανασόπουλος, 2009).

ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ

Ο ορισμός της άνοιας έχει εξελιχθεί με τις βιολογικές, κλινικές και επιδημιολογικές γνώσεις. Ποικίλει ελαφρώς από τη μία ταξινόμηση στην άλλη. Στη 10^η Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων (ICD-10), η άνοια είναι «σύνδρομο που οφείλεται σε εγκεφαλική πάθηση, συνήθως χρόνια και προοδευτική, χαρακτηριζόμενη από διαταραχές πολυάριθμων ανωτέρων φλοιωδών λειτουργιών όπως η μνήμη, η σύλληψη των ιδεών, ο προσανατολισμός, η κατανόηση, ο υπολογισμός, η ικανότητα μάθησης, ο λόγος και η κρίση. Οι νοητικές διαταραχές συνοδεύονται συνήθως (και μερικές φορές προηγούνται) από αποδιοργάνωση του συγκινησιακού ελέγχου, της κοινωνικής συμπεριφοράς ή των κινήτρων». Το ICD-10 διακρίνει τις παρακάτω μορφές: άνοια της νόσου Alzheimer, αγγειακή άνοια, άνοιες

συνδεδεμένες με άλλες παθήσεις (νόσος του Pick, του Creutzfeldt-Jacob, του Huntington, του Parkinson, VIH).

Ο ορισμός του DSM-IV (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders) είναι ο ακόλουθος: «Το κύριο χαρακτηριστικό της άνοιας είναι η εμφάνιση πολλαπλών νοητικών ελλειμμάτων που προκαλούν διαταραχή της μνήμης και τουλάχιστον μία από τις παρακάτω νοητικές διαταραχές: αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή των εκτελεστικών λειτουργιών, ή να αντιπροσωπεύουν μια επιδείνωση σε σχέση με το προηγούμενο λειτουργικό επίπεδο».

Οι ταξινομήσεις των παραπάνω αλληλεπικαλύπτονται σε σημαντικό βαθμό. Οι διάφορες ταξινομήσεις και οι ορισμοί εφαρμόζονται κυρίως στην έρευνα ή επιτρέπουν τη συνένωση κριτηρίων που εγγυώνται τις συγκριτικές εκτιμήσεις στους πληθυσμούς που ερευνούνται. Είναι λιγότερο πρακτικές στην κλινική όπου το ζητούμενο δεν είναι η διάκριση διαφόρων μορφών άνοιας αλλά η φροντίδα στους ασθενείς που παρουσιάζουν συχνά πολύπλοκα προβλήματα. Τονίζεται ιδιαίτερος ότι τα στοιχεία αυτά λαμβάνουν ελάχιστα υπόψη τις συνυπάρχουσες νοσηρότητες του εγκεφάλου που αυξάνονται με την ηλικία, ούτε τις αντίστοιχες ψυχιατρικές. Οι τελευταίες αυτές υποστηρίζεται ότι συνδέονται αιτιολογικώς με την άνοια, η πιθανότητα όμως μιας αιτιολογικής συσχέτισης με αυτήν δεν αναφέρεται. Τέλος, ούτε το ICD-10, ούτε το DSM-IV περιλαμβάνουν νέες άνοιες όπως η άνοια των σωμάτων του Lewy (DCL) και η μετωπο-κροταφική άνοια (DTF).

Μέσα σ' αυτό το πολύπλοκο πλαίσιο, επιβάλλεται μια μεθοδική διαδικασία διαγνωστικής προσέγγισης της άνοιας των ηλικιωμένων ατόμων. Αυτή περιλαμβάνει διαδοχικώς την καταγραφή των νοητικών διαταραχών, κατόπιν τη στοιχειοθέτηση της άνοιας και τέλος την εντόπιση της φύσης αυτής (Μεντενόπουλος, Μπούρας, 2002). Η διάγνωσή της, εξαρτάται από τη σοβαρότητα, μεταξύ των ηπιέστερων και σοβαρότερων σταδίων της άνοιας και γίνεται όταν εμφανίζονται γνωστικά ή /και συμπεριφοριστικά συμπτώματα τα οποία:

1. Σχετίζονται με την λειτουργικότητα στην εργασία ή τις συνηθισμένες δραστηριότητες
2. Εμφανίζουν φθίνουσα πορεία από τα προϋπάρχουσα επίπεδα λειτουργικότητας και,
3. Δεν υπάρχει διάγνωση κάποιας σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής.
4. Η γνωστική διαταραχή διαγιγνώσκεται μέσα από ένα συνδυασμό α) λήψης ατομικού ιστορικού από τον ασθενή και κάποιο οικείο πρόσωπο και β) από μια αντικειμενική γνωστική αξιολόγηση.
5. Η γνωστική ή /και συμπεριφοριστική διαταραχή θα πρέπει να εντοπίζεται σε τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα:

- I. Διαταραγμένη ικανότητα του ατόμου να αποκτά και να θυμάται νέες πληροφορίες. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν: επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις, συζητήσεις, σύγχυση σε καθημερινές δραστηριότητες, δυσκολία στο να θυμάται προκαθορισμένες συναντήσεις.
- II. Διαταραγμένη αποφασιστικότητα και διαχείριση πολύπλοκων έργων, φτωχή κρίση. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι: μειωμένη κατανόηση της επικινδυνότητας, αδυναμία διαχείρισης των οικονομικών και αδυναμία σχεδιασμού σύνθετων ή διαδοχικών δραστηριοτήτων.
- III. Διαταραγμένες οπτικοχωρικές ικανότητες. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν: αδυναμία αναγνώρισης προσώπων ή κοινών αντικειμένων, χρήσης απλών εργαλείων και δυσκολία ως προς την ένδυση.
- IV. Διαταραγμένες γλωσσικές λειτουργίες (ομιλία, ανάγνωση, γραφή) όπου τα πιθανά συμπτώματα είναι: δυσκολία στην έκφραση κοινών λέξεων καθώς το άτομο μιλάει, ομιλία με δισταγμό, λάθη ορθογραφίας, ανάγνωσης, συλλαβισμού.
- V. Αλλαγές στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του ατόμου που περιλαμβάνουν ασυνήθιστες διακυμάνσεις στη διάθεσή του όπως: θυμό, απάθεια, κοινωνική απομόνωση, μειωμένο ενδιαφέρον για προηγούμενες δραστηριότητες, εμμονές, κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές (Alzheimer's & Dementia, 2011)

ΝΟΣΟΣ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ

Η νόσος Αλτσχάιμερ είναι ευρέως γνωστή ως η ασθένεια της μεγάλης ηλικίας. Είναι η συχνότερη κατάσταση που προκαλεί άνοια σε Ευρώπη και Αμερική και αφορά στο 10% του πληθυσμού ηλικίας πάνω από 65, ποσοστό που αυξάνεται στο 20% του πληθυσμού άνω των 80, με την ηλικία να αποτελεί τον μεγαλύτερο παράγοντα κινδύνου. Η νόσος Αλτσχάιμερ πρέπει να διαχωριστεί από τα άλλα είδη άνοιας όπως για παράδειγμα από την αγγειακή άνοια. Τα νευροπαθολογικά ευρήματα στη νόσο Αλτσχάιμερ, περιλαμβάνουν νευρωνική εκφύλιση, νευροινιδικά πλέγματα και αμυλώδης αγγειοπάθεια αλλά προς το παρόν δεν υπάρχουν βιολογικοί δείκτες που επιτρέπουν την προ-συμπτωματική ανίχνευση ή τον ορισμό διάγνωσης της νόσου. Προς το παρόν δεν αναγνωρίζονται ειδικά τεστ και η διάγνωση συνήθως γίνεται με τον αποκλεισμό κριτηρίων και την εξέταση συμπεριφοριστικών, γνωστικών και γλωσσικών πληροφοριών παρόλο που η απεικόνιση είναι πλέον μια δομημένη διαδικασία διάγνωσης. Ένα από τα πιο διαδεδομένα διαγνωστικά κριτήρια είναι το DSM-IV-TR, το οποίο ορίζει την άνοια ως ένα σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων, συμπεριλαμβανομένης της βλάβης στη μνήμη και τουλάχιστον μίας από τις ακόλουθες διαταραχές: αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή

στην εκτελεστική λειτουργία. Τα ελλείμματα πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά ώστε να προκαλούν βλάβη στην επαγγελματική ή κοινωνική λειτουργικότητα και επικοινωνία και πρέπει να εμφανίζεται απόκλιση από προηγούμενο υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας. Η νόσος Αλτσχάιμερ ορίζεται ως σύνδρομο άνοιας που ξεκινά σταδιακά και επακολουθεί γνωστική εξασθένηση (Bryan, Maxim, 2006).

Υπάρχουν κάποιες εγκεφαλικές ιστολογικές βλάβες που θεωρούνται συχνές στη νόσο Αλτσχάιμερ: οι γεροντικές πλάκες και οι νευροινιδικές εκφυλίσεις καθώς και άλλες ενδείξεις όπως η αμυλοειδής αγγειοπάθεια και οι νευρωνικές απώλειες, Φαίνεται όμως ότι ακόμα κι αν υπάρχουν αυτές οι αλλοιώσεις δεν προσφέρουν την απόλυτη ένδειξη για την ύπαρξη της νόσου.

Οι γεροντικές πλάκες οι οποίες δημιουργούνται από μια αμυλοειδή εναπόθεση στο εξωτερικό των νευρώνων, περιβάλλονται ή όχι από ανώμαλες νευρωνικές αποφυάδες, έδρα ινιδιακής εκφύλισης. Οι πλάκες αυτές είναι πολυάριθμες στο επίπεδο των ιππόκαμπων και πιο διάχυτες μέσα στον εγκεφαλικό φλοιό. Το κέντρο τους συνίσταται από την πρωτεΐνη A4, της οποίας ο σχηματισμός θα μπορούσε να είναι αποτέλεσμα μιας ανωμαλίας του μεταβολισμού της προδρόμου πρωτεΐνης preA4.

Οι νευροινιδιακές πλάκες συνίστανται από δύο ελικοειδώς συστρεμμένα πρωτεϊνικά ινίδια. Είναι παρούσες στον ιππόκαμπο, στους υποφλοιώδεις πυρήνες και στο φλοιό. Ο όρος αμυλοειδής αγγειοπάθεια σημαίνει ότι τα αρτηρίδια μέσου διαμετρήματος φράσσονται από εναποθέσεις αμυλοειδούς ουσίας. Παρότι αυτές οι αλλοιώσεις θεωρούνται μία από τις ενδείξεις της ασθένειας, η ποσοτική τους σημασία ποικίλει κατά πολύ από τον ένα ασθενή στον άλλο, ενώ συναντώνται επίσης και στη φυσιολογική γήρανση.

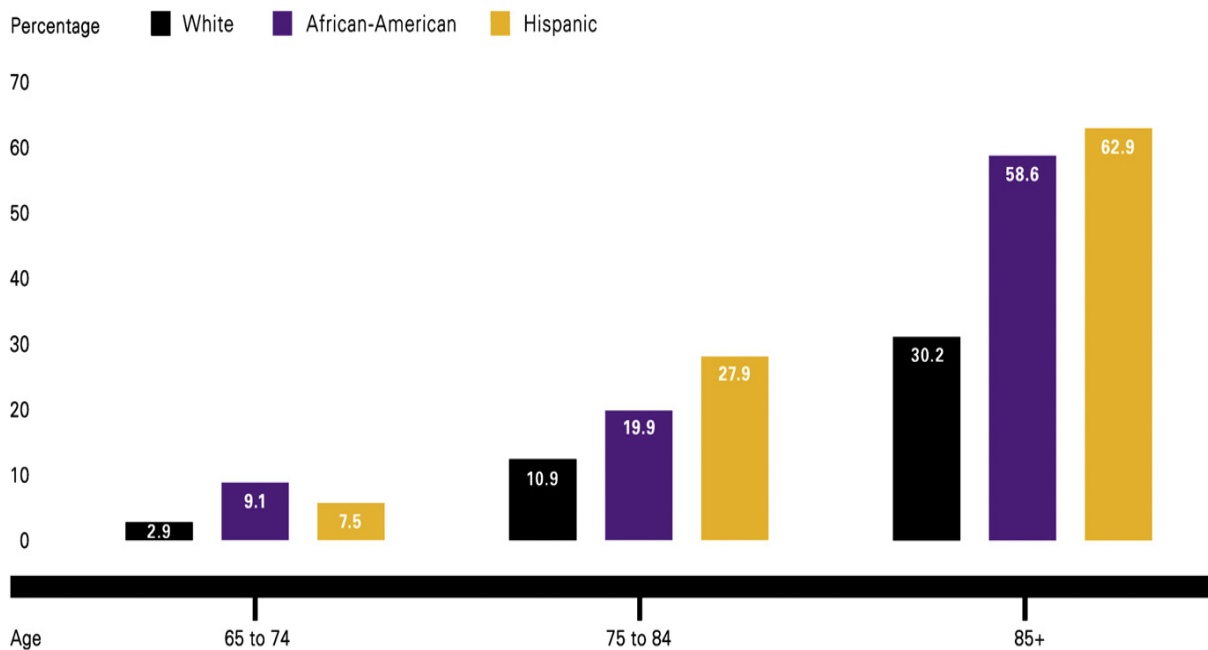
Οι νευρωνικές βλάβες χαρακτηρίζονται κυρίως από σαφή αραίωση των πυραμιδικών νευρώνων μεσαίου μεγέθους στο φλοιό του ιππόκαμπου και των υποφλοιωδών πυρήνων καθώς και από μια πιο διακριτή μείωση στις συνειρμικές περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού. Οι συγκεκριμένες βλάβες είναι αποτέλεσμα της κακής λειτουργίας των κυττάρων και είναι υπεύθυνες για τη διάχυτη ατροφία που παρατηρείται στον εγκέφαλο (Μεγαλούδη, 2000). Παρόλο που η αρχική αιτία της άνοιας τύπου Αλτσχάιμερ είναι άγνωστη, η εμφάνιση του αμυλοειδούς παίζει σημαντικό ρόλο στην παθολογική διαδικασία. Σημαντικές προσπάθειες έχουν διεξαχθεί για την κατανόηση του μεταβολισμού (Kuller, Lopez, 2011).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η νόσος του Alzheimer αποτελεί ένα τεράστιο πρόβλημα κυρίως στις προηγμένες κοινωνίες. Αποτελεί την έκτη αιτία θανάτου. Το 2011, 5,4 εκατομμύρια Αμερικανοί όλων των ηλικιών εμφάνιζαν Αλτσχάιμερ. Από αυτούς, τα 5,2 εκατομμύρια ήταν ηλικίας άνω των 65 ετών, 200.000 άτομα ήταν ηλικίας κάτω των 65 ετών. Γενικά, 1 στους 8 άνω των 65 ετών (13%) εμφανίζουν Αλτσχάιμερ και περίπου μισοί ηλικίας άνω των 85 ετών (43%). Από τα άτομα με Αλτσχάιμερ, 4% έχουν ηλικία μικρότερη των 65, 6% είναι μεταξύ 65-74 ετών, 45% είναι μεταξύ 75-84 ετών και 45% είναι ηλικίας μεγαλύτερης των 85 ετών (Alzheimer Association, 2011). Οι παράγοντες κινδύνου υπολογίζονται με τον αριθμό των νέων περιστατικών σε κάθε 1000 ανά έτος. Στην ηλικία των 90 κάθε χρόνο 10% προσβάλλονται από τη νόσο στον ίδιο βαθμό άνδρες και γυναίκες. Αναφέρεται πως οι γυναίκες προσβάλλονται περισσότερο αλλά αυτό είναι στατιστικό λάθος διότι οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 6 χρόνια περισσότερο από τους άνδρες. Λαμβάνοντας υπόψη το στοιχείο αυτό, ο κίνδυνος της άνοιας σε γυναίκες 65 ετών είναι 35% ενώ για τους άνδρες 15% (Μεντενόπουλος, Μπούρας, 2002).

Η άνοια προβλέπεται να έχει τεράστιο οικονομικό και κοινωνικό κόστος τον 21^ο αιώνα. Οι Wimo και συνεργάτες υπολόγισαν τον συνολικό αριθμό ατόμων με άνοια στα 25 εκατομμύρια (11.87 στην Ασία, 7.43 στην Ευρώπη και 3.08 στην Β. Αμερική). Ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί σε 50 χρόνια στα 104 εκατομμύρια. Παγκοσμίως υπάρχουν 4,6 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις άνοιας το χρόνο, ενώ ένα καινούριο περιστατικό άνοιας διαγιγνώσκεται κάθε 7 δευτερόλεπτα. Το 2000 εκτιμάται ότι προστέθηκαν 411.000 νέες περιπτώσεις ατόμων με Αλτσχάιμερ. Το 2010, ο αριθμός αυτός ήταν 454.000 (αύξηση 10%). Μέχρι το 2030 υπολογίζεται να είναι 615.000 (50% αύξηση από το 2000), ενώ το 2050, εκτιμάται πως θα είναι 959.000 (130% αύξηση από το 2000) (Alzheimer Association, 2011). Σύμφωνα με την Alzheimer Europe στην Ελλάδα υπάρχουν 123-135.000 ασθενείς με άνοια. Είναι σαφές πως λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, η συχνότητα της νόσου θα αυξηθεί και η στατιστική μελέτη προβλέπει ότι μέχρι το 2050 το 31% των Ελλήνων πολιτών θα είναι άνω των 75 ετών. Για τους λόγους αυτούς, η έρευνα στρέφεται στην πρόωμη ανίχνευση της νόσου.

Οι έρευνες επισημαίνουν ότι τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, επιζούν κατά μέσο όρο 4-8 χρόνια μετά τη διάγνωση. Ωστόσο, κάποιοι ζουν μέχρι και 20 χρόνια, γεγονός που δείχνει την αργή και συνεχόμενη πορεία της νόσου. Κατά μέσο όρο ένα άτομο με Αλτσχάιμερ περνά περισσότερα χρόνια (40% των συνολικών χρόνων με Αλτσχάιμερ) στα πιο σοβαρά στάδια της νόσου. Επίσης εκτιμάται, πως το 80% ή και περισσότερο των ατόμων που νοσούν, δεν διαγιγνώσκονται ποτέ (Alzheimer Association, 2011).



Αναλογία των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, σύμφωνα με την εθνικότητα. Washington Heights-Inwood Columbia Aging Project, 2006. Created from data from Gurland et al. Int J Geriatr Psychiatry 1999;14:481–93 [55].

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Σύμφωνα με την ταξινόμηση του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας, προτείνονται οι εξής παράγοντες κινδύνου για τη νόσο Alzheimer: η ηλικία, το γυναικείο φύλο, η εθνότητα, η κοινωνική τάξη και μόρφωση, η γενετική, το σύνδρομο Down σε συγγενείς, το λέμφωμα σε συγγενείς, το ιστορικό νόσων και η συν νοσηρότητα, η αγγειακή άνοια, η θυροειδική νόσος, τα τραύματα κεφαλής, το ιστορικό ψυχικής διαταραχής, οι συνθήκες θανάτου. Παρακάτω γίνεται μια συνοπτική αναφορά στους κυριότερους από αυτούς τους παράγοντες.

Ηλικία: Αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για τη νόσο Alzheimer. Η απώλεια των νευρώνων (κύριο χαρακτηριστικό στη νόσο) σε σχέση με την ηλικία αποτελεί σημείο διαφωνιών διότι δεν είναι σαφές αν οι νευρώνες καταστρέφονται ή αν εμφανίζουν μειωμένο μέγεθος σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου. Επίσης αναφέρεται πως κάποια αντισταθμιστική συναπτική πλαστικότητα σχετίζεται με τη απώλεια των νευρώνων κατά το γήρας και συμβάλλει αποφασιστικά στη νόσο Alzheimer.

Γενετική: Είναι σήμερα δεκτό ότι ορισμένοι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο στην πρόκληση της νόσου Alzheimer. Αναφέρεται ότι δυο τύποι γονιδίων παίζουν ρόλο τα οποία είναι γονίδια σε μεταλλάξεις με τον αυτόσωμο επικρατητικό τύπο και γονίδια που υποστηρίζεται πως ότι ενεργούν μαζί με άλλους παράγοντες. Έχουν

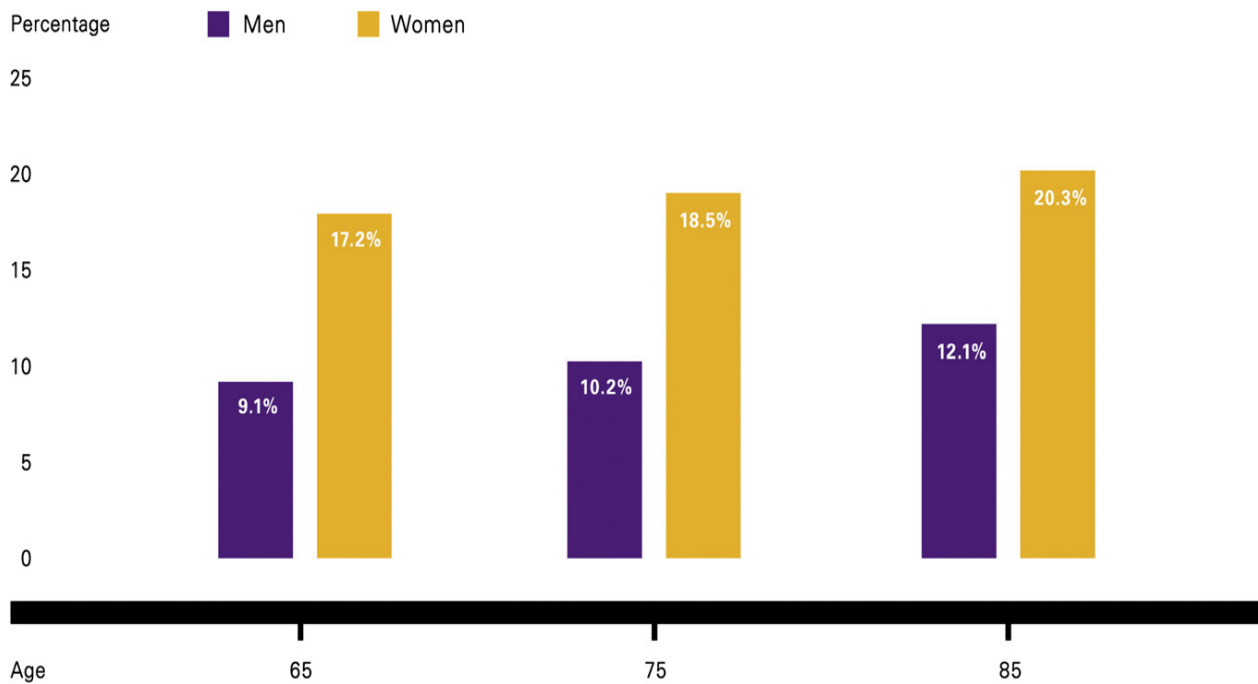
περιγραφεί τρεις μεταλλάξεις: α) το γονίδιο της APP στο χρωμόσωμα 21, β) μεταλλάξεις στο γονίδιο της presenilin-1 στο χρωμόσωμα 14 και γ) της presenilin-2 στο χρωμόσωμα 1. Οι μεταλλάξεις αυτές, υπήρξαν ένα σημαντικό μοντέλο μελέτης της νόσου αλλά όχι σε ποσοτικό επίπεδο διότι αφορούν ένα μικρό μόνο αριθμό – κάτω από 2% - των περιπτώσεων της νόσου, κυρίως πρώιμης έναρξης.

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις: Έχει αναφερθεί πως οι τραυματικές κακώσεις της κεφαλής αποτελούν παράγοντα κινδύνου, ιδίως αυτές που συνοδεύονται με κώμα, χωρίς όμως για το τελευταίο αυτό να υπάρχει επιβεβαίωση. Στην καλούμενη «άνοια των πυγμάχων», θεωρείται ότι επαναλαμβανόμενες μικροκακώσεις οδηγούν σε αλλοιώσεις τύπου Alzheimer, ενώ γενικά υποστηρίζεται πως οι βαρύτερες κακώσεις μπορεί να επιταχύνουν την εμφάνιση της νόσου κατά 5-7 χρόνια.

Ενδοκρινικοί και ορμονικοί παράγοντες: Έχει υποστηριχθεί πως τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, συνδέονται με χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου χωρίς όμως αυτό να έχει επιβεβαιωθεί με μελέτες μακράς παρακολούθησης. Επίσης αναφέρεται πως η θεραπεία με οιστρογόνα κατά την κλιμακτηρική περίοδο είναι δυνατό να μειώνει τον κίνδυνο της νόσου. Αυτό μπορεί να οφείλεται και σ' έναν επιπρόσθετο λόγο, ότι τα οιστρογόνα μειώνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων και οστεοπόρωσης, καταστάσεις που επηρεάζουν τη νόσο.

Τοξικοί παράγοντες: Επιδημιολογικές έρευνες δεν έχουν εντοπίσει τοξίνες του περιβάλλοντος οι οποίες θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου, εκτός από το αλουμίνιο που κι αυτό αναφέρεται με αντιφατικά στοιχεία. Το αλουμίνιο σε μεγάλες ποσότητες, γίνεται τοξικό στο νερό. Η τοξικότητά του στον άνθρωπο προέρχεται κυρίως από αύξηση των φυσιολογικών επιπέδων αυτού στον οργανισμό όταν λόγω της παθολογικής διεργασίας της νόσου δεν είναι δυνατή η αποβολή του. Στις περιπτώσεις αυτές έχει εντοπισθεί στις νευροινδιακές αλλοιώσεις (NFT), αλλά και σε νευρώνες ελεύθερους από NFT.

Αγγειακός παράγων: Έχει συχνά ενοχοποιηθεί στη νόσο. Αναφέρεται ότι το έμφραγμα του μυοκαρδίου αυξάνει τον κίνδυνο της νόσου. Ορισμένες νευροαπεικονιστικές έρευνες έδειξαν επίσης αλλοιώσεις της λευκής ουσίας στο 15-30% φυσιολογικών ενηλίκων, 30-60% σε ασθενείς με νόσο Alzheimer και σε πολλούς ασθενείς με πολυεμφραγματική άνοια. Διαμέσου των αγγειακών παραγόντων που ενοχοποιούνται για την άνοια, εμπλέκονται ο σακχαρώδης διαβήτης, η κολπική μαρμαρυγή και το κάπνισμα (Μεντεσόπουλος, Μπουρας, 2002).



Παράγοντες κινδύνου σύμφωνα με τον Framingham, ανά φύλλο και ηλικία (Alzheimer Association, 2011).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ

Η νόσος συνήθως εμφανίζει υποξεία, ύπουλη πορεία και το διάστημα μεταξύ διάγνωσης και θανάτου ενδεχομένως να είναι από 15 ως 20 χρόνια. Η απώλεια μνήμης τείνει να είναι το πλέον σταθερό συστατικό της κλινικής εικόνας καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου. Τα αρχικά στάδια, χαρακτηρίζονται από διάφορες εκδηλώσεις έκπτωσης της μνήμης. Η έκπτωση της μνήμης επηρεάζει επιλεκτικά τη δηλωτική ανάκληση των πρόσφατων γεγονότων και εμπειριών. Αντιθέτως, τα παλαιότερα γεγονότα που σχετίζονται με την παιδική ηλικία και τα πρόσφατα γεγονότα που φέρουν υψηλό συναισθηματικό σθένος δύνανται να ανακληθούν με σχετική ακρίβεια. Στην αρχή, η μέγιστη δυσκολία περιορίζεται στη εκούσια ανάκληση. Μολονότι η λησμοσύνη μπορεί να είναι αρχικά το μόνο έλλειμμα που εμπλέκεται με τις δραστηριότητες της καθημερινότητας, η νευροψυχολογική εξέταση αποκαλύπτει επιπρόσθετα άλλα ελάσσονα ελλείμματα της προσοχής, της κατονομασίας, του συλλογισμού και των οπτικοχωρικών δεξιοτήτων. Η παρουσία τέτοιων επιπρόσθετων ελλειμμάτων είναι απαραίτητη προκειμένου να εκπληρωθούν τα τρέχοντα αποδεκτά κριτήρια για την κλινική διάγνωση της νόσου.

Σε αρχικό στάδιο, τα ελλείμματα ενδεχομένως να έχουν κυμαινόμενη ένταση και ο ασθενής πιθανώς να φαίνεται υγιής, σε καλή φυσική κατάσταση και με πλήρη έλεγχο των

κοινωνικών του αρετών. Μια συγκεκριμένη αίσθηση αποσύνδεσης από τις επαγγελματικές, κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες ενδεχομένως να αποτελεί χαρακτηριστικό συστατικό της πρώιμης φάσης. Στα αρχικά στάδια, ο ασθενής διατηρεί ακόμα την ανεξαρτησία του. Ωστόσο, κατά τη διενέργεια των διάφορων καθημερινών λειτουργιών, ο ασθενής φαίνεται πιο «ρηχός», λιγότερο αποφασιστικός, αναποτελεσματικός και σε θέση ανάγκης για ολοένα και αυξανόμενη βοήθεια.

Στο ενδιάμεσο στάδιο της νόσου, τα ελλείμματα σε άλλες περιοχές όπως είναι η γλώσσα, ο συλλογισμός, ο χωρικός προσανατολισμός και οι ανώτερες λειτουργίες, εγκαθίστανται πλήρως και ορθώνουν επιπρόσθετα κωλύματα στη διεξαγωγή των καθημερινών δραστηριοτήτων. Η λησμοσύνη συνεχίζει να αυξάνεται σε βαρύτητα και αρχίζει να εμπλέκεται στη μνήμη αναγνώρισης, εγγίζοντας εν τέλει ένα στάδιο όπου ο ασθενής δεν είναι ικανός να αποθηκεύσει νέες πληροφορίες για περισσότερα από μερικά λεπτά. Τα ελλείμματα της προσοχής εμπλέκονται με την ικανότητα διατήρησης μια συναφούς ροής σκέψης και διαδοχικής τοποθέτησης δραστηριοτήτων που κατευθύνονται από στόχους. Τα γλωσσικά ελλείμματα (αφασία) προβάλλουν με τη μορφή ελλειμμάτων στην εύρεση λέξεων και στην ορθογραφία και παρεμβαίνουν την ικανότητα επικοινωνίας. Οι αφασίες στη νόσο Alzheimer χαρακτηρίζονται σχεδόν πάντα από ρέοντα λόγο. Οι μη ρέουσες αφασίες είναι εξαιρετικά σπάνιες και η παρουσία τους ενδεχομένως να υποδηλώνει την ύπαρξη εναλλακτικής διάγνωσης. Η κρίση και η επίγνωση εξασθενούν, σε σημείο που ο ασθενής να χάνει την επίγνωση των εκπτώσεων του. Βαθμιαία χάνεται και η ανεξαρτησία του. Το ενδιάμεσο στάδιο συνήθως περιλαμβάνει διαταραχή του κύκλου ύπνου-αφύπνισης, επιδείνωση των γνωσιακών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων προς το τέλος της ημέρας, διατάραξη της ευπρέπειας και της υγιεινής και εμφάνιση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας.

Το τελικό στάδιο χαρακτηρίζεται από ακράτεια, ανικανότητα αναγνώρισης των οικογενειακών μελών και από δυσκολίες στην κινητικότητα και την πρόσληψη τροφής. Είναι μάλλον απίθανο να μην προσβληθούν η γνωσιακή, συμπεριφορική και η ψυχιατρική λειτουργία σε αυτό το στάδιο της νόσου. Οι πρωτογενείς αισθητηριακές και κινητικές λειτουργίες ενδεχομένως να παραμείνουν σχετικά ακέραιες μέχρι όψιμα κατά την πορεία της νόσου, ωστόσο τα εξωπυραμιδικά ελλείμματα όπως ο μυόκλονος, η δυσκαμψία, το σημείο οδοντωτού τροχού, η υπομιμία και η αστάθεια βάδισης καθίστανται ολοένα και πιο συχνά. Ο ασθενής συνήθως αποβιώνει λόγω καρδιοαναπνευστικής ανακοπής ή από επιπλοκές λοίμωξης.

Επιπρόσθετα αυτής της «συνήθους» μορφής, έχουν αναφερθεί και άλλα λιγότερα τυπικά πρότυπα σε ασθενείς με νευροπαθολογοανατομικά επιβεβαιωμένη νόσο Alzheimer.

Στις μορφές πρώιμης έναρξης της νόσου, που συνδέονται με μεταλλάξεις στο χρωμόσωμα 14 για παράδειγμα, τα κινητικά ελλείμματα και οι μεταβολές στην προσωπικότητα είναι πιθανό να εκδηλωθούν πιο πρώιμα. Σε άλλους ασθενείς τα αισθητικά ελλείμματα της όρασης, της όσφρησης και της ακοής ενδεχομένως να παρουσιαστούν στα αρχικά στάδια της νόσου. Σε έναν πού μικρό αριθμό ασθενών η τυπική νευροπαθολογοανατομία της νόσου μπορεί να συνδέεται με εξελικτική αμέλεια του ημιγώρου, εξελικτική αφασία ακόμα και με μυοκλονική επιληψία. Σπανίως, η νόσος οδηγεί σε μεμονωμένη διαταραχή της μνήμης που είναι δυνατό να εξελίσσεται ύπουλα μέχρι και για δύο δεκαετίες χωρίς άλλα αξιοσημείωτα γνωστικά ελλείμματα. Αυτά τα ασυνήθη κλινικά πρότυπα ενδεχομένως να αντιπροσωπεύουν εξίσου ασυνήθεις ανατομικές κατανομές της νευροπαθολογοανατομίας της νόσου. Εναλλακτικά, η διάγνωση της νόσου φαίνεται να μη ταιριάζει σε ορισμένους από αυτούς τους ασθενείς και πιθανώς να αντανακλά την συμπτωματική εμφάνιση σχετιζόμενων με την ηλικία πλακών και πλεγμάτων, των οποίων η βασική συμπτωματολογία μπορεί να έχει προκληθεί από μια άλλη παθολογική διεργασία που δεν ανιχνεύεται μέσω της συμβατικής μικροσκοπικής εξέτασης (Νάσιος, 2011).

ΑΛΛΕΣ ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΟΙΑΣ

Παγκοσμίως η άνοια επηρεάζει 24.000.000 ανθρώπους, με περίπου 5.000.000 νέες περιπτώσεις ετησίως. Εκτιμάται ότι περίπου το 60% όλων των ασθενών με άνοια έχουν τη νόσο Αλτσχάιμερ (AD), ένα ποσοστό 15-20% έχουν αγγειακή άνοια (VDA) και ακολουθεί με συχνότητα 5-10% η άνοια με σωμάτια Lewy (Lewy body dementia- LBD), στο 1-5% η μετωποκροταφική άνοια (FTD) και περίπου στο 5% οι άλλου τύπου άνοιες (Τσολάκη, 2011). Σποραδικές άνοιες μπορεί να προκύψουν μετά την ηλικία των 40 ετών. Η τρέχουσα ορολογία συνιστά τον όρο πρώιμη εμφάνιση της νόσου, αν αρχίσει η άνοια πριν από την ηλικία των 65 και όψιμη εμφάνιση της νόσου μετά από τα 65. Η σχετική επικράτηση των διαφόρων τύπων άνοιας διαφέρει ανάλογα με την ηλικία της παρουσίας. Η μεγάλη διαφορά είναι ότι σε πρώιμη εμφάνιση άνοιας, το ποσοστό των μετωποκροταφικών ανοιών συμβαίνει στο 25% (έναντι του 1% των περιπτώσεων όψιμης έναρξης) της νόσου και το υπόλοιπο ποσοστό υπολογίζεται στο 50% για τη νόσο AD και στο 25% για την αγγειακή άνοια. Εκτιμάται ότι περίπου το 2-5% των ατόμων άνω των 65 είναι ανοικοί, με θετική εκθετική αύξηση με την αυξανόμενη ηλικία. Μάλιστα, σε πάνω από το 40% των ηλικιωμένων ατόμων άνω των 85 ετών πιστεύεται ότι η γνωστική ικανότητα είναι αρκετά μειωμένη ώστε να δικαιολογείται η διάγνωση της άνοιας. Είναι σαφές πως λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, η συχνότητα της νόσου θα αυξηθεί και η στατιστική μελέτη προβλέπει ότι μέχρι το 2050 το 31% των Ελλήνων

πολιτών θα είναι άνω των 75 ετών. Για τους λόγους αυτούς, η έρευνα στρέφεται στην πρόωμη ανίχνευση της νόσου.

Η έννοια της ήπιας νοητικής διαταραχής εισήχθη για τα ηλικιωμένα άτομα που βρίσκονται σε μια ενδιάμεση κατάσταση μεταξύ της φυσιολογικής κατάστασης και της άνοιας και μπορεί να εκτιμηθεί με το Mini Mental State Examination (MMSE). Για να αυξηθεί η κλινική διαγνωστική ακρίβεια έχουν αναπτυχθεί επιπλέον κλινικά κριτήρια και υπάρχει ένα σημαντικό εύρος τιμών στη βιβλιογραφία για τη διαγνωστική τους ακρίβεια για τις διάφορες μορφές άνοιας. Οι ασθενείς με μέτρια ή με σοβαρή μορφή της νόσου πιο εύκολα ανιχνεύονται και ταξινομούνται απ' ό,τι εκείνοι με ήπια γνωστική ανεπάρκεια. Το ιστοπαθολογικό υλικό είναι ζωτικής σημασίας τόσο για την επαλήθευση της ακρίβειας της κλινικής διάγνωσης όσο και για την έρευνα.

Σε οποιοδήποτε ασθενή που παρουσιάζει μια νοητική δυσλειτουργία είναι σαφές ότι είναι σημαντικό να αποκλεισθούν αναστρέψιμες δυναμικές αιτίες, βιοχημικές, φλεγμονώδεις ή μορφολογικές βλάβες από άλλες παθήσεις. Η μορφολογική απεικόνιση (MRI) πρέπει να γίνεται στους ασθενείς με γνωστική δυσλειτουργία και είναι απαραίτητη για την ανίχνευση και των αποκλεισμό άλλων καταστάσεων όπως εγκεφαλικών εμφράκτων, νεοπλασμάτων, υποσκληρίδιου αιματώματος και υδροκεφάλου φυσιολογικής πίεσης. Η λειτουργική απεικόνιση τις περισσότερες φορές είναι συμπληρωματική μέθοδος αλλά πολλές φορές έχει σημαντικό ρόλο. Είναι σαφές πως σε προχωρημένη νόσο τα ευρήματα είναι πιο σαφή και η ευαισθησία της μεθόδου αυξημένη, ενώ τα διαγνωστικά προβλήματα αφορούν κυρίως την πάθηση σε πρώιμα στάδια, όπου απαιτείται η διαφορική διάγνωση. Ο κύριος σκοπός της νευρο-απεικόνισης είναι η πιο ακριβής διάγνωση στα πρώιμα στάδια της νόσου επειδή α) οι ιστοπαθολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι στα πρώιμα στάδια της νόσου η κλινική διάγνωση σε σημαντικό βαθμό μπορεί να είναι λανθασμένη και β) η μελλοντική δυναμική ανάπτυξη νέων θεραπειών θα μπορεί να επιβραδύνει την πρόοδο της νόσου για αρκετό χρόνο (Τσολάκη, 2011). Παρακάτω, παρουσιάζονται συνοπτικά κάποιες από τις συχνότερες μορφές άνοιας.

Αγγειακή άνοια

Η αγγειακή άνοια είναι η δεύτερη πιο συνήθης μορφή άνοιας, στην οποία οφείλεται το 15-20% περίπου του συνόλου των περιπτώσεων άνοιας. Τα συμπτώματά της έχουν αιφνίδια έναρξη και αποτελούν παράγοντα υψηλού κινδύνου εμφάνισης αγγειακών ασθενειών. Τα χαρακτηριστικά της ασθένειας περιλαμβάνουν πρόδρομη και ανάδρομη αμνησία, έκπτωση της γενικής νοητικής ικανότητας, ενδείξεις αγγειοεγκεφαλικών νόσων και μια κυμαινόμενη, προοδευτική ανάπτυξη των συμπτωμάτων. Υπάρχουν ενδείξεις πως οι ασθενείς με αγγειακή

άνοια, επιδεικνύουν μεγαλύτερη βραδύτητα στην εκτέλεση δοκιμασιών κινητικής και γνωστικής ικανότητας απ' ότι οι ασθενείς με νόσο Αλτσχάιμερ. Έμφρακτα σε διαφορετικές περιοχές του φλοιού και του υποφλοιού σχετίζονται με διαφορετικά γνωστικά συμπτώματα.

Νόσος του Pick

Η νόσος του Pick χαρακτηρίζεται από μια ύπουλη συμπτωματολογία και εμφανίζεται σε μικρότερες ηλικίες από ότι η νόσος του Αλτσχάιμερ. Επίσης παρουσιάζει διαφορετική συμπτωματολογία που περιλαμβάνει διαταραχές στην κοινωνική συμπεριφορά και στην προσωπικότητα. Οι αλλαγές αυτές προκαλούνται κατά κύριο λόγο, από τον εκφυλισμό του μετωπιαίου λοβού. Εκφυλισμός του κροταφικού λοβού μπορεί να επέλθει στα τελευταία στάδια, αν και ο βρεγματικός λοβός παραμένει σχεδόν ανέπαφος. Οι επιδράσεις της νόσου εμφανίζονται σε μεσήλικες, και ο θάνατος επέρχεται στα 3-12 χρόνια μετά την εμφάνιση της νόσου.

Σε επίπεδο συμπεριφοράς, πολλές φορές είναι δύσκολο να γίνει διάκριση (διαφορική διάγνωση) μεταξύ της νόσου του Pick και της νόσου Αλτσχάιμερ, επειδή όσο εξελίσσεται η νόσος του Pick, ο γνωστικός εκφυλισμός των δύο ασθενειών είναι σχεδόν ίδιος. Υπάρχουν, όμως, διαφορές μεταξύ των δύο ειδών άνοιας. Στη νόσο του Pick αρχικά παρατηρούνται αλλαγές στην κοινωνική συμπεριφορά και στην προσωπικότητα, ενώ τα αρχικά συμπτώματα της νόσου Αλτσχάιμερ είναι τα γνωστικά και μνημονικά προβλήματα. Επίσης, προβλήματα παρουσιάζονται στη βρεγματική λειτουργία στη νόσο Αλτσχάιμερ αλλά όχι στη νόσου του Pick. Αν ο ασθενής παρουσιάζει τα γνωστά χαρακτηριστικά του μετωπιαίου λοβού και εμφανίζει ασύμμετρη μετωπιαία ή κροταφική ατροφία αλλά φυσιολογικό ΗΕΓ, η πιθανότερη διάγνωση είναι αυτή της νόσου του Pick.

Άνοια μετωπιαίου λοβού

Έχει υποστηριχθεί η ύπαρξη μιας ξεχωριστής μορφής άνοιας με βάση έναν εκφυλισμό του μετωπιαίου λοβού που δε σχετίζεται με τη νόσο Αλτσχάιμερ. Όπως και στην περίπτωση της νόσου του Pick, διαπιστώνεται μια κροταφική ή μετωπιαία ατροφία, αλλά η ατροφία, αλλά η ατροφία του μετωπιαίου λοβού είναι πιο συχνή από τη νόσο του Pick και διαθέτει ξεχωριστά χαρακτηριστικά. Αυτά περιλαμβάνουν αποδιοργανωμένη προσωπικότητα και ανάρμοστη συμπεριφορά, που εμφανίζονται πριν από τα γνωστικά συμπτώματα, προβλήματα στο σχεδιασμό και διαταραχές της μνήμης που αντικατοπτρίζονται από φτωχή στρατηγική μάθηση. Οι ασθενείς αυτοί είναι επίσης πιο επιρρεπής σε παρεμβολές και διατηρούν δύσκολα την προσοχή τους επικεντρωμένη σ' ένα σημείο για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Άνοια με σωματία Lewy

Η άνοια με σωματία Lewy, ή διάχυτη νόσος με σωματία Lewy, χαρακτηρίζεται νευροπαθολογικά από γεροντικές πλάκες και νευροϊνδιακούς κόμβους που παρουσιάζονται και στη νόσο του Αλτσχάιμερ, αλλά παρουσιάζει επιπλέον και τα σωματία του Lewy. Οι νευροπαθολογικοί συσχετισμοί με τη νόσο Αλτσχάιμερ οδήγησαν στο συμπέρασμα πως πρόκειται για μια παραλλαγή της νόσου Αλτσχάιμερ. Η εικόνα αυτή περιπλέκεται ακόμα περισσότερο εξαιτίας της ομοιότητας των νευροψυχολογικών συμπτωμάτων ανάμεσα στη νόσο Αλτσχάιμερ και στην άνοια με σωματία Lewy. Και οι δυο διαταραχές είναι ύπουλες και προοδευτικές και χαρακτηρίζονται από προοδευτική έκπτωση της γνωστικής ικανότητας και πρώιμη απώλεια μνήμης. Υπάρχουν όμως ενδείξεις που δηλώνουν ότι τα δύο είδη άνοιας μπορεί να διαφοροποιηθούν.

Αντίθετα με τους ασθενείς που πάσχουν από τη νόσο Αλτσχάιμερ, οι ασθενείς που παρουσιάζουν άνοια με σωματία Lewy, εκδηλώνουν εξωπυραμιδικά παρκινσονικά συμπτώματα όπως δυσκαμψία, βραδυκινησία και ψευδαισθήσεις. Παρουσιάζουν επίσης και γνωστικά συμπτώματα που δεν παρατηρούνται σε ασθενείς με νόσο του Αλτσχάιμερ. Εμφανίζουν επίσης σημαντικά προβλήματα στην έκφραση (λεκτική ροή), στη συγκέντρωση και στην οπτικοχωρική ικανότητα. Υπάρχει περίπτωση όμως αυτή η οπτικοχωρική εξασθένηση να οφείλεται σε ψυχοκινητικά ελλείμματα.

Νόσος του Πάρκινσον και χορεία του Huntington

Αυτές οι δυο κινητικές διαταραχές καταλήγουν, επίσης, στα προοδευτικά συμπτώματα της άνοιας. Οι ασθενείς με νόσο του Πάρκινσον παρουσιάζουν οπτικοχωρικές διαταραχές, προβλήματα μνήμης, όπως επίσης και δυσκολία στην επικέντρωση της προσοχής. Οι ασθενείς με χορεία του Huntington έχουν εξαιρετικά περιορισμένη ικανότητα προσοχής και συγκέντρωσης και εμφανίζουν διαταραχές στις εκτελεστικές λειτουργίες. Η αποθήκευση και ανάκληση πληροφοριών είναι ελλειμματική, όπως επίσης και η ανάδρομη μνήμη.

Υποφλοιώδης άνοια

Ο όρος «υποφλοιώδης άνοια» της είναι ένας γενικός όρος που υποδηλώνει μια υποφλοιώδη αιτιολογία της άνοιας. Η συμπτωματολογία της είναι παρόμοια μ' αυτή της νόσου του Πάρκινσον, αλλά στην περίπτωση αυτή παρουσιάζεται και εκφυλισμός του εγκεφαλικού στελέχους, ενώ οι νευροϊνιακοί κόμβοι είναι κοντοί και όχι ελικοειδή ζευγάρια (όπως στη νόσο του Αλτσχάιμερ). Η νόσος αυτή μοιράζεται πολλά χαρακτηριστικά με την παθολογία του μετωπιαίου λοβού κι έτσι, αναφέρεται ως υποφλοιώδης μετωπιαία άνοια. Σε

σύγκριση με τους ασθενείς με ΝΑ, οι ασθενείς με υποφλοιώδη άνοια δεν παρουσιάζουν έκπτωση της νοητικής λειτουργίας σε τόσο μεγάλο βαθμό. Η μνήμη αναγνώρισης, για παράδειγμα, είναι καλύτερη απ' αυτή των ασθενών που πάσχουν από άνοια τύπου Άλτσχάιμερ και μπορούν να συγκρατήσουν πληροφορίες καλύτερα από τους τελευταίους για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Αλκοολική άνοια

Η αλκοολική άνοια περιλαμβάνει μια συμπτωματολογία άνοιας που οφείλεται σε χρόνια αλκοολισμό και είναι εμφανής ακόμη και μετά την αποτοξίνωση. Οι οπτικοχωρικές ικανότητες είναι μειωμένες αλλά όχι τόσο όσο οι λεκτικές ικανότητες. Η μνήμη, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και ο σχηματισμό εννοιών μπορεί, επίσης, να έχουν διαταραχθεί. Συντελείται επίσης πολύ σοβαρή και ραγδαία απώλεια της μνήμης με το πέρασμα του χρόνου.

Ψύχωση του Korsakoff

Η ψύχωση του Korsakoff είναι μια οργανική διαταραχή που συνδέεται με το αλκοόλ, στα πλαίσια της οποίας το αλκοόλ αποτελεί βασική πηγή θερμίδων για πολλά χρόνια. Τα κλινικά χαρακτηριστικά της άνοιας που εμφανίζεται εδώ περιλαμβάνουν μια ανικανότητα κωδικοποίησης νέων πληροφοριών και αποθήκευσής τους στη μακροπρόθεσμη μνήμη. Η μνήμη αναγνώρισης είναι εξασθενημένη, όπως επίσης και η μνήμη για γεγονότα που συνέβησαν 20-30 χρόνια πριν την εκδήλωση της διαταραχής. Οι πληροφορίες που χάθηκαν ή δε μπορούν να ανακληθούν περιλαμβάνουν τις αναμνήσεις εκείνες που σχετίζονται με δημόσια αλλά και αυτοβιογραφικά γεγονότα.

Νόσος του Creutzfeldt-Jacob

Η νόσος του Creutzfeldt-Jacob είναι μια σπάνια εκφυλιστική νόσος. Τα κλινικά χαρακτηριστικά της περιλαμβάνουν μια προοδευτική και ταχέως εξελισσόμενη άνοια. Τα αρχικά συμπτώματα είναι σχετικά ήπια αλλά όταν κάνουν την εμφάνισή τους, η εξέλιξη της άνοιας έρχεται ραγδαία.

Άνοια σχετιζόμενη με Λοιμώξεις του Νευρικού Συστήματος

Παραδείγματα αυτής είναι : η άνοια σχετιζόμενη με ιογενείς λοιμώξεις, η άνοια στη μεταμολυσματική εγκεφαλομυελίτιδα, η άνοια στην εγκεφαλοπάθεια ανοσοποιητικής ανεπάρκειας του ανθρώπου τύπου 1.

Άλλες ασθένειες και διαταραχές που προκαλούν άνοια είναι η υδροκεφαλία, που προκαλεί καταστάσεις σύγχυσης καθώς επίσης και άνοια, βλάβες εκμύελωσης, όπως αυτές που παρουσιάζονται στην πολλαπλή σκλήρυνση, εγκεφαλικά τραύματα ύστερα από πολλαπλά χτυπήματα στο κεφάλι, τα οποία προκαλούν μετατραυματική άνοια, νεοπλασίες και σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις η επιληψία (Μεσσήνης, Αντωνιάδης, 2005).

ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

Άλλες νευρολογικές διαταραχές και ασθένειες πρέπει να αποκλειστούν. Τα ελλείμματα δεν πρέπει να αποτελούν μέρος παραληρήματος και δεν πρέπει να αποδίδονται σε ψυχιατρικές διαταραχές όπως για παράδειγμα την κατάθλιψη. Ακόμα, διάγνωση της νόσου δεν είναι πιθανή όταν η έναρξη της ασθένειας είναι ξαφνική, έχει εστιασμένα νευρολογικά σημάδια ή εμφανίζονται κρίσεις και δυσκολία στο βάδισμα, νωρίς κατά την έναρξή της. Νευροφυσιολογικές έρευνες και απεικονίσεις έχουν δείξει: επιβραδυμένη δραστηριότητα στη νόσο που σχετίζεται με την ηλικία, σύμφωνα με το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, ασύμμετρη κροταφο-βρεγματική υπο-αιμάτωση που βοηθά στη διαφορική διάγνωση μεταξύ αγγειακών και μετωποκροταφικών ανοιών, μία αύξηση στα μέρη του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, συσχετιζόμενη με ατροφία και μείωση του εγκεφαλικού όγκου (Bryan, Maxim, 2006).

ΟΙ ΓΛΩΣΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER

Ύστερα από έρευνα του Meguro M. (2006) και των συνεργατών του, οι γλωσσικές διαταραχές ποικίλουν στους ασθενείς με Αλτσχάιμερ, αλλά φαίνεται να ακολουθούν τη γνωστική αλλοίωση. Επίσης, σύμφωνα με έρευνα των Cera M. και των συνεργατών του (2011), οι ασθενείς με Αλτσχάιμερ εμφανίζουν απραξία λόγου και στοματοπροσωπική απραξία που ακολουθούν την πορεία της νόσου και την επιδείνωση της. Οι γλωσσικές διαταραχές που παρατηρούνται στην ΑΤΑ δεν δείχνουν ισόποση βλάβη σε όλες τις μορφές γλωσσικής γνώσης, καθώς τα σημασιολογικά και πραγματολογικά συστήματα της γλώσσας πλήττονται περισσότερο από το συντακτικό και τη φωνολογία. Πάντως, οι πιο συχνές γλωσσικές διαταραχές στην ΑΤΑ είναι ο ρέων αλλά άδειος λόγος, η σημασιολογική παραφασία, η δυσκολία στην εύρεση λέξεων, η έκπτωση στην ακουστική και γραπτή

κατανόηση. Αντίθετα, διατηρούνται σε καλή κατάσταση άρθρωση και η επανάληψη, κυρίως σε επίπεδο λέξεων, ακόμα και στα προχωρημένα στάδια της νόσου. Επομένως, σε επίπεδο σημειωτικής ιεραρχίας η φωνολογία, η μορφολογία, το συντακτικό και η σημασιολογία πλήττονται σε διαφορετικό βαθμό.

Φωνολογικές διαταραχές

Η φωνολογική γνώση στους ασθενείς με ΑΤΑ παραμένει σχεδόν άθικτη, καθώς οι ασθενείς διατηρούν την ικανότητα να παράγουν τους ήχους της γλώσσας τους και τους ταξινομούν κατάλληλα, ακόμα και στα προχωρημένα στάδια της νόσου. Επομένως, φωνημικές παραφασίες δεν παρουσιάζονται στα πρώτα στάδια της νόσου. Η παρουσία τους όμως χρησιμεύει ως ένα στοιχείο διαφορικής διάγνωσης ανάμεσα στην αγγειακή άνοια και την ΑΤΑ υπέρ της πρώτης.

Η διατήρηση της φωνολογικής ικανότητας τεκμηριώνεται κι από το γεγονός ότι η αναγνωστική ικανότητα διατηρείται στα πρώτα στάδια τα νόσου. Τα φωνολογικά και ορθογραφικά συστήματα αποθήκευσης στη λεξιλογική μνήμη παραμένουν ενεργά καθώς οι ασθενείς διατηρούν την ικανότητα «ανάγνωσης χωρίς κατανόηση», η οποία περιλαμβάνει την άμεση οπτική λεξιλογική πρόσβαση και τη γραφοφωνολογική κωδικοποίηση. Επομένως, οι ασθενείς με ΑΤΑ έχουν καλές επιδόσεις σε έργα που εξετάζουν τη μεταβίβαση, την αντίληψη ή την παραγωγή των ήχων του λόγου χωρίς αναφορά στη σημασία ακόμα και στα υστερότερα στάδια της νόσου.

Μορφολογική έκπτωση στην ΑΤΑ

Τα έργα που εξετάζουν τη μορφολογία της γλώσσας περιλαμβάνουν μετρήσεις της λεξιλογικής ικανότητας. Η έρευνα της γλώσσας στην ΑΤΑ έχει εστιάσει πρωταρχικά στην έκπτωση κατονομασίας που ονομάζεται κατονομαστική αφασία και θεωρείται βασική στους ασθενείς με ΑΤΑ. Αυτή η κατονομαστική αφασία εκδηλώνεται με τα μορφή λεξιλογικής ένδειας και η δυσκολία εύρεσης λέξεων. Η δυσκολία κατονομασίας στα πρώτα στάδια της νόσου ίσως οφείλεται κυρίως σε αδύνατες συνδέσεις ανάμεσα στις έννοιες και στις ονομασίες των λέξεων, ενώ οι συνδέσεις ανάμεσα στις εικόνες και στις έννοιες των λέξεων διατηρούνται. Για τους ασθενείς στα μεσαία στάδια της νόσου, η έκπτωση στην ανάκληση της λειτουργίας ενός αντικείμενου είναι ενδεικτική μιας οπτικής αγνωσίας που οφείλεται σε χαλαρές συνδέσεις ανάμεσα στην εικόνα και στην έννοια και όχι μόνο στην έννοια και στην ονομασία της λέξης. Αυτή η εξασθένηση της σημασιολογικής μνήμης συνδέεται με παράλληλη έκπτωση στην μακρόχρονη μνήμη. Τόσο η κατονομαστική όσο και η μνημονική

έκπτωση της μακρόχρονης μνήμης είναι έκδηλες στις δοκιμασίες «ανάκλησης» και «αναγνώρισης». Πάντως η κατονομαστική ανικανότητα γίνεται αντιληπτή από τα πρώτα στάδια της νόσου και επιδεινώνεται με τη σοβαρότητά της.

Ωστόσο, τα μέρη του λόγου επηρεάζονται με διαφορετικό τρόπο, καθώς τα ουσιαστικά συνήθως πλήττονται περισσότερο απ' ό,τι τα επίθετα και τα επίθετα περισσότερο απ' ό,τι τα ρήματα. Ανάλογα, οι υψηλότερης συχνότητας λέξεις παράγονται με περισσότερη ευκολία από τις λέξεις χαμηλότερης συχνότητας. Επίσης, μη γλωσσικοί παράγοντες μπορεί να εμπλέκονται στην κατονομαστική βλάβη. Έτσι, οι ασθενείς παρουσιάζουν περισσότερη δυσκολία να κατονομάσουν σωστά τα ασπρόμαυρα σχέδια των αντικειμένων απ' ό,τι πραγματικά αντικείμενα, πράγμα που παραπέμπει σε κάποια οπτική ανικανότητα αναγνώρισης που αλληλεπιδρά με τα προβλήματα κατονομασίας των ασθενών αυτών.

Οι καλές επιδόσεις σε δοκιμασίες μορφολογίας παρατηρούνται κυρίως σε έργα με μικρές απαιτήσεις, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου η σωστή απάντηση είναι μια λέξη υψηλής συχνότητας, στερεοτυπική ή υπερμαθημένη έκφραση. Όμως, όσο πιο σύνθετο είναι μορφολογικά το έργο, τόσο πιο σημαντική είναι η βλάβη. Επίσης οι ασθενείς με ΑΤΑ δυσκολεύονται περισσότερο όταν τους ζητείται να κατονομάσουν όσο το δυνατόν περισσότερα αντικείμενα μιας κατηγορίας (πχ, ζώα, λαχανικά) από ό,τι όταν τους ζητηθεί να κατονομάσουν ένα αντικείμενο που έχουν μπροστά τους ή να συμπληρώσουν έναν όρο που λείπει σε μια πρόταση.

Επικρατέστερες ερμηνείες για αυτή την κατονομαστική βλάβη στην ΑΤΑ είναι α) ότι πρόκειται για βλάβη σημασιολογικής διάκρισης ανάμεσα σε συναφή αντικείμενα, β) έκπτωση στην οπτική διεργασία, γ) αδυναμία στην λεξιλογική πρόσβαση και/ ή δυσκολία στη λεξιλογική επιλογή. Επιπλέον, η αλληλεπίδραση ανάμεσα στη νοητική γλωσσική και μνημονική έκπτωση, φαίνεται να δημιουργεί την υφιστάμενη μορφολογική βλάβη.

Μολονότι η σημασιολογική έκπτωση παίζει κυρίαρχο ρόλο στη δυσκολία κατονομασίας στην ΑΤΑ, δεν υπάρχει ομοφωνία για το εάν η πρωταρχική διαταραχή είναι λεξιλογικής πρόσβασης ή σημασιολογικής έκπτωσης. Η σταθερότητα στις απαντήσεις σε έργα κατονομασίας μαζί με την αδυναμία του ασθενούς να βοηθηθεί από σημασιολογικά και φωνολογικά βοηθήματα μπορεί να διαφωτίζει καλύτερα τη διένεξη υπέρ της σημασιολογικής έκπτωσης.

Συντακτική έκπτωση στην ΑΤΑ

Οι απόψεις για τις συντακτικές ικανότητες των ασθενών με πιθανή ΑΤΑ δίστανται, καθώς κάποιοι υποστηρίζουν ότι η συντακτική ικανότητα εκπίπτει, ενώ κάποιοι άλλοι ότι διατηρείται. Αυτό συμβαίνει, γιατί μία από τις συστοιχίες για την αφασία δεν μετρά αποκλειστικά το συντακτικό, απομονώνοντάς το ως μια ιδιαίτερη δομή. Επίσης μελέτες δεν συνεκτιμούν παράγοντες, όπως το είδος και το μέγεθος δυσκολίας του έργου, αλλά και το στάδιο της ΑΤΑ που βρίσκεται ο ασθενής. Έτσι, οι μελέτες που δείχνουν μικρή ή καθόλου έκπτωση στην κατανόηση προτάσεων στους ασθενείς με ΑΤΑ περιλαμβάνουν μικρό φάσμα συντακτικών δομών και χρησιμοποιούν έργα με μικρές απαιτήσεις, όπως έργα συνδυασμού πρότασης-εικόνας. Αντίθετα, σε προτάσεις με σύνθετη συντακτική δομή (ενεργητική σύνταξη, παθητική, αναφορικές προτάσεις) η επίδοσή τους χειροτερεύει, όπως και στις δομές μικρότερης συχνότητας που αναπτύσσονται τελευταίες κατά τη γλωσσική ανάπτυξη όπου δεν υπάρχουν αυτοματοποιημένες συντακτικές δομές.

Οι ασθενείς με ΑΤΑ, αν και αποτυγχάνουν να διορθώσουν σημασιολογικά λανθασμένες προτάσεις, μπορούν να διορθώσουν λάθη συντακτικά και φωνολογικά σε προτάσεις. Πάντως, πολλά από τα έργα των μελετών που ανέφεραν έκπτωση στην κατανόηση προτάσεων χρειάζονταν για την επίλυσή τους τις διεργασίες τόσο της σημασιολογικής μνήμης, όσο και της συντακτικής επεξεργασίας.

Συμπερασματικά, με βάση τη συντακτική δυσκολία, οι ασθενείς μπορούν να παράγουν συντακτικά αποδεκτές δομές, ιδιαίτερα απλές και αυτοματοποιημένες, όσο διάστημα μπορούν να χρησιμοποιούν τη γλώσσα. Όσο πιο απλή είναι η συντακτική δομή, τόσο περισσότερο διατηρείται, κι όσο πιο σύνθετη τόσο πιο πολύ εκπίπτει. Οι υπερμαθημένες και περισσότερο αυτοματοποιημένες συντακτικά δομές είναι οι καλύτερα διατηρημένες.

Σημασιολογική έκπτωση

Η σημασιολογική διεργασία στο επίπεδο της απλής λέξης είναι λιγότερο σύνθετη από ό,τι στο επίπεδο προτάσεων, γι' αυτό και η επίδοση των ασθενών με ΑΤΑ είναι καλύτερη στο επίπεδο της μιας λέξης παρά στο πιο σύνθετο σημασιολογικό επίπεδο, που απαιτεί την κατανόηση μεγαλύτερων ομάδων λέξεων.

Η σημασιολογική διεργασία εκπίπτει σημαντικά και σταθερά στην ΑΤΑ. Ωστόσο, οι περισσότερες έρευνες για τη σημασιολογική διεργασία αφορούσαν το επίπεδο μιας λέξης, ενώ η συστηματική μελέτη της σημασιολογικής διεργασίας σε επίπεδο πρότασης βρίσκεται σε εμβρυϊκό στάδιο. Η καλύτερη επίδοση των ασθενών στο επίπεδο του λεξιλογίου συμβαίνει

σε συνθήκες αυτοματοποιημένης χρήσης του λεξιλογίου, καθώς η ενσωμάτωση ανάμεσα στη έννοια και την ονομασία μιας λέξης, τη σκέψη και τη γλώσσα χρειάζεται να είναι ελάχιστη.

Παρά την φανερή απώλεια ή την ανικανότητα των ασθενών να χρησιμοποιούν τα χαρακτηριστικά που διαχωρίζουν σημασιολογικά ομοειδείς λέξεις, η κατηγορική-υπερταξική γνώση συνήθως διατηρείται. Τα λάθη ομοιότητας και συνάφειας ή οι σημασιολογικές παραφασίες που κάνουν οι ασθενείς στα πρώτα στάδια της νόσου υποδηλώνουν κάποια πιθανότητα αποδιοργάνωσης του σημασιολογικού δικτύου. Η επικράτηση των σημασιολογικών λαθών, δείχνει ότι οι ασθενείς έχουν έκπτωση στη συγκεκριμένη σημασιολογική γνώση και στην προσέγγιση της πληροφορίας που διαφοροποιεί τις σημασιολογικές κατηγορίες των αντικειμένων.

Για τη διάκριση των ασθενών με πρόωμη άνοια από τους μη ανοϊκούς της ίδιας ηλικίας χρησιμοποιούνται οι δοκιμασίες της λεκτικής ευχέρειας. Η μεγαλύτερη ευαισθησία των δοκιμασιών ευχέρειας σε σχέση με άλλες λεκτικές δοκιμασίες, όπως της οπτικής κατονομασίας, ίσως οφείλεται στην επίπονη ανάκληση από τη σημασιολογική μνήμη αντικειμένων μιας συγκεκριμένης κατηγορίας απ' ότι στις δοκιμασίες οπτικής κατονομασίας, όπου η κάθε λέξη ανακαλείται μετά την παρουσίαση ενός οπτικού ερεθίσματος.

Εκτός από τη λεξιλογική σημασιολογική βλάβη, ανάμεσα στις πρώτες γλωσσικές διαταραχές της ΑΤΑ είναι ότι πλήττονται και μάλιστα περισσότερο από τα στοιχεία που αναλύθηκαν η συνοχή και η συνάφεια της προφορικής και της γραπτής αφήγησης. Η συνοχή αφορά τις εννοιολογικές και πραγματολογικές πλευρές της αφήγησης, την ύπαρξη λογικής ακολουθίας και νοηματικής σύνδεσης των προτάσεων. Αυτά τα προβλήματα εντοπίζονται κυρίως σε έργα που ζητείται η περιγραφή εικόνων, όπου παρατηρείται μείωση των σχετικών πληροφοριών που αφορούν την εικόνα, δυσκολίες στη σημασιολογική ανάκληση και παρουσία άσκοπων λεπτομερειών, με αποτέλεσμα να παράγονται κείμενα με λιγότερες πληροφορίες. Επομένως η προφορική και γραπτή περιγραφή μιας εικόνας μαζί με τις δοκιμασίες λεκτικής ευχέρειας είναι από τις πιο ευαίσθητες συμπληρωματικές μαζί με τις γνωστικές δοκιμασίες για τη διάγνωση της ΑΤΑ.

Άρα στο πλαίσιο της σημειωτικής ιεραρχίας φαίνεται μια ξεκάθαρη σχέση ανάμεσα στη γλωσσική έκπτωση στην ΑΤΑ και στη γλωσσική συνθετότητα τόσο κατά μήκος των κλιμάκων της σημειωτικής ιεραρχίας όσο και μέσα στην κάθε κλίμακα. Με άλλα λόγια, όσο αργότερα κατακτήθηκε κατά την ανάπτυξη μια γλωσσική δομή τόσο πιο μεγάλη είναι η γλωσσική συνθετότητα και πιο πρόωμη η γλωσσική της έκπτωση. Επιπρόσθετα, τα δεδομένα υποστηρίζουν ότι υπάρχει ουσιαστική συσχέτιση ανάμεσα στον βαθμό οργανικής βλάβης και στον βαθμό γλωσσικής έκπτωσης. Εκεί φαίνεται να υπάρχει άμεση σχέση ανάμεσα στην

κοινωνική χρήση της γλώσσας και την οργανική διατήρησή της. Συνοπτικά, μπορούμε να πούμε ότι η ΑΤΑ είναι μια διεργασία, όπου ο ασθενής βιώνει προοδευτικά έλλειψη διαφοροποίησης και σταδιακά αποκοινωνικοποιείται (Τσολάκη, Κάζης, 2005).

Γραφή

Μέσα από τη μελέτη των διαταραχών της γραφής στην ΑΤΑ, προκύπτουν πολλά στοιχεία αναφορικά με τις γνωστικές λειτουργίες. Μπορούν να ερευνηθούν διάφορα νοητικά σύνδρομα κεντρικής ή περιφερικής προέλευσης σε νοσολογικά πλαίσια διαφορετικά από τα μέχρι σήμερα γνωστά. Αν και η ΑΤΑ είναι μια εξελικτική πάθηση όπου δυσκολεύεται η ερμηνεία των συμπτωμάτων, υπάρχει το πλεονέκτημα ότι οι διαταραχές που αναλύονται δεν είναι καθηλωμένες. Επιπλέον χάρη στο PET, μελετώνται οι ανατομικές περιοχές που εμπλέκονται στην έκφραση του γραπτού λόγου, έτσι ώστε η λειτουργική ανατομία του εγκεφάλου να γνωρίζει τα τελευταία χρόνια μια άνευ προηγουμένου εξέλιξη.

Με βάση τις σημερινές αναφορές, οι αγραφίες στη νόσο του Alzheimer περιγράφονται κάτω από διαφορετική οπτική γωνία με νέες ορολογίες και νέες θεωρητικές προσεγγίσεις. Διακρίνονται, σε κεντρικές και περιφερικές. Οι πρώτες έχουν σχέση με τη σημασιολογική έννοια των λέξεων ενώ οι δεύτερες με διάφορους άλλους παράγοντες όπως η προσοχή, η οπτικοχωρική λειτουργία και η απραξία. Ιδιαίτερα η απρακτική αγραφία περιλαμβάνεται στον γενικότερο όρο «περιφερική». Η περιφερική αγραφία έχει λίγο μελετηθεί κι αυτό οφείλεται κυρίως στον παροδικό της χαρακτήρα και στην σύνδεσή της με κινητικές και αφασικές διαταραχές. Οι ανατομικές βλάβες είναι λιγότερο γνωστές, περιγράφονται περιοχές στον κροταφικό και στον μετωπιαίο λοβό του αριστερού ημισφαιρίου, χωρίς να αποκλείεται η συμμετοχή και του δεξιού.

Η σχέση της περιφερικής αγραφίας με διάχυτες εγκεφαλικές βλάβες αποτελεί ένα ενδιαφέρον πεδίο έρευνας γενικώς, αλλά και ειδικώς στην ΑΤΑ. Η εμπλοκή διάχυτων αλλά και εντοπισμένων ανατομικών βλαβών στην ΑΤΑ αποτελεί ένα αξιόλογο πεδίο έρευνας πολλών πτυχών των διαταραχών του λόγου στην αφασιολογία.

Οι διαταραχές της γραφής θα μπορούσαν να συνδέονται με δύο διαφορετικούς φυσιοπαθολογικούς μηχανισμούς- έναν πρώιμης εμφάνισης συνήθως σε σχέση με εντοπισμένες βλάβες στις κροταφο-νιακές περιοχές και κεντρική (λεκτική) αγραφία- έναν άλλο σε σχέση με διάχυτες βλάβες και μη λεκτικού τύπου αγραφία, όπου οι διεργασίες αφορούν τους περιφερικούς παράγοντες τις γραφής δηλαδή προσοχή, οπτικοχωρικές και πραξιακές λειτουργίες (Μεντενόπουλος, Μπούρας, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
**ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ-
ΑΛΛΑΓΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΔΟ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

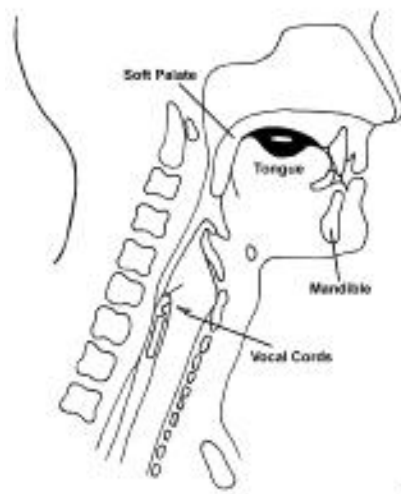
Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ

Η κατάποση είναι μια από τις συχνότερες κινητικές διαδικασίες του οργανισμού. Πρόκειται για δυναμική λειτουργία, αφού απαιτεί τον ακριβή συντονισμό 50 μυϊκών ομάδων και 5 κρανιακών νεύρων. Οι ενήλικες καταπίνουν 580-2000 φορές τη μέρα. Η φυσιολογική κατάποση είναι μια προγραμματισμένη απάντηση σε αισθητηριακά ερεθίσματα (γεύσης, αφής, θερμοκρασίας) (Βιρβιδάκη, 2012). Τα στάδια της κατάποσης είναι τα εξής:

- Το στοματικό στάδιο, το οποίο περιλαμβάνει το προπαρασκευαστικό στάδιο και το προωθητικό στάδιο,
- το φαρυγγικό στάδιο και,
- το οισοφαγικό στάδιο.

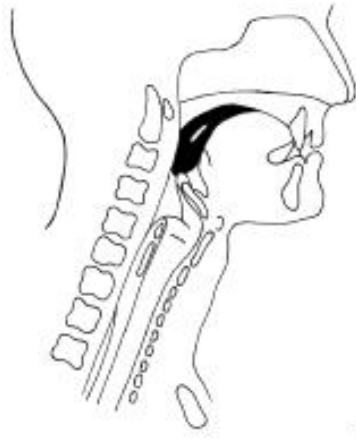
ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Στο προπαρασκευαστικό στάδιο, γίνεται η λήψη της τροφής από το στόμα, η σύνθλιψη και η κατάτμησή της και η ανάμιξη με σιέλο, δημιουργώντας έτσι τον βλωμό που τοποθετείται στη γλώσσα. Ο χρόνος διαμόρφωσης του φαγητού σε βλωμό διαφέρει και εξαρτάται από την υφή της τροφής, τη σύστασή της και τις σιτιστικές συνήθειες του ατόμου. Η γλώσσα μετακινεί το φαγητό μέσα στη στοματική κοιλότητα πιέζοντάς το πάνω στη σκληρή υπερώα και τα δόντια. Ο βυκανήτης μυς συσπάται ελαφρά κι έτσι παραμένει ο βλωμός στο κέντρο του στόματος και δε διαφεύγει στις σχισμές ανάμεσα στη γνάθο και τις παρειές. Τα χείλη παραμένουν κλειστά για αποτροπή της εξώθησης του βλωμού εκτός του στόματος. Ο φάρυγγας είναι χαλαρός και οι αεραγωγοί ανοιχτοί.



Στο προωθητικό στάδιο, γίνεται η προώθηση του βλωμού προς το φάρυγγα, μέχρι την έκλυση του αντανακλαστικού κατάποσης. Διαρκεί από 0,7-1,2 '' (Βιρβιδάκη, 2011). Στους νέους, η έκλυση πραγματοποιείται όταν ο βλωμός φτάσει στις πρόσθιες παρίσθμιες καμάρες, ενώ σε

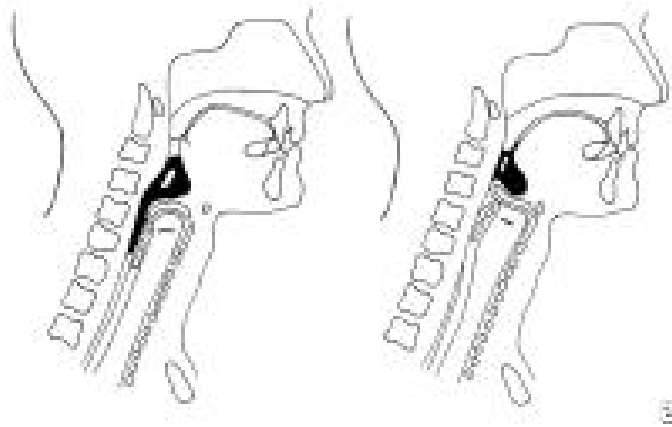
ενήλικες άνω των 60 ετών, η κατάποση ενεργοποιείται όταν ο βλωμός φτάσει στην περιοχή που η κατώτερη άκρη της κάτω γνάθου διασχίζει τη βάση της γλώσσας.



Το στοματικό στάδιο κατάποσης είναι εκούσιο και η αναπνοή είναι ρινική. Η προώθηση του βλωμού διαμέσου των παρίσθμιων καμάρων, σηματοδοτεί και το τέλος της αλληλουχίας των εκούσιων ενεργειών της κατάποσης (Αντωνιάδης, Μεσσήνης, 2010).

ΦΑΡΥΓΓΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

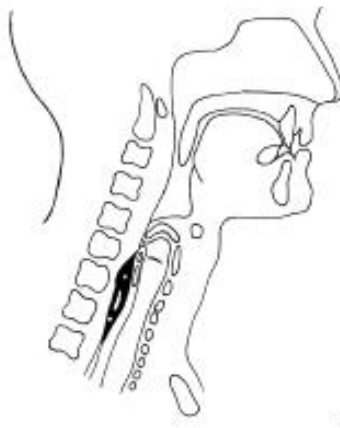
Στο φαρυγγικό στάδιο, γίνεται η προώθηση του βλωμού μέσω του φάρυγγα στον οισοφάγο με μια γρήγορη, αντανακλαστική αλυσίδα κινήσεων, που διαρκεί λιγότερο από 1'. Κατά το φαρυγγικό στάδιο, γίνεται ανύψωση της μαλακής υπερώας και επιτυγχάνεται έτσι το κλείσιμο του ρινοφάρυγγα ώστε να αποφραχθεί η δίοδος προς τη ρινική κοιλότητα. Η βάση της γλώσσας κινείται προς τα πίσω, προς τα φαρυγγικά τοιχώματα ώστε να βοηθηθεί η προώθηση του βλωμού προς τα κάτω. Τα φαρυγγικά τοιχώματα συσπώνται για περαιτέρω προώθηση του βλωμού. Το υοειδές οστό κινείται πρόσθια και ανοδικά, έλκοντας μαζί του και τον λάρυγγα, επιτυγχάνοντας έτσι το λαρυγγικό κλείσιμο. Με την πρόσθια κίνηση, γίνεται χαλάρωση του ανώτατου τμήματος του οισοφάγου (άνω οισοφαγικός σφιγκτήρας) ενώ με την ανοδική κίνηση, κλείνει ο φάρυγγας στο επίπεδο των φωνητικών χορδών. Τέλος, η επιγλωττίδα κατασπάται (κρικοφαρυγγικό άνοιγμα) και σκεπάζει την τραχεία προστατεύοντας τη από την είσοδο τροφής. Ο βλωμός των στερεών φαγητών κατεβαίνει από τη μια πλευρά της επιγλωττίδας, ενώ τα υγρά κατέρχονται και από τις δυο πλευρές.(Αντωνιάδης, Μεσσήνης, 2010).



Το φaryγγικό στάδιο περιλαμβάνει εκούσιες και ακούσιες κινήσεις. Κατά τη διάρκειά του, η αναπνοή διακόπτεται (Βιρβιδάκη, 2011).

ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Κατά το οισοφαγικό στάδιο, γίνεται η μεταφορά του βλωμού με πρωτογενή και δευτερογενή περισταλτικά κύματα του οισοφάγου στο στομάχι, όπου θα ξεκινήσει η διαδικασία της πέψης. Όταν ο βλωμός εισέρχεται στον οισοφάγο, από τον χαλαρωμένο άνω οισοφαγικό σφιγκτήρα, ωθείται προς τα κάτω. Η βαρύτητα υποβοηθά την κίνηση του βλωμού προς τα κάτω και η αντανακλαστική χαλάρωση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα, επιτρέπει την είσοδο στο στομάχι.



Το οισοφαγικό στάδιο διαρκεί περίπου 2 δευτερόλεπτα αν κι έχουν καταγραφεί και μεγαλύτερες διάρκειες ως φυσιολογικές (Αντωνιάδης, Μεσσήνης, 2010). Η αναπνοή επανέρχεται και είναι ρινική ή στοματική, ενώ όλες οι δραστηριότητες αυτού του σταδίου δεν υπόκεινται σε εκούσιο έλεγχο (Βιρβιδάκη, 2011).

ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Η δυσφαγία ορίζεται ως η δυσκολία στη μεταφορά της τροφής (του βλωμού) από το στόμα στο στομάχι. Οι δυσκολίες μπορεί να αφορούν στο στοματικό, φαρυγγικό ή οισοφαγικό στάδιο της καταποτικής ακολουθίας. Οι βλάβες μπορεί να ποικίλουν από καθυστέρηση στη μεταφορά μέχρι απουσία μεταφοράς του βλωμού και περιλαμβάνουν εσφαλμένες κατευθύνσεις της μεταφοράς όπως για παράδειγμα εισχώρηση τον αεραγωγό. Ένας πιο λειτουργικός ορισμός είναι αυτός που ορίζει πως η δυσφαγία είναι μία κατάσταση που προκύπτει από μία διαταραχή είτε στην ευχαρίστηση κατά τη σίτιση, είτε στην διατήρηση της θρέψης και της ενυδάτωσης.

Η δυσφαγία είναι συχνά ένα σύμπτωμα κάποιας βασικής ασθένειας που συνήθως έχει νευρολογική ή μηχανική προέλευση. Μπορεί επίσης να υπάρχει δευτερογενώς σε ψυχιατρικές ασθένειες ή σε ιατρογενείς καταστάσεις όπως για παράδειγμα σε περιπτώσεις τραχειοστομίας ή ως αποτέλεσμα φαρμακευτικών αγωγών. Τα συμπτώματα της δυσφαγίας μπορεί να είναι φανερά ή κρυφά. Η ασυμπτωματική δυσφαγία, μπορεί να οριστεί ως μη αναγνωρίσιμο πρόβλημα, στο οποίο ο ασθενής δεν παραπονιέται για κανένα σύμπτωμα και τα καταφέρει καλά. Όμως, οι Ekberg και Feinberg (1991) βρήκαν ένα σημαντικό αριθμό ραδιογραφικών ανωμαλιών κατάποσης σε μια ομάδα 56 υγιών ηλικιωμένων ασθενών οι κανένας από τους οποίους δεν είχε παραπονεθεί για δυσφαγία. Η συμπτωματική δυσφαγία περιλαμβάνει δυσκολίες στη μάσηση ή στη δημιουργία κατάλληλου συνεκτικού βλωμού, υπερβολική σιελόρροια, βήχα ή παλινδρόμηση, κόλλημα του φαγητού σε οποιοδήποτε επίπεδο της πεπτικής αλυσίδας και επώδυνη κατάποση. Αυτά τα εμφανή συμπτώματα είναι πιο σημαντικά όταν σχετίζονται με πνευμονία λόγω εισρόφησης, απώλεια βάρους, πλημμυρή θρέψη ή οποιοδήποτε συνδυασμό τους (Groher, 1997).

Σημαντικό για τον ορισμό της δυσφαγίας είναι να αναφερθεί πως αποτελεί διαταραχή συμπεριφοριστικών, αισθητικών και κινητικών δραστηριοτήτων που συμμετέχουν στην κατάποση όπως για παράδειγμα της γνωστικής συναίσθησης, της οπτικής αναγνώρισης της τροφής και γενικά όλων των φυσιολογικών αντιδράσεων του οργανισμού στην οσμή και την παρουσία της τροφής (Βιρβιδάκη, 2012).

ΔΥΣΦΑΓΙΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ

Τα υψηλότερα ποσοστά δυσφαγίας στον ηλικιωμένο πληθυσμό συμβαίνουν ως μέρος των αλλαγών του μηχανισμού κατάποσης και δευτερευόντως της παρόδου των ετών και των αυξημένων ποσοστών των ασθενειών όπως τα εγκεφαλικά και άλλα νευρολογικά επακόλουθα στα άτομα άνω των 65 ετών. Στους ηλικιωμένους χωρίς δυσφαγία, που είναι

υγιείς, οι αλλαγές στη φυσιολογία της κατάποσης που σχετίζονται με την ηλικία σπανίως εμφανίζουν συμπτώματα δυσφαγίας.

Σε μια έρευνα σε 556 γυναίκες και άντρες ηλικίας 50-79 ετών οι Lindegren και Janson (1991), βρήκαν ότι το 35% των παράπονων για δυσφαγία σχετιζόταν συνήθως με την υποκειμενική αίσθηση όγκου και τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Αναφορές που αφορούν ηλικιωμένους ασθενείς σε νοσοκομεία με χρόνιες ασθένειες αποκαλύπτουν υψηλά ποσοστά δυσφαγίας. Η δυσφαγία εμφανίζεται πιο συχνά σε ασθενείς με αδυναμία αυτοσίτισης (Groher, 1997).

ΑΛΛΑΓΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΔΟ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Οι αλλαγές στις στοματικές/φαρυγγικές διαδικασίες σε φυσιολογικούς ηλικιωμένους, έχουν ανιχνευθεί από κάποιες έρευνες κι από άλλες όχι. (Sonies et al., 1984; Tracy et al., 1989; Donner και Jones, 1991; Feinberg και Ekberg 1991; Robbins et al., 1992; Wood et al., 1994; Shaw et al., 1995). Παρά τις αποδείξεις για μεταβολές στη στοματική και φαρυγγική λειτουργία, σε υγιείς ηλικιωμένους, τα άτομα αυτά δεν εμφανίζουν συμπτώματα σε σχέση με την κατάποση και είναι ικανά να τρώνε χωρίς περιορισμούς στη διατροφή τους, ασφαλώς και με ευχαρίστηση. Όταν ένας ηλικιωμένος αναπτύξει δυσφαγία στοματικού ή φαρυγγικού σταδίου, οφείλεται σε ασθένεια (κυρίως νευρολογική) και όχι μόνο στην ηλικία. Οι περισσότερες διαταραχές στην κατάποση εξαιτίας νευρολογικών παθήσεων, εμφανίζονται συχνότερα στους ηλικιωμένους. Επιπλέον, τα ηλικιωμένα άτομα, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν ταυτόχρονα προβλήματα υγείας που πιθανώς να χειροτερεύσουν τις επιπτώσεις της δυσφαγίας. Η εμφάνιση δυσφαγίας σε ένα ηλικιωμένο άτομο πρέπει να αξιολογείται πλήρως, όπως σε κάθε ασθενή και δεν πρέπει να αποδίδεται αποκλειστικά και μόνο στην πάροδο της ηλικίας. Κάποιοι από τους παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση για ένα ηλικιωμένο ασθενή με δυσφαγία είναι: η γενική κατάστασή του, η γνωσιακή του ικανότητα, η ψυχική του κατάσταση καθώς επίσης και κοινωνικοί παράγοντες.

Η σχετικά συχνή εμφάνιση εισρόφησης στις μεγαλύτερες ηλικίες εξηγείται αφενός μεν από την μειωμένη ευαισθησία του βλεννογόνου του λάρυγγα με σημαντική μείωση του αντανακλαστικού του βήχα, αφετέρου δε από την αυξημένη εμφάνιση νοσημάτων, τα οποία μπορούν να προκαλέσουν εισρόφηση. Πιθανά προηγηθείσα νοσήματα του πνεύμονα, οδηγούν τα ηλικιωμένα άτομα να έχουν μειωμένη ανοχή στην εισρόφηση με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο πνευμονίας από εισρόφηση. Σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, αυτό είναι η συχνότερη αιτία θανάτου. (Groher, 1997).

Η ΚΑΤΑΠΟΣΗ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Η διαδικασία της γήρανσης, που επηρεάζει αφενός την ανώτερη αναπνευστική – πεπτική οδό και αφετέρου το νευρικό σύστημα και τη ψυχοσύνθεση του ατόμου, μπορεί να επηρεάσει ή να βλάψει μαζί με τα πιθανά συνωδά νοσήματα τη λειτουργία της κατάποσης. Όπως προαναφέρθηκε βέβαια, οι μεταβολές της κατάποσης που σχετίζονται με την ηλικία δεν οδηγούν αναγκαστικά σε δυσφαγία. Στις σχετιζόμενες με την ηλικία μεταβολές της ανώτερης αναπνευστικής / πεπτικής οδού συγκαταλέγονται: η ξηρότητα και ατροφία των βλεννογόνων, η μειωμένη μυϊκή ισχύς με τον μυϊκό τόνο να μειώνεται μεταξύ 20-25% (Chheda, Postma, Johns, 2011) και ταχύτητα κατάποσης, η αδυναμία του συνδετικού ιστού, η μείωση ή απώλεια ελαστικότητας, η οστεοποίηση του σκελετού του λάρυγγα, η μείωση των συναπτικών διασυνδέσεων με επιδράσεις στην κεντρική νευρική ρύθμιση της κατάποσης. Ακόμα, διαταραχές της αναπνοής, αλλά και των αισθήσεων (όσφρηση, γεύση, όραση) μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία της κατάποσης. Μια διαταραχή της όρασης, μπορεί να δυσχεραίνει την πρόσληψη τροφής. Μειωμένη γευστική και οσφρητική αντίληψη μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς την όρεξη. Οι γευστικές θηλές μειώνονται στην ηλικία των 75 ετών κατά περίπου 64%. Η αισθητικότητα του στόματος διαταράσσεται από την ηλικία των 80 ετών.

Στους υπερήλικες παρατηρείται συχνά μειωμένη παραγωγή σιέλου. Σε απώλεια οδόντων απαραίτητη προϋπόθεση για φυσιολογική λειτουργία της κατάποσης είναι η μερική ή η ολική οδοντική προσθετική. Η συχνότητα μάσησης αυξάνεται στους ηλικιωμένους (Feldman, 1980), ενώ η δύναμη της γλώσσας συνήθως μειώνεται.

Η διάρκεια της κατάποσης (ιδιαίτερα η στοματική φάση) μπορεί να επιμηκυνθεί, το ίδιο κι η φαρυγγική καθυστέρηση. Ο Yoshikawa, αξιολόγησε το αποτέλεσμα της γήρανσης στην κατάποση σε άτομα που ήταν όλα υγιή. Από την ανάλυση προέκυψε πως η συχνότητα πρώιμης διαφυγής υγρών και αυξημένων στοματικών και φαρυγγικών υπολειμμάτων ήταν μεγαλύτερη για τα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης από 80 ετών, συγκρινόμενα με άτομα μικρότερης ηλικίας (Chheda, Postma, Johns, 2011).

Σε περιπτώσεις μη συντονισμένης αναπνοής και κατάποσης, η κατάποση μπορεί να ξεκινά με εισρόφηση. Η έκλυση του ανατακλαστικού της κατάποσης μπορεί να επιβραδυνθεί. Η μείωση της αισθητικότητας στην περιοχή του φάρυγγα και του λάρυγγα με ελάττωση του ανατακλαστικού του βήχα, αυξάνουν τον κίνδυνο μιας ‘σιωπηλής’ εισρόφησης. Ο ουδός για το βήχα αυξάνεται στους υπερήλικες 4-6 φορές. Η εισρόφηση είναι πιο πιθανή, καθώς υπάρχει τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για εισρόφηση μετά την

κατάποση αντί το άτομο να κρατήσει την αναπνοή του ή να εκπνεύσει (Chheda, Postma, Johns, 2011).

Στο φαρυγγικό στάδιο, η κάμψη της επιγλωττίδας, η άνοδος του υοειδούς οστού και του λάρυγγα καθώς και η σύγκλειση του λάρυγγα μπορεί να είναι προβληματική. Σ' ότι αφορά το φαρυγγοοισοφαγικό διάστημα, παρατηρείται τόσο μια ατελής όσο και μια παρατεινόμενη ελαττωμένη διάνοιξη.

Στην οισοφαγική φάση, παρατηρείται μειωμένη διάρκεια και διάμετρος του κρικοφαρυγγικού ανοίγματος, αυξημένη εμφάνιση μη προωθητικών συσπάσεων και άλλες διαταραχές κινητικότητας καθώς και διαταραχές συντονισμού ανάμεσα στη στοματική κοιλότητα, το φάρυγγα και τον οισοφάγο. Η συχνότητα εμφάνισης της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης είναι αυξημένη διότι παρατηρείται μειωμένη δύναμη της περίστασης του οισοφάγου με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο χρόνο διάβασης του βλωμού (Αναγνώστου, Μοσχοβάκης, 2007). Παρακάτω, παρουσιάζεται ένας πίνακας με τις συνηθέστερες αλλαγές στο μηχανισμό της κατάποσης με την πάροδο της ηλικίας.

ΓΕΝΙΚΑ	ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ	ΦΑΡΥΓΓΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ	ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ
➤ Αλλαγές στους συνδετικούς ιστούς	➤ Απώλεια της δύναμης της γλώσσας.	➤ Μεγαλύτερος χρόνος κατάποσης.	➤ Πιθανά μειωμένο κρικοφαρυγγικό άνοιγμα.
➤ Οστεοπόρωση	➤ Μειωμένος τόνος των μυών του προσώπου.	➤ Περισσότερες καταπόσεις για τον κάθε βλωμό.	➤ Μειωμένη περίσταση του οισοφάγου.
	➤ Μειωμένη δύναμη των μασητήρων μυών.	➤ Μειωμένη λαρυγγοφαρυγγική αισθητικότητα.	
		➤ Μειωμένος έλεγχος του βλωμού.	
		➤ Περισσότερες πιθανότητες εισρόφησης κατά τη	

		διάρκεια της κατάποσης.	
--	--	-------------------------	--

(Chheda, Postma, Johns, 2011)



Εικόνα κατάποσης τροποποιημένου βαρίου, που αποδεικνύει εισρόφηση, καθώς το βάριο εισέρχεται στην τραχεία (Chheda, Postma, Johns, 2011).



Εικόνα κατά τη διάρκεια αξιολόγησης της κατάποσης με εύκαμπτο ενδοσκόπιο. Το πράσινο υλικό εισέρχεται στον λάρυγγα (λαρυγγική διείσδυση) και περνάει ανάμεσα από τις φωνητικές χορδές (Chheda, Postma, Johns, 2011).

Σε ό,τι αφορά σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί για τις διαφορές στη διαδικασία κατάποσης μεταξύ αντρών και γυναικών, τα αποτελέσματα δεν είναι συντριπτικά. Γενικά, οι υγιείς γυναίκες φαίνεται να παρουσιάζουν πιο ευαίσθητο αντανακλαστικό του βήχα από υγιείς άνδρες, ενώ κατά τη γήρανση, οι άνδρες χάνουν μεγαλύτερο εύρος κινητικότητας απ' ό,τι οι γυναίκες (Βιρβιδάκη, 2011). Τα περισσότερα ευρήματα εμφανίζονται κυρίως σ' ότι

αφορά στο μέγεθος με τους άντρες γενικά να εμφανίζουν μεγαλύτερο μέγεθος στις δομές από τις γυναίκες (Αναγνώστου, Μοσχοβάκης, 2007). Ακόμα, η ενεργοποίηση των υπογένειων μυών λαμβάνει χώρα νωρίτερα στους άντρες από ότι στις γυναίκες, η ανύψωση του υοειδούς οστού είναι πιο αυξημένο στους άντρες. Επίσης, η φαρυγγική περιοχή είναι μεγαλύτερη στους άντρες, ενώ η περίοδος άπνοιας κατά την κατάποση είναι μεγαλύτερη για τις γυναίκες (Corbin-Lewis, Liss, Sciortino, 2004).

ΑΙΤΙΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Η διαδικασία της κατάποσης είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη και απαιτεί προηγουμένως οργάνωση σε πολλά επίπεδα του νευρικού συστήματος. Υπάρχουν πολλές παράμετροι στους οποίους συμμετέχει το νευρικό σύστημα, τόσο κεντρικά όσο και περιφερειακά και στους οποίους οι νευρολογικές διαταραχές 'χτυπούν' προκαλώντας έτσι νευρογενή δυσφαγία.

Οι νευρολογικές διαταραχές μπορεί να προκαλέσουν δυσφαγία στοματικού, φαρυγγικού ή /και οισοφαγικού σταδίου αν υπάρχει ανάμειξη της κεντρική επαγωγικής οδού της κατάποσης, συμπεριλαμβανομένων και μερών του εγκεφαλικού φλοιού, των βασικών γαγγλίων, των υποφλοιώδων περιοχών (όπως για παράδειγμα ο υποθάλαμος) και δομών του εγκεφαλικού στελέχους, συνδυαστικά με μειωμένη λειτουργία των κρανιακών νεύρων και των κοιλιακών και νωτιαίων μυελωδών κέντρων κατάποσης. Γενικά, οι ασθένειες του εγκεφαλικού στελέχους είναι πιο πιθανό να σχετίζονται με τη δυσφαγία από τις φλοιώδεις και τις υποφλοιώδεις ασθένειες.

Οι διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος, μπορεί να οδηγήσουν σε δυσφαγία καθώς επηρεάζουν δομές όπως τους πυρήνες του τριδύμου νεύρου, αύξοντες οδούς στο εγκεφαλικό στέλεχος και υποφλοιώδεις δομές όπως ο υποθάλαμος και τον εγκεφαλικό φλοιό. Οι διαταραχές του περιφερειακού νευρικού συστήματος, μπορεί να οδηγήσουν σε δυσφαγία καθώς επηρεάζουν τη λειτουργία των κρανιακών νεύρων, τις νευρομυϊκές συνάψεις και τις μυώδεις δομές της στοματικής κοιλότητας (γλώσσα, φάρυγγα και λάρυγγα). Οι διαταραχές αυτές μπορεί να αφορούν παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος όπως για παράδειγμα αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, εκφυλιστικές παθήσεις (νόσος Πάρκινσον, νόσος του κινητικού νευρώνα, πλάγια μυατροφική σκλήρυνση), άνοια, όγκοι (ενδοκρανιακοί), φλεγμονώδεις παθήσεις, υποξίες, δηλητηριάσεις, παρενέργειες φαρμάκων. Ακόμα, μπορεί να πρόκειται για παθήσεις των εγκεφαλικών και αυχενικών νεύρων όπως για παράδειγμα όγκοι (ιδιαίτερα της βάσης του κρανίου και φλεγμονώδεις και ανοσολογικές παθήσεις. Τέλος, οι μυασθένειες πιθανά να προκαλούν δυσφαγία.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η μυοτονίες και οι μυϊκές δυστροφίες (εξαιτίας προσβολής του φάρυγγα και του οισοφάγου) (Groher, 1997; Βιρβιδάκη, 2011).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑ

Η αδυναμία, η παράλυση ή /και η απουσία συντονισμού των δομών του φαρυγγικού σταδίου, μπορεί να οδηγήσουν σε αναποτελεσματική προετοιμασία ή /και μεταφορά του βλωμού. Αυτά τα συμπτώματα είναι κυρίως εμφανή σε περιπτώσεις βλαβών των κρανιακών νεύρων κυρίως σε καταστροφή του υπογλώσσιου και προσωπικού νεύρου, σε βλάβη του φλοιού, της περικοιλιακής λευκής ουσίας ή του κυκλώματος των βασικών γαγγλίων που είναι υπεύθυνα για το συντονισμό των στοματικών δομών. Κάποια συμπτώματα νευρογενούς δυσφαγίας στο στοματικό στάδιο είναι τα εξής: σιελόρροια, εναπόθεση του φαγητού στις παρειές ή στις χειλικές αύλακες, δυσκολία στο χειρισμό του βλωμού, στη μάσηση, παρατεταμένη στοματική προετοιμασία και έλλειψη ελέγχου του βλωμού. Ασθενείς με μονομερή περιφερειακή προσωπική παράλυση, και άθικτο το φαρυγγικό και λαρυγγικό μυϊκό σύστημα, βήχουν και πνίγονται στα υγρά και στα στερεά κατά την οξεία φάση της διαταραχής τους. Αυτά τα συμπτώματα προκύπτουν από προβλήματα στις αισθήσεις (γεύση), στην κίνηση και στην αλληλεπίδραση του παρασυμπαθητικού συστήματος. (Corbin-Lewis, Liss, Sciortino, Learning, 2005).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΦΑΡΥΓΓΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑ

Τα σημαντικά γεγονότα του φαρυγγικού σταδίου, είναι η προώθηση του βλωμού και η προστασία των αεραγωγών. Οποιαδήποτε βλάβη επηρεάζει κάποια από τα παραπάνω, πιθανά να καταλήξει σε δυσφαγία. Επειδή τα ελλείμματα αυτού του σταδίου αυξάνουν τον κίνδυνο πνιγμού ή εισρόφησης πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη για την ασφάλεια του ασθενή.

Ασθενείς με σοβαρά μειωμένη λαρυγγοφαρυγγική αισθητικότητα βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο εισρόφησης από πόση υγρών, ακόμα κι αν η κίνηση του φάρυγγα είναι ανέπαφη. Αν τόσο η λαρυγγοφαρυγγική αισθητικότητα όσο και η κίνηση του φάρυγγα έχουν υποστεί βλάβη, ο κίνδυνος εισρόφησης είναι πολύ υψηλός. Εκτιμάται πως το 1/3 των ασθενών με νευρογενή ελλείμματα φαρυγγικού σταδίου, εισροφούν σιωπηρά χωρίς εμφανή σημάδια όπως για παράδειγμα βήχα (Avin, et al., 1996). Συμπτώματα της νευρογενούς δυσφαγίας αυτού του σταδίου μπορεί να είναι τα εξής: καθυστέρηση στην ενεργοποίηση της φαρυγγικής κατάποσης, λαρυγγική διείδυση, εισρόφηση, μειωμένη λαρυγγική ανύψωση, σύγκλειση και πρόσθια κίνηση, μειωμένη σύσπαση φαρυγγικών τοιχωμάτων Ασθενείς με εκφυλιστικές παθήσεις είναι πιθανό να εμφανίσουν τέτοιου είδους συμπτώματα (Corbin-

Lewis, Liss, Sciortino, Learning, 2005; Βιρβιδάκη, 2012). Οι συνέπειες των διαταραχών του φαρυγγικού σταδίου κατάποσης μπορεί να είναι οι εξής: ανάρροια, πιθανή λαρυγγική διείδυση βλωμού (πάνω από το επίπεδο των φωνητικών χορδών), πιθανή εισρόφηση κατά τη διάρκεια ή μετά την κατάποση, κατακρατήσεις βλωμού στον φάρυγγα (στα γλωσσοεπιγλωττιδικά βοθρία, στους απιοειδείς βόθρους, κατά μήκος των φαρυγγικών τοιχωμάτων) (Βιρβιδάκη, 2012).

ΔΥΣΦΑΓΙΑ – ΗΛΙΚΙΑ – ΝΟΣΟΣ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ

Καθώς ο αριθμός των ηλικιωμένων μεγαλώνει, ο αριθμός των ατόμων με νόσο Αλτσχάιμερ που βρίσκονται σε μακρόχρονη φροντίδα αυξάνεται (Brush, Slominski, Boczko, 2006). Γενικά, το 75% των περιπτώσεων με στοματοφαρυγγική δυσφαγία οφείλεται σε νευρολογικά αίτια. Πρόσφατη έρευνα που αφορά στον Αμερικάνικο πληθυσμό, αποκαλύπτει πως περίπου το 1/3 των ανεξάρτητων, ηλικιωμένων Αμερικανών αναφέρει κάποιο πρόβλημα με την κατάποση. Το έτος 2000 υπήρχαν 35 εκατομμύρια Αμερικάνοι πάνω από 65 ετών που αποτελούσαν το 12,4% του συνολικού πληθυσμού. Μέχρι το 2050, αυτή η πληθυσμιακή ομάδα υπολογίζεται πως θα ξεπεράσει τα 86 εκατομμύρια και θα αποτελεί πάνω από το 20% του συνολικού πληθυσμού (Chheda, Postma, Johns, 2011). Καθώς λοιπόν “γερνάει” ο πληθυσμός, τα ποσοστά της δυσφαγίας αναμένεται να αυξηθούν.

Η δυσφαγία είναι συχνή στους ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια. Σε μια έρευνα του Feinberg, μόνο 9 από τους 131 ασθενείς με άνοια που μελέτησε (7%), παρουσίασαν φυσιολογική κατάποση. Περίπου το 1/3 αυτών των ασθενών, εμφάνιζαν διαφορετικά δεδομένα στα ιστορικά τους. Η έρευνά του ανέδειξε όχι μόνο την υψηλή πιθανότητα σημαντικής δυσφαγίας σε αυτό τον πληθυσμό, αλλά και τις δυσκολίες αξιολόγησης αυτών των ασθενών εξαιτίας της άνοιας και κατ’ επέκταση της αναποτελεσματικότητας των θεραπευτικών τεχνικών που απαιτούν τη συνεργασία του ασθενή (Ricardo, Thomas, 2006).

ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΔΥΣΦΑΓΙΑ

Η άνοια είναι καθολική γνωστική διαταραχή και δεν συνδέεται πάντα με κινητική ή αισθητηριακή βλάβη της στοματικής κοιλότητας ή του φάρυγγα. Παρόλα αυτά, αποτελεί μια κυρίαρχη αιτία των δυσκολιών σίτισης επειδή μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα σε σημαντικές λειτουργίες που σχετίζονται με τη σίτιση όπως στην προετοιμασία του φαγητού, στη μεταφορά του φαγητού από το πιάτο στο στόμα και στη εκούσια προετοιμασία του βλωμού στη στοματική κοιλότητα και τη μεταφορά του προς το φάρυγγα (Groher, 1997).

Πρόσφατες έρευνες επισημαίνουν ότι το 60-80% των ατόμων που βρίσκονται σε μακροχρόνια φροντίδα, έχουν διαγνωστεί με άνοια. Αυτό είναι σημαντικό, διότι το ποσοστό των συνολικά υποσιτισμένων ηλικιωμένων που βρίσκονται σε μακροχρόνια φροντίδα υπολογίζεται στο 20-80% (Dorner, 2005). Οι Easterling & Robbins (2008), αναφέρουν πως το 45 % των ασθενών με άνοια εμφανίζουν επίσης και δυσφαγία (Virvidaki, 2011). Η δυσκολία στη σίτιση είναι εξέχουσα και δημιουργεί άγχος στις οικογένειες και τους φροντιστές των ασθενών με άνοια. (Li, 2002). Υπολογίζεται πως περίπου οι μισοί από όλους τους ασθενείς με άνοια, δεν θα έχουν την ικανότητα για αυτοσίτιση μέσα σε 8 χρόνια από τη στιγμή της διάγνωσής τους. Επιπλέον, το 85% των ασθενών με άνοια, εμφανίζουν αποδεδειγμένη άρνηση να φάνε (Detweiler, Kim, Bass, 2004).

Η διαχείριση των ασθενών με άνοια και δυσφαγία μπορεί να είναι πολύ πολύπλοκη. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν αλλαγές στη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια των γευμάτων, αλλαγές στη φυσιολογία της κατάποσης και στις γνωστικές ή γλωσσικές λειτουργίες που επηρεάζουν την ικανότητα κατανόησης και εφαρμογής θεραπευτικών στρατηγικών. Οι ασθενείς μπορεί επίσης να εμφανίζουν αισθητηριακές απώλειες που επηρεάζουν τόσο την ικανότητά τους στη σίτιση και την κατάποση, όσο και την ικανότητα στο να κατανοούν και να χρησιμοποιούν θεραπευτικές στρατηγικές (Longman, 2003).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ

Τα αποτελέσματα της άνοιας στη θρέψη και την ενυδάτωση, αλλάζουν κατά τη διάρκεια της εκφυλιστικής εξέλιξης της άνοιας. Στα αρχικά στάδια, το άτομο με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, ξεχνά να φάει, γίνεται ευερέθιστο και πιθανώς δε θέλει να φάει ή αποσπάται και φεύγει από το τραπέζι χωρίς να φάει. Επίσης, οι ασθενείς στο στάδιο αυτό αναπτύσσουν αγνωσία φαγητού, δηλαδή δεν μπορούν να αναγνωρίσουν οπτικά το φαγητό σαν κάτι που τρώγεται, όταν αυτό τοποθετείται μπροστά τους. Για παράδειγμα, αν τους ζητηθεί να διαλέξουν κάτι να φάνε ανάμεσα σε ένα σάντουιτς, ένα μολύβι και ένα ψαλίδι οι ασθενείς πιθανώς δεν μπορούν να αναγνωρίσουν ο σάντουιτς ως κάτι φαγώσιμο (Logemann, 1998). Αυτό καθιστά δύσκολη την πρόσληψη τροφής στο στόμα και την κατάποση και εξηγεί την καθυστέρηση στο άνοιγμα του στόματός τους και στην πρόσληψη τροφής. Στα μεσαία στάδια, ίσως δεν έχει την ικανότητα να κάτσει αρκετή ώρα στο τραπέζι (Dorner, 2005), ενώ φαίνεται πως εμφανίζουν τόσο δυσκολίες στη διαδικασία σίτισης όσο και στην κατάποση οι οποίες έρευνες επισημαίνουν πως είναι ίδιες αλλά λιγότερο σοβαρές με αυτές του τελευταίου σταδίου. Γενικά παρατηρείται μια καθυστέρηση σε όλη την διαδικασία τη κατάποσης από το

στοματικό χειρισμό του βλωμού μέχρι την απόκριση του φάρυγγα τη στιγμή που δέχεται το βλωμό. Αυτή η καθυστέρηση μπορεί να έχει ως συνέπεια τη μειωμένη προστασία του αεραγωγού και μπορεί να καταλήξει σε αυξημένο βήχα και επεισόδια πνιγμού κατά τη διάρκεια των γευμάτων (Grary, Groher, 2003).

Στα τελευταία στάδια καθώς η νόσος εξελίσσεται (Keller et al., 2008) ο ασθενής μπορεί να τρώει μη φαγώσιμα προϊόντα, αρνείται να φάει (πετάει το φαγητό, αποστρέφει το κεφάλι του από το κουτάλι), χρησιμοποιεί τα χέρια αντί τα σκεύη σίτισης, έχει δυσκολίες κίνησης και συνεργασίας των στοματικών δομών -απραξία σίτισης και κατάποσης- κι έτσι δεν μπορεί να χειριστεί το βλωμό κατάλληλα, ώστε να τον μασήσει και να τον καταπιεί (Li, 2012). Η απραξία της σίτισης καθιστά δύσκολη τη χρήση σκευών σίτισης ενώ η απραξία της κατάποσης καθιστά δύσκολη την έναρξη του στοματικού σταδίου της κατάποσης. Οι ασθενείς πιθανά κινούν το φαγητό μέσα στο στόμα τους, προσπαθώντας να καταλάβουν τι πρέπει να κάνουν με αυτό και πώς να ξεκινήσουν τη διαδικασία της κατάποσης ή μπορεί να κρατάνε το φαγητό μέσα στο στόμα, χωρίς καμία κίνηση της γλώσσας για αρκετά λεπτά (Logemann, 1998). Επιπλέον εμπόδια στη διαδικασία σίτισης αποτελούν τα εξής: μειωμένες αισθήσεις γεύσης, όσφρησης, όρασης και αφής, πιθανή κατάθλιψη και αδυναμία αυτοσίτισης (Detweiler, Kim, Bass, 2004). Πιθανά, ο ασθενής αντιμετωπίζει δυσκολία στην εκτέλεση τόσο των εκούσιων όσο και των ακούσιων σταδίων της κατάποσης (Amella, Grant, Mulloy, 2007). Για τον λόγο αυτό τίθεται θέμα υποσιτισμού (Dorner, 2005).

Οι παρακάτω καταστάσεις που πιθανά σχετίζονται με την αρχική διάγνωση της άνοιας τύπου Αλτσχάιμερ πρέπει να ληφθούν υπόψη (Dorner, 2005):

- Δυσκολία στην κίνηση των στοματικών δομών.
- Φτωχή γνωστική κατανόηση και αλληλεπίδραση.
- Αρνητική αντίδραση στις υφές και συστάσεις των τροφών.
- Διαταραχές στο λόγο που μειώνουν την ικανότητα έκφρασης σε προτιμήσεις φαγητών και / ή δημιουργούν προβλήματα στην κατανόηση των οδηγιών (LeJeune, Kurfuerst, 2009).
- Έλλειψη αναγνώρισης των σκευών σίτισης.
- Ανικανότητα αναγνώρισης της αίσθησης της πείνας.
- Παρενέργειες φαρμάκων. Επειδή μάλιστα ασθενείς με νόσο Αλτσχάιμερ πιθανά να ακολουθούν αντιψυχωσική αγωγή, είναι τρεις φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν δυσλειτουργίες στην κατάποση σε σχέση με άτομα της ίδιας ηλικίας που δεν παίρνουν αντιψυχωσικά φάρμακα (Chheda, Postma, Johns, 2011). Περίπου το 14% των

ασθενών που λαμβάνουν μακροχρόνια αντιψυχωσική αγωγή, αναπτύσσουν όψιμη δυσκινησία της γλώσσας, πιθανή παραμόρφωσή της ή / και κινήσεις αθέτωσης, καταστάσεις που σίγουρα οδηγούν σε σημαντικές διαταραχές κατάποσης (Thomas, Ricardo, 2006).

- Σημαντική, μη αναστρέψιμη φαρυγγική δυσφαγία.
- Μειωμένη σίτιση από το στόμα, συνδυαστικά με τα συμπεριφοριστικά θέματα, πιθανά συσχετιζόμενα με την άνοια (Dorner, 2005).
- Συχνά προβλήματα στοματικής υγιεινής όπως: μειωμένη λειτουργία των σιελογόνων αδένων με αποτέλεσμα το ξερό στόμα, στοματικός πόνος, μειωμένη στοματική αισθητικότητα, βακτηριακές μολύνσεις, αιμορραγία ούλων (Virvidaki, 2011).

Πρόσθετες καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα σίτισης σε ασθενείς με Αλτσχάιμερ είναι οι εξής (www.alzheimerassociation.com): ελλιπής φωτισμός, θορυβώδης χώρος σίτισης, πολλές επιλογές φαγητών σκευών ή ποτών, δυσάρεστες μυρωδιές, περίπλοκες οδηγίες, αίσθημα άγχους από την πλευρά του ασθενή. Η άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, μπορεί να εξελίσσεται αργά ή να εμφανίζει ραγδαία επιδείνωση. Και στις δύο περιπτώσεις, πρέπει να υπάρχει κάποια βάση ώστε να αναγνωρίζεται η πιθανή επιδείνωση του ασθενή η οποία είναι ανεξάρτητη από τις προσπάθειες θεραπείας σίτισης και κατάποσης που πιθανά κάνει ο θεραπευτής της κατάποσης. Ο θεραπευτής της κατάποσης από την πλευρά του θα πρέπει να αναγνωρίζει πότε ο ασθενής δεν επωφελείται πλέον από τη θεραπεία κατάποσης και να αποσύρεται από τη φροντίδα του ασθενή (Logemann, 1998).

ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ

Η απώλεια βάρους, παρατηρείται περίπου στο 40% των ασθενών με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, συμβαίνει σε όλα τα στάδια της νόσου και μάλιστα ακουσίως. Σύμφωνα με τα παρόντα διαγνωστικά δεδομένα, η απώλεια βάρους θεωρείται διαγνωστικό κριτήριο για την άνοια (Aziz, Marjolein, Pijl, Rikkert, Bloem, Roos, 2008). Κάποιες έρευνες αποδεικνύουν πως η ακούσια απώλεια βάρους αυξάνει την πιθανότητα θνησιμότητας, μειώνει την αντίσταση σε μολύνσεις και αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατακλίσεων (Dorner, 2005).

Οι ασθενείς με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν απώλεια βάρους συγκρινόμενοι με γενικές ομάδες ελέγχου. Αυτό πιθανά συμβαίνει διότι από τη μία αυξάνονται οι ενεργειακές ανάγκες των ασθενών εξαιτίας της αυξημένης δραστηριότητάς τους (έντονο περπάτημα, σύγχυση και έντονη δυσφορία) κι από την άλλη ξεχνάν να φάνε, πώς να φάνε, αποσπώνται κατά τη διάρκεια της σίτισης και το αποτέλεσμα είναι ένας επικίνδυνος συνδυασμός για την υγεία αφού τα παραπάνω οδηγούν σε υποθρεψία (Dorner,

2005). Σημαντικός παράγοντας αποτελεί και το γεγονός πως με αυτές τις καταστάσεις αυξάνεται το άγχος των φροντιστών και η πιθανότητα ιδρυματοποίησης αυτών των ασθενών με σκοπό την καλύτερη διαχείριση των παραπάνω καταστάσεων (Keller, Smith, Kasdorf, Dupuis, Martin, Edward, Cook, Genoe, 2008). Πολλές φορές όμως, έρευνες έχουν δείξει πως η έλλειψη χρόνου και το ελλιπές νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν σημαντικούς παράγοντες ώστε οι ασθενείς που νοσηλεύονται να μην λαμβάνουν επαρκείς ποσότητες φαγητού (Amella, Grant, Mulloy, 2007).

Ο εντοπισμός της αιτίας της μειωμένης πρόσληψης κατάλληλων θρεπτικών συστατικών ώστε να αποφευχθεί η απώλεια βάρους, σε συνδυασμό με την κατάλληλη φαρμακευτική παρέμβαση και την κατάλληλη κοινωνική υποστήριξη, μπορεί να αποτελέσει τον καλύτερο τρόπο για αύξηση της πρόσληψης τροφής (Amella, Grant, Mulloy, 2007).

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ

Η περιοδική μέτρηση βάρους των ασθενών είναι ένας απλός και αποτελεσματικός τρόπος ελέγχου της θρεπτικής κατάστασής τους (Aziz, Marjolein, Pijl, Rikkert, Bloem, Roos, 2008). Τα παρακάτω αποτελούν έναν απλό οδηγό.

- ❖ Ακούσια απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 10% μέσα σε έξι μήνες ή 5% μέσα σε ένα μήνα.
- ❖ Σύνηθες σωματικό βάρος κάτω από το 20%, αποδεικνύει αυξημένο κίνδυνο υποθρεψίας.
- ❖ Μειωμένη όρεξη ή πρόσληψη τροφής (περισσότερο από το 25% του φαγητού δεν καταναλώθηκε σε τουλάχιστον 2 από τα 3 γεύματα τις τελευταίες μέρες).
- ❖ Αδυναμία σίτισης για περισσότερες από 10 μέρες (Κώνστα, 2012).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΟΣΦΡΗΣΗΣ

Ενώ για την όσφρηση αναφέρονται πολλές μελέτες, αντιθέτως λίγες μόνο αναφορές υπάρχουν για τη γεύση. Σε έρευνα των Broggio et al. 2001, υποστηρίζεται διαταραχή στο συνειρμικό επίπεδο της αισθητηριακής πληροφορίας της γεύσης σε πρώιμα στάδια της νόσου. Η μελέτη επικεντρώθηκε σε τρεις παραμέτρους της γεύσης : α) στη διάκριση δύο ουσιών, β) στο γνωστικό ή συνειρμικό επίπεδο, π.χ. να συσχετίσει γλυκιά γεύση , ή όξινη με ένα ρόφημα καφέ και γ) στο γευστικό-λεκτικό επίπεδο να υποδείξει τη γεύση ενός προϊόντος , τυρί, λεμόνι κ.α.. Βρέθηκε διαταραχή και στα τρία επίπεδα σε ασθενείς με νόσο Αλτσχάιμερ. Επιπλέον, αγνωστική διαταραχή της γεύσης σε ελαφρά στάδια της νόσου, ενώ η γευστική-λεκτική παράμετρος βρέθηκε περισσότερο διαταραγμένη σε βαρύτερα στάδια.

Προηγούμενοι ερευνητές είχαν υποστηρίξει ότι οι γευστικές διαταραχές στη νόσο δεν είναι χαρακτηριστικές της νόσου αλλά παρατηρούνται και σε άλλες άνοιες. Το ερώτημα που τίθεται είναι εάν οι διαταραχές γεύσης είναι σε σχέση με αυτές της όσφρησης δεδομένου ότι στη νόσο Αλτσχάιμερ παρατηρούνται νευριτιδικές βλάβες και νευρο-ινιδιακές αλλοιώσεις στον οσφρητικό φλοιό και στους οσφρητικούς βολβούς. Είναι γνωστό ότι οι γευστικές ίνες από υποδοχείς της γεύσης συνδέονται με τον αμυγδαλοειδή πυρήνα πριν καταλήξουν στον γευστικό φλοιό της νήσου. Δεν είναι όμως σαφές εάν οι διαταραχές είναι περιφερικής ή κεντρικής προέλευσης. το γεγονός της προέχουσας διαταραχής της γεύσης σε συνειρμικό επίπεδο σε πρώιμα στάδια της νόσου στη μελέτη των Broggio et al., 2001, καθώς και παραπλήσια ευρήματα των Koss et al., 1988, οδηγεί στο συμπέρασμα της κεντρικής εντόπισης της βλάβης (Μεντενόπουλος, Μπούρας, 2002).

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΣΙΤΙΣΗ / ΚΑΤΑΠΟΣΗ

Εξαιτίας των γνωστικών ελλειμμάτων τους, οι ασθενείς με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, μπορεί να ξεχνούν πότε έχει λάβει χώρα το τελευταίο τους γεύμα, έτσι δεν νιώθουν πως πεινάνε. Επίσης εμφανίζουν δυσκολίες στην αναγνώριση του φαγητού, στο να καθίσουν για ένα γεύμα, ενώ έχουν ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά στη διάρκεια των γευμάτων. Δυσκολίες στην κατανόηση των οδηγιών κατά τα γεύματα είναι εμφανείς. Ακόμα παρουσιάζουν βλάβη στην έκφραση των προτιμήσεων φαγητών. Ακόμα, οι ασθενείς είναι πιθανό να εμφανίσουν παραισθήσεις σχετικές με το φαγητό (LeJeune, Kurfuerst, 2009).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΜΥΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΗ ΣΙΤΙΣΗ

Επιπρόσθετα της απραξίας κατάποσης, οι ασθενείς με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ είναι πιθανό να εμφανίσουν μειωμένη κινητικότητα της γλώσσας η οποία οδηγεί σε δυσκολία του σχηματισμού του βλωμού και καθυστερημένη μεταφορά αυτού. Ακόμα, παρουσιάζονται δυσκολίες στο άνοιγμα του στόματος, μυϊκοί σπασμοί στο στοματικό μυϊκό σύστημα, και δυσκολία στον έλεγχο στήριξης της κεφαλής γεγονός που οδηγεί σε ακατάλληλη στάση και καθυστερημένη έναρξη του αντανακλαστικού κατάποσης (LeJeune, Kurfuerst, 2009). Κάποιοι ασθενείς μπορεί να κάνουν 3-4 λεπτά για να ξεκινήσουν μια μεμονωμένη κατάποση. Επιπρόσθετα, πιθανές είναι και οι κινητικές ανωμαλίες του φάρυγγα που περιλαμβάνουν φαρυγγική αδυναμία, μειωμένη λαρυγγική ανύψωση, και μειωμένη οπίσθια κίνηση της βάσης της γλώσσας (Logemann, 1998). Με δεδομένα τα παραπάνω, κατά την αξιολόγηση της σίτισης και κατάποσης στους ασθενείς με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και ο χρόνος που χρειάζονται για να δεχθούν το φαγητό στο στόμα και να ξεκινήσουν

το στοματικό στάδιο της κατάποσης. Η καθυστέρηση αυτής της διαδικασίας μπορεί να είναι τόσο σοβαρή που να επηρεάζει σημαντικά τη θρέψη και την ενυδάτωση του ασθενή.

ΣΗΜΑΔΙΑ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ

Το νοσηλευτικό προσωπικό και το συγγενικό περιβάλλον οι οποίοι έχουν άμεση και καθημερινή επαφή με τον ασθενή είναι αυτοί που πρώτοι αναγνωρίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της δυσφαγίας. Οι ασθενείς με διαταραγμένη γνωστική ικανότητα, όπως είναι οι ασθενείς με νόσο Αλτσχάιμερ, διατρέχουν αρκετά μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης δυσφαγίας γι' αυτό πρέπει να αξιολογούνται πιο συχνά (Wieseke και συνεργάτες, 2008).

Έμμεσα προειδοποιητικά σημάδια δυσφαγίας –όχι εμφανιζόμενα με τη λήψη τροφής (Βιρβιδάκη, 2011)

- Αναιτιολόγητη απώλεια βάρους
- Επαναλαμβανόμενες πνευμονίες / αναπνευστικές λοιμώξεις
- Αυξημένες παχύρρευστες εκκρίσεις
- Συχνός αδιευκρίνιστος πυρετός
- Μεταβολή της φωνής, της ομιλίας
- Αίσθημα ξένου σώματος ή εμποδίου στο τράχηλο

Άμεσα προειδοποιητικά σημάδια δυσφαγίας – εμφανιζόμενα με τη λήψη της τροφής (Βιρβιδάκη, 2011)

- Βήχας κατά ή μετά τη λήψη της τροφής
- Χρονικά παρατεταμένη διάρκεια λήψης τροφής
- Έντονη προσπάθεια κατά τη μάσηση και κατάποση
- Αλλαγές στην ποιότητα φωνής (π.χ. υγρή φωνή)
- Αύξηση των εκκρίσεων στο φάρυγγα ή στο στήθος
- Υπολείμματα τροφής στο στόμα ή στο φάρυγγα (αναγκαιότητα φτυσίματος σιέλου ή τροφής)
- Ρινική ανάρροια
- Αναγωγή / εμετός στο φαγητό
- Πόνος κατά την κατάποση
- Δυσχέρεια λήψης ορισμένων τροφών
- Άρνηση / φόβος προ της κατάποσης

Η αναγνώριση των παραπάνω, σημείων και συμπτωμάτων, ως πιθανούς δείκτες δυσφαγίας, είναι υψίστης σημασίας για τους ηλικιωμένους μακροχρόνια ασθενείς που πιθανώς υποσιτίζονται. Αναλύοντας τα σημεία και συμπτώματα, οι ειδικοί υγείας μπορούν να αναγνωρίσουν σε ποιο στάδιο της κατάποσης εντοπίζεται το πρόβλημα (Wieseke και συνεργάτες, 2008).

ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Στοματικό στάδιο	Σιελόρροια, ασυμμετρία προσώπου, υπολείμματα στην στοματική κοιλότητα, φτωχή κινητικότητα γλώσσας, ανικανότητα επαρκής σύγκλεισης χειλέων, απώλεια φαγητού ή υγρού από το στόμα, δυσκολία στην έναρξη της κατάποσης, μειωμένος τόνος παρειών.
Φαρυγγικό στάδιο	Ρινική ανάρροια, ανικανότητα κατάποσης, βήχας, πνιγμός, υγρή ποιότητα φωνής, βραχνάδα, αίσθηση φαγητού στο λαιμό
Οισοφαγικό στάδιο	Δυσπεψία, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, επαναλαμβανόμενες πνευμονίες (σιωπηρή εισρόφηση), άσχημη γεύση στο στόμα, καούρες, πόνος στο στομάχι, δυσφορία.

(Wieseke και συνεργάτες, 2008).

Επιπτώσεις των προβλημάτων σίτισης και κατάποσης στους ενήλικες

- Αφυδάτωση ή κακή διατροφική κατάσταση
- Κίνδυνος εισρόφησης (εισόδου τροφής ή υγρού στους αεραγωγούς)
- Πνευμονία ή επανειλημμένες λοιμώξεις του ανωτέρου αναπνευστικού που μπορούν να οδηγήσουν σε χρόνια πνευμονοπάθεια
- Αμηχανία ή απομόνωση σε κοινωνικές εκδηλώσεις που περιλαμβάνουν γεύμα.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗΣ

Εισρόφηση μπορεί να συμβεί πριν την κατάποση, κατά τη διάρκειά της και μετά την κατάποση. Η εισρόφηση πριν την κατάποση εμφανίζεται πολύ συχνά σε παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος λόγω μειωμένου ελέγχου του βλωμού κατά το στοματικό στάδιο και της καθυστέρησης της φαρυγγικής κατάποσης. Η εισρόφηση κατά τη διάρκεια της κατάποσης είναι λιγότερη συχνή και οφείλεται σε πάρεση, παράλυση ή μειωμένο κινητικό συντονισμό των φωνητικών χορδών. Η εισρόφηση μετά την κατάποση (λόγω οισοφαγικών ευρημάτων), μπορεί να συμβεί λόγω εισχώρησης υπολειμμάτων τροφής στην είσοδο του αεραγωγού (Βιρβιδάκη, 2011).

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΙΩΠΗΛΗΣ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗΣ

Παραδοσιακά, η σιωπηρή εισρόφηση αναγνωρίζεται κατά τη διάρκεια της αντικειμενικής αξιολόγησης με βιντεοακτινολογία. Αν ο ασθενής εισροφήσει κατά τη διάρκεια της εξέτασης, ο κλινικός παρατηρεί αν ο ασθενής εμφανίζει σημάδια (όπως βήχα, πνιγμό, καθάρισμα λαιμού, δάκρυα στα μάτια) πως αντιλαμβάνεται την εισρόφηση. Αν ο ασθενής δεν εμφανίσει κάποιο από αυτά τα σημεία, θεωρείται πως εισροφά σιωπηρά και έτσι βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση πνευμονίας από εισρόφηση (Corbin-Lewis, Liss, Sciortino, 2004).

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΗΠΙΑΣ ΕΙΣΡΟΦΗΣΗΣ

Εάν ο ασθενής είναι σε θέση να μιλάει κατανοητά και να τρώει όταν τα πρώτα εισρόφησης παρατηρούνται, η διαχείριση της εισρόφησης μπορεί να είναι συντηρητική. Είναι σημαντικό να διευκρινιστεί αν ο ασθενής μπορεί να διαχειριστεί το εισροφόμενο υλικό μέσω του βήχα. Για την ήπια εισρόφηση οι τροποποιήσεις των φαγητών μπορεί να είναι βοηθητικές. Υγρά φαγητά όπως πουτίγκες, σως φρούτων και σάλτσες είναι πιο εύκολα διαχειρίσιμα από φαγητά όπως ο πουρές. Η πρόσληψη υγρών μπορεί να αυξηθεί με τη χρήση παγωμένων χυμών και με εύγεστα παγάκια (Yorkson, Miller, Strad, 2004). Επιπλέον, για την αποφυγή της ήπιας εισρόφησης, μπορεί να εκπαιδευτεί ο ασθενής σε καταποτικές τεχνικές.

Αν η εισρόφηση γίνει κλινικά σημαντική η στοματική πρόσληψη φαγητών και υγρών πρέπει να σταματάει (Yorkson, Miller, Strad, 2004). Σε μια τέτοια περίπτωση η εισρόφηση ορίζεται ως η είσοδος φαγητού ή υγρού στην τραχεία χωρίς να μπορεί να εκδιωχθεί από εκεί αποτελεσματικά με το βήχα. Η διακοπή της στοματικής σίτισης πρέπει να είναι άμεση ώστε

να αποφευχθεί η πνευμονία από εισρόφιση. Η παροδική τοποθέτηση ενός ρινογαστρικού σωλήνα σε αυτή την περίπτωση πρέπει να αποτελεί τρόπο αντιμετώπισης για να επιτευχθεί η απαραίτητη πρόσληψη υγρών και θρεπτικών συστατικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ
ΤΥΠΟΥ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Οι αναστολείς της χολιστεράσης ίσως βελτιώνουν τη μνήμη, καθυστερούν την εξασθένηση, παρατείνουν την ικανότητα για καθημερινές δραστηριότητες, βελτιώνουν τις ψυχολογικές και συμπεριφορικές διαταραχές και πιθανά προλαμβάνουν την ιδρυματοποίηση στους ασθενείς με νόσο Αλτσχάιμερ από το ήπιο στο μεσαίο στάδιο της νόσου. Είναι πιθανό όμως να έχουν γαστρεντερικές παρενέργειες όπως ναυτία, διάρροια, ανορεξία και εμετό, γεγονός που μπορεί να περιορίσει την πρόσληψη και την απορρόφηση των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών. Επιπλέον, η γαλανταμίνη, ένας αναστολέας της χολιστεράσης, σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά απώλειας βάρους (Aziz, Marjolein, Pijl, Rikkert, Bloem, Roos, 2008). Η θεραπεία με μεμαντίνη έχει σημαντικά πλεονεκτήματα στη γλωσσική λειτουργία. Αυτή η θεραπευτική προσέγγιση προτείνεται ακόμα και για ασθενείς με σημαντική γλωσσική διαταραχή (Ferris et al., 2009).

Η αλοπεριδόλη, ένα από τα αντιψυχωσικά φάρμακα, πιθανώς ευθύνεται για την απραξία, η οποία εκτός των άλλων, καθιστά δύσκολη και την έναρξη του στοματικού σταδίου της κατάποσης (Βιρβιδάκη, 2011). Η μακροχρόνια αγωγή με αντιψυχωσικά φάρμακα, μπορεί να έχει δυσάρεστες συνέπειες όπως στεγνό στόμα, ρινική συμφόρηση, κα υπόταση (Thomas, Ricardo, 2006).

Η φαρμακευτική αγωγή είναι αποτελεσματική περίπου στο 50% των ασθενών και μπορεί να βελτιώσει κάποια συμπτώματα αλλά δεν αντιστρέφει την πορεία της νόσου (Adrews, Cordon, 2008). Πάντα θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η συννοσηρότητα που πολύ συχνά εμφανίζουν οι ασθενείς με νόσο Αλτσχάιμερ, κυρίως στα τελευταία στάδια της νόσου η οποία σχετίζεται με τη γενική φυσική και σωματική κατάπτωση (Amella, Grant, Mulloy, 2007). Τέτοιες καταστάσεις μπορεί να είναι πνευμονίες, λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, καρδιακή νόσος, δυσμενείς παρενέργειες φαρμάκων και πιθανά υποθρεψία και αφυδάτωση (Amella, Grant, Mulloy, 2007).

Σε ό,τι αφορά στην ανεξαρτησία του ασθενή κατά τη διάρκεια των γευμάτων, οι διάφορες θεραπείες που χρησιμοποιούνται για τη νόσο Αλτσχάιμερ, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω, μπορούν να βοηθήσουν (Amella, Grant, Mulloy, 2007).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΕΝΙΚΑ

Η θεραπεία της δυσφαγίας χωρίζεται σε άμεση και έμμεση. Στην άμεση θεραπεία, ο κλινικός δουλεύει άμεσα με το άτομο, διδάσκοντας του αντισταθμιστικές τεχνικές, χρησιμοποιώντας τροφή κατά τη θεραπεία. Παραδείγματα αυτής είναι τα εξής: η αισθητηριακή διέγερση, αλλαγές διαίτας, ενδυνάμωση των στοματικών δομών και εκπαίδευση των φροντιστών.

Ο όρος έμμεση θεραπεία, αναφέρεται στα θεραπευτικά μέτρα κατάποσης χωρίς τη χρήση τροφίμων. Ο κλινικός δημιουργεί ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα φροντίδας, ενσωματώνοντας αλλαγές στο περιβάλλον, προσαρμοστικό εξοπλισμό και ασφαλείς τεχνικές. Παραδείγματα μπορεί να είναι: προσθήκη γλυκαντικών στο φαγητό (αν μονάχα οι υποδοχείς του «γλυκού» παραμένουν), στοματική φροντίδα κ.α. (Dorner, 2005). Στην έμμεση θεραπεία δεν γίνεται χρήση τροφών αν ο ασθενής εισροφά σε όλες τις ποσότητες και πυκνότητες τροφών.

Οι κλινικοί που ασχολούνται με την κατάποση, έχουν στη διάθεσή τους πολλές στρατηγικές διαχείρισης για να επιλέξουν ανάλογα με τις επικρατούσες ανάγκες του κάθε ασθενή. Κατά τη συλλογή πληροφοριών τα παρακάτω θεωρούνται απαραίτητα για να τεθεί ένα θεραπευτικό πλάνο σε περίπτωση νευρογενούς δυσφαγίας: 1) οι κλινικές εξετάσεις του ασθενή, 2) η νευρολογική ασθένεια που υπάρχει και η αναμενόμενη πορεία της, 3) το κίνητρο του ασθενή, 4) η γνωστική ικανότητα του ασθενή, 5) η ικανότητα του ασθενή για οικειοθελή κίνηση του κεφαλιού, του λαιμού και του σώματος, 6) οι συνέπειες της κόπωσης στο μυϊκό σύστημα και 7) το υποστηρικτικό περιβάλλον του ασθενή. Η πρόγνωση εξαρτάται από την αιτιολογία, την παθοφυσιολογία της ασθένειας και τη σοβαρότητα της δυσφαγίας. Η ορθολογική απόφαση σχετικά με την επιλογή της θεραπείας βασίζεται στην προσπάθεια να βρεθεί η πιο εύκολη και η ελάχιστα περιοριστική και κοπιώδης θεραπεία που θα επιτρέψει την ασφαλή κατάποση. Ιδανικά, η επιλεγμένη θεραπεία θα πρέπει να χρησιμοποιείται μέχρι να αποκατασταθούν τα προβλήματα κατάποσης του ασθενή. Ωστόσο, υπάρχουν ασθενείς που μπορούν να καταπιούν με ασφάλεια και αποτελεσματικά χρησιμοποιώντας μόνιμα τις θεραπευτικές στρατηγικές.

Η Logemann (1993) προτείνει θεραπευτικά πλάνα με βάση την εξής σειρά: 1) τεχνικές βελτίωσης της στάσης σώματος, 2) τεχνικές ενίσχυσης της στοματικής αισθητικότητας, 3) καταποτική εκπαίδευση και 4) αλλαγές διαιτολογίου. Οι τεχνικές βελτίωσης της στάσης, εισάγονται πρώτες επειδή μπορούν να εφαρμοστούν σε μια πληθώρα ασθενών, απαιτούν ελάχιστη εκπαίδευση και μπορούν να φανούν αποτελεσματικές στην εξάλειψη της εισρόφησης. Οι αλλαγές στάσης, επαναπροσδιορίζουν τη ροή του βλωμού και

αλλάζουν τις φαρυγγικές διαστάσεις με συστηματικό τρόπο με σκοπό τη δημιουργία ασφαλούς μονοπατιού για τον βλωμό μέσα από μια λιγότερη λειτουργική φυσιολογία. Ο Rasley και οι συνεργάτες του (1992) βρήκαν πως το 77% των ασθενών με στοματοφαρυγγική δυσφαγία επωφελούνται από τις τεχνικές αυτές. Πιο συγκεκριμένα, η εισρόφηση εξαλείφεται σε όλους τους όγκους βλωμών στο 25% των ασθενών που χρησιμοποίησαν τις τεχνικές αυτές. Οι προσαρμογές στάσης περιλαμβάνουν: την έκταση της κεφαλής, την κάμψη της κεφαλής προς την ανεπηρέαστη πλευρά, την κάμψη της κεφαλής μπροστά, την στροφή της κεφαλής προς την πάσχουσα πλευρά, το ξάπλωμα στο πλάι (Μπαρμακέλλη, 2012).

Η αύξηση της αισθητικότητας του εισερχόμενου στο στόμα βλωμού, συστήνεται σε ασθενείς με μειωμένη αναγνώριση του φαγητού στο στόμα, ή για ασθενείς με καθυστερημένη ή και απύσχα ενεργοποίηση της φαρυγγικής κατάποσης. Οι τεχνικές που μπορεί να ενισχύσουν τη στοματική αισθητικότητα περιλαμβάνουν τη θερμική απτική διέγερση και εισαγωγή κρύων, ξινών, ανθρακούχων, διαφορετικών υφών και μεγέθους βλωμού.

Η εκπαίδευση κατάποσης, απαιτεί από τον ασθενή να συγκεντρωθεί στην κατάποση και να εκτελέσει πολλαπλές κατευθυντικές κινήσεις που απαιτούν αυξημένη μυϊκή προσπάθεια. Αυτές οι τεχνικές έχουν σκοπό να τροποποιήσουν την διαταραγμένη φυσιολογία κατάποσης, βελτιώνοντας τη σειρά της κίνησης και τον έλεγχο του χρόνου της απόκρισης του ατόμου. Οι τεχνικές αυτές περιλαμβάνουν την υπερ-γλωττιδική κατάποση, την υπερ-υπερ-γλωττιδική κατάποση, την κοπιώδη κατάποση, το χειρισμό Mendelsohn, την τεχνική Masako, στοματο-κινητικές ασκήσεις και την άσκηση Shaker. Οι παραπάνω χειρισμοί είναι πολύ δύσκολο να χρησιμοποιηθούν στις νευροεκφυλιστικές παθήσεις πρώτον γιατί απαιτούν ενεργή συμμετοχή του ασθενή και δεύτερον γιατί οι συγκεκριμένες κοπιώδεις ασκήσεις φαίνεται να επιβαρύνουν την κατάσταση του ασθενή (Βιρβιδάκη, 2012).

Επιπλέον, τα χαρακτηριστικά του βλωμού σχετίζονται με διαφορές στη φυσιολογία της κατάποσης. Γι' αυτό το λόγο, οι τροποποιήσεις του διαιτολογίου μπορούν να καταστήσουν την κατάποση ασφαλέστερη και πιο αποτελεσματική (Corbin-Lewis, Liss, Sciortino, Learning, 2005).

Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Στις εκφυλιστικές διαταραχές, όπως είναι η άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, επιδεινώνεται η συμπτωματολογία μιας δυσφαγίας κατά την πορεία της ασθένειας. Η συμπτωματολογία εξελίσσεται αθόρυβα, πιθανώς δεν γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή και το περιβάλλον του ως διαταραχή της κατάποσης. Το θεραπευτικό κέντρο βάρους βρίσκεται στις αντιρροπιστικές και προσαρμοστικές μεθόδους (Αναγνώστου, Μοσχοβάκης, 2007). Ο βασικός στόχος λοιπόν της θεραπείας για τα άτομα με μεσαίου ή /και προχωρημένου επιπέδου άνοιας τύπου Αλτσχάιμερ, είναι η διατήρηση της αυτονομίας, της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της αξιοπρέπειας, της ποιότητας ζωής και της πρόσληψης επαρκών θρεπτικών συστατικών (Amella, Grant, Mulloy, 2007), με ασφάλεια και επάρκεια. Αμέσως μετά από την αρχική αξιολόγηση, ένα πλάνο θεραπείας πρέπει να αναπτυχθεί με τη συμμετοχή όλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, των συγγενών και των φροντιστών.

Σημαντικά θέματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη δημιουργία ενός πλάνου παρέμβασης, είναι ο βαθμός της γνωστικής βλάβης, οι τρόποι με τους οποίους μπορεί να γίνει αύξηση της πρόσληψης τροφής, ο βαθμός που απαιτείται βοήθεια κατά την σίτιση, η ικανότητα των φροντιστών να προσφέρουν αυτή τη βοήθεια, τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος κατά τη διάρκεια των γευμάτων (Amella, Grant, Mulloy, 2007).

Ο βαθμός της γνωστικής βλάβης, επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου για αυτονομία στη διάρκεια των γευμάτων. Η ικανότητα για την οργάνωση και την προετοιμασία ενός γεύματος, για σίτιση σε ανά θεμιτά χρονικά διαστήματα με ισορροπημένη διατροφή, μειώνεται καθώς εξελίσσεται η άνοια. Ακόμα και η εναλλαγή μέρας και νύχτας γίνεται δύσκολα αντιληπτή καθώς η άνοια προχωράει και συμπεριφορικά προβλήματα εμφανίζονται συχνά (Amella, Grant, Mulloy, 2007).

Θα πρέπει να εξαντληθούν οι λειτουργικές θεραπευτικές δυνατότητες, πριν εφαρμοσθούν χειρουργικά μέσα για την βελτίωση κατάποσης. Η θεραπεία της κατάποσης πρέπει να αρχίζει όσο το δυνατό πιο γρήγορα. Μπόρεσε να αποδειχθεί ότι όσο πιο γρήγορα αρχίζει η θεραπεία, τόσο μικρότερη είναι η διάρκειά της και τόσο καλύτερα τα ποσοστά επιτυχίας (Αναγνώστου, Μοσχοβάκης, 2007).

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επειδή η θεραπεία της κατάποσης απαιτεί την ενεργητική συνεργασία του ασθενούς, αυτή μεταξύ των άλλων επηρεάζεται από (Αναγνώστου, Μοσχοβάκης, 2007):

- Τη γενική κατάσταση του ασθενούς: μια κακή γενική κατάσταση του ασθενούς δυσχεραίνει την θεραπεία.
- Τις γνωσιακές ικανότητες: ο ασθενής θα πρέπει να κατανοεί τις επεξηγήσεις και τις οδηγίες των ασκήσεων. Τα μεμονωμένα θεραπευτικά βήματα θα πρέπει να προσαρμόζονται στα εκάστοτε δεδομένα, για να γίνονται κατανοητές οι επιτυχίες από τον ασθενή και να μην τον επιβαρύνουν.
- Την κινητοποίηση: όσο καλύτερη είναι η κινητοποίηση, τόσο ευνοϊκότερη είναι η πρόγνωση της αποκατάστασης της κατάποσης.
- Την ψυχική κατάσταση: η θετική γνώμη του ασθενούς για τον εαυτό του και τη θεραπεία επηρεάζει ευνοϊκά τη θεραπεία.

ΠΩΣ ΕΠΙΛΕΓΕΤΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο κλινικός πρέπει να λάβει υπόψη του τα χαρακτηριστικά του ασθενή όταν αποφασίζει για την έναρξη της θεραπείας κατάποσης σε ένα δυσφαγικό ασθενή και το είδος της θεραπείας (Logemann, 1998). Αυτά περιλαμβάνουν:

- Τη διάγνωση: η γνώση της ταχύτητας και της πιθανότητας για ανάρρωση από τις διαταραχές κατάποσης του ασθενή πρέπει να είναι ο πρωταρχικός παράγοντας για την απόφαση του πότε πρέπει να ξεκινήσει η θεραπεία. Εφόσον ο ασθενής έχει άνοια, όποια θεραπεία απαιτεί την κατανόηση και εκτέλεση εντολών πιθανά να είναι ακατάλληλη.
- Τη πρόγνωση: η πρόγνωση για την ασθένεια του ασθενή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την έναρξη της θεραπείας. Για τους ασθενείς με νευροεκφυλιστικές διαταραχές, όπως η άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, η θεραπεία πρέπει να είναι κατάλληλη και να στηρίζεται στους στόχους. Ωστόσο, εξαιτίας της εξέλιξης της ασθένειας, πιθανά θα έρθει η στιγμή που η θεραπεία της κατάποσης δε θα είναι πια αποτελεσματική επειδή ο ασθενής θα έχει χάσει το νευροκινητικό έλεγχο ή ο ασθενής θα εμφανίσει σοβαρά γνωστικά ελλείμματα που θα επηρεάσουν σημαντικά την ικανότητά του να ακολουθεί οδηγίες .

- Τη σοβαρότητα της δυσφαγίας του ασθενή: αν η δυσφαγία του ασθενή είναι σοβαρή, πρέπει να ακολουθείται η έμμεση θεραπεία, όπου όλες οι ασκήσεις γίνονται στην αρχή τουλάχιστον χωρίς τη χρήση φαγητών ή υγρών.
- Την ικανότητα να ακολουθεί οδηγίες: οι χειρισμοί κατάποσης απαιτούν την κατανόηση πολύπλοκων οδηγιών, σε αντίθεση με τις αντισταθμιστικές στρατηγικές που απαιτούν λίγο ή και καθόλου την κατανόηση οδηγιών. Αυτές οι στρατηγικές υπόκεινται περισσότερο στον έλεγχο των φροντιστών.
- Την αναπνευστική λειτουργία: η φυσιολογική κατάποση απαιτεί το κλείσιμο του αεραγωγού για μικρό χρονικό διάστημα (0.3 με 0.6'' για τα υγρά, 3 με 5'' ή περισσότερο για συνεχόμενη πόση από ποτήρι). Αν η αναπνευστική λειτουργία του ασθενή είναι σημαντικά διαταραγμένη, κάποιοι τύποι θεραπείας πρέπει να παραβλέπονται μέχρι αυτή να βελτιωθεί.
- Την διαθεσιμότητα της στήριξης από τους φροντιστές: για κάποιους ασθενείς η αξιόπιστη υποστήριξη από τους φροντιστές είναι σημαντική. Για τους ασθενείς κυρίως με ήπιες διαταραχές μνήμης, αυτή η υποστήριξη, είναι σημαντική για την επίτευξη των στόχων της θεραπείας.
- Την κινητοποίηση και το ενδιαφέρον του ασθενή: για να είναι επιτυχημένη η θεραπεία, ο ασθενής πρέπει να παρακινείται να εργάζεται ώστε να επανακτήσει τη φυσιολογική λειτουργία της κατάποσης. Πολλοί ασθενείς με δυσφαγία, έχουν ως κίνητρο την επιστροφή στη στοματική σίτιση. Κάποιες λίγες φορές, ωστόσο, ένας ασθενής μπορεί να βρει τη μη στοματική σίτιση πιο εύκολη από τις συνεχόμενες προσπάθειες που απαιτούνται για την επανεγκατάσταση του νευρομυϊκού ελέγχου που είναι απαραίτητος για την ασφαλή και επαρκή στοματική σίτιση.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΑΝΤΙΣΤΑΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ

Η λειτουργική θεραπεία της κατάποσης από τη μία πλευρά τείνει στην βελτίωση, από την άλλη στην αντιστάθμιση διαταραγμένων λειτουργιών, καθώς και στην προσαρμογή του ασθενούς με δυσφαγία στο περιβάλλον του, έτσι ώστε να μπορεί να σιτίζεται επαρκώς και με ασφάλεια (Αναγνώστου, Μοσχοβάκης, 2007).

Οι αντισταθμιστικές τεχνικές κατάποσης εφαρμόζονται συνήθως πρώτες στο πρόγραμμα θεραπείας του ασθενή. Ελέγχουν τη ροή της τροφής και μειώνουν ή εξαλείφουν τα συμπτώματα, αλλά δεν τροποποιούν την φυσιολογία της κατάποσης του ασθενή. Οι συγκεκριμένες τεχνικές, είναι χρήσιμες για ποικίλες ηλικιακές ομάδες και γνωστικά επίπεδα,

απαιτούν περιορισμένη μυϊκή προσπάθεια από τον ασθενή και πραγματοποιούνται υπό τον έλεγχο του θεραπευτή ή του κύριου φροντιστή του ασθενή (Βιρβιδάκη, 2012).

Στις αντισταθμιστικές τεχνικές καταλέγονται οι αλλαγές στη στάση κεφαλής – σώματος (με σκοπό την αλλαγή κατεύθυνσης του βλωμού και της ταχύτητας της κατάποσης), οι τεχνικές αισθητηριακής ενίσχυσης (με σκοπό την ενδοστοματική αισθητηριακή ενίσχυση και την ενεργοποίηση των αντανακλαστικών κατάποσης) και οι τροποποιήσεις συστάσεων τροφών-υγρών (με σκοπό τις αλλαγές /διαφοροποιήσεις της ρευστότητας, πυκνότητας και ποσότητας / όγκου του βλωμού) (Μπαρμακέλλη, 2012).

Η θεραπεία με αντισταθμιστικές τεχνικές, βελτιώνει τη ροή του φαγητού και παρεμποδίζει την εισρόφηση και / ή τα υπολείμματα. Δεν αλλάζει όμως τη φυσιολογία της κατάποσης. Επιπλέον αντισταθμιστικές στρατηγικές είναι ποικίλες μανούβρες κατάποσης όπως: η υπεργλωττιδική κατάποση, η υπέρ-υπεργλωττιδική κατάποση, η κοπιώδης κατάποση και ο χειρισμός Mendelsohn. Αυτές οι τεχνικές παραποιούν μεμονωμένες διαδικασίες του μηχανισμού της κατάποσης ώστε να αποφευχθεί η εισρόφηση και / ή βελτιώνουν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της κατάποσης. Οι περιορισμοί τους όμως εντοπίζονται στο γεγονός πως απαιτούν επαρκές γνωστικό επίπεδο, λεκτική κατανόηση και μυϊκή δύναμη.

Επιπλέον, η κατάποση μπορεί να επηρεαστεί από την εισαγωγή ποικίλων αισθητηριακών ερεθισμάτων. Τα χαρακτηριστικά του βλωμού όπως η πυκνότητα, ο όγκος, η γεύση και η θερμοκρασία μπορούν να τροποποιήσουν την κατάποση. Ποικίλες τέτοιες τεχνικές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βελτιώσουν την στοματική αισθητικότητα. Αυτές μπορεί να είναι: η θερμική-απτική διέγερση, η παρουσία ενός ξινού ή κρύου βλωμού, τροποποιήσεις στο μέγεθος του βλωμού που παρουσιάζεται, στην αλλαγή της ταχύτητας παρουσίασης του φαγητού, αυξημένη πίεση του κουταλιού στη γλώσσα κατά τη διάρκεια της σίτισης (Becker et al., 2009)

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Σε πρόσφατη έρευνά του, ο Martin, επιβεβαιώνει τη σημαντικότητα της αισθητηριακής διέγερσης ως μηχανισμό επηρεασμού της συμπεριφοράς της κατάποσης, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για όλα τα στάδια της κατάποσης. Τα αισθητηριακά ερεθίσματα, ενημερώνουν τα εγκεφαλικά κέντρα ελέγχου για τη διαδικασία της μάσησης έτσι ώστε να δημιουργηθεί ο επιθυμητός σε μέγεθος και περιεκτικότητα βλωμός και με κατάλληλες προσαρμοσμένες, προωθητικές κινήσεις αυτός να μεταφερθεί αποτελεσματικά στο φάρυγγα (Steele, Miller, 2010). Η εμφάνιση φαγητού ή υγρού στο οπτικό πεδίο του

ατόμου, ξεκινά την εγκεφαλική φάση ελέγχου της κατάποσης, εγκαθιστώντας το γενικό νευροφυσιολογικό πλαίσιο στο οποίο ενεργοποιείται η κατάποση. Τα ερεθίσματα χρησιμοποιούνται ως παθητικές ασκήσεις συνήθως. Ανάλογα με το είδος των ερεθισμάτων και τη διάρκεια της χρήσης, επιτυγχάνουν διαφορετικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα ένα μηχανικό ή θερμικό ερέθισμα π.χ. γρήγορες απαλές κινήσεις ή το γρήγορο άγγιγμα με πάγο, προκαλεί αύξηση του μυϊκού τόνου, ενώ μια διαρκής εφαρμογή πάγου ή ουδέτερη θερμότητα προκαλεί μείωση του τόνου (Αναγνώστου, Μοσχοβάκης, 2007).

Όσφρητικά-γευστικά ερεθίσματα

Τα ερεθίσματα αυτά προκαλούν έκκριση σιέλου και την έκλυση του αντανακλαστικού κατάποσης. Έτσι μπορεί να αυξηθεί η δράση του θερμικού ερεθίσματος με τη χορήγηση γευστικών υλικών. Η όσφρηση υλικών που ερεθίζουν το τρίδυμο νεύρο (π.χ. ζύδι, αμμωνία), προκαλεί σύσπαση των μιμητικών μυών (Αναγνώστου, Μοσχοβάκης, 2007).

Πίεση

Αισθητηριακές πληροφορίες που αφορούν στην πίεση και το άγγιγμα, μεταφέρονται μέσω νευρικών ινών και συνάψεων στον κύριο αισθητικό πυρήνα του τρίδυμου νεύρου. Η γλώσσα και η υπερώα έχουν υποδοχείς πίεσης, μέσω των οποίων διανέμονται τα αντίστοιχα αισθητηριακά ερεθίσματα (πληροφορίες που αφορούν στην υφή, στο σχήμα και μέγεθος του βλωμού) στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Steele, Miller, 2010).

Η επαφή και η πίεση, χρησιμοποιούνται για να διεγείρουν τη φαρυγγική κατάποση. Μεγαλύτερος όγκος βλωμού, προκαλεί μεγαλύτερες προωθητικές κινήσεις της γλώσσας. Επίσης, μεγαλύτερες πυκνότητες βλωμού, αυξάνουν τους χρόνους της στοματοφαρυγγικής μεταφοράς του βλωμού, τη διάρκεια της φαρυγγικής προώθησης και της επαφής της βάσης της γλώσσας με τα φαρυγγικά τοιχώματα καθώς και της κίνησης του υοειδούς οστού (Steele, Miller, 2010).

Η θέση του βλωμού λοιπόν μέσα στη στοματική κοιλότητα είναι σημαντική και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την έναρξη της κατάποσης σε παρουσία ή και απουσία στοματοφαρυγγικών ανωμαλιών (Stephen και συνεργάτες, 2005).

Θερμική-απτική διέγερση

Πειραματικές έρευνες δείχνουν πως η διέγερση των πρόσθιων παρίσθμιων καμάρων με ένα κρύο στυλό, αυξάνει τον αριθμό των φαρυγγικών καταπόσεων (Steele, Miller, 2010).

Για την εκτέλεση της θερμο-απτικής διέγερσης, ο ασθενής καλείται να ανοίξει το στόμα του, ενώ ο κλινικός τοποθετεί ένα κρύο λαρυγγικό καθρέφτη μεγέθους 00 ή 01 στη βάση του πρόσθιου παρίσθμιου τόξου. Πλήρης επαφή της πίσω πλευράς του λάρυγγα με τα λαρυγγικά καθρέφτη στις παρίσθμιες καμάρες διατηρείται ενώ τρίβει πάνω και κάτω, κάθετα, 5 φορές. Η διέγερση αυτή επαναλαμβάνεται και στην αντίθετη πλευρά της στοματικής κοιλότητας, αν και οι δύο πλευρές είναι εξίσου ευαίσθητες. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η θερμο-απτική διέγερση δεν ενεργοποιεί την φαρυγγική κατάποση την ώρα της διέγερσης. Αντίθετα, σκοπός της θερμο-απτικής διέγερσης είναι να αυξήσει την ενεργοποίηση της κατάποσης στο κεντρικό νευρικό σύστημα και να το ενεργοποιήσει έτσι ώστε όταν ο ασθενής εκουσίως προσπαθεί να καταπιεί, θα προκληθεί πιο άμεσα η φαρυγγική κατάποση. Μετά τη θερμο-απτική διέγερση, ο κλινικός ζητά από τον ασθενή να καταπιεί το σάλιο του. Ακόμα κι αν ο ασθενής δε μπορεί να εκτελέσει τις οδηγίες του κλινικού το γαργάλισμα από τα διέγερση θα προκαλέσει την κατάποση στον ασθενή.

Έκλυση του αντανακλαστικού κατάποσης

Η απουσία του αντανακλαστικού κατάποσης καθιστά αδύνατη τη στοματική σίτιση. Η έκλυσή του αποτελεί σημαντική θεραπευτική μέθοδο σε ασθενείς που δεν μπορούν να καταπιούν τίποτα. Η πρόκλησή του γίνεται με κάθετες πιέσεις στις παρίσθμιες καμάρες με αποστειρωμένη βούρτσα ή ιδανικά με λαρυγγικό καθρέφτη. Η αντίδραση μπορεί να μην είναι άμεση αλλά παρατηρείται μικρή κινητικότητα της γλώσσας, της υπερώας και του λάρυγγα. Συνήθως παρατηρείται καθυστερημένη κατάποση μετά την απομάκρυνση του ερεθίσματος από το στόμα (Birvidάκη, 2011).

Χημική διέγερση

Η Logemann και οι συνεργάτες της μέτρησαν τη διαφορά στην κατάποση ενός κανονικού βλωμού κι ενός βλωμού που το 50% του περιείχε χυμό λεμονιού, σε ασθενείς με νευρογενή δυσφαγία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι χρόνοι στοματοφαρυγγικής μεταφοράς ήταν μικρότεροι στον ξινό βλωμό. Σε παρόμοια έρευνα των Hamdy και των συνεργατών όπου χρησιμοποίησαν στον ξινό βλωμό μόνο 10% κιτρικό οξύ, φάνηκε μικρή ή καθόλου διαφορά στην κατάποση. Αυτό δείχνει πως για να επιτευχθεί η απαιτούμενη διέγερση παίζει σημαντικό ρόλο η ποσότητα του ξινού στον βλωμό (Steele,

Miller, 2010). Οι Bulow και οι συνεργάτες μελέτησαν τη ανθράκωση ως ερέθισμα που προκαλεί κατάποση, αλλά παραμένει ασαφές ακόμα ποια είναι αυτά τα χαρακτηριστικά ενός ανθρακούχου βλωμού που μπορεί να προκαλέσουν κατάποση. Πιθανώς, ένας ανθρακούχος βλωμός αποτελεί τόσο ένα ερέθισμα πίεσης όσο κι ένα δυναμικό γευστικό ή και χημικό ερέθισμα.

Αποτελεσματικότητα ανθρακούχων υγρών στην κατάποση

Διάφορες προσεγγίσεις αποκατάστασης και αντισταθμιστικές στρατηγικές, όπως αναφέρθηκε παραπάνω χρησιμοποιούνται για να περιορίσουν τα προβλήματα κατάποσης σε ασθενείς με στοματοφαρυγγική δυσφαγία στους ασθενείς με νευροεκφυλιστικές ασθένειες. Ωστόσο, θέματα όπως γνωστικά και επικοινωνιακά ελλείμματα που είναι συνήθη σε ασθενείς με άνοια, δυσκολεύουν την αποκατάσταση των δυσκολιών κατάποσης σε αυτούς τους ασθενείς και υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα για εύρεση αντισταθμιστικών παρεμβάσεων που απαιτούν λιγότερες σωματικές και γνωστικές ικανότητες (Sdravou, Walshe, Dagdilelis, 2011).

Μια αντισταθμιστική στρατηγική που αφορά στα χαρακτηριστικά της τροφής, προσανατολίζεται στην αισθητηριακή διέγερση για διευκόλυνση της στοματοφαρυγγικής κατάποσης, είναι πολλά υποσχόμενη. Με σκοπό να αναγνωριστούν εύγευστα υγρά που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να μειώσουν την εισρόφιση στα υγρά, κάποιες έρευνες μελέτησαν τις επιδράσεις των ανθρακούχων υγρών, ένα όξινο ερέθισμα, στην διαδικασία της κατάποσης (Yorkston, Miller, Strand, 2004).

Σε έρευνα που έκανε ο Nixon (Sdravou, Walshe, Dagdilelis, 2011), κατέληξε στο συμπέρασμα πως τα ανθρακούχα υγρά μειώνουν το χρόνο της στοματικής προώθησης του βλωμού, το χρόνο της φαρυγγικής μεταφοράς και την εισρόφιση.

Οι Miura και οι συνεργάτες, ύστερα από έρευνα κατέληξαν στο συμπέρασμα πως ένας ανθρακούχος βλωμός δρα τόσο ως ερέθισμα πίεσης όσο και ως ερέθισμα έντονης γεύσης, ερεθίζει και βοηθά στην κατάποση.

Η Logemann και οι συνεργάτες της ερεύνησαν και κατέληξαν στο συμπέρασμα πως ο χρόνος της στοματικής προώθησης μειώνεται αισθητά ύστερα από όξινο υγρό ερέθισμα μόνο στους ασθενείς με δυσφαγία ύστερα από εγκεφαλικό, ενώ δε βρέθηκε καμιά διαφορά σε όξινα και μη όξινα υγρά σε ασθενείς με δυσφαγία άλλων νευρολογικών αιτιολογιών.

Ο σκοπός της έρευνας των Sdravou, Walshe, Dagdilelis (2011), ήταν να ανακαλύψει τα άμεσα αποτελέσματα των ανθρακούχων υγρών συγκριτικά με τα μη ανθρακούχα στη σε ασθενείς με στοματοφαρυγγική νευρογενούς αιτιολογίας δυσφαγία. Στην έρευνά τους

συμμετείχαν 17 ασθενείς και κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα: μειωμένη εισρόφηση και λαρυγγική διείσδυση με τα ανθρακούχα υγρά σε σχέση με τα μη ανθρακούχα. Επίσης, παρατηρήθηκε γρηγορότερη έναρξη της φαρυγγικής κατάποσης όταν ο βλωμός ήταν ανθρακούχος, διότι ερεθίζονται οι περιφερικοί αισθητήριοι υποδοχείς και ενεργοποιούνται τα αισθητικά νεύρα του εγκεφάλου. Καταλήγοντας, οι Sdravou, Walshe, Dagdilelis (2011), τονίζουν πως ναι μεν τα ανθρακούχα υγρά μπορούν να αποτελέσουν μια ευεργετική και εύγευστη μορφή θεραπείας για τα άτομα που παρουσιάζουν εισρόφηση στα μη ανθρακούχα υγρά αλλά απαιτείται πιο εκτεταμένη έρευνα.

Χαρακτηριστικά του βλωμού

Για ασθενείς με αισθητηριακές δυσλειτουργίες και απραξία κατάποσης, όπως στους ασθενείς με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, μπορεί να ωφελήσει η αύξηση του όγκου του βλωμού εφόσον όμως είναι φυσιολογικό το φαρυγγικό στάδιο (Βιρβιδάκη, 2011). Μελέτες αποδεικνύουν πως με αυτό επιτυγχάνονται τα εξής: μείωση του χρόνου της φαρυγγικής καθυστέρησης, βελτίωση του χρόνου έναρξης του στοματικού σταδίου, παρατεταμένη διάρκεια άπνοιας κατά την κατάποση, μεγαλύτερη διαμόρφωση της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα ώστε να διαχειριστούν το μεγαλύτερο βλωμό, μεγαλύτερες προωθητικές κινήσεις των φαρυγγικών τοιχωμάτων για να προωθηθεί ο μεγαλύτερος βλωμός αφού ο χρόνος μεταφοράς είναι ίδιος με αυτόν για μικρότερο βλωμό (0.13''), νωρίτερη και μακρύτερη σε διάρκεια ανύψωση της υπερώας.

Άλλα χαρακτηριστικά του βλωμού που μπορούν να επηρεάσουν την κατάποση είναι η πυκνότητα/υφή, η θερμοκρασία και η γεύση. Σε στερεούς ή ημιστερεούς βλωμούς επιτυγχάνεται: μεγαλύτερη διάρκεια των χρόνων μεταφοράς, μικρότερη διάρκεια του κρικοφαρυγγικού ανοίγματος. Σε πιο παχύρρευστη υφή του βλωμού, αυξάνεται ο αριθμός των πολλαπλών καταπόσεων ώστε να καθαρίσει το στόμα και ο φάρυγγας από τα υπολείμματα, αύξηση της δύναμης της γλώσσας για την έναρξη της μεταφοράς του βλωμού (Corbin-Lewis, Liss, Sciortino, 2004).

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Οι διατροφικές τροποποιήσεις όπως η χρήση παχύρρευστων υγρών και πιο μαλακών φαγητών, μαζί με τις αλλαγές στις στάσεις, επιλέγονται παραδοσιακά για την θεραπεία των ευπαθών ομάδων με δυσφαγία. Παρόλα αυτά, ο περιορισμός κάποιων πυκνοτήτων τροφών απόν το καθημερινό διαιτολόγιο πρέπει να είναι η τελευταία θεραπευτική επιλογή (Logemann, 1998). Αυτές οι προσαρμοστικές τεχνικές δεν είναι αποτελεσματικές σε όλες τις

περιπτώσεις. Πρόσφατη έρευνα (Becker et al., 2009) έδειξε πως τα παχύρρευστα υγρά δεν αυξάνουν πάντα την ασφάλεια στους ανοϊκούς ασθενείς με δυσφαγία. Περίπου οι μισοί συμμετέχοντες εισρόφησαν και στα τρία είδη παρέμβασης: παχύρρευστο υγρό με κάμψη του πηγουνιού, υγρό με υφή σιροπιού και υγρό σε υφή μελιού χωρίς προσαρμογή στάσης.

Παρ' όλα αυτά σε κάποιες περιπτώσεις είναι απαραίτητες. Έτσι τα λεπτόρρευστα υγρά πρέπει να προτιμούνται σε περιπτώσεις μειωμένης ή αδύναμης λειτουργικότητας και οπίσθιας κίνησης της γλώσσας, μειωμένης σύσπασης του φάρυγγα, μειωμένο κρικοφαρυγγικό άνοιγμα. Τα συμπυκνωμένα υγρά, βοηθούν σε περιπτώσεις μειωμένης ή αδύναμης λειτουργικότητας της γλώσσας και μειωμένης λαρυγγικής ανύψωσης. Η συμπύκνωση αυξάνει την ασφάλεια στη κατάποση γιατί καθυστερεί τη μετάβαση του βλωμού μέσω του φάρυγγα, παρατείνει τη διάρκεια της φαρυγγικής περίσταλσης και παρατείνει το άνοιγμα του κρικοφαρυγγικού σφιγκτήρα (Κώνστα, 2012). Τα περαστά / παχύρρευστα υγρά, προτιμούνται σε περιπτώσεις μειωμένης λαρυγγικής ανύψωσης ή καθυστερημένου φαρυγγικού αντανακλαστικού (Μπαρμακέλλη, 2012).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ-ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

- Αισθητηριακή διέγερση, που επιτυγχάνεται μέσω αλλαγών στις υφές των τροφών, αυξάνοντας τη στοματική αισθητικότητα και εγκαθιστώντας ένα πρότυπο μάσησης (Dorner, 2005).
- Στοματική φροντίδα και υγιεινή πριν από τα γεύματα με εσωτερικό, στοματικό βούρτσισμα για αύξηση του σιέλου (Dorner, 2005).
- Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στις προτιμήσεις και τις συνήθειες σίτισης των ασθενών με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ αν και οι προτιμήσεις αυτές ίσως αλλάξουν στην πορεία της νόσου.
- Η κατανάλωση αλκοόλ πρέπει να αποφεύγεται στους ασθενείς.
- Παροχή 5 με 6 μικρών γευμάτων την ημέρα, σε συγκεκριμένες ώρες (Dorner, 2005) .
- Χρήση βοηθημάτων μνήμης που θα υπενθυμίζουν στο άτομο τις ώρες των γευμάτων (Alzheimer Association, 2012).
- Η χρήση απλών οδηγιών είναι απαραίτητη (Alzheimer Association, 2012).
- Τα γεύματα πρέπει να λαμβάνουν χώρα σε μικρό τραπέζι, ήσυχο δωμάτιο, μαζί με ακόμα ένα ή δύο άτομα (Alzheimer Association, 2012).
- Αν ο ασθενής φοράει μασέλα, πρέπει αυτή να έχει τοποθετηθεί πριν το γεύμα.

- Εγκατάσταση της κατάλληλης στάσης για ασφαλή και αποτελεσματική κατάποση (Dorner, 2005), ώστε να επιτυγχάνεται έλεγχος του κορμού, της κεφαλής αλλά και της γνάθου. Ο ασθενής πρέπει να κάθεται ίσια κάθετα σε μια καρέκλα, με κλίση της λεκάνης προς τα εμπρός με το κεφάλι και τους ώμους να γέρνουν ελαφρά προς τα μπροστά. Αυτή η στάση ευνοεί τον έλεγχο του βλωμού και εμποδίζει τη διαφυγή. Για τη διόρθωση της στάσης του σώματος σε κατακλιμένους ασθενείς και σε ασθενείς σε αναπηρική καρέκλα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν μαξιλάρια για τη στήριξη. Οι κατακλιμένοι ασθενείς τοποθετούνται καθιστοί και ο κορμός του σώματος είναι ευθύς (Αναγνώστου, Μοσχοβάκης, 2007).
- Άτομα με ανησυχία πρέπει να ενθαρρύνονται να τρώνε συχνά θρεπτικά σνακ με σκοπό τη διατήρηση του βάρους τους.
- Εναλλαγή ζεστών/κρύων υγρών, προσθήκη γλυκαντικών ουσιών, κέτσαπ, μουστάρδας και πιπεριού στα φαγητά, εφόσον αυτό επιτρέπεται (Brush, Slominski, Boczko, 2006).
- Άτομα που δυσκολεύονται να μένουν ξύπνια κατά τη διάρκεια των γευμάτων πρέπει να τρώνε μαζί με άτομα που μιλούν και ενθαρρύνουν τις διαδικασίες σίτισης. Η ήρεμη μουσική και ο επαρκής και κατάλληλος φωτισμός βοηθούν. Μετά την ολοκλήρωση του γεύματος, πρέπει οι ασθενείς να μένουν σε όρθια (καθιστή) θέση για τουλάχιστον μισή ώρα, προς αποφυγή πνιγμού κατά τη διάρκεια του ύπνου.
- Επειδή κάποια άτομα με άνοια χάνουν την ικανότητα της σωστής κρίσης της θερμοκρασίας του φαγητού, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή σε αυτές.
- Η ενθάρρυνση του ασθενή για αυτό-σίτιση, εφόσον αυτό είναι εφικτό, είναι σημαντική.
- Η παρατήρηση για πιθανά σημάδια εισρόφησης, βοηθούν στη διατήρηση της καλής θρεπτικής και φυσικής κατάστασης του ασθενή (Amella, Grant, Mulloy, 2007).

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΙΤΙΣΗΣ

Κατά την οργάνωση και την προετοιμασία των γευμάτων πρέπει:

- Να σερβίρονται τα αγαπημένα φαγητά του ασθενή, ιδίως αν ο ασθενής δεν έχει όρεξη. Σημαντικό είναι η πρόσληψη της τροφής να εξισορροπεί με τις θερμιδικές ημερήσιες ανάγκες του ασθενή.

- Τα σκεύη σίτισης πρέπει να έχουν διαφορετικό χρώμα από το φαγητό. Ενδείκνυται η χρήση απλών ποτηριών και πιάτων, χωρίς σχέδια (Amella, Grant, Mulloy, 2007; Alzheimer Association, 2012).
- Προσθήκη επιπρόσθετων θρεπτικών συστατικών στο διαιτολόγιο του ασθενή που τρώει λίγο. Σιτάρι μπορεί να προστεθεί σε σούπες, ψιλοκομμένα καρότα στα ψάρια, λεμόνι ή τυρί στις σαλάτες. Για επιπλέον πρωτεΐνες μπορεί να προστεθεί άπαχο γάλα σε σκόνη στις σούπες. Τα παραπάνω βέβαια ύστερα από συνεννόηση με ειδικευμένο διατροφολόγο και τον θεράποντα ιατρό.
- Θρεπτικά πρόσθετα πιθανώς να παρέχουν αναγκαία θρεπτικά συστατικά στον ασθενή. Σε κάθε περίπτωση όμως η συμβουλή του εξειδικευμένου διατροφολόγου είναι απαραίτητη.
- Ενδείκνυται τα φαγητά που δε χρειάζονται πολύ μάσηση.
- Τα υγρά πρέπει πάντα να αποτελούν μέρος του γεύματος και κάθε γεύμα πρέπει να τελειώνει με αυτά για αποφυγή πνιγμού και αφυδάτωσης (LeJeune, Kurfuerst, 2009).
- Σε περιπτώσεις υπολειμμάτων μετά την κατάποση στο στόμα, τα φαρυγγικά τοιχώματα, στους απιοειδείς και τα γλωσσοεπιγλωττιδικά βοηθία, μπορεί να εφαρμοστεί «ξέπλυμα» με νερό και πολλαπλές καταπόσεις (Μπαρμακέλλη, 2012).
- Μετά τη σίτιση, είναι χρήσιμος ένας έλεγχος του στόματος του ασθενή για επιβεβαίωση πως έχει καταπιεί (Alzheimer Association, 2012).
- Δραστηριότητες που προάγουν την υγεία και σχετίζονται με τη σίτιση όπως για παράδειγμα η διατήρηση της στοματικής υγιεινής (Βιρβιδάκη, 2010) – συχνές επισκέψεις στον οδοντίατρο και σωστή χρήση των βοηθημάτων ακοής και όρασης των ασθενών μπορούν να βοηθήσουν ώστε ο ασθενής να σιτιστεί σωστά και επαρκώς (Amella, Grant, Mulloy, 2007). Η ενδεδειγμένη στοματική φροντίδα είναι επιτακτική και μπορεί να είναι πολύ σημαντική στη παρεμπόδιση της πνευμονίας στους ασθενείς που βρίσκονται σε μακροχρόνια φροντίδα (Campbell-Taylor, 2008). Η συνεχής αφαίρεση της πλάκας από τα δόντια, τα ούλα και τα μάγουλα έχει αποδειχθεί ότι μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης πνευμονίας σε αυτό τον πληθυσμό.

Γενικά, οι βασικές προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται για τη σίτιση ενός ασθενή με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ είναι οι εξής:

1. Επειδή η σίτιση όταν κάποιος είναι ξαπλωμένος μπορεί να οδηγήσει σε πνιγμό, πρέπει να ανυψώνεται και να στηρίζεται το κεφάλι του ασθενή με μαξιλάρια.

2. Να σερβίρονται χλιαρά φαγητά που χρειάζονται λιγότερη μάσηση.
3. Εφόσον ο ασθενής σιτίζεται από κάποιο άλλο άτομο, το κουτάλι θα πρέπει να είναι μισό-γεμισμένο, ενώ απαραίτητη είναι η αναμονή για τουλάχιστον 5’’ πριν την επόμενη μπουκιά.

ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟ-ΣΙΤΙΣΗΣ

Για την ενθάρρυνση της αυτό-σίτισης, ενδείκνυται το σερβίρισμα του φαγητού σε μορφή σάντουιτς ή έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να το κρατήσει με το δάχτυλά του. Καλό είναι να χρησιμοποιούνται μολ αντί για πιάτα στο σερβίρισμα ή πιάτα με προστατευτικές άκρες και κουτάλια με μεγάλες λαβές αντί για πιρούνια. Επίσης, οι κούπες πρέπει να έχουν καπάκια για να αποφεύγεται το χύσιμο των υγρών και τα ποτήρια δεν πρέπει να ξεχειλίζουν. Για βοήθεια στον ασθενή, πρέπει το χέρι του να τοποθετείται πάνω ή κοντά στα σκεύη σίτισης. Τέλος, απαραίτητη είναι η εκπαίδευση του ασθενή στη συμπεριφοράς σίτισης όπου αυτό είναι εφικτό με σκοπό την απόκτηση της ανεξαρτησίας του ατόμου στη σίτιση, τοποθετώντας για αρχή το χέρι του ασθενή πάνω σε ένα π.χ. κουτάλι, τοποθετώντας το χέρι του κλινικού πάνω από το χέρι του ασθενή και ανυψώνοντας και τα δύο χέρια στο στόμα του ασθενή ώστε να φάει (Alzheimer Association, 2012). Πάντα πρέπει να υπάρχει λεκτική και σωματική ενθάρρυνση (Dorner, 2005).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΙΤΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΚΑΤΟΠΙΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Οι Watson και Green (2005), παρουσίασαν σε μια μελέτη τους, έρευνες που έχουν γίνει με σκοπό να αλλάξουν τους περιορισμούς στη σίτιση των ασθενών με άνοια. Τα αποτελέσματα αυτών είναι τα εξής:

Οι Goddaer και Abraham (1994) και ο Denney (1997), μελέτησαν την επίδραση της χαλαρωτικής, απαλής μουσικής κατά τη διάρκεια των γευμάτων για περισσότερο από 2 ξεχωριστές περιόδους μιας εβδομάδας. Τα αποτελέσματα αναφέρουν μείωση του εκνευρισμού κυρίως του λεκτικού και μη επιθετικές σωματικές συμπεριφορές.

Οι Coyne και Hoskins (1997), ερεύνησαν την επίδραση της λεκτικής προώθησης και της θετικής ενίσχυσης σε 9 συνεχόμενα γεύματα. Τα αποτελέσματα έδειξαν βελτίωση της επίδοσης στη σίτιση αλλά όχι συχνά.

Οι Athlin και Norberg (1998), μελέτησαν ασθενείς που σιτίζονταν από διάφορους φροντιστές και ασθενείς που σιτίζονταν πάντα από τον ίδιο φροντιστή σε 14 γεύματα. Τα

αποτελέσματα έδειξαν πως οι ασθενείς που σιτίζονταν από τον ίδιο φροντιστή είχαν καλύτερη αλληλεπίδραση στην ώρα του γεύματος.

Οι Biernacki και Barratt (2001), μελέτησαν ασθενείς που σιτίζονταν με αυξημένης πυκνότητας υγρά, 4 διαφορετικές πυκνότητες διατροφής, θρεπτικά πρόσθετα, αλλαγές στην παροχή φαγητού και εκπαίδευση των φροντιστών. Τα αποτελέσματα έδειξαν αύξηση της σωματικής μάζας, και παρατεταμένη αυτό-σίτιση, διατήρηση του βάρους και μείωση της άρνησης για σίτιση και άλλων αρνητικών συμπεριφορών που σχετίζονται με την κατάποση.

Σύμφωνα με την πλειοψηφία των ερευνών, η μουσική κυρίως η χαλαρωτική (Rakneskog et al., 1996a, 1996b), μπορεί να αποτελέσει ένα σχετικά οικονομικό και αποτελεσματικό τρόπο παρέμβασης στη σίτιση των ασθενών με άνοια, όπως επίσης η θετική ενίσχυση μπορεί να βελτιώσει τη συμπεριφορά κατά τη σίτιση.

Παρόλα αυτά, όπως αναφέρει και ο Watson (1996), είναι απίθανο μια μεμονωμένη παρέμβαση κυρίως μια γενική, να εφαρμόζεται σε όλους τους ηλικιωμένους με άνοια που έχουν προβλήματα κατά τη διάρκεια της σίτισης και να είναι αποτελεσματική.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΜΥΩΝ

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται συνοπτικά κάποιες παρεμβάσεις και η χρησιμότητά τους.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ
Κλίση της κεφαλής προς τα κάτω	Επιτρέπει στο βλωμό να κινείται πιο αργά στο φάρυγγα, για ασθενείς με καθυστερημένο αντανακλαστικό κατάποσης και μειωμένη λαρυγγική σύγκλειση.
Στροφή της κεφαλής δεξιά / αριστερά	Ωθηση του βλωμού προς τη δυνατότερη πλευρά του φάρυγγα, για ασθενείς με μονόπλευρη πάρεση ή παράλυση του φάρυγγα.
Στροφή και κλίση της κεφαλής δεξιά / αριστερά	Ωθηση του βλωμού προς τη δυνατότερη πλευρά του φάρυγγα πιο αργά. Μειώνει τον κίνδυνο εισρόφησης.
Κλίση της κεφαλής δεξιά / αριστερά	Ο βλωμός κινείται προς τη λιγότερο επηρεασμένη πλευρά της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα, για ασθενείς με

	μονόπλευρη φαρυγγική ή / και στη γλώσσα παράλυση.
Αλλαγές στη ποσότητα του φαγητού	Συχνότερα μειωμένη ποσότητα, μειώνει τον κίνδυνο εισρόφησης.
Αλλαγές στην πυκνότητα του φαγητού	Συμπυκνωμένα υγρά: για ασθενείς με καθυστερημένη κατάποση. Αλεσμένη τροφή: για ασθενείς με ανωμαλίες στο στοματικό στάδιο συμπεριλαμβανομένης και της καθυστερημένης κατάποσης
Στοματική υγιεινή, οδοντιατρική περίθαλψη	Παρεμποδίζει τη συσσώρευση των ξηρών εκκρίσεων καθώς επίσης και των μολύνσεων και τη μειωμένη αισθητικότητα.

(Wieseke και συνεργάτες, 2008)

ΑΝΤΙΣΤΑΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΜΥΩΝ

Μειωμένη σύγκλειση χειλιών

Επαφή των χειλιών με ένα κουτάλι αμέσως μετά από την εμφάνιση του φαγητού. Αν ο ασθενής δεν είναι ταραγμένος, ο κλινικός μπορεί να προσπαθήσει να κλείσει το κάτω χείλος του με ένα κουτάλι ή με τα χέρια (LeJeune, Kurfuerst, 2009).

Διαταραγμένη κινητικότητα γλώσσας

Πολλοί ασθενείς με άνοια, μπορεί να εξωθούν τη τροφή με τη γλώσσα ή και το κουτάλι με αποτέλεσμα τη δύσκολη τοποθέτηση της τροφής στη στοματική κοιλότητα. Σε αυτές τις περιπτώσεις και με δεδομένη την καλή φαρυγγική λειτουργία προτείνεται η χρήση σύριγγας ώστε να διατηρηθεί η ποιότητα ζωής με τη σίτιση από το στόμα (Βιρβιδάκη, 2012).

Στις περιπτώσεις που δεν παρατηρούνται τα παραπάνω, προτείνεται άσκηση πίεσης στη γλώσσα με ένα κουτάλι πριν την εισαγωγή του φαγητού στο στόμα. Εφόσον έχει επιβεβαιωθεί πως ο ασθενής μπορεί να τοποθετήσει τη γλώσσα του σε όλες τις απαιτούμενες θέσεις μέσα στο στόμα και είναι ασφαλής σ' αυτό, το φαγητό πρέπει να τοποθετείται σε διαφορετικές θέσεις πάνω στη γλώσσα κι αν είναι ασφαλές, να τοποθετείται στη συνέχεια στο πίσω μέρος της γλώσσας-βάση της γλώσσας. Εφόσον πάλι είναι ασφαλές ενδείκνυται η εναλλαγή υγρών-στερεών, ενώ σε μειωμένη περίσταση της γλώσσας πρέπει να τίθεται σε

σκέψη η διακοπή σίτισης με δύσκολες υφές και πυκνότητες όπως για παράδειγμα το κρέας (LeJeune, Kurfuerst, 2009).

Υπολείμματα μετά την κατάποση

Στην περίπτωση αυτή, είναι καλό να παρέχεται υγρό (νερό πιθανώς) ύστερα από κάθε μπουκιά συμπαγής τροφής και τουλάχιστον 120cc στο τέλος του γεύματος. Ο ασθενής πρέπει να μένει σε όρθια στάση μετά το γεύμα. Πιθανά να πρέπει να μειωθεί το μέγεθος του βλωμού ώστε να μπορεί ο ασθενής να το χειρίζεται καλύτερα (LeJeune, Kurfuerst, 2009).

Καθυστερημένη έναρξη του αντανακλαστικού κατάποσης

Αν είναι εφικτό, πρέπει το κεφάλι του ασθενή να έχει κάμψη μπροστά. Το φαγητό μπορεί να παρουσιαστεί αλλά δεν πρέπει να δοθεί στον ασθενή μέχρι να ενεργοποιηθεί η κατάποση (LeJeune, Kurfuerst, 2009).

Παλινδρόμηση

Για την αποφυγή της παλινδρόμησης, ο ασθενής πρέπει να είναι σε κάθετη θέση 30 λεπτά πριν το γεύμα, κατά τη διάρκεια του γεύματος και 30 με 40 λεπτά μετά το γεύμα. Ο ασθενής πρέπει να σιτίζεται αργά και με μικρές μπουκιές. Απαραίτητη είναι η συμβουλή εξειδικευμένου διατροφολόγου για το αν κάποιες τροφές πρέπει να αφαιρεθούν από το διαιτολόγιο και η συμβουλή του γιατρού για πιθανή θεραπευτική αγωγή με σκοπό τη μείωση της παλινδρόμησης (LeJeune, Kurfuerst, 2009).

Εξωτερική διέγερση

Επιπρόσθετα των παραπάνω ασκήσεων, υπάρχει μια πληθώρα εξωτερικά εφαρμοζόμενων τεχνικών με σκοπό την ενδυνάμωση των μυών και του συνδετικού ιστού, συμπεριλαμβανομένων της θερμοκρασίας, του μασάζ και των υπερήχων. Η διαδερμική ηλεκτρική διέγερση, έχει χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία πολλών δυσφαγικών διαταραχών. Αυτή η διέγερση, μπορεί να έχει διάφορες μορφές, όπως για παράδειγμα να είναι συνεχόμενη ή μόνο κατά τις προσπάθειες κατάποσης και ποικίλει σε συχνότητα, διάρκεια και ένταση ανάλογα με τη διαταραχή. Σκοπός της διέγερσης είναι να ενισχύσει τη συστολή των μυών που εμπλέκονται στην κατάποση, αυξάνοντας τον αριθμό των κινήσεων των μυών αυτών. Μέχρι σήμερα, έχει διεξαχθεί περιορισμένη έρευνα για τις τεχνικές αυτές και οι έρευνες που είναι διαθέσιμες είναι αντιφατικές (Rebecca, Kendall, 2008).

Γενικά, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη πως καμία άσκηση ή τεχνική δε θα πρέπει να προκαλεί πόνο στον ασθενή. Οι ασθενείς, κυρίως οι επιθετικοί, θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με την πιθανή ενόχληση που ίσως νιώσουν καθώς εκτελούν τις ασκήσεις. Η ένταση και η συχνότητα των ασκήσεων πρέπει πρωταρχικά να βασίζεται στην ανοχή του ασθενή και έπειτα στους εκάστοτε σκοπούς της θεραπείας. Έτσι, επειδή οι ασκήσεις ενδυνάμωσης, μπορεί να κουράζουν γρήγορα τον ασθενή, πρέπει να σχεδιάζονται και να εφαρμόζονται ανάλογα την περίπτωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΙΤΙΣΗ ΜΕΣΩ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ

Η ΣΙΤΙΣΗ ΜΕΣΩ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

Ένα σημαντικό στάδιο στη διαδικασία θεραπείας είναι το αν ο ασθενής πρέπει να συνεχίσει να σιτίζεται στοματικά ή μέσω καθετήρων σίτισης, όπως είναι ο ρινογαστρικός, ή κάποιοι τύποι γαστροστομίας ή νηστιδοστομίας. Η κλινική απόφαση λαμβάνεται μεταξύ του ασθενή, των συγγενών και του γιατρού, δεδομένου των ηθικών και νόμιμων αρχών. Ο γιατρός που θα τοποθετήσει το σωλήνα σίτισης πρέπει να είναι ενήμερος για τα αποτελέσματα στους ασθενείς διαφορετικών πληθυσμών που ακολουθούν την τοποθέτηση ενός γαστροστομικού καθετήρα PEG, τα οποία πρέπει να πει και στον ασθενή και τους συγγενείς. Ο γιατρός, πρέπει επίσης να περιγράψει τη διαδικασία, να ενημερώσει για τους ενδεχόμενους κινδύνους, τις εναλλακτικές θεραπείες και να απαντήσει στις όποιες απορίες των συγγενών. Οι θεραπευτικές στρατηγικές πρέπει να αντικατοπτρίζουν τις προτιμήσεις και τις αξίες του ασθενή, με την αυτονομία του ασθενή να είναι κυρίαρχη. Όταν η επιθυμία του ασθενή είναι δυνατό να εκφραστεί πρέπει να ακολουθείται. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται πως οι αποφάσεις μπορεί να βασίζονται στην κουλτούρα, τη θρησκεία, τα εσωτερικά «πιστεύω» της οικογένειας και του ασθενή και όχι πάντα απαραίτητα σε επιστημονικά δεδομένα (DeLegge, 2009).

Η Logemann και οι συνεργάτες της, μελέτησαν και κατέληξαν πως σημαντική παράμετρος για την απόφαση αυτή αποτελεί ο χρόνος που χρειάζεται ο ασθενής για να καταπιεί μια ποσότητα βλωμού συγκεκριμένης σύστασης. Αν ο ασθενής χρειάζεται περισσότερο από 10'' για τη στοματική και φαρυγγική μεταφορά κάθε πυκνότητας βλωμού, αλλά δεν εισροφά, ο ασθενής μπορεί να σιτίζεται από το στόμα, αλλά ίσως χρειάζεται και μη στοματική σίτιση να συμπληρώσει τη στοματική ώστε να επιτευχθεί επαρκής θρέψη και ενυδάτωση. Αν ο δυσφαγιολόγος εκτιμά πως η πρόοδος του ασθενή στη θεραπεία θα είναι αργή και θα διαρκέσει περισσότερο από 3 με 4 βδομάδες, οπότε χρειάζεται επιπλέον και μη στοματική σίτιση, ο υπεύθυνος γιατρός πιθανά να προτιμήσει για τον ασθενή κάποιο τύπο γαστροστομίας ή νηστιδοστομίας αντί για ρινογαστρικό καθετήρα (Logemann, 1998).

Ένας άλλος παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι τα ποσοστά εισρόφησης. Αν ο ασθενής εισροφά πάνω από το 10% βλωμού κάποιας συγκεκριμένης πυκνότητας και είναι ενήμερος για αυτό θα πρέπει να περιορίσει τη συγκεκριμένη πυκνότητα φαγητού από το καθημερινό διαιτολόγιό του. Αν ο ασθενής δεν δύναται να καταπιεί οποιαδήποτε πυκνότητας τροφή εισροφώντας λιγότερο από 10%, πρέπει να σταματήσει η στοματική του σίτιση. Ωστόσο, κάποιοι ασθενείς που δεν είναι ενήμεροι της διαταραχής κατάποσής τους, ή που εισροφούν σιωπηρά (χωρίς εμφάνιση βήχα), κυρίως αυτοί με

νευρολογικές διαταραχές, συνεχίζουν να προσπαθούν να σιτίζονται από το στόμα, παρά τα υψηλά ποσοστά εισρόφησης που πιθανά εμφανίζουν (Logemann, 1998).

Ο ασθενής με δυσφαγία κινδυνεύει από μια πλευρά από τον υποσιτισμό και από την άλλη από τις τραχειοπνευμονικές επιπλοκές της εισρόφησης. Αποφασιστική για την δυνατότητα της στοματικής σίτισης είναι η επάρκεια της προσλαμβανόμενης τροφής και ο βαθμός εισρόφησης (Αναγνώστου, Μοσχοβάκης, 2007).

- Επάρκεια της στοματικής σίτισης: ένα κλινικό μέτρο για την επαρκή σίτιση από το στόμα είναι το σωματικό βάρος και η διάρκεια της κατάποσης. Αν κάθε μεταφορά του βλωμού διαρκεί πάνω από 10s, προκύπτει η ανάγκη επιπρόσθετης σίτισης με καθετήρα.
- Βαθμός εισρόφησης: αν εισροφούνται άνω των 10% του βλωμού, με διατηρημένο το αντανακλαστικό του βήχα δε θα πρέπει να συνεχίζεται η σίτιση από το στόμα. Η ανοχή παρόλα αυτά απέναντι στην εισρόφηση εκφράζεται διαφορετικά και μεταξύ άλλων σε εξάρτηση από τις συνοδές πνευμονίες, την κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος και τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Ουσιαστικό είναι το τι εισροφάται, πόσο πού και πόσο συχνά και αν υπάρχει αντανακλαστικό του βήχα. Για το είδος της σίτισης δεν αποφασίζει μόνη της η ποσότητα του εισροφούμενου υλικού, αλλά τα κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα.
- Αποδεδειγμένη εμφάνιση πνευμονίας από εισρόφηση σε σύντομα χρονικά διαστήματα, χωρίς απόδειξη πως οι αντισταθμιστικές στρατηγικές ή οι τροποποιημένες πυκνότητες των φαγητών μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισής της (LeJeune, Kurfuerst, 2009).

Ακόμα, και οι εργαστηριακές εξετάσεις παρέχουν τη βάση για την απόφαση όμως αυτή εξαρτάται κι από άλλους παράγοντες όπως είναι ο χρόνος που απαιτείται για να καταπιεί ο ασθενής, τα επίπεδα ενέργειας του ασθενή, η ανάγκη για εναλλακτικό τρόπο φαρμακευτικής χορήγησης, επαναλαμβανόμενα επεισόδια αφυδάτωσης, ανεξήγητη απώλεια βάρους ή συμπτώματα υποθρεψίας και επεισόδια πνευμονίας. Όλα τα παραπάνω, αυτά που σχετίζονται με τη διαγνωστική διαδικασία καθώς και με την κλινική παρατήρηση, πρέπει να συζητούνται με τον ασθενή (αν αυτό είναι εφικτό) και τις οικογένειές τους όταν η προοπτική της μη στοματικής σίτισης αποτελεί μέρος της θεραπείας (Thomas, Ricardo, 2006).

Επίσης, επειδή οι περισσότεροι θεραπευτές της κατάποσης είναι λογοθεραπευτές αυτοί θα πρέπει να εμπλέκονται και σε άλλους τομείς της ηθικής διαδικασίας της απόφασης για διακοπή της στοματικής σίτισης, επιβεβαιώνοντας όπου αυτό είναι εφικτό πως ο ασθενής κατανοεί πλήρως τις επιλογές και τους κινδύνους που εμπλέκονται στη συνέχιση της

στοματικής σίτισης και πως οι επιθυμίες του ασθενή είναι ξεκάθαρα κατανοητές από την ιατρική ομάδα. Κάποιες φορές ο ασθενής με διαταραχές κατάποσης έχουν σοβαρά προβλήματα λόγου και επικοινωνίας γεγονός που καθιστά την επικοινωνία τους με τη διεπιστημονική ομάδα ιδιαίτερα δύσκολη. Ο λογοθεραπευτής πρέπει να διευκολύνει την επικοινωνία και να βοηθά στον προσδιορισμό του αν ο ασθενής κατανοεί τις απαραίτητες πληροφορίες που χρειάζονται για τη λήψη της σωστής απόφασης (Logemann, 1998).

ΤΡΟΠΟΙ ΜΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι μη στοματικής σίτισης για τους ασθενείς που δεν μπορούν να προσλαμβάνουν θρέψη και ενυδάτωση από το στόμα. Αυτοί μπορεί να είναι οι ρινογαστρικοί καθετήρες ή τα παράγωγα, η ενδοσκοπική ή χειρουργική γαστροστομία, ενδοσκοπική ή χειρουργική νηστιδοστομία, οισοφαγικό ή φαρυγγικό στόμιο σίτισης (Logemann, 1998). Όλοι οι παραπάνω τρόποι μη στοματικής σίτισης αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης σε σχέση με τη στοματική σίτιση. Με κατάλληλη φροντίδα όμως αυτή η επιπλοκή μπορεί να ελαχιστοποιηθεί. Όλες οι παραπάνω διαδικασίες είναι προσωρινές και μπορούν να αφαιρεθούν οποιαδήποτε στιγμή. Οι ασθενείς και οι συγγενείς συνήθως δεν κατανοούν πως όλοι οι τρόποι μη στοματικής σίτισης μπορούν να είναι προσωρινοί ή και όχι ανάλογα με την πορεία του ασθενή. Ο σκοπός της διεπιστημονικής ομάδας δυσφαγίας θα πρέπει να είναι να το επικοινωνούν αυτό στους συγγενείς και τους ασθενείς. Επίσης θα πρέπει να ενημερώνουν για το είδος της μη στοματικής σίτισης που πρέπει να προτείνεται σε κάθε ασθενή και να δίνεται έμφαση στο τι θα προσφέρει στον ασθενή (π.χ. καλύτερη θρέψη και ενυδάτωση) σε περιπτώσεις που δεν είναι εφικτή η στοματική σίτιση (Logemann, 1998).

ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΚΑΘΗΤΗΡΑΣ

Ο ρινογαστρικός καθετήρας τοποθετείται από τη μύτη και καταλήγει στο στομάχι μέσω του φάρυγγα και του οισοφάγου. Οι καθετήρες διαφέρουν σε διάμετρο, ωστόσο ένας στενός καθετήρας προτιμάται για να μειώσει όσο είναι δυνατό τον ερεθισμό του φάρυγγα και του οισοφάγου αφού αυτός περνά από τη κρικοφαρυγγική ένωση, στην κορυφή του οισοφάγου. Ο αριθμός των γευμάτων μάσα στη μέρα και η ποσότητα του φαγητού ανά γεύμα, ποικίλουν. Ωστόσο, κάθε γεύμα συνήθως ακολουθείται από τουλάχιστον 120 με 240cc νερού ώστε να καθαριστεί ο καθετήρας και να χορηγηθεί η απαιτούμενη ενυδάτωση. Γενικά, οι ασθενείς πρέπει να μένουν σε κάθετη θέση για μία ώρα μετά το γεύμα ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (Logemann, 1998).

Τα μειονεκτήματα του ρινογαστρικού καθετήρα είναι η φυσική του παρουσία στη μύτη, το φάρυγγα και τον οισοφάγο και η πιθανότητα παλινδρόμησης του φαγητού από το στομάχι στο φάρυγγα μέσω του οισοφάγου. Επίσης, τα γεύματα συχνά αποτελούνται από προπαρασκευασμένα διατροφικά διαλύματα που αυξάνουν το κόστος της φροντίδας του ασθενή.

Η σίτιση μέσω ρινογαστρικό καθετήρα αποτελεί μια παροδική λύση στα προβλήματα στοματικής σίτισης και συνήθως αντικαθίσταται από μια μόνιμη ύστερα από 3 με 4 μήνες αν ο ασθενής παραμένει δυσφαγικός. Ωστόσο, κάποιοι ασθενείς μπορεί να έχουν ρινογαστρικό καθετήρα για 5 ή 6 μήνες ή και περισσότερο. Σε αυτούς τους ασθενείς και τις οικογένειες τους πρέπει να γίνει σύσταση να τοποθετούν τον καθετήρα μόνο κατά τη διάρκεια των γευμάτων και να τον αφαιρούν μετά (Logemann, 1998). Επιπλέον μειονεκτήματα και κίνδυνοι είναι οι πιθανοί ρινικοί, φαρυγγικοί, λαρυγγικοί και οισοφαγικοί ερεθισμοί, η ενίσχυση κατακρατήσεων, η αυξανόμενη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και η αισθητική επιβάρυνση (Αναγνώστου, Μοσχοβάκης, 2007).

ΦΑΡΥΓΓΟΣΤΟΜΙΑ

Η τεχνική αυτή περιλαμβάνει τη δημιουργία μιας τρύπας από το δέρμα μέσα στο φάρυγγα μέσω της οποίας ένας σωλήνας τοποθετείται μέσα στον οισοφάγο κι από εκεί στο στομάχι. Το πλεονέκτημά του έναντι του ρινογαστρικού καθετήρα είναι η αποφυγή της τοποθέτησης του σωλήνα μέσω της μύτης κάτι που προκαλεί ντροπή και θεωρείται λιγότερα κοινωνικά αποδεκτό από κάποιους ασθενείς. Το μειονέκτημά του είναι η δημιουργία της τρύπας που πιθανά για να κλείσει χρειάζεται χειρουργείο και ίσως αφήσει φαρυγγική ουλή (Logemann, 1998).

ΟΙΣΟΦΑΓΟΣΤΟΜΙΑ

Κατά την τεχνική αυτή, δημιουργείται μια τρύπα από το δέρμα στον τράχηλο του οισοφάγου μέσω της οποίας ένας καθετήρας σίτισης περνά από τον οισοφάγο στο στομάχι. Τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματά του είναι ίδια με της φαρυγγοστομίας (Logemann, 1998).

ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑ

Η γαστροστομία μπορεί να τοποθετηθεί είτε μέσω μιας γενικής χειρουργικής διαδικασίας με γενική αναισθησία ή ενδοσκοπικά με τοπική αναισθησία (Logemann, 1998). Η διαδερμική ενδοσκοπική γαστροστομία (PEG) είναι αυτή που χρησιμοποιείται πιο συχνά (Yorkson, Miller, Strad, 2004).

Η τοποθέτηση ενδοσκοπικά ενός σωλήνα PEG, είναι ένας τρόπος εγκατάστασης σωλήνα σίτισης αποφεύγοντας πολύπλοκες χειρουργικές διαδικασίες. Παρόλο που υπάρχουν διάφορες τεχνικές τοποθέτησης, γενικά, δίνεται στους ασθενείς τοπική αναισθησία στην πλευρά που θα τοποθετηθεί ο σωλήνας. Ο χειρουργός, τοποθετεί ένα ενδοσκόπιο από το στόμα στο στομάχι του ασθενή. Καθώς ο χειρουργός παρακολουθεί τη βλεννογόνο του στομάχου για να αποφασίσει την πλευρά τοποθέτησης του σωλήνα, γίνεται μια μικρή τομή στο κοιλιακό τοίχωμα. Έτσι, ο σωλήνας PEG τοποθετείται στο στομάχι και εξέρχεται από το δέρμα της κοιλιακής χώρας. Η διαδικασία αυτή διαρκεί συνήθως 30 με 45 λεπτά.

Η σίτιση πρέπει να αρχίζει 24 ώρες μετά την τοποθέτηση του καθετήρα, αρχικά με τσάι. Αμέσως μετά είναι δυνατή η βαθμιαία αύξηση της σίτισης μέσω του καθετήρα. Ο ασθενής μπορεί να σιτίζεται με αλεσμένη τροφή από μπλέντερ μέσω του σωλήνα (Logemann, 1998). Η φροντίδα του σώματος με νερό και σαπούνι σαφώς επιτρέπονται. Η απόφραξη του PEG μπορεί να αποφευχθεί μέσω έκπλυσης αυτού με 40 ml νερό κάθε 6 ώρες πριν και μετά τη λήψη τροφής. Η αφαίρεση του καθετήρα είναι δυνατή κάθε στιγμή ενδοσκοπικά (Αναγνώστου, Μοσχοβάκης, 2007).

Η γαστροστομία αποτελεί μακροχρόνια λύση σε σοβαρά προβλήματα κατάποσης επειδή δεν έχει τον κίνδυνο ερεθισμού της μύτης και του φάρυγγα σε σύγκριση με ένα ρινογαστρικό καθετήρα. Παρόλα αυτά μπορεί να αποσυρθεί εάν ο ασθενής ανακτήσει την ικανότητα στοματική σίτισης. Στα μειονεκτήματά του συγκαταλέγονται οι μολύνσεις και οι διαρροές από την οπή στην κοιλιά, οι πληγές και η έλλειψη άνεσης στον ασθενή (Logemann, 1998).

ΝΗΣΤΙΔΟΣΤΟΜΙΑ

Ο σωλήνας σίτισης, μπορεί επίσης να τοποθετηθεί από εξωτερικό άνοιγμα την κοιλιακή χώρα στη νήστιδα του λεπτού εντέρου. Αυτή η εναλλακτική διαδικασία συνίσταται για τους ασθενείς με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Ωστόσο, υπάρχουν ασθενείς που συνεχίζουν να εμφανίζουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ακόμα κι αν σιτίζονται μέσω νηστιδοστομίας (Logemann, 1998). Η διαδικασία γίνεται είτε τοποθετώντας το σωλήνα απευθείας στη νήστιδα μέσω τομής στο κοιλιακό τοίχωμα, είτε τοποθετώντας ένα πιο λεπτό

σωλήνα μέσω του σωλήνα PEG, προωθώντας τον στη νήστιδα του εντέρου (Yorkson, Miller, Strad, 2004). Για τη σίτιση όμως του ασθενή χρησιμοποιούνται ειδικά διατροφικά διαλύματα και όχι πολτοποιημένο φαγητό, γεγονός που αυξάνει το συνολικό κόστος σίτισης του ασθενή (Βιρβιδάκη, 2011).

ΟΛΙΚΗ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ

Πρόκειται για τη σίτιση μέσω περιφερικής ή κεντρικής φλεβικής γραμμής όταν ο ασθενής δεν μπορεί να σιτιστεί από το στόμα ή μέσω καθετήρα εντερικής σίτισης. Ενδείκνυται σε περιπτώσεις εκτεταμένης εντερεκτομής, σε υψηλής παροχής συριγγίου που δεν ανταποκρίνεται σε στοιχειακή διαίτα, σε περιπτώσεις αδυναμίας κάλυψης ποσοστού μεγαλύτερο από 60% των ενεργειακών αναγκών από την εντερική οδό για περισσότερες από 8 ημέρες, σε δυσαπορρόφηση και επίμονο ειλέο ή πλήρη εντερική απόφραξη (Βιρβιδάκη, 2011).

Η διακοπή της ολικής παρεντερικής σίτισης γίνεται όταν ο ασθενής μπορεί να ξεκινήσει εντερική σίτιση, όταν πρέπει να αποφευχθεί η υπογλυκαιμία. Εναλλακτικά χορηγείται παράλληλα ολική παρεντερική σίτιση και εντερική διατροφή (Βιρβιδάκη, 2011).

ΦΤΩΧΟΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΘΕΤΗΡΑ PEG

Υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά τα οποία αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες για την τοποθέτηση σωλήνων σίτισης και αυτοί είναι οι εξής: ο ασθενής να είναι μεγαλύτερος από 75 ετών, αρσενικού φύλλου, κλινήρης, με προχωρημένο καρκίνο, σακχαρώδη διαβήτη, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, επίπεδα λευκωματίνης μικρότερα του 3 gr/dL, να έχει εμφανίσει προηγούμενες εισροφές, κατακλίσεις, σύγχυση και καρδιακή νόσο (Plonk, 2005). Επιπλέον αντενδείξεις για την εφαρμογή ενός καθετήρα PEG είναι η αδυναμία διαφανοσκόπησης, βαριά διαταραχή πηκτικότητας, ο ειλέος, η περιτονίτιδα και το έλκος στομάχου (Αναγνώστου, Μοσχοβάκης, 2007).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΤΗΣ ΜΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση για τον τύπο της μη στοματικής σίτισης που πρόκειται να επιλεγεί (Logemann, 1998), συμπεριλαμβανομένων του γαστρεντερικού ιστορικού του ασθενή, του κόστους της σίτισης και της ασφαλιστικής κάλυψης, της συμπεριφοράς και των προτιμήσεων του ασθενή και της ιατρικής διάγνωσης. Ο

δυσφαγιολόγος μπορεί να μην είναι ενήμερος όλων αυτών όπως ο υπεύθυνος γιατρός. Σε κάποιες περιπτώσεις, εάν η λειτουργική κατάποση είναι απαγορευτική, ο διατροφολόγος ίσως χρειαστεί να χορηγήσει στον ασθενή διατροφικά πρόσθετα με σκοπό να αυξήσει τη θερμιδική πρόσληψη μέσω της στοματικής σίτισης.

ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ

Το PEG ξεκίνησε να τοποθετείται ως ασφαλής και αποτελεσματική εναλλακτική λύση σε σχέση με την ανοιχτή χειρουργική γαστροστομία (Plonk, 2005). Θεωρήθηκε ασφαλής επιλογή γιατί το ποσοστό χειρουργικών επιπλοκών για την τοποθέτησή του ήταν λιγότερο από 2% και αποτελεσματική γιατί επέτρεπε την τοποθέτηση σωλήνα σίτισης σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις. Οι γιατροί και οι οικογένειες συχνά προσανατολίζονται επίσης στους σωλήνες σίτισης για τα πιθανά πλεονεκτήματα της εξασφάλισης θρέψης και ενυδάτωσης στους ασθενείς με άνοια Αλτσχάιμερ, σε προχωρημένο στάδιο. Οι σωλήνες σίτισης παρουσιάζονται ως ο τρόπος για βελτίωση της θρέψης, διατήρηση της σωματικής ακεραιότητας μέσω ενίσχυσης της πρωτεϊνικής πρόσληψης, παρεμπόδιση της πνευμονίας από εισρόφιση, βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης και παράταση της ζωής (Li, 2002). Οι γαστροστομίες (PEG) συχνά χρησιμοποιούνται για αυτό το σκοπό και εκτιμάται πως περίπου το 30% όλων των PEG έχουν τοποθετηθεί σε ασθενείς με άνοια (LeJeune, Kurfuerst, 2009).

Ένας ακόμα λόγος για επιλογή των καθετήρων σίτισης αντί για το τάισμα του ασθενή, αποτελεί το οικονομικό μέρος που συνδέεται άμεσα με τη σίτιση των ασθενών που βρίσκονται σε μακροχρόνια φροντίδα (Chernoff, 2006). Παρόλο που η στοματική σίτιση κάποιες φορές είναι προτιμότερη, υπάρχουν αρκετά οικονομικά κίνητρα για τη σίτιση μέσω καθετήρων. Αυτό ισχύει διότι το κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για ένα ασθενή με άνοια που έχει κάποιο καθετήρα σίτισης, είναι μικρότερο από το να σιτίζεται ο ασθενής από το στόμα και απαιτεί λιγότερο χρόνο από το νοσηλευτικό προσωπικό ή τους συγγενείς (Chernoff, 2006).

Οι Yorkson, Miller, Strad (2004), αναφέρουν πως η χειρουργική τοποθέτηση ενός σωλήνα σίτισης, μπορεί να παρατείνει πραγματικά την ικανότητα του ασθενή να ευχαριστιέται τη διαδικασία σίτισης, χωρίς να γίνεται αγγαρεία, παρεμποδίζοντας συγχρόνως τις καταστροφικές δευτερεύουσες συνέπειες της σοβαρής αφυδάτωσης και απώλειας βάρους. Σημαντικό για να επιτευχθεί αυτό είναι η πρώιμη χειρουργική παρέμβαση. Είναι ιδανικό, η χειρουργική παρέμβαση να γίνεται προτού να υπάρξει σημαντική απώλεια βάρους και αφυδάτωσης.

Έρευνες έχουν δείξει πως οι ασθενείς με σωλήνες PEG έχουν προσδόκιμο ζωής 1 με 4 μήνες περισσότερο από αυτούς που τους αρνούνται ή που δεν είναι κατάλληλοι υποψήφιοι για PEG. Το πλεονέκτημα επιβίωσης είναι μεγαλύτερο για τους ασθενείς που ο σωλήνας PEG τοποθετείται προτού εμφανίσουν αναπνευστικά προβλήματα. Οι ασθενείς που περιμένουν μέχρι η αναπνευστική τους ικανότητα να πέσει κάτω από το 50%, είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν αναπνευστικές επιπλοκές (Yorkson, Miller, Strad, 2004).

Επίσης είναι προτιμότερο να παρέχεται η χειρουργική θεραπεία προτού η σίτιση να γίνει απωθητική διαδικασία. Καμία μέθοδος χειρουργικής παρέμβασης δεν αναστέλλει την ικανότητα του ατόμου να τρώει φαγητό και να πίνει υγρά από το στόμα. Αν η διαδικασία σίτισης γίνει έγκαιρα κατά τη πορεία της ασθένειας το άτομο πιθανά μπορεί να διατηρήσει την στοματική πρόσληψη ως μια ευχάριστη διαδικασία και να τρώει μόνο τόσο όσο είναι εφικτό και το υπόλοιπο να λαμβάνεται μέσω του σωλήνα (Yorkson, Miller, Strad, 2004). Τονίζοντας πως η χειρουργική παρέμβαση δεν τροποποιεί την ικανότητα του ασθενή να τρώει, μπορεί να γίνει βοηθητική ώστε να διασκεδαστούν οι όποιοι φόβοι του ασθενή για τους σωλήνες σίτισης.

Η απόφαση για τοποθέτηση σωλήνα σίτισης ώστε να βελτιωθεί η θρεπτική κατάσταση του ασθενή πρέπει να θεωρείται ίδια με την απόφαση να χρησιμοποιείται ένα μπλέντερ για να προετοιμάζεται το φαγητό, όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση πλέον να καταπίνει στερεές τροφές (Yorkson, Miller, Strad, 2004).

ΤΑ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ

Υποθρεψία

Οι ασθενείς με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ που σταματάνε τη στοματική σίτιση, εμφανίζουν άμεσα υποθρεψία. Η εμφάνιση μη φυσιολογικών δεικτών της διατροφικής κατάστασης αυτών των ασθενών, συχνά χρησιμοποιείται για να πιστοποιήσει την αναγκαιότητα τοποθέτησης σωλήνων σίτισης, αφού θεωρείται πως αυτοί παρεμποδίζουν την εμφάνιση των συνεπειών της υποθρεψίας όπως για παράδειγμα τις διάφορες λοιμώξεις, μέχρι και τον θάνατο.

Ένα δείγμα 9 ασθενών από 40, που σιτίζονταν μακροχρόνια με σωλήνες σίτισης, με φτωχή λειτουργική και γνωστική κατάσταση, εμφάνισε απώλεια βάρους και υποθρεψία ακόμα κι όταν παρέχονταν αυξημένα θρεπτικά πρόσθετα. Άλλες έρευνες έδειξαν πως η απώλεια βάρους αυξανόταν σε συχνότητα και ποσοστιαία καθώς επιμηκυνόταν η διάρκεια παραμονής των σωλήνων σίτισης (LeJeune, Kurfuerst, 2009). Επίσης, τα επίπεδα

διατροφικών δεικτών όπως η αιμοσφαιρίνη, ο αιματοκρίτης και η χοληστερόλη, δεν εμφάνισαν σημαντική βελτίωση ύστερα από την τοποθέτηση ενός σωλήνα σίτισης (Li, 2002).

Η συνεχόμενη υποθρεψία σε αυτές τις περιπτώσεις μακροχρόνιας σίτισης μέσω σωλήνων σίτισης, συνήθως αποτελεί το αποτέλεσμα της χρόνιας ασθένειας, της ακινησίας και των νευρολογικών μειονεκτημάτων, τα οποία εμποδίζουν τις προσπάθειες διατροφικής υποστήριξης. Τα αρνητικά αποτελέσματα, πιθανά είναι αναπόφευκτα σε αυτούς τους ασθενείς παρά την τοποθέτηση σωλήνων σίτισης (Li, 2002).

Παρόλο που το PEG μπορεί να βελτιώσει τους βιοχημικούς δείκτες της υποθρεψίας, δεν οδηγεί σε βελτιωμένη λειτουργική κατάσταση (Shah, 2006).

Πνευμονία από εισρόφηση

Ένας βασικός λόγος που προτείνεται η τοποθέτηση σωλήνων σίτισης σε άτομα με προχωρημένη άνοια τύπου Άλτσχάμερ, είναι η διακοπή της πιθανής εισρόφησης και της επακολουθούμενης πνευμονίας. Ωστόσο, δεν υπάρχουν εξακριβωμένα δεδομένα που πιστοποιούν πως οι σωλήνες σίτισης μειώνουν την πιθανότητα πνευμονίας από εισρόφηση στους ασθενείς αυτούς. Αντίθετα, μερικά δεδομένα εμφανίζουν πιθανότητα αύξησης της εμφάνισης πνευμονίας σε αυτές τις περιπτώσεις. Έρευνα που εξέταζε την πιθανότητα πνευμονίας σε 104 ασθενείς με προχωρημένη άνοια που νοσηλεύονταν, έδειξε πως οι ασθενείς με σωλήνες σίτισης, εμφάνισαν συγκριτικά περισσότερα επεισόδια πνευμονίας από εισρόφηση (58%) από τους ασθενείς χωρίς σωλήνα σίτισης (Li, 2002).

Επίσης, σύμφωνα με άλλους ερευνητές (Shah, 2006), σχεδόν όλοι οι ασθενείς που σιτίζονται μέσω γαστροστομίας, εμφανίζουν γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Περίπου το ¼ αυτών πεθαίνουν από πνευμονία, από τους οποίους οι μισοί είχαν εμφανίσει εισρόφηση. Ουσιαστικά, η ύπαρξη ιστορικού εισρόφησης, αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα θανάτου μέσα σε μια βδομάδα από την τοποθέτηση της γαστροστομίας και σύμφωνα με μια άλλη έρευνα, και οι τρεις ασθενείς που απεβίωσαν από πνευμονία από εισρόφηση ενώ είχαν γαστροστομία, εμφάνισαν προηγούμενα επεισόδια εισρόφησης (Shah, 2006).

Σ' ότι αφορά στην αξιολόγηση εάν ένα είδος σωλήνα σίτισης είναι καλύτερο από κάποιο άλλο, οι ερευνητές σύγκριναν τα περιστατικά πνευμονίας από εισρόφηση μεταξύ ασθενών με νηστιδοστομίες και εκείνων με γαστροστομίες. Μια μετανάλυση 17 ερευνών από τις 45 μεταξύ των ετών 1978 και 1989, με 2976 γαστροστομίες και 386 νηστιδοστομίες, απέδειξε ότι τα επίπεδα εισρόφησης ήταν ποικίλα και διαφορετικά μεταξύ ασθενών διαφορετικών πληθυσμών και ερευνών.

Ο Plonk (2005), αναφέρει σε άρθρο του μάλιστα πως η πνευμονία από εισρόφιση είναι η πιο συνηθισμένη αιτία θανάτου ύστερα από την τοποθέτηση PEG. Τα ερευνητικά αποτελέσματα δείχνουν πως οι σωλήνες σίτισης (PEG και ρινογαστρικοί καθετήρες) ουσιαστικά αυξάνουν τον κίνδυνο πνευμονίας από εισρόφιση πιθανά λόγω αύξησης της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Οι ασθενείς με νευρογενούς αιτιολογία δυσφαγία, που σιτίζονται μέσω διαφόρων σωλήνων σίτισης, έχουν όλοι τις ίδιες πιθανότητες να εμφανίσουν πνευμονία από εισρόφιση. Καταλήγοντας, δεν υπάρχουν αξιόπιστα δεδομένα μείωσης της εισρόφισης σχετιζόμενα με το είδος του επιλεγόμενου σωλήνα σίτισης (Li, 2002).

Γενικά, ο κίνδυνος πνευμονίας από εισρόφιση φαίνεται να είναι μεγαλύτερος σε ασθενείς γνωστικά διαταραγμένους με καθετήρες σίτισης σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς καθετήρες (Detweiler, Kim, Bass, 2004).

Ποιότητα ζωής

Οι φροντιστές και οι γιατροί, προσπαθούν να καλύψουν την αίσθηση πείνας και δίψας των ασθενών με προχωρημένου επιπέδου άνοια Αλτσχάιμερ με φτωχή στοματική σίτιση. Στην πραγματικότητα, είναι αδύνατο να ερωτηθούν οι συγκεκριμένοι ασθενείς αν νιώθουν άνετα σε μια κατάσταση όπου σιτίζονται και ενυδατώνονται μέσα από σωλήνες σίτισης. Δεδομένα για την πείνα και τη δίψα μπορούν να προκύψουν από ασθενείς με άλλες θανατηφόρες ασθένειες (Li, 2002).

Λειτουργική κατάσταση και επιβίωση

Οι σωλήνες σίτισης τοποθετούνται με σκοπό και τη βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης και της επιβίωσης. Προς το παρόν, υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σχετικά με τα αποτελέσματα των σωλήνων σίτισης στη βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης σε ασθενείς με προχωρημένη άνοια Αλτσχάιμερ. Σε μια ανασκοπική παρατήρηση νοσηλεύομενων ασθενών με άνοια με σωλήνες σίτισης δεν παρατηρήθηκε βελτίωση στην εντερική λειτουργία, στη νοητική κατάσταση, στο λόγο, στις καθημερινές δραστηριότητες και τη βάρδιση κατά τη διάρκεια των 18 μηνών μετά την τοποθέτηση γαστροστομίας. Ασθενείς μόνο σε 1 περίπτωση εμφάνισαν μερική βελτίωση στην ανώτερη και κατώτερη σωματική λειτουργία σε μια περίοδο 4 μηνών (Li, 2002).

Οι ασθενείς και οι οικογένειες τους, αναμένουν την επιμήκυνση της ζωής ως αποτέλεσμα της τοποθέτησης των σωλήνων σίτισης. Μερικές έρευνες που συγκρίνουν την επιβίωση νοσηλεύομενων ασθενών με σωλήνες σίτιση και χωρίς αυτούς, δεν εμφανίζουν πλεονεκτήματα επιβίωσης υπέρ των ασθενών με τους σωλήνες σίτισης. Συγκεκριμένα, μόνο

το 38% των ασθενών επέζησαν ένα χρόνο μετά την τοποθέτηση της γαστροστομίας (Li, 2002). Στις περιπτώσεις άλλωστε των ασθενών με νόσο Αλτσχάιμερ που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο, είτε έχουν σωλήνες σίτισης είτε δεν έχουν, το μέσο ποσοστό θνησιμότητας στους 6 μήνες είναι 50% (Li, 2002). Σε άλλη έρευνα, (Shah, 2006), αναφέρεται πως από όλους τους ηλικιωμένους ασθενείς με PEG, η θνησιμότητα των ασθενών με άνοια παραμένει πολύ υψηλή, αγγίζοντας το 54% μέσα σε ένα μήνα και το 90% μέσα σε ένα χρόνο. Η μέση επιβίωση των ασθενών με σοβαρή άνοια είναι 2 με 6 μήνες είτε σιτίζονται μέσω PEG είτε όχι. Επίσης, οι Meier και οι συνάδελφοί του (Chernoff, 2006), διεξήγαγαν έρευνα για να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα των σωλήνων σίτισης σε σχέση με τη θνησιμότητα. Οι ερευνητές παρατήρησαν 99 νοσηλευόμενους ασθενείς με προχωρημένη άνοια. Περίπου στο 17% των ασθενών είχε ήδη εισαχθεί σωλήνας σίτισης. Στο 50% ωστόσο του δείγματος, οι σωλήνες σίτισης εισήχθησαν κατά τη διάρκεια της έρευνας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι σωλήνες σίτισης δεν σχετίζονται με την επιβίωση. Οι ασθενείς με τους σωλήνες σίτισης είχαν τις ίδιες πιθανότητες θνησιμότητας με αυτούς που δεν είχαν, γεγονός που επιβεβαιώνεται και στην έρευνα των Murphy και Lipman (2003), οι οποίοι μελέτησαν αν υπάρχει πλεονέκτημα επιμήκυνσης της επιβίωσης σε 41 ασθενείς με άνοια (σε 23 ασθενείς τοποθετήθηκε PEG, ενώ στους 18 δεν τοποθετήθηκε). Ακόμα, παλιότερα, οι Mitchell και συνεργάτες (1997), μελέτησαν αν υπάρχει πλεονέκτημα επιμήκυνσης της διάρκειας ζωής σε 1386 ασθενείς με σοβαρή γνωστική διαταραχή, από τους οποίους στο 9,7% είχε τοποθετηθεί κάποιος σωλήνας σίτισης. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η επιβίωση δεν διαφέρει ανάμεσα στους ασθενείς με σωλήνες σίτισης και χωρίς αυτούς. Οι Fernandez και συνεργάτες (2005), σε έρευνα τους σε 67 ασθενείς με προχωρημένη άνοια, ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, κατέληξαν πως η υποθρεψία και η πνευμονία συνδέονται άμεσα και θετικά με τη θνησιμότητα και μάλιστα η τοποθέτηση ρινογαστρικών σωλήνων σίτισης αυξάνει την πιθανότητα θνησιμότητας σε αυτούς τους ασθενείς.

Πιθανώς, η απώλεια της ικανότητας του ασθενή να φάει, αποτελεί το σημείο στο οποίο ο ασθενής βρίσκεται πλέον στα τελευταία στάδια της νόσου, δημιουργώντας έτσι δισεπίλυτα προβλήματα που δεν λύνονται ακόμα και με επιθετικές παρεμβάσεις. Αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ότι αφορά στην έλλειψη βελτίωσης της λειτουργικής κατάστασης και στον αυξημένων ποσοστών θνησιμότητας.

Επιλοκές

Η τοποθέτηση ενός σωλήνα σίτισης μπορεί να αυξήσει τη δυσφορία του ασθενή. Κι ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας που σχετίζονται με την τοποθέτηση των PEG είναι γενικά

χαμηλό, μεταξύ 0-2%, τα ποσοστά επιπλοκών των PEG μπορούν να ποικίλουν μεταξύ 15-70% (Li, 2002). Οι διαρροές από το σωλήνα, η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση ο ειλεός και η διάρροια αποτελούν πιθανές δυσμενείς συνέπειες που σχετίζονται με την τοποθέτηση ενός σωλήνα σίτισης και προκαλούν μεγάλη δυσφορία στους ασθενείς.

Μια άλλη ενδεχόμενη δυνητική συνέπεια των σωλήνων σίτισης, είναι οι αυξανόμενοι περιορισμοί. Οι ασθενείς με σοβαρή άνοια συχνά δεν κατανοούν γιατί ένας σωλήνας σίτισης προεξέχει από την κοιλιακή τους χώρα και συχνά προσπαθούν να τον βγάλουν. Οι φροντιστές συχνά το αντιμετωπίζουν αυτό θέτοντας περιορισμούς. Σε μια έρευνα (Li, 2002), βρέθηκε πως οι ασθενείς με άνοια σε προχωρημένο στάδιο με σωλήνες σίτισης είναι 90% πιο πιθανό να έχουν τα χέρια τους κλεισμένα σε γάντια και για 71% από αυτούς τους ασθενείς είναι απαραίτητοι επιπρόσθετοι περιορισμοί. Αυτές οι ενέργειες συχνά κάνουν τους ασθενείς πιο ευέξαπτους κάτι που μπορεί να οδηγήσει στη χρήση φαρμάκων. Με τέτοια πιθανά, αρνητικά αποτελέσματα, οι σωλήνες σίτισης πιθανώς οδηγούν πιο συχνά σε αισθήματα δυσκολίας παρά άνεσης για τους ασθενείς.

Επίσης, ενώ το PEG μπορεί να τοποθετηθεί με επιτυχία σχεδόν σε όλους τους ασθενείς σχεδόν αμέσως επιπλοκές όπως διάτρηση εντέρου και περιτονίτιδα, μπορεί να λάβουν χώρα στο 2-5% των ηλικιωμένων ασθενών (Shah, 2006). Μέσα σε ένα χρόνο, περίπου το 33% των ασθενών θα ζητήσουν να απομακρύνουν τον σωλήνα, 20% θα εμφανίσουν γαστρεντερικές επιπλοκές, 4-8% θα εμφανίσουν λοιμώξεις, αιμορραγία, διαρροές, ερυθρότητα ή ερεθισμό. Η τοποθέτηση του PEG δεν μειώνει απαραίτητα το χρόνο εργασίας των επαγγελματιών υγείας και των φροντιστών. Περίπου το 25-65% θα ζητήσει τη βοήθεια των επαγγελματιών ακόμα κι αν βρίσκονται σπίτι, ενώ το 25% περίπου χρειάζεται εισαγωγή στο νοσοκομείο σε λιγότερο από 6 μήνες μετά την τοποθέτηση του σωλήνα (Shah, 2006). Η εμφάνιση κατακλίσεων στους ασθενείς που σιτίζονται μέσω σωλήνων σίτισης μπορεί να φτάσει το 65%.

Επιπλέον επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν μετά την τοποθέτηση ενός PEG, μπορεί να είναι ο πόνος στην πλευρά του σωλήνα, μεταβολικές διαταραχές, εστιακή αιμορραγία, αιμάτωμα (Plonk, 2005).

Σε ασθενείς με σοβαρή γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, είτε αποδεδειγμένη είτε πιθανή, ο κίνδυνος εισρόφησης μετά την κατάποση εξαιτίας της παλινδρόμησης εμφανίζεται αυξημένη σε περιπτώσεις που ο ασθενής τρέφεται μέσω καθετήρων (Campbell-Taylor, 2008).

Άλλες σκέψεις

Υπάρχουν αρκετοί μη κλινικοί παράγοντες που σαφώς επηρεάζουν την τελική απόφαση τοποθέτησης σωλήνων σίτισης. Οι γιατροί μπορεί να ανησυχούν πως αν δε τοποθετήσουν κάποιο σωλήνα σίτισης, σε ένα ασθενή με άνοια σε προχωρημένο στάδιο άνοιας, με προοδευτική απώλεια βάρους και κατακλίσεις, μπορεί να κατηγορηθούν για παραμέληση του ασθενή και πιθανώς να έχουν αρνητικές νομικές συνέπειες. Η εναλλακτική λύση είναι σίτιση με το χέρι κάτι όμως που είναι χρονοβόρο και χρειάζεται εντατική προσοχή. Το νοσηλευτικό προσωπικό πιθανώς να μην είναι πρόθυμο να διαθέσει πολύ χρόνο για κάθε ασθενή κυρίως χωρίς οικονομική χρηματοδότηση. Αυτό ίσως εξηγεί το λόγο που σε νοσηλευόμενους ασθενείς αυξάνεται η πιθανότητα τοποθέτησης σωλήνων σίτισης (Li, 2002).

Μια άλλη παράμετρος που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι η απομόνωση ενός ασθενή που σιτίζεται με σωλήνα σίτισης, καθώς στις περιπτώσεις αυτές αποφεύγεται από τους συγγενείς κυρίως η σίτιση σε διάφορα κοινωνικά περιβάλλοντα (Amella, Grant, Mulloy, 2007). Η Lacey (2005), αναφέρει πως οι ερευνητές που είναι εξειδικευμένοι στα θέματα της άνοιας, αποθαρρύνουν την τοποθέτηση καθετήρων σίτισης στους ασθενείς με άνοια τελευταίου σταδίου.

Για τους ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο άνοιας Αλτσχάιμερ, συχνά αποφασίζουν οι συγγενείς για το αν πρέπει να τοποθετηθεί σωλήνας σίτισης. Οι ασθενείς ή οι συγγενείς που επιλέγουν τους σωλήνες σίτισης, ίσως νιώθουν πως αν δεν τον επιλέξουν, αρνούνται την παροχή θρέψης και ενυδάτωσης γεγονός που δεν είναι ηθικά σωστό. Η άποψη αυτή επηρεάζεται από την κάθε κουλτούρα. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες, επηρεάζουν την απόφαση για τοποθέτηση ή μη σωλήνων σίτισης (Li, 2002).

ΟΙ ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ

Ιστορικά, το PEG, άρχισε να χρησιμοποιείται το 1980. Η τοποθέτηση χειρουργικά της γαστροστομίας, της νησιδοστομίας και του ρινογαστρικού σωλήνα σίτισης, είχε ξεκινήσει πριν το 1980 (DeLegge, 2009). Οι γιατροί τοποθετούν συνήθως σωλήνες σίτισης στους ασθενείς στα πολύ προχωρημένα στάδια της νόσου Αλτσχάιμερ με σκοπό τη θρέψη. Ωστόσο, ποικίλες έρευνες δείχνουν πως η χρήση των σωλήνων σίτισης δεν είναι αποτελεσματική στην παρεμπόδιση της υποθρεψίας. Επίσης δεν έχει αποδειχθεί ότι εμποδίζουν την πνευμονία από εισρόφηση, δεν παρέχουν άνεση στον ασθενή, ούτε παρατείνουν τη διάρκεια ζωής. Υψηλά ποσοστά επιπλοκών και άλλες δυσμενείς συνέπειες αυξάνουν το «φορτίο» των σωλήνων σίτισης στους ασθενείς με βαριά μορφή άνοιας τύπου Αλτσχάιμερ (Li, 2002). Παρόλο που το 95% των ηλικιωμένων ατόμων δε θα επέλεγαν τους σωλήνες σίτισης για να επεκτείνουν τη

διάρκεια ζωής τους εφόσον εμφάνιζαν προχωρημένο στάδιο άνοιας, ο αριθμός των σωλήνων σίτισης σε ασθενείς με άνοια αυξάνεται και οι αριθμοί τοποθέτησης νέων σωλήνων σίτισης είναι 20-25/100000 πληθυσμός / έτος, ή 40-50/1000 νοσηλευόμενους ασθενείς με άνοια στο Δυτικό κόσμο (Shah, 2006).

Η προτιμότερη εναλλακτική λύση είναι το τάισμα του ασθενή. Παρόλο που μπορεί να μην είναι αποτελεσματική στην παρεμπόδιση της αφυδάτωσης και της υποθρεψίας, δημιουργεί μεγαλύτερο αίσθημα άνεσης στον ασθενή (Li, 2002).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ PEG ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ

Για περισσότερα από 20 χρόνια, οι γιατροί και οι εθνικιστές διαφωνούν για τη μακρόχρονη σίτιση των ασθενών με προχωρημένη άνοια μέσω σωλήνων γαστροστομίας (Jones, Kaldjian, Forman-Hoffman, 2006). Οι έρευνες δίνουν έμφαση στους περιορισμούς των σωλήνων σίτισης και στη εμφανή έλλειψη πλεονεκτημάτων σε αυτό τον πληθυσμό. Οι ειδικοί υποστηρίζουν πως ότι οι σωλήνες γαστροστομίας συχνά τοποθετούνται εξαιτίας μη ρεαλιστικών προσδοκιών όπου η προσεκτική σίτιση με το χέρι θα έπρεπε να προτείνεται, καθώς οι διαταραχές σίτισης στους ασθενείς με προχωρημένη άνοια θα πρέπει να θεωρείται ως το τελικό στάδιο μιας μη αναστρέψιμης κατάστασης που απαιτεί καθησυχαστική φροντίδα παρά σίτιση μέσω γαστροστομίας. Ωστόσο, ο αριθμός των σωλήνων σίτισης σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών συνεχίζει να αυξάνεται. Επιπλέον, τα ποσοστά των σωλήνων σίτισης στους ιδρυματοποιημένους ασθενείς με σοβαρές γνωστικές διαταραχές είναι περίπου 18% στις Ηνωμένες Πολιτείες και ποικίλει από 4-45% στις άλλες χώρες. Δεδομένο πως στις Ηνωμένες Πολιτείες, αναμένεται αύξηση 44% στα άτομα με νόσο Αλτσχάιμερ ως το 2025, το δυνητικό μέγεθος του προβλήματος είναι σημαντικό.

Οι Ahronhein και οι συνεργάτες (Jones, Kaldjian, Forman-Hoffman, 2006) με έρευνα τους έδειξαν πως οι ηλικιωμένοι ήταν λιγότερο πιθανό να έχουν σωλήνα σίτισης ανά έτος και πως οι ασθενείς μικρότεροι των 86 ετών ήταν πιο πιθανό να έχουν σωλήνα σίτισης. Σχετικά με την εθνικότητα, βρήκαν πως οι λευκοί, συγκρινόμενοι με άλλες φυλές, σχετίζονταν με μικρότερη χρήση σωλήνων σίτισης, ενώ και οι Gessert και οι συνεργάτες βρήκαν πως το να μην είναι κάποιος ασθενής λευκός σχετίζεται με τοποθέτηση περισσότερων σωλήνων σίτισης. Η μειωμένη λειτουργική κατάσταση με ασυνέπεια σχετίζεται με την τοποθέτηση σωλήνων σίτισης σε ασθενείς με βαριές γνωστικές διαταραχές. Η έρευνα των Gessert και Calkins έδειξε πως οι ασθενείς που ήταν πλήρως εξαρτημένοι για την διεκπεραίωση καθημερινών δραστηριοτήτων, ήταν πιθανότερο να σιτίζονται μέσω σωλήνα σίτισης.

Έρευνες σχετικά με τη διαδικασία απόφασης από τους συγγενείς για την τοποθέτηση σωλήνων σίτισης σε ασθενείς με άνοια έδειξαν τα εξής: σ' ό τι αφορά στην επάρκεια των πληροφοριών που αποκόμισαν για τη λήψη της απόφασης, 49% σε έρευνα των Mitchell και των συνεργατών του, ένιωσαν πως κατανοούν τους κινδύνους της διαδικασίας, και 83% κατανόησαν τα πλεονεκτήματα της διαδικασίας (Jones, Kaldjian, Forman-Hoffman, 2006). Σε έρευνα των Callahan και των συνεργατών του, 60% από τους συγγενείς είχαν την πληροφόρηση που χρειαζόταν για να λάβουν την απόφαση, 56% ανέφεραν πως το ιατρικό προσωπικό έκαναν προσπάθεια να τους ενσωματώσουν στη διαδικασία και 60% ανέφεραν πως είχαν επαρκή χρόνο για να συζητήσουν την απόφασή τους και με άλλους.

Κάποιες έρευνες εμφανίζουν στοιχεία σχετικά με το πόσο η προηγούμενη επιθυμία του ασθενή επηρέασε την απόφαση για τοποθέτηση σωλήνων σίτισης. Οι Callahan και οι συνεργάτες του βρήκαν πως λιγότερο από το 4% των συγγενών ανέφεραν πως ο ασθενής είχε εκφράσει τη γνώμη του για την σίτιση μέσω σωλήνα σίτισης πριν αποφασισθεί. Μόνο το 28% των συγγενών στην έρευνα των Mitchell και των συνεργατών του ανέφεραν πως είχαν κάνει προηγουμένως της τοποθέτησης συζήτηση με τον ασθενή. Στην ίδια έρευνα, περίπου οι μισοί συγγενείς ήταν σίγουροι πως ο ασθενής θα επιθυμούσε το σωλήνα σίτισης και περισσότεροι από το 1/3 πίστευαν πως ο σωλήνας σίτισης θα βελτίωνε την ποιότητα ζωής του ασθενή τους. Σε άλλη έρευνα (Jones, Kaldjian, Forman-Hoffman, 2006), οι ασθενείς ανέφεραν πως η απόφασή τους για τοποθέτηση σωλήνα στηρίζονταν στην επιθυμία τους να επεκτείνουν το χρόνο ζωής του ασθενή τους.

Καταλήγοντας, η απόφαση για την τοποθέτηση γαστροστομίας, σε ασθενείς με άνοια, επηρεάζεται από μια ποικιλία παραγόντων που σχετίζονται με τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενή, τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης και τη γνώμη των κλινικών και των συγγενών. Ωστόσο, δεν είναι εμφανές ποιος από όλους τους παράγοντες επηρεάζει περισσότερο την τελική απόφαση για τοποθέτηση σωλήνων σίτισης (Jones, Kaldjian, Forman-Hoffman, 2006).

ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΝΟΜΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

Ακόμα κι αν ένας ασθενής με άνοια δεν πρόκειται να χάσει τη ζωή του στο άμεσο μέλλον, αλλά σταματάει η ικανότητά του να καταναλώνει φαγητά και υγρά, οι φροντιστές πρέπει να λάβουν δύσκολες αποφάσεις. Μια βασική πρόκληση που έχουν να διαχειριστούν είναι η όποια απόφαση που θα πάρουν, να αντικατοπτρίζει τη θέληση του ασθενή, παρά την απώλεια της αυτονομίας του που επέρχεται εξαιτίας της προχωρημένης άνοιας

Υπάρχουν πολλοί ασθενείς με προχωρημένη άνοια οι οποίοι αφήνουν τις νομικές και ηθικές αποφάσεις που αφορούν τη ζωή τους να ληφθούν από συγγενείς ή φίλους (Chernoff, 2006). Πολλές φορές μάλιστα, οι επιλογές φαίνεται να είναι είτε μεταξύ ενός εσπευσμένου θανάτου από πείνα είτε μιας επέκτασης ζωής που ο ασθενής θα υποφέρει έχοντας χάσει την αξιοπρέπειά του. Ο Gillick προτείνει οι αποφάσεις να καθοδηγούνται-όσο αυτό είναι εφικτό- από τις επιθυμίες, τις προτιμήσεις ή τις αξίες του ασθενή και από τους στόχους της θεραπείας (Chernoff, 2006).

Γενικά, για να είναι ηθικές οι όποιες αποφάσεις, θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους 3 αρχές της ηθικής της υγειονομικής περίθαλψης: τη χρησιμότητα, την αυτονομία και τη διατήρηση της ζωής. Η χρησιμότητα συμπεριλαμβάνει όλους τους παράγοντες που αφορούν στην υγεία, την ευεξία και την ελαχιστοποίηση του πόνου και των απειλών για τη ζωή. Η αυτονομία, αναφέρεται στο δικαίωμα του κάθε ανθρώπου να καθορίζει η δική του μοίρα. Η διατήρηση της ζωής τέλος, είναι μια σχετική έννοια, αλλά η ποιότητα της ζωής πρέπει πάντα να συνυπολογίζεται στη απόφαση. Επιπρόσθετα στη δυσκολία της λήψης απόφασης σχετικά με την σίτιση των ασθενών με άνοια μέσω καθετήρων σίτισης, έρχεται και το γεγονός πως πολλοί ασθενείς έχουν πολύπλοκα ιατρικά προβλήματα, γεγονός που κάνει τη διατροφική τους φροντίδα πραγματικά μια πρόκληση (Chernoff, 2006).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΣΩΛΗΝΩΝ PEG ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ

Οι Becker et al.(2009), έκαναν έρευνα σε 222 ασθενείς με δυσφαγία από τους οποίους υπήρχαν και ασθενείς με άνοια. Από αυτούς οι 117 σιτίζονταν μέσω PEG και οι υπόλοιποι 105 σιτίζονταν στοματικά. Και στις δυο ομάδες έγινε λειτουργική θεραπεία με αντισταθμιστικές τεχνικές, και αισθητηριακές αλλαγές. Τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξαν είναι πως όλοι οι ασθενείς επωφελήθηκαν από τη λειτουργική θεραπεία είτε είχαν PEG είτε όχι. Οι ασθενείς μάλιστα με νευροεκφυλιστικές ασθένειες που τρέφονταν με PEG, επωφελήθηκαν τόσο ώστε κάποιοι επέστρεψαν σε στοματική σίτιση. Επιπλέον, οι ασθενείς με PEG εμφάνισαν περισσότερες επιπλοκές και μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας, παρόλο που όσο νωρίτερα οι ασθενείς με σοβαρή δυσφαγία έλαβαν PEG, τόσο νωρίτερα βελτιώθηκε η καθημερινή στοματική σίτιση.

Οι Lubart, Leibovitz, Habot (2004), έκαναν έρευνα σε 111 ασθενείς με άνοια και δυσφαγία. Οι 89 σιτίζονταν μέσω ρινογαστρικού σωλήνα και οι 22 μέσω γαστροστομίας. Οι συγγενείς των ασθενών και το προσωπικό αντιμάχονταν των σωλήνων σίτισης. Ωστόσο, ενώ οι περισσότεροι από αυτούς θεωρούσαν πως οι σωλήνες σίτισης αποτελούν σημαντικό τρόπο

ώστε οι ασθενείς να λαμβάνουν υγρά και φαγητό για την υποστήριξη της ζωής των ασθενών, θεωρούσαν επίσης πως οι σωλήνες σίτισης παρατείνουν μια ζωή με πόνο. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι σωλήνες σίτισης παρέχουν επαρκή θρέψη και ενυδάτωση στους ασθενείς με προχωρημένη άνοια και εισάγονται κατόπιν συνεννόησης και θέλησης των συγγενών.

Ο Chernoff, 2006, αναφέρει πως σε έρευνα του Fernandez και των συνεργατών του, σε 67 ασθενείς με προχωρημένη άνοια, αποκαλύφθηκε πως η πνευμονία συνδέεται με τη θνησιμότητα. Οι σωλήνες σίτισης μειώνουν την επιβίωση σε αυτή την ομάδα ασθενών.

Επίσης, ο Chernoff, 2006, αναφέρει έρευνα στην οποία αξιολογήθηκαν 40 ασθενείς με άνοια Αλτσχάιμερ στην Ιταλία που βρισκόταν σε μονάδες ειδικής φροντίδας, για τη διατροφική τους κατάσταση. Στην αρχή της έρευνας, οι 19 από τους 40 εμφάνιζαν σημάδια υποσιτισμού. Μετά από 6 μήνες επιθετικής παρέμβασης (στοματικά βοηθήματα, ανάλυση περιβάλλοντος, βοήθεια στη σίτιση και αλλαγές στη στάση της σίτισης), ο αριθμός των ασθενών που υποσιτίζονταν μειώθηκε από τους 19 στους 10.

Σε έρευνα των Chouinard και των συνεργατών του (Chernoff, 2006), σε 47 ασθενείς με νόσο Αλτσχάιμερ στον Καναδά που πέθαναν σε χρονικό διάστημα 2,5 ετών, τα κλινικά ευρήματα έδειξαν πως ενώ σε κανένα ασθενή δεν είχε εισαχθεί σωλήνας σίτισης, υπήρχε μια συσχέτιση μεταξύ απώλειας βάρους, δυσφαγίας και θανάτου από πνευμονία.

Οι Finucane (1999) και οι συνεργάτες του (DeLegge, 2009), σε έρευνα που έκαναν στην Αμερική, λαμβάνοντας υπόψη τους δεδομένα από το 1966 μέχρι το 1999, ανακάλυψαν πως παρόλο που η αργή στοματική σίτιση μπορεί να αντικαταστήσει την αυξημένη, τις δυο τελευταίες δεκαετίες, τοποθέτηση σωλήνων σίτισης σε ασθενείς με άνοια, δεν έγιναν προσπάθειες στοματικής σίτισης. Στο άρθρο τους, χρησιμοποιώντας τη βιβλιογραφία και εστιάζοντας στον πληθυσμό των ασθενών με άνοια και δυσφαγία κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα: οι σωλήνες σίτισης, δεν μειώνουν τον κίνδυνο στοματικών εκκρίσεων ή την εισρόφηση αναμασημένων γαστρικών υπολειμμάτων. Παρατήρησαν μάλιστα πως σε μια έρευνα, οι ασθενείς με στοματοφαρυγγική δυσφαγία που σιτίζονταν από το στόμα, εμφάνισαν σημαντικά λιγότερα περιστατικά εισρόφησης από εκείνους που σιτίζονταν μέσω σωλήνα. Ακόμα, οι σωλήνες σίτισης, δεν βελτιώνουν την θρέψη στους ασθενείς με άνοια όπως προκύπτει από την ανάλυση βιοδεικτών. Η επιβίωση των ασθενών με σωλήνες σίτισης δεν ήταν μεγαλύτερη από αυτούς που σιτίζονταν στοματικά. Οι κατακλίσεις δεν βελτιώθηκαν με την τοποθέτηση σωλήνων σίτισης ούτε μειώθηκε ο κίνδυνος ανάπτυξης λοιμώξεων. Δεν παρατηρήθηκε αποδεδειγμένη βελτίωση στη λειτουργική κατάσταση των ασθενών με

σωλήνες σίτισης. Τέλος, δεν υπήρξαν δεδομένα βελτίωσης της άνεσης των ασθενών με τους σωλήνες σίτισης.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΩΝ

Τα περισσότερα στοιχεία από έρευνες σχετικά με τους σωλήνες σίτισης στα άτομα με βαριά μορφή άνοιας τύπου Αλτσχάιμερ βασίζονται στην παρατήρηση, σε αναδρομικές έρευνες ή σε πληροφορίες που προκύπτουν από διάφορους πληθυσμούς. Αυτοί οι παράγοντες μειώνουν την ικανότητα για σωστή αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων της τοποθέτησης σωλήνων σίτισης. Η μεταβλητότητα στα ποσοστά της πνευμονίας εισρόφησης, της λειτουργικής κατάστασης και των ποσοστών θνησιμότητας μπορεί να συσχετίζονται με διαφορές στις ομάδες των ασθενών. Ασθενείς με σωλήνες σίτισης μπορεί να είναι πιο εξασθενημένοι από εκείνους χωρίς σωλήνες σίτισης.

Ένα ακόμα σημαντικό εμπόδιο για τη διεξαγωγή συμπερασμάτων από τις έρευνες, είναι ο σχεδιασμός μιας κατάλληλης ομάδας ελέγχου. Για παράδειγμα, τα αποτελέσματα μπορεί να διαφέρουν αν οι ασθενείς στην ομάδα ελέγχου σιτίζονταν από άτομα του άμεσου συγγενικού περιβάλλοντός τους αντί από νοσηλεύτες σε μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας. Παλαιότερες έρευνες δεν ήταν ξεκάθαρες εξαιτίας της στιγμής της οποίας τοποθετούνταν οι σωλήνες σίτισης, επειδή δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος οδηγός για αυτή τη διαδικασία. Με την απουσία λοιπόν ξεκάθαρων αποδείξεων που θα καταδεικνύουν τις θετικές ή αρνητικές συνέπειες των σωλήνων σίτισης, οι ασθενείς, τα μέλη της οικογένειας και οι γιατροί μπορούν να υποστηρίξουν πως η τοποθέτηση των σωλήνων σίτισης είναι κατάλληλη (Li, 2002).

ΑΠΟ ΤΟ ΡΕΓ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ

Ο Cary et al., περιέγραψε πώς να ξεκινά η στοματική σίτιση σε ασθενείς που σιτίζονται μέσω σωλήνα σίτισης. Στην αρχή, ο ασθενής με δυσφαγία πρέπει να είναι ικανός να καταπίνει τουλάχιστον μικρές ποσότητες υγρών ή αλεσμένα φαγητά αποτελεσματικά και με ασφάλεια (Becker et al., 2009). Η αλλαγή σε στοματική σίτιση προϋποθέτει τη βελτίωση τόσο της γνωστικής κατάστασης του ασθενή όσο και της φυσιολογίας της κατάποσης. Κλινικές έρευνες έδειξαν πως η θεραπεία της κατάποσης υποστηρίζει τη μεταφορά από τη σίτιση μέσω σωλήνα στη στοματική σίτιση με αποτελεσματικότητα κι έχει μάλιστα θετικά αποτελέσματα στη διατροφική κατάσταση του ασθενή. Σε περιπτώσεις βέβαια τοποθέτησης σωλήνων σίτισης σε ασθενείς με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, είναι δύσκολη αν όχι αδύνατη η επιστροφή στη στοματική σίτιση λόγω της εκφυλιστικής πορείας της νόσου.

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ

ΣΤΑΔΙΟ ΜΕ ΑΤΑ

Βασικός στόχος στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι η αποφυγή της πνευμονίας από εισρόφιση. Για το λόγο αυτό πρέπει:

- Ο ασθενής να είναι καθιστός (τουλάχιστον 45 μοίρες όταν τρώει).
- Το μέγεθος της μπουκιάς να είναι μικρότερο από ένα κουταλάκι του γλυκού.
- Η τοποθέτηση του φαγητού να γίνεται καλά μέσα στο στόμα.
- Να ενθαρρύνεται ήπιος βήχας μετά από κάθε κατάποση.
- Να υπενθυμίζεται στον ασθενή να καταπίνει πολλές φορές ύστερα από κάθε μπουκιά για να καθαρίζει ο φάρυγγας.
- Να χρησιμοποιούνται δυνατές γεύσεις όπως για παράδειγμα γλυκά, ανθρακούχα.
- Να επιμηκύνονται οι χρόνοι των γευμάτων διότι οι ασθενείς με άνοια χρειάζονται περισσότερη ώρα να μασήσουν και να καταπιούν το φαγητό.
- Το μεσημεριανό γεύμα να δίδεται όταν ο ασθενής επιδεικνύει το μέγιστο της γνωστικής του λειτουργίας (Li, 2002).

Γενικά οι φροντιστές πρέπει να ενθαρρύνουν τη σίτιση από το στόμα αντί για την τοποθέτηση σωλήνων σίτισης. Η στοματική σίτιση του ασθενή μπορεί να αυξηθεί με μεταβολές στη γεύση, το μέγεθος, την υφή και τη διαθεσιμότητα του φαγητού. Αν αποτύχει η στοματική σίτιση ο σωλήνας σίτισης δεν πρέπει να είναι η επόμενη λογική επιλογή. Κάθε προσπάθεια πρέπει να γίνει για να εκπαιδευτούν οι φροντιστές για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των σωλήνων σίτισης στους ασθενείς με βαριά άνοια. Θα πρέπει να γνωρίζουν πως η άνοια σε αυτό το στάδιο δεν θεραπεύεται και ότι οι ασθενείς ίσως νιώθουν πιο άνετα χωρίς το σωλήνα σίτισης. Αν συσταθεί σωλήνας σίτισης, αυτή η παρέμβαση πρέπει να γίνεται έχοντας υπόψη υψηλούς συγκεκριμένους στόχους. Αν προκύψει κάποια επιπλοκή ή δεν επιτευχθούν οι προκαθορισμένοι στόχοι εντός μιας συγκεκριμένης περιόδου, πρέπει να τίθεται θέμα απόσυρσης του σωλήνα σίτισης (Li, 2002). Οι Monteleoni και Clark (Plonk, 2005), κατάφεραν να μειώσουν τους σωλήνες σίτισης που τοποθετούνται σε ασθενείς με άνοια στο 80%, με εκπαίδευση του προσωπικού και κατάλληλες συμβουλές διαχείρισης των ασθενών στους συγγενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σίτιση και κατ' επέκταση η κατάποση στερεών και υγρών, αποτελεί μια καθημερινή δραστηριότητα που συνήθως παραβλάπτεται στα τελικά στάδια της άνοιας τύπου Αλτσχάιμερ, όπως παρουσιάστηκε εκτεταμένα στη συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία. Η συνεχής νομική, επιστημονική και ηθική διαμάχη σχετικά με την τοποθέτηση ή μη καθετήρων σίτισης, στους διαταραγμένους γνωστικά ασθενείς, υπογραμμίζει την ανάγκη για κατανόηση των μειονεκτημάτων και πλεονεκτημάτων αυτών καθώς επίσης και τον προσδιορισμό του όρου 'ποιότητα ζωής' και πως ο καθένας την αντιλαμβάνεται. Στις περισσότερες περιπτώσεις ασθενών με άνοια τελευταίου σταδίου, οι κίνδυνοι για θρέψη και ενυδάτωση μέσω σωλήνων σίτισης, υπερτερούν των πλεονεκτημάτων όπως έδειξαν τα αποτελέσματα αρκετών ερευνών. Η στοματική σίτιση έστω και το τάισμα σε ένα ασθενή με άνοια τελευταίου σταδίου - λαμβάνοντας υπόψη τα πλεονεκτήματα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης κατά τη διάρκεια των γευμάτων και της γεύσης του φαγητού- πιθανά να είναι προτιμότερη, ακόμα κι αν η θερμιδική πρόσληψη είναι μειωμένη.

Επιπλέον, δεν υπάρχει κάποια αποδεδειγμένη επιστημονική απόδειξη πως οι σωλήνες σίτισης μειώνουν τον πόνο του ασθενή, παρατείνουν τη ζωή του ή εμποδίζουν την πνευμονία από εισρόφιση στα τελευταία στάδια της άνοιας, ενώ υπάρχουν αρκετές έρευνες όπως αναφέρθηκε, που αποτρέπουν την τοποθέτηση σωλήνων σίτισης σε ασθενείς με άνοια, κυρίως τελευταίου σταδίου. Σε περιπτώσεις μάλιστα τέτοιων ασθενών είναι απαραίτητη η εκπαίδευση τόσο του ιατρικού προσωπικού όσο και των συγγενών για τα πιθανά προβλήματα σίτισης στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Τέτοιου είδους κατευθύνσεις μπορούν να βελτιώσουν τη φροντίδα του ασθενή και να μειώσουν το εκτεταμένο κόστος για το υγειονομικό σύστημα ώστε να αποφεύγονται οι τοποθετήσεις μη αναγκαίων καθετήρων σίτισης και των πιθανών επακόλουθων επιπλοκών στον ηλικιωμένο πληθυσμό που ανήκει σε αυτή την ομάδα ασθενών (Detweiler, Kim, Bass, 2004).

Οι επιλογές για τη σίτιση των ασθενών με άνοια που έχουν χάσει την ικανότητα της αυτοεξυπηρέτησης είναι είτε το τάισμα του ασθενή που απαιτεί «χρόνο και κόπο», είτε οι καθετήρες σίτισης μέσω PEG, ώστε να μειωθεί η πιθανότητα ο ασθενής να τραβήξει το καθετήρα (Chernoff, 2006). Παρόλο που φαίνεται πως οι σωλήνες σίτισης αποτελούν προτιμότερη επιλογή, η βιβλιογραφία δεν αποδεικνύει στην πλειοψηφία της αξιοσημείωτα πλεονεκτήματα για τους ασθενείς. Λίγες είναι οι έρευνες που παρέχουν δεδομένα για την επίδραση των σωλήνων σίτισης στην άνοια, ανασύροντας έτσι την ανάγκη περισσότερων και πιο οργανωμένων ερευνών που θα πιστοποιούν πλεονεκτήματα όπως είναι η απόκτηση

βάρους, η βελτιωμένη θρέψη, ο έλεγχος του κινδύνου εισρόφησης, η μείωση της ανάπτυξης των κατακλίσεων, οι λοιμώξεις και άλλες κοινές επιπλοκές (Chernoff, 2006).

Γενικά, είναι πολύ δύσκολο να υπάρξει ισορροπία μεταξύ των αναγκών και των επιθυμιών του ασθενή ή του εμποδίου της επιμήκυνσης ζωής όταν η ποιότητα της ζωής αυτής θα είναι άγνωστη. Τα προσδόκιμα ζωής και οι συζητήσεις σχετικά με αυτές τις αποφάσεις, είναι απαραίτητο να γίνονται προτού να είναι αργά για τον ασθενή να εκφράσει τις επιθυμίες του (Chernoff, 2006).

Η έγκαιρη διάγνωση της δυσφαγίας και η εξατομίκευσή της σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ασθενούς μπορεί να οδηγήσει σε ικανοποιητική επίλυσή της. Φυσικά απαιτείται μια πληθώρα επιστημών οι οποίοι με βάση την εξειδικευμένη γνώση τους και με καθημερινή συνεργασία μπορούν να αντιμετωπίσουν αυτή την πολυσύνθετη κατάσταση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bryan, K., Maxim, J. (2006). Communication disability in the dementias. London: Whurr publishers.
2. Corbin-Lewis, K., Liss, M. J., Sciortino, K. L. (2005). Clinical Anatomy and Physiology of the Swallow Mechanism. Australia: THOMSON-DELMAR LEARNING.
3. Grary, A. M., Groher, M. E. (2003). Introduction to Adult Swallowing Disorders. United States: Butterworth-Heinemann.
4. Groher, M. E. (1997). Dysphagia: Diagnosis and Management, (3rd ed.). United States: Butterworth-Heinemann.
5. Logemann, A. J. (1998). Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. America: PRO-ED.
6. Lovestone, S. (1998). Early Diagnosis and treatment of Alzheimer's Disease. United Kingdom: Martin Dunitz Ltd.
7. Rebecca, L., Kendall, K. (2008). Dysphagia Assessment and Treatment Planning, (2nd ed.). United Kingdom: Plural Publishing Inc.
8. Ricardo, L. C., Thomas, M. (2006). Comprehensive Management of Swallowing Disorders. United Kingdom: Plural Publishing Inc.
9. Thomas, M., Ricardo, L., C. (2006). Clinical Management of Swallowing Disorders, (2nd ed.). United Kingdom: Plural Publishing Inc.
10. Yorkson, M. K., Miller, M. R., Strad A. E. (2004). Management of Speech and Swallowing in Degenerative Diseases, (2nd ed.). United States: PRO-ED.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μεντενόπουλος Γ., Μπούρας Κ. (2002). Η νόσος του Alzheimer, (Γ' έκδοση). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
2. Μεσσήνης Λ., Αντωνιάδης Γ. (2010). Διαταραχές κατάποσης-Δυσφαγία: Νευρολογικά Στοιχεία & Χειρισμός. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
3. Τσολάκη Μ., Κάζης Α. (2005). Άνοια, Ιατρική & Κοινωνική Πρόκληση. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
4. Τσολάκη Μ. (2011). 7^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών. Θεσσαλονίκη: Πρακτικά Συνεδρίου.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bigenzahn, W. & Denk, D. M. (2007). Στοματοφαρυγγικές Δυσφαγίες: Αιτιολογία, Κλινική εικόνα και Θεραπεία Διαταραχών Κατάποσης. (Ε. Αναγνώστου, Ε. Μοσχοβάκης, Μεταφ.). Αθήνα: Πασχαλίδης. (Το πρωτότυπο έργο δημοσιεύτηκε το 1999).
2. Martin, N. (2005). Νευροψυχολογία: Εγκέφαλος και Συμπεριφορά, (2^η έκδοση). (Μεσσήνης Λ., Αντωνιάδης Γ., Μεταφ.). Αθήνα: Έλλην.
3. Mesulam, M. (2011). Αρχές Συμπεριφορικής και Γνωσιακής Νευρολογίας. (Νάσιος Γ., Μεταφ.). Αθήνα: Π. Χ. Πασχαλίδη.
4. Muriel, L., Howieson, D., Loring, D. (2009). Νευροψυχολογική Εκτίμηση, (4^η έκδοση, 1^{ος} τόμος). (Μεσσήνης Λ., Κοσμίδου Μ., Παπαθανασόπουλος Π., Μεταφ.). Αθήνα: GOTSIS.
5. Rubinstein, H. (2000). Η νόσος του Αλτσχάιμερ. (Μεγαλούδη Φ., Μεταφ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. Βιρβιδάκη, Ε. (2010-2011). Δυσφαγία – Διαταραχές Μάσησης και Κατάποσης. Ιωάννινα.
2. Βιρβιδάκη, Ε. (2011-2012). Δυσφαγία – Διαταραχές Μάσησης και Κατάποσης. Ιωάννινα.

ΑΡΘΡΑ

1. Amella J. E., Grant P. A., Mulloy C.: Eating Behaviour in Persons with Moderate to Late-stage Dementia: Assessment and Interventions. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 13(6): 360-367, 2008.
2. Aziz A. N., Pijl H., Bloem R. AC. et al.: Weight loss in neurodegenerative disorders. *J Neurol*, 255(12): 1872-1880, 2008.
3. Becker R., Nieczaj R., Egge K., et al.: Functional Dysphagia Therapy and PEG Treatment in a Clinical Geriatric Setting. *Dysphagia*, 26: 108-116, 2011.
4. Brush A. J., Slominski T., Boczeko F.: Nutritional and Dysphagia Services for Individuals with Alzheimer's Disease (2006). Retrieved from www.asha.org/Publications/leader/2006/060523/f060523b/, στις 20 Οκτωβρίου 2012.
5. Campbell-Taylor I.: Oropharyngeal Dysphagia in Long-Term Care: Misperceptions of Treatment Efficacy. *J Am Med Dir Assoc*, 9: 523-531, 2008.

6. Chalmers J., Pearson A.: Oral hygiene care for residents with dementia: a literature review. *J Adv Nurs*, 52(4): 410-9, 2005.
7. Chernoff R.: Tube Feeding Patients With Dementia. *Nutr Clin Pract*, 21: 142-146, 2006.
8. DeLegge H. M.: Tube Feeding in Patients With Dementia; Where Are We?. *Nutr Clin Pract*, 24:214-217, 2009.
9. Detweiler M. B., Kim Y. K., Bass J.: Percutaneous endoscopic gastrostomy in cognitively impaired older adults: A geropsychiatric perspective. *AM J ALZHEIMERS DIS OTHER DEMEN*, 19: 24-30, 2004.
10. Dorner B.: Nutrition for the dementia resident: how to handle common challenges. *Nurs Homes Long Term Care Manag*, 54(5): 29-30, 2005.
11. Fernandez B. E., Ordonez G. MA., Manzanares M. C., Huelgas R. G. : Survival of a cohort of elderly patients with advanced dementia: nasogastric tube feeding as a risk factor for mortality. *Int J. Geriatr Psychiatry*, 20(4): 363-370, 2005.
12. Ferris S., Ihl R., Robert Ph., et al. : Treatment effects of Memantine on language in moderate to severe Alzheimer's disease patients. *Alzheimer's & Dementia*, 5:369-374, 2009.
13. Jones E., Kaldjian L., Forman-Hoffman V.: Factors associated with gastrostomy tube feeding in dementia: A structured literature review. *Alzheimer's & Dementia*, 2:234-242, 2006.
14. Keller H., Smith D., Kasdorf C., et al.: Nutrition Education Needs and Resources for Dementia Care in the Community. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23:13-22, 2008.
15. Lacey D.: Tube feeding in advanced Alzheimer's disease: When language misleads. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 19:125-127, 2004.
16. Lacey D.: Tube feeding, antibiotics and hospitalization of nursing home residents with end-stage dementia: Perceptions of key medical decision-makers. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 20:211-218, 2005.
17. Lejeune B., Kurfuerst Sh.: Collaboration with OT in treatment of dysphagia in severe dementia (2009). Retrieved from www.asha.org/Events/convention/handouts/2009/2544_LeJeune_Joseph/.
18. Li I.: Feeding tubes in persons with severe dementia. *American Family Physician*, 65(8):1605-1610, 2002.

19. Longman J.A.: Dysphagia and Dementia: The Challenge of Dual Diagnosis (2003). Retrieved from www.asha.org/Publications/leader/2003/030218/030218g.htm στις 3 Νοεμβρίου 2012.
20. Lubart E., Leibovitz A., Habet B.: Attitudes of relatives and nursing staff toward tube-feeding in severely demented patients. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 19:31-34, 2004.
21. McKhann G., Knopman D., Chertkow H. et al.: The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7:263-269, 2011.
22. Mitchell SL., Kiely DK., Lipsitz LA.: The risk factors and impact on survival of tube placement in nursing home residents with severe cognitive impairment. *Arch Intern Med.*, 157(3): 327-332, 1997.
23. Murphy LM., Lipman TO.: Percutaneous endoscopic gastrostomy does not prolong survival in patients with dementia. *Arch Intern Med.*, 163(19): 2397, 2003.
24. Parrish C.: To PEG or not to PEG. *Practical Gastroenterology*, 29:16-31, 2005.
25. Robillard A.: Clinical diagnosis of dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 3:292-298, 2007.
26. Sdravou K., Walshe M., Dagdilelis L.: Effects of carbonated liquids on oropharyngeal swallowing measures in people with neurogenic dysphagia. *Dysphagia*, 27(2):240-250, 2012.
27. Shah S.: A Patient with dementia and cancer: to feed via percutaneous endoscopic gastrostomy tube or not? *Palliative Medicine*, 20:711-714, 2006.
28. Steele C., Miller A.: Sensory input pathways and mechanisms in swallowing: a review. *Dysphagia*, 25: 323-333, 2010.
29. Stephen J., Taves D., Smith R., Martin R.: Bolus location at the initiation of pharyngeal stage of swallowing in healthy older adults. *Dysphagia*, 20:266-272, 2005.
30. Watson R., Green S.: Feeding and dementia: a systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1):86-93, 2006.
31. Wieseke A., Bantz D., Siktberg L., Dillard N.: Assessment and early diagnosis of dysphagia. *Geriatr Nurs*, 29:376-383, 2008.
32. Chheda N., Postma G., Johns M.: Geriatric Dysphagia. *Principles and Practice of Geriatric Surgery*, 44:539-551, 2011.

ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ

1. Eating difficulties and dementia. Προσπελάσιμο από το www.mydr.com.au/default.asp?article=3179 στις 25 Σεπτεμβρίου 2012.
2. Swallowing disorders. Προσπελάσιμο από το www.emedicine.com/prm/topic152.htm στις 30 Σεπτεμβρίου 2012.
3. Dementia Issues. Προσπελάσιμο από το www.alz.org/national/documents/brochure_DCPRphases1n2.pdf στις 6 Οκτωβρίου 2012.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ

1. Βιρβιδάκη, Βοντετσιάνος, Κώνστα, Λαζαρίδου, Μπαρμακέλλη, Πούλιου, Σωτηρόπουλος (19-20 Μαΐου 2012). Διήμερο πρακτικό Σεμινάριο Δυσφαγίας: <<Διάγνωση & Παρέμβαση Δυσφαγίας Ενηλίκων & Υπερηλίκων>>, Ιωάννινα.
2. Virvidaki E., Nasios G., Tafiadis (24-27 November 2011). 2nd International Congresson Neurobiology, Phycho pharmacology & Treatment Guidance: Dementia and AD: A new direction, Thessaloniki.