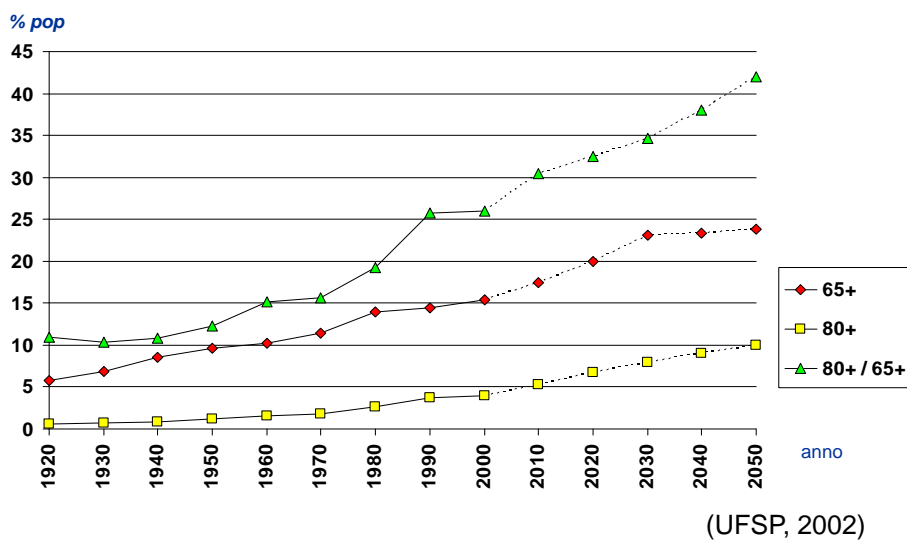


Presa in carico dell'anziano con problemi di alcol

Pomeriggio di formazione continua
Manno, 06 maggio 2015

Dr med. Alessandro Levorato
FMH Medicina interna e Geriatria
Ospedale Regionale di Lugano
Sede Ospedale Italiano, Viganello

Evoluzione della popolazione anziana in Svizzera



Quadro della problematica negli ultra65enni - I

- Prevalenza del 2 – 4 (- 15) % nella popolazione generale
- In istituzione la prevalenza è maggiore
- Distinzione classicamente in due forme:
 - alcolista di lunga data che invecchia
 - alcolismo a insorgenza tardiva

(Drunat, 2009)



Quadro della problematica negli ultra65enni - II

Fattori di rischio legati all'età:

- Pensionamento (in particolare durante i primi anni di cessazione dell'attività)
- Isolamento sociale
- Presenza al domicilio di un congiunto malato o disabile
- Vedovanza
- Perdita di amici
- Depressione
- Malattia somatica dolorosa o invalidante



Reminder: unità alcolica



Consumo a basso rischio per adulto di mezza età, secondo OMS

- 3 unità standard/giorno per un uomo
- 2 unità standard/giorno per una donna
- 4 unità standard al massimo per occasione
- e rispettare 1 giorno/settimana senza alcool

...ma per una persona anziana

- non più di 1 a 2 unità standard/giorno
- mai più di 3 unità standard per occasione

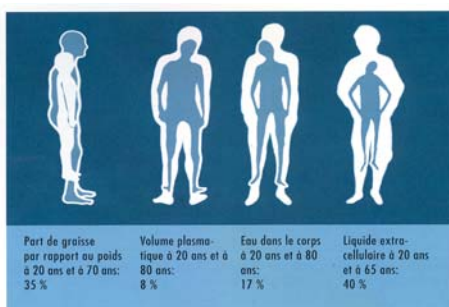
Tali limiti devono inoltre essere ridotti in caso di

- presa di medicinali
- comparsa di malattia
- guida di automobile
- attività richiedenti una buona padronanza psicomotoria

(Menecier, 2010)



Modificazioni farmacocinetiche, biochimiche ...



livelli serici di albumina

massa epatica + flusso ematico al fegato

metabolismo sul sistema del citocromo P-450 ?

massa ematica e flusso ematico renale,

clearance della creatinina

$$(140 - età) \times \text{Peso (kg)} \times K$$

$$Cl \text{ (ml/min)} = \frac{\text{Creatinina serica } (\mu\text{mol/l})}{\text{Creatinina serica } (\mu\text{mol/l})}$$

$$D: K = 1.04$$

$$U: K = 1.23$$

Cockcroft D et al. Nephron 1976; 16:31-41



Caso clinico – Signor G. S., 72 anni



Caso clinico – Signor G. S., 72 anni

Paziente noto per encefalopatia vascolare con recente ictus ischemico pontino paramediano sinistro (09.2014), con cadute ricorrenti. Il paziente è inoltre noto per epilessia con crisi parziali e complesse con esordio nel 1986 e ultimo episodio nel 2007, nonché per **etilismo cronico**. Giunge alla nostra osservazione, condotto dai soccorritori, in seguito a caduta a terra contestualmente ad **abuso etilico** evidente.



Caso clinico – Signor G. S., 72 anni

Terapia a domicilio:

- Aphenylbarbite 100 mg cpr 0-0-0-1 e 1/2 PO
- Aspirin Cardio 100 mg cpr 1-0-0-0 PO
- Triatec 2,5 mg cpr 1-0-0-0 PO
- Atorvastatin Pfizer 80 mg cpr 0-0-1-0 PO
- Allopurinolo 300 mg cpr 1/2-0-0-0 PO
- Benerva 300 mg cpr 1-0-0-0 PO
- Becozym forte drag 1-0-0-0 PO
- Vi De3 4500 UI/ml gtt 8-0-0-0 PO
- Movicol polv orale sacc 1-0-0-0 PO
- Nexium MUPS 20 mg cpr 1-0-0-0 PO



Caso clinico – Signor G. S., 72 anni

- Si presenta in ridotte condizioni generali, afebrile, lucido, collaborante, orientato nei tre domini.
- Ronchi diffusi in campo basale e medio a destra, altrimenti niente di particolare allo status internistico.
- Status neurologico: Romberg instabile con tendenza alla retropulsione e lateropulsione a sinistra. Deambulazione a piccoli passi e a base allargata. Non grossolani deficit senso-motorii.



Caso clinico – Signor G. S., 72 anni

- Rx torace con piccolo focolaio flogistico in sede basale destra posteriore. Esiti di fratture costali consolidate a destra a carico della VI e VII costa sull'ascellare media.



Caso clinico – Signor G. S., 72 anni

- Labor:
 - **alcolemia 1.85 g/L**
 - Hb 122 g/l; MCV 101 fl; Vit B12 132 pmol/l
 - gamma-GT 78 U/l, altri valori epatici normali
 - PCR e resto del labor nella norma



Caso clinico – Signor G. S., 72 anni

Alla ripresa anamnestica, dichiara un consumo di almeno un litro di vino/die.

Separato, con due figlie, vive da solo con aiuto per l'economia domestica, e non va spontaneamente dal medico curante, né si è presentato ai previsti controlli neurologici.



Caso clinico – Signor G. S., 72 anni

Con idratazione i.v. e Benerva, Augmentin e copertura dell'astinenza con benzodiazepine, l'evoluzione è favorevole. Viene proposto un consulto psichiatrico, che il paziente accetta, ma riconoscendo solo in parte il problema dell'alcool e volendo dimettersi subito.

In assenza di criteri per un ricovero coatto, previa presa di appuntamento ambulatoriale psichiatrico, il paziente rientra a domicilio in quarta giornata, con la sua terapia abituale completata da Vitarubin, e controllo presso il medico curante.



Caso clinico – Signora G. Q., 78 anni



Caso clinico – Signora G. Q., 78 anni

Vedova, da sola al domicilio, è **nota per etilismo**,
ipotiroidismo e cardiopatia ischemica/ipertensiva.
E' seguita dalla Dr.ssa D. del Servizio
Psicosociale.
L'infermiera che la segue al domicilio la invia in PS
perché la ritrova soporosa, **ubriaca** e non in
condizioni di rimanere a casa.



Caso clinico – Signora G. Q., 78 anni

Terapia a domicilio:

- Cipralex 10 mg pst	1-0-0-0 PO
- Stilnox 10 mg pst	0-0-0-1 PO
- Temesta expidet 1 mg cpr	0-1-0-0 PO
- Benerva 300 mg pst	1-0-0-0 PO
- Becozym forte pst	1-0-0-0 PO
- Atorvastatina 40 mg pst	0-0-0-1 PO
- Aprovel 150 mg pst	1-0-0-0 PO
- Tiatral SR 100 mg cpr	1-0-0-0 PO
- Eltroxin LF 0,05 mg pst	1-0-0-0 PO nei giorni pari
- Eltroxin LF 0,05 mg pst	2-0-0-0 PO nei giorni dispari
- Pantozol 40 mg cpr	1-0-0-0 PO
- Paragol N emuls orale 20 ml	1-0-1-0 PO



Caso clinico – Signora G. Q., 78 anni

- La paziente si presenta in condizioni generali conservate, soporosa ma risvegliabile, orientata e collaborante; non ematomi.
- Niente di particolare allo status internistico.
- Status neurologico: non deficit grossolani (marcia non testata in PS).
- ECG e Rx torace senza particolarità.



Caso clinico – Signora G. Q., 78 anni

- Labor:
 - **alcolemia 2.25 g/L**
 - Hb 106 g/l; MCV 101 fl; Vit B12 154 pmol/l
 - valori epatici normali, con gamma-GT 11 U/l
 - TSH, PCR e resto del labor nella norma
 - Alfa-FP 1,3 ng/ml (N <9)



Caso clinico – Signora G. Q., 78 anni

Sonografia addominale:

Fegato di morfologia e dimensioni nella norma, con ecostruttura lievemente disomogenea, modestamente iperecogena, compatibile con epatopatia a componente steatosica di modesta entità.



Caso clinico – Signora G. Q., 78 anni

Alla ripresa anamnestica, dichiara un consumo di due bicchieri di vino/die.

Eteroanamnesticamente (figlio) si eruisce un consumo di almeno 1 litro di vino/die da 40 anni.

Ulteriori accessi in PS con alcolemie 2.05 g/l (04/2014), 2.23 g/l (08/2014), 2,25 g/l (02/2015), 2.77 (04/2015).



Caso clinico – Signora G. Q., 78 anni

Con idratazione i.v. e Benerva, e copertura dell'astinenza con benzodiazepine, l'evoluzione è favorevole. Viene proposto un ricovero in Psichiatria, che la paziente rifiuta, riconoscendo solo in parte il problema dell'alcool.

In assenza di criteri per un ricovero coatto, in accordo con la psichiatra curante a cui viene riagganciata, la paziente rientra a domicilio in terza giornata, con la preesistente rete, la sua terapia abituale completata da Vitarubin, e controlli presso il medico curante.



Caso clinico – Signora E. Z., 86 anni



Caso clinico – Signora E. Z., 86 anni

Paziente nota per osteoporosi fratturativa severa, in terapia con denosumab dopo esaurimento terapeutico di bisfosfonati e teriparatide, e con lombosciatalgia cronica da anni. Giunge alla nostra osservazione per esacerbazione atraumatica dei noti dolori lombari irradianti agli arti inferiori.



Caso clinico – Signora E. Z., 86 anni

Co-morbilità:

- Ipertensione arteriosa in terapia
- Insufficienza renale cronica moderata (KDOQI-III) angiosclerotica
- Pregresse gastrite erosiva ed esofagite (esofago-gastro-duodenoscopia 08/2012)
- Anemia normocromica macrocitica di origine incerta
- Epatopatia mista, prevalentemente colestatica, di origine incerta



Caso clinico – Signora E. Z., 86 anni

Terapia a domicilio:

- | | |
|----------------------|-------------------|
| - Prolia 60mg | 1x ogni 6 mesi SC |
| - Torasemid 5 mg cpr | 1-0-0-0 PO |
| - Zandip 10 mg | 1/2-0-1/2-0 PO |
| - Motilium 10 mg | 1-1-1-0 PO |
| - Omezol 20 mg | 1-0-0-0 PO |
| - Anxiolit 15 mg | 0-0-0-1/2 PO |



Caso clinico – Signora E. Z., 86 anni

- All'ingresso paziente in discrete condizioni generali, lucida, orientata e collaborante.
- Peso 35,5 kg, altezza 136 cm, BMI 18,1
- Status internistico blando.
- Non deficit grossolani allo status neurologico.
- Sintomatologia dolorosa evocabile alla palpazione del passaggio lombosacrale, del trocantere destro senza chiara irradiazione, associata a vaghe artralgie a livello del ginocchio destro, con marcia molto difficoltosa a causa dei dolori.



Caso clinico – Signora E. Z., 86 anni

- ECG e Rx torace senza particolarità.
- Labor:
 - Hb 112 g/l; MCV 111 fl; Vit B12 486 pmol/l; folati > 110 nmol/l; ferritina 2089 ug/l
 - gamma-GT 1564 U/l; FA 182 U/l
 - resto del labor nella norma



Caso clinico – Signora E. Z., 86 anni

- Ecografia epatica:

Il fegato è ai limiti superiori della norma per dimensioni e presenta lieve disomogeneità ecostrutturale diffusa, in assenza di lesioni focali. In esiti di colecistectomia il coledoco presenta diametro massimo di 6 mm ed appare alitiasico. Lieve ectasia delle vie biliari intraepatiche in prossimità dell'ilo.



Caso clinico – Signora E. Z., 86 anni

- Impostiamo terapia con Lyrica 25 mg due volte al giorno, Novalgina in riserva e Tramal 25 mg quattro volte al giorno.
- Nel dubbio di microfratture osteoporotiche sulle plurime vertebre già schiacciate, somministriamo anche del Miacalcic, oltre a fisioterapia antalgica e di mobilizzazione.



Caso clinico – Signora E. Z., 86 anni

Complicanze:

- A tre giorni sviluppo di stato confusionale.



Caso clinico – Signora E. Z., 86 anni

Complicanze:

- A tre giorni sviluppo di stato confusionale.
- La figlia riferisce che a ogni ospedalizzazione è capitato qualcosa di simile, sempre messo in conto alla farmacoterapia.



Caso clinico – Signora E. Z., 86 anni

Complicanze:

- A tre giorni sviluppo di stato confusionale.
- La figlia riferisce che a ogni ospedalizzazione è capitato qualcosa di simile, sempre messo in conto alla farmacoterapia.
- Alla ripresa anamnestica si eruisce il consumo di mezzo bicchiere di vino ai pasti, circa una unità standard al giorno, interrotto dall'entrata in OIL.



Caso clinico – Signora E. Z., 86 anni

- Clinica, labor: nessun segno per infezioni né dismetabolismi.
- TAC cerebrale:
Leucoencefalopatia vascolare cronica e ampliamento su base involutiva del sistema ventricolare e degli spazi liquorali corticocisternali, non segni per eventi acuti.



Caso clinico – Signora E. Z., 86 anni

Complicanze:

Si pone in diagnosi differenziale un episodio confusionale su astinenza da alcool, favorito da leucoencefalopatia e polimedicazione con effetto centrale (che interrompiamo subito), e decidiamo infine di coprire con aumento dell'Anxiolit.

Nei giorni successivi si assiste a normalizzazione dello stato cognitivo.



Caso clinico – Signora E. Z., 86 anni

Sotto astinenza etilica si assiste parimenti a normalizzazione dei parametri epatici, con FA 64 U/l e gamma-GT 44 U/l (controllato) all'uscita.

Peraltro, data la prevedibile assenza di conseguenze terapeutiche, e la stabilità dell'emoglobina, rinunciamo a ulteriori approfondimenti ematologici.



Caso clinico – Signora E. Z., 86 anni

Quindi, le ipotesi diagnostiche diventano:

- Anemia normocromica macrocitica, senza carenze di substrati emopoietici
 - . DD mielodisplastica, DD **etiltossica**
- Epatopatia mista, prevalentemente colestatica
 - . DD medicamentosa, DD **su consumo di etile**
- Episodio confusionale di non chiara origine
 - . DD medicamentosa su Lyrica e/o Tramal, DD **su astinenza etilica**



Caso clinico – Signora E. Z., 86 anni

Indicazioni per il domicilio:

astinenza totale da alcolici, cosa che parrebbe fattibile, essendo la paziente dipendente dai figli, ai quali insieme alla madre viene illustrata la problematica, che sembra venire compresa e accettata.



L'approccio geriatrico



Problemi complessi richiedono procedure speciali !

Intervento diagnostico sistematico:

la valutazione
multidimensionale geriatrica

- Propensione allo scompenso omeostatico
 - Polipatologia / polifarmacologia
 - Presentazione atipica / aspecifica
 - Multidimensionalità
- Problemi specifici: demenza, depressione, incontinenza, cadute, malnutrizione



Grandi sindromi geriatriche

- **Disturbi del cammino – cadute**
 - 40% degli ultra-85enni presentano disturbi del cammino
 - 30% degli ultra-75enni viventi nella comunità **cadono** ogni anno
 - traumatismo nel 25% dei pazienti anziani
 - con fratture (6%)
 - gli incidenti (di cui 2/3 sono delle cadute) sono la 6a causa di decesso negli ultra-65enni



Grandi sindromi geriatriche

- Disturbi del cammino – cadute
- **Disturbi cognitivi**
 - Demenza in >30% degli ultra-85enni
 - 1a causa d'incapacità funzionale negli ultra-75enni
- **Stato confusionale**
 - Quasi nel 30% dei pazienti ultra-75enni ospedalizzati
 - Quasi nel 40% dei pazienti ultra-75enni in post-operatorio
 - Cattiva prognosi



Grandi sindromi geriatriche

- Disturbi del cammino – cadute
- Disturbi cognitivi, stato confusionale
- **Malnutrizione**
 - 30-50% dei pazienti in istituzione od ospedale
 - 4-10 (-30)% dei pazienti a domicilio



Grandi sindromi geriatriche

- Disturbi del cammino – cadute
- Disturbi cognitivi, stato confusionale
- Malnutrizione
- **Incontinenza urinaria**
 - 9% dei pazienti ultra-65enni viventi nella comunità
 - 40-50% dei pazienti in Casa Anziani



Grandi sindromi geriatriche

- Disturbi del cammino – cadute
- Disturbi cognitivi, stato confusionale
- Malnutrizione
- Incontinenza urinaria
- **Depressione**
 - 2,5% dei pazienti ultra-65enni viventi nella comunità
 - 30% dei pazienti istituzionalizzati



Grandi sindromi geriatriche

- Disturbi della vista
- Disturbi dell'udito (tappi ceruminosi =>10%!)
- Polimedicazione, auto-medicazione, medicazione inappropriata (=>15%), effetti secondari (=>35%)



Compliance condizionata da

- Diminuzione della capacità intellettuale
- Disturbi visivi
- Disturbi motori
- Disfagia
- Timore degli effetti secondari
- Spiegazioni non chiare
- Sottovalutazione del farmaco
- Assenza di controllo-sorveglianza



Difficoltà nella valutazione delle persone anziane - I

- **Comunicazione**
- **Banalizzazione dei sintomi**
 - credenze, paura, depressione, disturbi cognitivi
- **Maggior variabilità**
 - dello stato di salute e dello stato funzionale
 - delle aspettative riguardo alle cure



Difficoltà nella valutazione delle persone anziane - II

- **Sintomi vaghi, non specifici**
 - Alterazioni delle risposte fisiologiche
 - Presentazioni atipiche delle malattie
- **Disturbi multipli**
 - **Polipatologie**
 - ultra-65enni : 85 % con almeno 1 malattia cronica
 - 30 % con almeno 3 malattie croniche
 - Interazioni malattie ... e loro trattamenti



Take-home message

In ogni anziano, ogni alterazione

- della funzione cognitiva (p.e. MMSE)
- dell'equilibrio e della deambulazione (p.e. Tinetti-test)
- del tono dell'umore (p.e. mini-GDS)
- dello stato nutrizionale (p.e. MNA)
- dell'autonomia funzionale di base (BADL)
- del ritmo nictemerale
- della rete sociale

obbliga a porre in diagnosi differenziale un abuso etilico.

