

Pillole di educazione sanitaria per cittadini-consumatori

Nuove misure per prevenire demenze e declino cognitivo

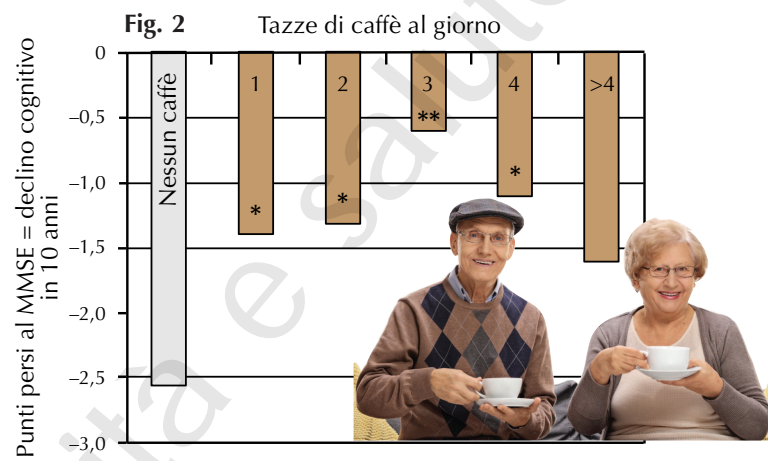
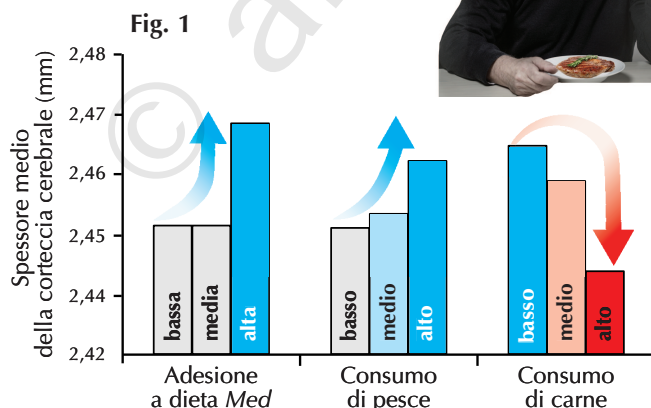
Scheda 121/2016

La precedente *Pillola*¹ ha trattato la prevenzione delle demenze, in particolare di Alzheimer (abbrev. **DA**, la più frequente), e del declino cognitivo (**DC**), con informazioni valide cui si rimanda. Si aggiungono importanti novità.

Dieta mediterranea. Una combinazione di 12 ricerche² mostra che si associa a **rischio dimezzato di progredire** da DC a **DA**. È protetto soprattutto chi aderisce bene a questo modello alimentare, costituito da tanta verdura, legumi, frutta, cereali (meglio integrali), olio d'oliva; consumo moderato di pesce e medio/basso di latticini (come yogurt o formaggi, non come latte); uso modico di vino, ai pasti; poca carne e pollame. Oggi anche una ricerca molto valida³ ha dimostrato che una dieta mediterranea con aggiunta di 40 g al dì di **olio evo** o di 30 g di **noci/mandorle/noci-ciole** per 6,5 anni migliora lo stato cognitivo rispetto a una dieta comunque salutare con pochi grassi.

Dieta MIND⁴ sembra un passo avanti. È simile alla mediterranea, con speciale attenzione all'uso quotidiano di **insalata in foglia verde**, cereali **integrali** e, più volte a settimana, **frutta secca in guscio** e **frutti di bosco**. La protezione massima (DA **-53%**) è pari alla dieta mediterranea, ma c'è buona protezione (**-35%**) anche in chi aderisce alla *Mind* solo in parte.

Pesce. Si osserva una protezione progressiva dalla DC in chi lo consuma ~2 volte/sett., e invece **maggior rischio** con **carne rossa** e **trasformata**. Lo conferma



* Differenza significativa (altamente **) da zero caffè.

anche un'originale ricerca su ~700 ottantenni USA senza demenza, sottoposti a risonanza magnetica cerebrale⁵.

Il terzo di anziani che consumava **meno carne** aveva un **maggior volume cerebrale (+12,2 ml)**, chi consumava **più pesce** aveva **più materia grigia** (Fig. 1). Un'adesione maggiore alla **dieta Mediterranea** si associava con **maggior volume cerebrale totale (+13,1 ml)**, **più materia grigia (+5 ml)** e **sostanza bianca (+6,5 ml)**. Ciò equivaleva in media a un **cervello 5 anni più giovane**.

Caffè (o tè). Il consumo di **caffeina** si associa con **protezione dalla demenza** in molte ricerche. Ad es. in una anche italiana su maschi anziani⁶ (media 76 anni) chi consumava caffè ha avuto meno declino cognitivo di chi non ne consumava. Dopo 10 anni, chi beveva **3 caffè al dì** mostrava al test cognitivo MMSE una riduzione minima: **-0,6 punti**. La perdita in **chi non beveva caffè** era di **-2,6 punti** (Fig. 2).

Una ricerca su 6.500 donne USA seguite fino a 10 anni⁷ ha mostrato che chi beveva **3 o più tazzine di caffè** al dì aveva meno **demenza (-26%)** e **declino cognitivo (-26%)** rispetto a chi ne beveva **1 o meno** [meglio comunque berlo senza zucchero!].

Obesità. La *Pillola* 67¹ sosteneva che l'obesità in età adulta (non in età avanzata) si associasse a maggior rischio futuro di **DA**. Qui l'informazione cambia: una ricerca su 2 milioni di britannici (media 55 anni al-

Si ringrazia



Regione Lombardia

l'avvio) seguiti 20 anni⁸ ha mostrato che il **rischio di demenza** nel tempo era **aumentato nei magri** (IMC <20^a), non negli obesi. Lo confermano ricerche durate decenni in Norvegia, Regno Unito e USA. Un'ipotesi per spiegare questa spiazzante constatazione è che i modelli alimentari correnti siano carenti di importanti principi nutritivi, di cui coprirebbe meglio il fabbisogno chi aumenta i consumi.

Esercizio fisico. La precedente *Pillola*¹ descriveva già moderati benefici cognitivi con attività aerobiche.



La novità sono i risultati molto buoni in una ricerca di alta validità⁹ su 100 anziani con declino cognitivo sottoposti per 6 mesi ad **allenamento progressivo**

con pesi (con carichi pari almeno all'**80% della forza corrente**), con sedute di 60-100' 2 volte a settimana. I **miglioramenti in forza** si sono abbinati a **importanti benefici cognitivi**, assenti nel gruppo di controllo che faceva stretching. Tra chi si è allenato con pesi, il **47% è rientrato nei punteggi cognitivi normali**. I benefici persistevano anche a un anno dal termine degli esercizi supervisionati.

Training cognitivo computerizzato. Un'analisi combinata delle ricerche valide sul tema¹⁰ conferma una moderata efficacia sulla cognizione in anziani con declino cognitivo. Anziani con **demenza** hanno avuto **miglioramenti significativi** di cognizione e abilità visive e spaziali, dovuti soprattutto a tre ricerche d'**immersione in una realtà virtuale**.

Supplementi di calcio. Si sono associati a **rischio doppio di demenza** in 700 donne svedesi 70-90enni seguite per 5 anni¹¹. Il rischio, per demenza vascolare o mista, aumentava molto se c'era ictus o la TAC cerebrale mostrava lesioni della sostanza bianca.

Inibitori della pompa protonica/IPP. In una

IPP? No grazie!

ricerca tedesca su 74.000 anziani di oltre 80 anni viventi in comunità¹² l'assunzione di IPP è risultata associata a un aumento di **demenza (+44%)**. Ricerche di laboratorio e in animali da esperimento dimostrano con **IPP** un maggior **accumulo nel cervello di β -amiloide**¹³, proteina implicata nella DA.



Bassa pressione arteriosa in grandi anziani

In una ricerca di coorte del Policlinico di Milano su oltre 1.500 ultraottantenni¹⁴ una **pressione alta** è risultata associata con **miglior stato cognitivo** (ogni 10 mmHg di pressione si associavano a un miglior pun-

teggio al test MMSE), con effetto maggiore negli ultra85enni con disabilità. Dunque **abbassare la pressione in anziani fragili non giova** neppure alle funzioni cerebrali. Anche grandi anziani olandesi¹⁵ hanno mostrato effetti simili.

È attesa la pubblicazione della ricerca SPRINT sugli effetti cognitivi di un intervento antipertensivo in anziani.

Farmaci "antidemenza". La *Pillola* 67¹ riportava che gli **inibitori delle colinesterasi** donepezil, rivastigmina, galantamina in soggetti con declino cognitivo non riducono la progressione a **DA**, e hanno problemi di sicurezza. La *Pillola* 119-120 ha mostrato che l'analisi combinata delle due ricerche valide durate almeno 3 anni con il più noto di tali farmaci svela un significativo aumento di **mortalità (+30%)** rispetto ai gruppi con placebo. Il 21-10-'16 l'Haute Autorité de Santé ha chiesto allo Stato francese di escludere dal rimborso inibitori delle colinesterasi e **memantina**, per benefici non provati e troppi effetti avversi.

Farmaci antidemenza? Non se ne parla!



Conclusione. Chi teme la demenza eviti test genetici, screening, farmaci inutili e rischiosi, e applichi le tante misure note, efficaci per la salute del corpo e della mente.

A. Donzelli, Area Educazione Appropriata – ATS Milano

1. *Pillola di ES* 67/2011. Prevenzione di demenze e declino cognitivo.
2. Lourida I et al. Med Diet, Cognitive Function, Dementia. Systematic Review. *Epidemiol* 2013;24:479.
3. Martínez-Lapiscina EH et al. Med diet improves cognition: the PREDI-MED-NAVARRA RCT. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2013;84:1318.
4. Morris MC et al. MIND diet slows cognitive decline with aging. *Alzheimer's & Dementia* 2015;11:1015.
5. Gu Y et al. Med diet and brain structure in a multiethnic elderly cohort. *Neurology* 2015;85:1744.
6. van Gelder BM et al. Coffee is inversely associated with cognitive decline in elderly European men: FINE Study. *Eur J Clin Nutr* 2007;61:226.
7. Driscoll I et al. Caffeine and risk for probable dementia or global cognitive impairment: WHIMS. *J Gerontol Biol Sci Med Sci* 2016.
8. Qizilbash N et al. BMI and risk of dementia in two million people over two decades: cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015;3:431.
9. Mavros Y et al. Cognitive function improvements by strength gains after resistance training in older adults with MCI: SMART. *JAGS* 2016.
10. Hill NTM et al. Computerized cognitive training in older adults with MCI or dementia: systematic review and meta-analysis. *AJP* 2016.
11. Kern J et al. Calcium supplementation and risk of dementia in women with cerebrovascular disease. *Neurology* 2016.
12. Gomm W et al. Association with PPI and dementia. Pharmacopeptide-claims data analysis. *JAMA Neurol* 2016;73:410.
13. Badiola N et al. PPI enhances amyloid β production. *Plos One* 2013; 8:e58837.
14. Ogliairi G et al. Age- and functional status-dependent association between BP and cognition: the Milan Geriatrics 75+ cohort study. *JAGS* 2015; 63:1741.
15. Sabayan B et al. High BP and resilience to physical and cognitive decline in the oldest old: Leiden 85-plus Study. *JAGS* 2012;60:2014.

(a) L'IMC/indice di massa corporea non va più considerato **fisiologico** da **18,5**, ma **da oltre 20 a 24,9**; da 25 inizia il sovrappeso, da 30 in su l'obesità.

Si può calcolare l'IMC dividendo due volte il proprio peso in kg per la propria statura in metri. Ad es. un uomo di 60 kg alto 1,78 metri ha un $IMC = 60 : 1,78 : 1,78 = 18,9$ (e rischio di demenza aumentato).

