

CAPITOLO 15 – DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

15.1 ANORESSIA NERVOSA

“*Anorexia nervosa*” (AN) deriva dal greco e significa perdita dell'appetito, e dal latino che indica l'origine nervosa del disturbo. Sindrome caratterizzata da:

1. Inedia autoindotta che raggiunge un grado significativo (**comportamento**)
2. Desiderio incontrollabile o paura morbosa della grassezza (**psicopatologia**)
3. Segni e sintomi medici derivanti dall'inedia (**sintomatologia fisiologica**)

È inoltre spesso, ma non sempre, accompagnata da disturbi dell'immagine corporea, ossia alla percezione di essere grasso nonostante un'ovvia condizione medica di inedia. La distorsione dell'immagine è disturbante ma non patognomonica, invariabile o necessaria per la diagnosi.

Esistono due sottotipi: con restrizione e con abbuffate/condotte di eliminazione. Sono accomunati dall'enfasi eccessiva posta sulla magrezza come fonte vitale e, talvolta, come unica fonte di autostima.

Il peso, e in minor misura la forma fisica, diventano la preoccupazione principale e logorante quotidiana di pensieri, umore e comportamenti.

- Circa 50% perde peso diminuendo drasticamente l'assunzione di cibo.
- L'altro 50% non solo segue una dieta, ma compie regolarmente abbuffate seguite da condotte di eliminazione.

È assai più prevalente nelle donne e in genere esordisce in adolescenza → si ipotizza infatti che ci sia un disturbo psicologico sottostante che include conflitti relativi al passaggio all'età adulta. Anche questioni psicologiche correlate a sensazioni di impotenza e difficoltà a stabilire l'autonomia contribuiscono allo sviluppo del disturbo.

I sintomi bulimici possono comparire come disturbo distinto o come parte dell'anorexia.

EPIDEMIOLOGIA

- Esordio comunemente a metà dell'adolescenza (14\18), nel 5% in >20aa
- Prevalenza 0,5-1% in ragazze adolescenti
- 10-20v più frequente in F
- 5% presenta sintomi ma non soddisfa i criteri
- Seconda causa di morte adolescenziale

COMORBIDITÀ

- Depressione maggiore 65%
- Fobia sociale 35%
- OCD 25%

EZIOLOGIA

Cause: fattori biologici, sociali e psicologici.

Concordanza: alta in gemelli monozigoti. Probabilità che sorelle di pazienti affette soffrano dello stesso disturbo (l'associazione riflette anche influenze sociali).

- Familiari dei pazienti hanno frequenti disturbi dell'umore.
- Riduzione di MHPG nelle urine e nel liquido cerebrospinale (CSF) → diminuzione turnover e attività della norepinefrina. → i pazienti così hanno una relazione inversa tra MHPG e depressione. Un aumento di MHPG si associa ad un abbassamento della depressione.

Fattori biologici

Oppioidi endogeni= contribuiscono alla negazione della fame nei pazienti anoressici. → studi dimostrano un aumento notevole di peso a chi si somministrano gli antagonisti degli oppiacei.

Privazione del cibo: determina alterazioni biochimiche → ipercortisolemia; mancata soppressione da parte del desametasone (anche in depressione); soppressa funzionalità tiroidea.

- Queste anomalie possono essere corrette con l'assunzione di cibo.

- Assenza nutrizione → amenorrea + abbassamento ormoni (luteinizzanti, stimolatori dei follicoli e rilasciante della gonadotropina).

Studi con TC mostrano un allargamento degli spazi del CSF (solchi e ventricoli) in paz. anoressiche. Il dato si inverte se si acquista peso. Studi con PET mostrano che il metabolismo del nucleo caudato è maggiore in privazione di cibo rispetto a quando i pazienti si alimentano.

Ipotesi neuroendocrina: l'asse ipotalamico – ipofisario presenta disfunzioni di serotonina, dopamina e norepinefrina (coinvolti nella regolazione del comportamento correlato all'alimentazione nel nucleo paraventricolare dell'ipotalamo).

Altri fattori umorali: corticotropina, neuropeptide Y (di rilascio della gonadotropina) e ormone stimolatore della tiroide. (tabella 15.1 – 2)

Fattori sociali

- Pz trovano sostegno alla pratica che mettono in atto dall'infanzia: la nostra società su magrezza ed esercizio fisico.
- Nessuna costellazione familiare è specifica di questi pz, ma alcuni possono avere rapporti problematici con i genitori: un adolescente con grave disturbo dell'alimentazione potrebbe attirare su di sé l'attenzione, sviandola da un rapporto conflittuale con/tra i genitori.
- Sottotipi con abbuffate/condotte di eliminazione possono mostrare ostilità, disordine e isolamento, bassi livelli di accudimento ed empatia.
- Gli interessi lavorativi e non interagiscono con altri fattori nel determinare la probabilità di insorgenza:
- Donne iscritte a scuole di danza hanno probabilità 7v maggiore
- Ragazzi che fanno wrestling: prevalenza 17% di disturbi alimentari completi o parziali.

Fattori psicologici e psicodinamici

- Reazione a richieste di indipendenza e funzionamento sociale e sessuale.
- Molti vedono il proprio corpo come un qualcosa sotto il controllo dei genitori (non mangio → sono unico).
- Fatica a separarsi psicologicamente dalla propria madre (intrusiva e non empatica) → non mangio così distruggo quest'oggetto intrusivo che è in me.
- Interazione paz. e familiari = identificazione proiettiva.
- Desideri orali = lussuriosi, rinnegati in modo proiettivo.

DIAGNOSI E MANIFESTAZIONI CLINICHE (DSM-5)

- Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo previsto.
- Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.
- Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Specificare quale:

Tipo con restrizioni: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.

Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Specificare se:

In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, il Criterio A (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo, ma sia il Criterio B (intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) sia il Criterio C (alterazioni della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo) sono ancora soddisfatti.

In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, non è stato soddisfatto nessuno dei criteri per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale:

Il **livello minimo di gravità** si basa, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (IMC) oppure, per bambini e adolescenti, sul percentile dell'IMC. I range sono derivati dalle categorie dell'Organizzazione mondiale della sanità per la magrezza negli adulti; per bambini e adolescenti, dovrebbero essere utilizzati i percentili dell'IMC corrispondenti.

Il **livello di gravità può essere aumentato** al fine di riflettere sintomi clinici, il grado della disabilità funzionale e la necessità di una supervisione.

- Lieve: $IMC > 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderata: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
- Estrema: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

Manifestazioni cliniche

Esordio: 10 – 30 anni quando:

1. Il sogg. riduce volontariamente il suo peso e lo mantiene.
2. Il sogg. prova un'intensa paura di ingrassare \\\ attratto dalla magrezza in modo costante.
3. Sintomatologia medica correlata alla privazione di cibo. Ci può essere: funzionamento anomalo degli ormoni riproduttivi; ipotermia; bradicardia; ortostasi; riserve di grasso ridotte.
4. Comportamenti e psicopatologia sono presenti per almeno tre mesi.

Gran parte del comportamento anomalo è messo in atto in segreto: pz si rifiutano di mangiare insieme ai familiari o in luoghi pubblici. Alcuni pz non riescono sempre a controllare la restrizione volontaria di cibo e presentano episodi di abbuffate che, in genere, avvengono segretamente, spesso di notte e sono seguite da vomito autoindotto.

Per perdere peso, i pz abusano di lassativi, diuretici e l'esercizio fisico rituale e intenso è un'attività comune. Pz tendono ad essere rigidi e perfezionisti e le lamentele somatiche (spett disturbi epigastrici) sono comuni.

Spesso pz riferiscono scarso adattamento sessuale: da adolescenti hanno sviluppo psicosexuale ritardato, da adulti un interesse marcatamente ridotto nei confronti del sesso può anticipare il disturbo.

In genere i pz giungono all'attenzione del medico quando la perdita di peso è evidente e compaiono segni e sintomi quali:

- Ipotermia
- Edema
- Bradicardia
- Ipotensione
- Lanugo (capelli assunto aspetto simile a quello dei neonati)
- Alterazioni metaboliche
- Amenorrea

In pz che si inducono il vomito o abusano di lassativi/diuretici c'è rischio di alcalosi ipokaliemica e di compromissione della diuresi

In pz con emaciazione sono state osservate alterazioni ECG, spesso causate da perdita di potassio, che può anche portare a morte: appiattimento o inversione onde T \ depressione segmento ST \ allungamento intervallo QT. Si ha anche dilatazione gastrica e sindrome dell'arteria mesenterica superiore.

SOTTOTIPI

1. **Con restrizione:** assunzione di cibo fortemente limitata (300-500 kcal/die). Pz spesso costantemente e compulsivamente iperattivi con lesioni da usura simili a quelle sviluppate dagli atleti. Spesso presentano tratti ossessivo-compulsivi in relazione al cibo.
2. **Con condotte di eliminazione:** alternanza di tentativi di diete drastiche e ad abbuffate o condotte di eliminazione. Talvolta le condotte di eliminazione ripetute avvengono senza abbuffate, ma solo dopo aver ingerito poche kcal.
 - a. Questi hanno maggiore probabilità di avere parenti obesi, ed essi stessi hanno una storia di sovrappeso prima della comparsa del disturbo.
 - b. Probabile associazione con abuso di sostanze, disturbi del controllo degli impulsi e disturbi di personalità.
 - c. Maggior tasso di suicidio rispetto a tipo con restrizione.

Pz spesso riservati, negano presenza dei sintomi e sono resistenti al trattamento. Esame dello stato mentale: pz vigile e ben informato sull'argomento della nutrizione. Mostra preoccupazioni riguardo cibo e peso corporeo.

Pz deve essere sottoposto ad attento esame fisico e neurologico. **Valutare livelli sierici di elettroliti:** maggior parte dei pz si trova in uno stato di disidratazione.

ANATOMIA PATOLOGICA ED ESAMI DI LABORATORIO

Emocromo= spesso rivela presenza di leucopenia con relativa linfocitosi in pz emaciati. Se è presente vomito, spesso le concentrazioni di glucosio a digiuno sono elevate. Possibile colesterolo elevato. Generalmente i livelli tornano normali nel momento in cui viene ripresa una condotta alimentare normale.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Diagnosi spesso complicata dal fatto che il pz nega i sintomi, dalla resistenza posta al trattamento e dalla segretezza che circonda i rituali correlati all'alimentazione.

Altre condizioni mediche= calo ponderale dovuto ad altre condizioni come tumori va sempre escluso.

Disturbi depressivi= in genere presentano riduzione della fame, mentre chi soffre di anoressia sostiene di avere un appetito normale e di provare fame. Solo negli stati avanzati si ha una diminuzione del senso di appetito.

Diversamente dall'agitazione depressiva, l'iperattività osservata nell'anoressia è pianificata e ritualistica.

Preoccupazione per ricette e contenuto calorico, paura di diventare grassi o disturbi dell'immagine corporea, sono caratteristiche presenti nell'anoressia che non si ritrovano nella depressione.

- **Disturbo di somatizzazione:** si riscontrano, come nell'anoressia, fluttuazioni di peso, vomito e un modo particolare di maneggiare il cibo. Di solito pz non mostrano paura morbosa di ingrassare, e raramente hanno amenorrea.
- **Schizofrenia:** deliri riguardanti il cibo raramente mostrano contenuto correlato a calorie, più facilmente il soggetto è convinto che il cibo sia avvelenato.
- **Bulimia nervosa:** caratterizzata da abbuffate periodiche seguite da umore depresso, pensieri di modestia e vomito autoindotto, con peso nei limiti della norma. Raramente perdono >15% del peso corporeo, ma le due condizioni spesso coesistono.
- **Iperattività del n. vago:** rare condizioni di eziologia sconosciuta. Causa alterazioni nelle abitudini alimentari associate a perdita di peso, talvolta grave, con bradicardia, ipotensione e altri segni e sintomi parasimpaticomimetici. Generalmente pz non perdono appetito e i farmaci anticolinergici sono in grado di invertire ipotensione e bradicardia, potenzialmente letali.

DECORSO E PROGNOSI

- **Decorso variabile:** vi può essere guarigione spontanea senza trattamento, il pz può guarire dopo una serie di trattamenti o vi può essere un decorso fluttuante con aumenti di peso seguiti da ricadute, o un decorso in graduale deterioramento che porta al decesso causato dalle complicazioni dell'inedia.
- Sottotipo con restrizione ha meno probabilità di guarigione.
- Risposta a breve termine dei pz a quasi tutti i programmi terapeutici ospedalieri è buona.
- Coloro che riguadagnano peso sufficiente, tuttavia, spesso continuano a manifestare preoccupazione riguardo al cibo e al peso corporeo, hanno scarsi rapporti sociali e mostrano depressione.
- La prognosi in generale è sfavorevole: tasso di mortalità 5-18%

Fattori prognostici positivi: ammissione di avere fame. Riduzione della negazione e dell'immaturità. Migliorata autostima.

Fattori prognostici negativi: nevroticismo infantile, rapporto conflittuale con i genitori. Bulimia nervosa, vomito. Abuso di lassativi. Manifestazioni comportamentali (sintomi ossessivo-compulsivi, isterici, depressivi, psicosomatici, nevrotici, di negazione).

- 25% dei pz va incontro a guarigione completa, un altro 50% mostra marcato miglioramento con funzionamento abbastanza buono.
- Circa 50% presenta sintomi della bulimia, in genere entro il 1°aa di esordio dell'anoressia.

TRATTAMENTO

Alla luce delle complicate implicazioni psicologiche e mediche, si consiglia un programma terapeutico completo, con eventuale ospedalizzazione se necessario e una terapia sia individuale che familiare.

Ospedalizzazione

- Il primo intervento consiste nel ripristino dello stato nutrizionale: disidratazione, inedia e squilibri elettrolitici possono compromettere seriamente la salute e causare morte.
- In genere per pz con <20% del peso appropriato sono consigliati programmi attuati in regime di ricovero, mentre per pz con peso ideale <30% si consiglia il ricovero in reparto psichiatrico per 2-6 mesi
- I programmi in regime di ricovero in genere utilizzano una combinazione di gestione comportamentale, terapia ed educazione familiare, psicoterapia individuale e in alcuni casi farmaci psicotropi.
- La riuscita del trattamento è favorita dalla capacità dei membri del personale di mantenere un approccio fermo ma di supporto nei confronti del pz, spesso con una combinazione di rinforzi positivi (apprezzamento) e negativi (limitazione dell'attività fisica)
- Gran parte dei pz si oppone al trattamento: sottolineare i benefici come sollievo dall'insonnia e dai segni e i sintomi depressivi potrebbe persuadere il pz e far sì che acconsenta al ricovero.
- I familiari devono essere avvertiti del fatto che il pz si opporrà al ricovero e che nelle prime settimane, li supplicherà di essere tolto dal programma ospedaliero.
- Al ricovero coatto o alla partecipazione obbligatoria al programma, si deve ricorrere solo in casi di rischio di morte per complicanze o malnutrizione.

Gestione ospedaliera:

- Pz dovrebbero essere pesati tutti i gg, alla mattina presto dopo aver vuotato la vescica.
- Registrare l'assunzione giornaliera di liquidi e la quantità di urina eliminata.
- Se il pz vomita, controllare livelli elettrolitici per eventuale ipokaliemica.
- Rendere inaccessibile il bagno per almeno 2h dall'assunzione del pasto, o, in alternativa, accompagnare il pz al bagno per evitare che vomiti.
- A causa delle rare complicanze della dilatazione dello stomaco e della possibilità di sovraccarico circolatorio, quando il pz inizia ad assumere un numero elevato di kcal, il personale dovrebbe fornire ai pz circa 500 kcal/die al di sopra della quantità richiesta per il mantenimento del peso.
- Si consiglia di suddividere le kcal assunte in 6 pasti uguali nell'arco della giornata.
- Può essere utile l'uso di supplementi liquidi come sustagen, in quanto il pz potrebbe preoccuparsi di meno del fatto di aumentare di peso lentamente assumendo questa formulazione.

Psicoterapia

1. Cognitivo-comportamentale:
 - a. Monitoraggio è componente fondamentale della tp: ai pz viene insegnato a controllare l'assunzione di cibo, i propri sentimenti e le proprie emozioni, le abbuffate, condotte di eliminazione e i problemi che incontrano nelle relazioni interpersonali.
 - b. Si insegna la ristrutturazione cognitiva per individuare pensieri automatici e mettere in dubbio le convinzioni su cui sono basati.
 - c. La tendenza dei pz a basarsi sul comportamento anoressico come mezzo di coping può essere gestita se essi imparano ad utilizzare queste tecniche in modo efficace.
2. Psicoterapia dinamica:
 - a. Resistenza del pz può rendere processo difficoltoso e impegnativo: pz possono intendere eventuali interpretazioni come se qualcun altro dicesse loro cosa devono provare veramente, minimizzando e invalidando le proprie esperienze.
 - b. Il terapeuta dovrebbe condividere il punto di vista del pz e interessarsi realmente a ciò che pensa e prova, dimostrando al pz che la sua autonomia viene rispettata.
3. Terapia familiare:
 - a. Valutazione familiare indicata se il pz vive con la propria famiglia
 - b. In alcuni studi, pz anoressici <18a hanno tratto beneficio dalla tp familiare, mentre pz >18a hanno avuto esiti peggiori rispetto alla tp di controllo.

Farmacoterapia

Studi non hanno ancora individuato farmaci che provochino miglioramento definitivo.

Ciproptadina: farmaco con proprietà antiistaminergiche e antiserotoninergiche sembra utile per pz con anoressia con restrizione

Possono dare beneficio anche amitriptilina, clomipramina, pimozide, clorpromazina.

I trial con fluoxetina hanno dato aumento di peso, mentre gli agenti serotoninergici possono produrre risposte in alcuni casi. Se il pz soffre sia di anoressia, che di depressione, questa va trattata.

TCA: riserve nell'utilizzo in pz anoressici con basso peso corporeo a causa della vulnerabilità a ipotensione, aritmie cardiache e disidratazione. Con il peso adeguato i rischi diminuiscono.

15.2 BULIMIA NERVOSA

Caratterizzata da abbuffate associate a modalità inappropriate volte ad evitare un aumento di peso. Il disagio fisico (es. dolore addominale o nausea) pone fine all'abbuffata, spesso seguita da sensi di colpa, depressione o disgusto per sé stessi.

A differenza dei pz con anoressia, i soggetti bulimici di solito mantengono un peso corporeo normale.

Per alcuni pz può rappresentare un tentativo fallito di diventare anoressici: condividono con l'anoressia l'obiettivo della magrezza, ma sono meno in grado di tollerare uno stato di semi-inedia o fame. Le abbuffate rappresentano un cedimento ai morsi della fame, o in altri pz possono essere usate come mezzo di automedicazione nei confronti di disagio emotivo.

Indipendentemente dalla ragione per cui sono messe in atto, le abbuffate provocano panico quando il pz si rende conto che il comportamento correlato al mangiare non era controllato.

EPIDEMIOLOGIA

- Prevalenza 1-4% in giovani donne
- Più comune nelle donne, esordio in adolescenza o all'inizio dell'età adulta.
- 20% delle studentesse di scuole superiori ad un certo momento presenta sintomi bulimici passeggeri
- Spesso pz con storia di obesità

EZIOLOGIA

Fattori biologici:

- Serotonina e noradrenalina chiamate in causa per il fatto che pz traggono benefici da antidepressivi e serotonina implicata nel senso di sazietà.
- Sensazione di benessere provata da alcuni pz dopo il vomito autoindotto può essere mediata da aumentati livelli di endorfine.

Fattori sociali:

- Pz tendono ad essere ambiziosi e a rispondere alle pressioni della società sulla magrezza.
- Molti pz anche depressi e con maggiore probabilità di storia familiare di depressione
- Famiglie generalmente con rapporti meno stretti e più conflittuali rispetto a quanto osservato in pz con anoressia: pz descrivono propri genitori come noncuranti e con atteggiamento di rifiuto.

Fattori psicologici:

Come nell'anoressia, difficoltà a rapportarsi alle richieste tipiche dell'adolescenza, ma rispetto all'anoressia risultano più socievoli, collerici e impulsivi.

Alla bulimia si associano dipendenza da alcol, taccheggio e labilità emotiva, inclusi i tentativi di suicidio.

- Il mangiare in modo incontrollato è generalmente vissuto in modo ego-distonico, e pertanto cercano un aiuto prima dei pz anoressici.
- Pz non hanno controllo sul super-ego e forza dell'ego che si può osservare negli anoressici.
- Difficoltà a controllare gli impulsi spesso manifestata dalla dipendenza da sostanze e da rapporti sessuali autodistruttivi.
- Spesso pz hanno difficoltà di separazione dal caretaker: il proprio corpo può essere utilizzato come oggetto di transizione, dove il mangiare rappresenta il desiderio di fondersi con il caretaker e il vomitare esprime il desiderio inconscio di separazione.

DIAGNOSI E MANIFESTAZIONI CLINICHE (DSM-5)

- A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
- 1) Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 - 2) Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
- B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Specificare se:

In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, alcuni, ma non tutti, i criteri sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale:

Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza di condotte compensatorie inappropriate (si veda sotto). Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere altri sintomi e il grado di disabilità funzionale.

- **Lieve:** Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

- **Moderata:** Una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.
- **Grave:** Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.
- **Estrema:** Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

CLINICA

Quando si formula la diagnosi di bulimia, il clinico dovrebbe considerare che il pz potrebbe aver avuto un periodo di anoressia nervosa breve o prolungato (accade nel 50% dei casi).

Vomito è comune e, in genere, è indotto tramite le dita in gola, ma alcuni pz sono in grado di vomitare a comando. È in grado di ridurre il dolore addominale e la sensazione di gonfiore, consentendo ai soggetti di continuare a mangiare senza timore di prendere peso. Il contenuto acido del cibo può danneggiare lo smalto dei denti, riscontro non raro in questi pz.

- Spesso episodi seguiti da depressione, indicata come post-binge anguish.
- Il cibo viene mangiato in segreto e rapidamente, e talvolta non viene masticato.
- Gran parte dei pz presenta peso corporeo normale, ma alcuni sono sotto/sovrappeso
- Maggior parte dei pz è sessualmente attiva, a differenza dei pz con anoressia.
- Si manifesta in soggetti con elevati tassi di disturbi dell'umore e controllo degli impulsi, e viene riferita anche in individui a rischio di disturbi controllati da sostanze e in diversi disturbi di personalità.

SOTTOTIPI

Soggetti che adottano condotte di eliminazione differiscono da coloro che compiono abbuffate ma non mettono in atto condotte di eliminazione: questi ultimi tendono ad avere meno disturbi dell'immagine corporea, meno ansia riguardo al mangiare e maggior tendenza all'obesità. A causa di queste differenze, la bulimia può essere sottotipizzata in:

1. **Tipo con condotte di eliminazione:** pz che regolarmente si inducono il vomito, usano lassativi o diuretici. Questi pz sono a rischio di complicanze mediche come ipokaliemica da vomito o abuso di lassativi e alcalosi ipocloremica, oltre a lacerazioni gastriche ed esofagee indotte dal vomito.
2. **Tipo senza condotte di eliminazione:** pz che seguono intensa dieta, digiuno o si dedicano ad intensa attività fisica, ma non adottano regolarmente condotte di eliminazione.

ANATOMIA PATOLOGICA ED ESAMI DI LABORATORIO

- Anche pz con peso normale devono essere sottoposti a valutazione di elettroliti e metabolismo.
- La funzione tiroidea in genere rimane intatta, ma pz possono mostrare non soppressione al desametasone.
- Pz con regolari condotte di eliminazione possono presentare disidratazione, e squilibri elettrolitici, in particolare ipermagnesemia e iperamilasemia.
- Molte pz presentano alterazioni del ciclo mestruale, anche se non è una caratteristica distintiva del disturbo.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Anoressia nervosa: le abbuffate e condotte di eliminazione non devono avvenire esclusivamente durante episodi di anoressia nervosa. La diagnosi in questo caso è di anoressia nervosa del tipo con abbuffate-condotte di eliminazione.

Escludere sempre patologie neurologiche come crisi epilettiche, tumori SNC, sdr di Kleine-Levin e di Klüver-Bucy.

Sdr di Klüver-Bucy: sindrome assai rara causata da lesioni bilaterali del lobo temporale, presenta come sintomi: agnosia visiva, leccare e mordere in modo compulsivo, incapacità di ignorare stimoli, ipersessualità, iperfagia

Sdr di Kleine-Levin: disturbo del sonno con esordio in adolescenza, ma più comune negli uomini. Sintomi: ipersonnia periodica della durata di 2-3 settimane, iperfagia.

Pz bulimici che soffrono anche di disturbo affettivo stagionale e presentano pattern di depressione atipica (mangiare e dormire eccessivamente nei mesi in cui vi è meno luce), possono avere peggioramento stagionale della bulimia e delle manifestazioni depressive.

- 15% esibisce comportamenti impulsivi, tra cui abuso di sostanze, incapacità a controllarsi in aree come la gestione del denaro e rapporti sessuali. Questi soggetti mostrano automutilazione, emozioni caotiche e pattern di sonno disordinato. Spesso soddisfano criteri per disturbo borderline e disturbo bipolare II.

DECORSO E PROGnosi

- Elevati tassi di guarigione parziale e completa rispetto all'anoressia nervosa
- Pz non trattati tendono alla cronicizzazione del disturbo o possono mostrare lievi miglioramenti con il tempo.
- In donne che hanno partecipato a programmi terapeutici: 30% continua ad adottare ricorrenti abbuffate o condotte di eliminazione, 40% è completamente guarito.
- Tasso di mortalità del 2% per decennio

TRATTAMENTO

Generalmente ospedalizzazione non necessaria: soggetti bulimici solitamente non mostrano riservatezza riguardo ai sintomi, e pertanto il trattamento ambulatoriale non è difficile, ma spesso la psicoterapia è burrascosa e potrebbe doversi prolungare.

Il ricovero può essere necessario quando il pz mostra ulteriori sintomi psichiatrici, come suicidalità, abuso di sostanze, o in caso di squilibri elettrolitici e metabolici derivanti da ricorrenti condotte di eliminazione.

Psicoterapia

- **Cognitivo-comportamentale**: da considerare come tp di prima scelta. Trattamenti dovrebbero includere 18-20 incontri nel giro di 5-6 mesi. Prevede applicazione di una serie di procedure cognitive e comportamentali mirate a:
 - ✓ Interrompere circolo vizioso abbuffate-dieta.
 - ✓ Alterare cognizioni disfunzionali su peso, cibo, immagine corporea e concetto che il soggetto ha di sé in generale.
- **Dinamica**: successo limitato. Pz dividono cibo in alimenti nutritivi e alimenti non sani. Il cibo ritenuto nutriente può essere ingerito e trattenuto in quanto simbolizza introiezioni buone, mentre il cibo poco sano è inconsciamente associato ad introiezioni cattive, e perciò viene espulso con il vomito, con la fantasia inconsci che tutta la distruttività, l'odio e la cattiveria viene evacuato.

Farmacoterapia

- Antidepressivi risultati efficaci per il trattamento della bulimia.
- Sptt SSRI (fluoxetina).
- Efficacia per aumento dei livelli di serotonina a livello centrale.
- Possono ridurre abbuffate e condotte di eliminazione indipendentemente dalla presenza di sintomi depressivi.
- Utili anche imipramina (TCA), desipramina, trazodone e IMAO.
- Generalmente possibile usare stessi dosaggi per la depressione, nel caso della fluoxetina, questo può essere aumentato a 60-80mg/die.

CBT associata a farmacoterapia risulta l'approccio più efficace.

15.3 DISTURBO DA BINGE-EATING E ALTRI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

3.1 DISTURBO DA BINGE-EATING

Caratterizzato da frequenti abbuffate, durante le quali viene ingerita una quantità significativa di cibo in breve tempo. I soggetti NON adottano metodi di compensazione dopo l'abbuffata.

Gli episodi di abbuffata avvengono spesso in privato, in genere comportano il consumo di cibo altamente calorico e, durante l'abbuffata, il soggetto ha sensazione di non potersi controllare.

EPIDEMIOLOGIA

- 25% dei pz che si presentano all'attenzione medica per trattamento dell'obesità
- 50-75% pz gravemente obesi (BMI>40)
- F 4%, M 2%

EZIOLOGIA

- Causa non nota.
- Stili impulsivi ed estroversi di personalità sono correlati al disturbo, così come lo è il seguire una dieta ipocalorica.
- Le abbuffate possono verificarsi in periodi di stress ed essere usate per ridurre ansia o sintomi depressivi.

DIAGNOSI E MANIFESTAZIONI CLINICHE (DSM-5)

- A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
- 1) Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 - 2) Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
- B. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti aspetti:
- 1) Mangiare molto più rapidamente del normale.
 - 2) Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni.
 - 3) Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati.
 - 4) Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
 - 5) Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.
- C. È presente marcato disagio riguardo alle abbuffate.
- D. L'abbuffata si verifica, mediamente, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- E. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

Specificare se:

- **In remissione parziale:** Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge-eating, gli episodi di abbuffata si verificano con una frequenza media di meno di un episodio a settimana per un consistente periodo di tempo.
- **In remissione completa:** Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge-eating, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale:

Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza degli episodi di abbuffata (si veda sotto). Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere altri sintomi e il grado di disabilità funzionale.

- Lieve: Da 1 a 3 episodi di abbuffata a settimana.
- Moderata: Da 4 a 7 episodi di abbuffata a settimana.
- Grave: Da 8 a 13 episodi di abbuffata a settimana.
- Estrema: 14 o più episodi di abbuffata a settimana.

CLINICA

Circa 50% dei pz soffre di obesità: l'associazione con binge-eating è caratterizzata da esordio più precoce dell'obesità, rispetto a chi non ne è affetto.

Frequente storia di peso instabile con frequenti episodi ciclici (guadagnare o perdere >10kg).

Il disturbo può essere associato a: Insonnia. Menarca precoce. Dolore al collo, alle spalle, lombare. Dolore muscolare cronico. Disturbi metabolici.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- **Bulimia nervosa:** nel binge mancano ricorrenti comportamenti compensatori come vomito, abuso di lassativi o dieta rigida.
- **Anoressia nervosa:** pz nel binge non mostra fissazione per la magrezza, ha peso nella forma o è obeso.
- **Obesità:** pz obesi affetti da binge assumono più calorie sia durante gli episodi di abbuffata, che nei periodi normali e presentano un numero maggiore di patologie legate a disturbi dell'alimentazione (mangiare sotto impeto emotivo, abitudini alimentari disordinate), oltre ad un tasso più elevato di disturbi psichiatrici in comorbidità.

DECORSO E PROGNOSI

Decorso poco conosciuto. Obesità grave è un effetto a lungo termine in >3% dei pz. In follow up a 5a meno di 1/5 del campione mostrava ancora sintomi clinicamente significativi dei disturbi dell'alimentazione.

TRATTAMENTO

Psicoterapia:

CBT è trattamento più efficace: determina riduzione delle abbuffate e dei problemi ad esse associati (es. depressione), ma non ha mostrato marcata riduzione del peso. Associata a SSRI mostra risultati migliori rispetto alla sola CBT.

- Attività fisica può ridurre abbuffate se associata a CBT

Psicofarmacoterapia:

- Sintomi del binge possono trarre beneficio da diversi SSRI, che possono migliorare l'umore, oltre alle abbuffate: fluvoxamina, citalopram, sertralina.
- Trattamento con dosi elevate di SSRI (es. fluoxetina 60-100 mg/die) può inizialmente portare ad un calo di peso, che è tuttavia di breve durata anche con la prosecuzione del farmaco.
- Beneficio anche con: desipramina (TCA), imipramina (TCA), topiramato (anticonvulsivante) e siburtramina (inibitore del reuptake della serotonina e della noradrenalina ma non della dopamina).

3.2 DISTURBI DELLA NUTRIZIONE O DELL'ALIMENTAZIONE CON ALTRA SPECIFICAZIONE

Categoria usata per condizioni che possono creare disagio significativo, ma che non soddisfano pienamente i criteri per un disturbo dell'alimentazione classificato.

3.2.1 SINDROME DA ALIMENTAZIONE NOTTURNA

Caratterizzata da consumo di grandi quantità di cibo dopo il pasto serale. Il soggetto in genere durante il giorno ha scarso appetito e soffre di insonnia.

EPIDEMIOLOGIA:

- 2% pop generale
- Prevalenza maggiore in pz che soffrono di:
- Insonnia
- Obesità
- Disturbi dell'alimentazione
- Altri disturbi psichiatrici
- Esordio nella prima età adulta

EZIOLOGIA:

Poco conosciuta, sono stati studiati melatonina, leptina, cortisolo e grelina in relazione al disturbo. Pz che soffrono della condizione hanno probabilità 5v maggiore di avere parente di 1° grado che ne soffre.

DIAGNOSI:

- Presenza di ricorrenti episodi di iperfagia o alimentazione notturna
- Mancanza di desiderio per il cibo al mattino
- Insonnia

I sintomi devono persistere per almeno 3 mesi e non essere causati da altra condizione medica o mentale.

CLINICA:

- Gran parte dell'apporto calorico consumato dopo la cena
- Pz tendono a svegliarsi durante la notte per mangiare
- Di solito si svegliano in fase REM e hanno un sonno non ristoratore
- Riscontro comune di umore depresso, sptt nelle ore serali e notturne.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Bulimia nervosa e binge-eating: sindrome comune tra questi pz, ma il mangiare di notte è caratteristico di questa. Inoltre la quantità di cibo è generalmente minore rispetto a bulimia e binge.

Altri disturbi dell'alimentazione: pz non particolarmente preoccupati per la propria immagine corporea e peso.

Disturbo dell'alimentazione correlato al sonno: caratterizzato da episodi ricorrenti di alimentazione involontaria, in cui il pz può anche ingerire alimenti non commestibili. Gli episodi possono inoltre verificarsi durante stati di incoscienza o addormentamento.

Elevata comorbidità con sonnambulismo, sindrome delle gambe senza riposo, OSAS, generalmente non presenti nei pz con sindrome da alimentazione notturna.

DECORSO E PROGNOSE:

- Esordio tra ultimi aa di adolescenza e poco prima dei 30aa
- Disturbo ha lungo decorso con periodi di remissione in caso di trattamento
- Individui in cui il sonno è qualitativamente scarso hanno maggiore probabilità di sviluppare diabete, obesità, IT e malattie CV.

TRATTAMENTO:

- SSRI: permettono riduzione della frequenza dei risvegli notturni e degli episodi di alimentazione notturna.
- SSRI+topiramato: riduzione del peso e dell'alimentazione notturna
- CBT e light therapy: migliora umore in pz con depressione in comorbidità

3.2.2 DISTURBO DA CONDOTTA DI ELIMINAZIONE

Caratterizzato da ricorrenti condotte di eliminazione dopo aver consumato quantità anche scarse di cibo, in pz dal peso normale che hanno una visione distorta del proprio peso o della propria immagine corporea.

- La condotta di eliminazione include vomito autoindotto, abuso di lassativi, utilizzo eccessivo di enteroclistmi e diuretici.

- Per formulare la diagnosi, il comportamento non deve essere associato ad anoressia nervosa.
- Si differenzia dalla bulimia nervosa in quanto le condotte di eliminazione sono messe in atto dopo aver ingerito quantità scarse di cibo o di bevande, e non avviene come risultato di un'abbuffata.
- Gli episodi devono essere presenti almeno 1v/settimana per 3 mesi.

15.4 OBESITA' E SINDROME METABOLICA

Malattia cronica manifestata con eccesso di grasso corporeo. Viene misurata mediante BMI o con una analisi di impedenza biometrica (BIA). Un'eccessiva quantità di grasso corporeo tende ad indicare l'assunzione di troppe calorie rispetto a quelle bruciate. In soggetti sani il grasso corporeo varia a seconda del sesso.

- Donne: 10\13% grasso essenziale al 25\31% del peso corporeo.
- Uomini: 2\5% grasso essenziale al 18\24% del peso corporeo in media.

Epidemia dell'obesità → aumento mortalità e morbilità.

COMORBIDITA'

- Malattie psichiatriche per un 40\60%: DCA, disturbi da uso di sostanze, schizofrenia, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, di personalità, ADHD e PTSD.
- 2 disturbi dell'alimentazione sono associati all'obesità: bulimia nervosa e binge eating.
 - ✓ Entrambe: significativa psicopatologia con trattamento multimodale.
 - ✓ Non tutti i bulimici sono obesi.

EPIDEMIOLOGIA

- 36% adulti in USA è obeso, di cui un 80% in sovrappeso e un 50% sopra i 40 anni obeso.
- Più elevata in minoranze etniche, soprattutto in donne non ispaniche.
- USA bambini: 14\25%.
- USA adolescenti: 35% nel 2012.
- Le spese mediche sono più alte del 42% per questi soggetti. Rappresentano il 9,1% delle spese sanitarie negli USA. Entro il 2030 si arriverà al 16% delle spese.

EZIOLOGIA

- Apporto energetico superiore al consumo di energia.
- Un errore nell'apporto calorico o nel consumo determina una alterazione di 13,5 kg del peso corporeo.

Sazietà

Deriva dal soddisfacimento del senso di fame. Il senso di fame torna quando i nutrienti assunti si esauriscono.

- Un segnale metabolico viene trasportato dal sangue al cervello, dove si attivano i recettori producendo sazietà.
- Ci sono disfunzioni in serotonina, dopamina e noradrenalina nella regolazione dell'alimentazione nell'ipotalamo.
- Altri fattori coinvolti: CRF, neuropeptide Y, ormone stimolante tiroide, obestatina (produce sazietà).
- Antagonisti dei cannabinoidi bloccano l'appetito.

Appetito → può aumentare e continuare anche dopo l'essere sazi. Può essere aumentato da fattori psicologici e influenzato da recettori dei cannabinoidi.

- Marijuana → agisce sul recettore che giustifica il "buco nello stomaco".
- Farmaco Acomplia → blocca l'appetito.
- L'olfatto influisce sulla sazietà.

Fattori genetici che influiscono sul peso corporeo	
	Descrizione del fattore genetico
Leptina	Altamente espressa nelle aree dell'ipotalamo deputate al controllo del comportamento correlato all'alimentazione, della fame, della temperatura corporea e del dispendio energetico. I meccanismi mediante i quali la leptina sopprime il mangiare ed esercita i suoi effetti sul metabolismo sono sconosciuti.
Neuropeptide Y	Sintetizzato in diverse aree del cervello; è un potente stimolatore dell'alimentazione. Sembra che la leptina sopprima l'alimentazione in parte inibendo l'espressione del neuropeptide Y.
Grelina	Un peptide acilato di 28 aminoacidi secreto principalmente dallo stomaco. La grelina circola nel sangue e attiva i neuroni del neuropeptide Y nel nucleo arcuato dell'ipotalamo, stimolando l'assunzione di cibo.
Melanocortina	Agisce su alcuni neuroni dell'ipotalamo che inibiscono l'alimentazione. Lesioni mirate a carico dei recettori 4 della melanocortina in topi sono associate allo sviluppo di obesità.
Carbossipeptidasi E	Enzima necessario per l'elaborazione della proinsulina e, forse, di altri ormoni quali il neuropeptide Y. Topi con mutazioni di questo gene diventano gradatamente obesi con il trascorrere dell'età e sviluppano iperglicemia che può essere soppressa tramite il trattamento con insulina.
Proteine mitocondriali disaccoppiate	Scoperte per la prima volta nel grasso marrone e successivamente individuate nel grasso bianco e nelle cellule dei muscoli. Possono avere un ruolo importante nel consumo di energia e nella regolazione del peso.
Proteina tubby	Altamente espressa nel nucleo paraventricolare dell'ipotalamo e in altre regioni del cervello. I topi con mutazioni naturali o procurate del gene tubby da adulti sviluppano obesità, ma i meccanismi coinvolti non sono noti.

Fattori genetici

80% obesi ha una storia familiare di obesità. Gemelli identici cresciuti separatamente possono essere entrambe obesi.

Fattori correlati allo sviluppo

Nei primi anni di vita l'adipe cresce per un aumento cellulare. Una volta che il numero di adipociti è raggiunto sembra stabilirsi.

- Obesità infantile= troppi adipociti (numero).
- Obesità adulta= aumento (grandezza cellula) adipociti.
- ➔ Calo ponderale= riduzione grandezza cellule.

Cellule adipose di fianchi, addome e giro vita sono le più attive a livello metabolico.

- Uomini= correlazioni con disturbi cardiovascolari. (giro v.)
- Donne= ossessionate da rimedi x cosce e natiche grosse.

Leptina ➔ ormone con cellule adipose che agisce da termostato. Quando il suo livello ematico è basso, viene bruciato più grasso.

Fattori correlati all'attività fisica

Fattore principale dell'obesità è la mancata attività fisica (limita il dispendio energetico e induce ad un aumento dell'assunzione di cibo).

Fattori correlati al danno cerebrale

Animali con danno nella regione ventromediale dell'ipotalamo sviluppano obesità. Negli umani però questo è molto raro.

Il SNC nelle aree di ipotalamo laterale e ventromediale, si adatta

all'assunzione di cibo in risposta alle mutevoli richieste energetiche per mantenere riserve di grasso ad un livello stabilito.

Fattori correlati alla salute

- Sindrome di Prader – Willi e anomalie neuroendocrine sono legate all'obesità.
- Obesità ipotalamica: deriva da un danno alla regione ventrom. dell'ipotalamo (VHM) che regola appetito e peso.
- Depressione (disturbi affettivo stagionale) associata ad aumento di peso.

Altri fattori clinici

- Malattia di Cushing ➔ distribuzione del grasso e faccia a luna piena.
- Mixedema ➔ associato ad aumento di peso.
- Distrofia adiposa genitale (sindrome di Frohlich) ➔ obesità e anomalie sessuali e scheletriche.

Farmaci psicotropi

- Steroidi associati ad aumento di peso.
- Pazienti in trattamento di depressione maggiore, disturbi psicotici e bipolare guadagnano da 3 a 10 kg.
- ➔ Produce la sindrome metabolica.

Fattori psicologici

Non sappiamo come determinino l'obesità. Ci sono fattori ambientali, culturali, familiari e psicodinamici.

Tabella 15.4-2
Malattie che possono spiegare alcuni casi di obesità

Obesità genetiche (dismorfiche)
Autosomico recessivo
X-linked
Cromosomiche (ad es., sindrome di Prader-Willi)
Obesità neuroendocrine
Sindromi ipotalamiche
Morbo di Cushing
Ipotiroidismo
Sindrome dell'ovaio policistico (sindrome di Stein-Leventhal)
Pseudoipotiroidismo
Ipogonadismo
Carenza di ormone della crescita
Insulinoma e iperinsulinismo
Obesità iatrogena
Farmaci (psichiatrici)
Operazioni chirurgiche sull'ipotalamo (neuroendocrine)

DIAGNOSI E MANIFESTAZIONI CLINICHE

La diagnosi comporta la valutazione del grasso corporeo mediante BMI. Il problema importante è la compromissione del senso di sazietà. Persone obese sono sensibili agli stimoli di cibo presenti nell'ambiente.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Altre sindromi

Sindrome da alimentazione notturna= la persona mangia eccessivamente dopo aver consumato il pasto serale. Sembra essere precipitata da stress, uso di sedativi per il sonno (zolpidem) che portano sonnambulismo.

Disturbo da binge – eating= ingestione

improvvisa e compulsiva di quantità considerevoli di cibo nell'arco di un breve periodo di tempo, solitamente con marcata agitazione e auto-condanna. **Abbuffata**= reazione allo stress. Non sono periodici e sono più spesso correlati a specifiche circostanze precipitanti. Se il soggetto ha un peso maggiore del 100% rispetto a quello desiderabile e presenta patologie respiratorie e cardiovascolari associate si formula la diagnosi di **sindrome di Pickwick**.

Disturbo di dismorfismo corporeo (dismorfofobia)

Persone obese si percepiscono con un corpo grottesco e sgradevole, per una compromissione del funzionamento sociale. Ritroviamo il problema dell'immagine in obesi nevrotici. (disturbo limitato a obesi dall'infanzia)

DECORSO E PROGnosi

Effetti sulla salute

- Correlazione stretta tra obesità e disturbi cardiovascolari
- Sovrappeso: ipertensione (3x più elevata che nel normale) e ipercolesterolemia (2x più frequente)
- Diabete di tipo 2 invertito con una riduzione di peso
- Uomini obesi tasso di morte più elevato x cancro al colon, al retto, alla prostata
- Donne obese tasso morte più alto x cancro alla cistifellea, alle vie biliari, al seno, all'utero, alle ovaie.

Longevità

Persone obese hanno un tasso di mortalità elevato rispetto ai normopeso. Il rischio è nelle complicanze cardiorespiratorie durante il sonno (apnee). Ridurre l'apporto calorico del 30% contribuisce ad un aumento della longevità e diminuzione di patologie croniche → riduzione tasso metabolico, stress ossidativo e infiammazione; miglior funzionamento neuroendocrino e di insulina.

Prognosi

Prognosi scarsa. Chi perde molto peso al 90% lo riguadagna. Obesità infantile è più grave la prognosi è minimale, è a rischio di disturbi emotivi.

Discriminazioni → le cure negli USA sono limitate per gli obesi e, la discriminazione sociale è alta, soprattutto in paesi dove l'immagine è rilevante e soggetta a pregiudizio.

Tabella 15.4-3
Farmaci psichiatrici e alterazione del peso corporeo

Tendenza ad aumentare l'appetito e il peso corporeo		
Massima	Intermedia	Minima
Antidepressivi		
Amitriptilina (Elavil)	Doxepina (Adaptin, Sinequan) Imipramina (Tofranil) Mirtazapina (Remeron) Nortriptilina (Pamelor)	Amoxapina (Asendin) Desipramina (Norpramin) Trazodone (Desyrel) Tranilcipromina (Parnate) Fluoxetina (Prozac)* Sertralina (Zoloft)* Bupropione (Wellbutrin)* Venlafaxina (Effexor)*
Stabilizzatori dell'umore		
Litio (Eskalith) Acido valproico (Depakene)	Fenelzina (Nardil) Trimipramina (Surmontil) Carbamazepina (Tegretol)	Topiramato (Topamax)
Antipsicotici		
Clorpromazina (Torazina) Clozapina (Clozaril) Tioridazina (Mellaril) Mesoridazina (Serentil) Olanzapina (Zyprexa) Sertindolo (Serdolect) Risperidone (Risperdal)	Aloperidolo (Haldol) Trifluoperazina (Stelazine) Perfenazina (Trilafon) Tiotissene (Navane) Flufenazina (Permitil, Prolixin)	Ziprasidone (Geodon) Aripiprazolo (Abilify) Molindone (Moban)*

*Può ridurre l'appetito e favorire un calo ponderale.

TRATTAMENTO

Molti pazienti sviluppano ansia e depressione. Soggetti con altre patologie o in forte difficoltà psicologica vanno aiutati in un percorso supervisionato nella dieta.

Dieta

- Dieta ipocalorica.
- Mangiare alimenti consueti con porzioni adeguate di proteine, grassi e carboidrati seguendo le linee delle tabelle guida. → miglior modo per un mantenimento a lungo termine.
- Perdita di peso a breve termine= regime di digiuno non modificato ma: ipotensione, diuresi di sodio alterata e livelli di azoto alterati.
- Diete chetogeniche: producono chetosi (nausea, ipotensione e letargia).

Attività fisica

- Mantenimento perdita di peso.
- Aiuto nella sindrome metabolica.

Cambiamento nello stile di vita

Porsi degli obiettivi in relazione al proprio peso. Si mettono in atto comportamenti nuovi a partire dal mangiare con calma, dividere gli alimenti in parti, fare la spesa solo con cose sane e dopo aver consumato pasti completi, tenere un diario.

Farmacoterapia

I farmaci sopprimono l'appetito ma dopo alcune settimane il soggetto si può abituare ad essi. Il periodo di assunzione dipende dall'efficacia e dalla risposta del soggetto al farmaco stesso.

1. Orlistat= farmaco anoressizzante per un impiego a lungo termine, approvato dalla FDA. È un inibitore selettivo della lipasi gastrica e pancreatica che, riduce l'assorbimento dei grassi.
 - a. 120mg 3 volte al gg.
 - b. Calo del 10% del peso nei primi 6 mesi in associazione a dieta ipocalorica.
 - c. Effetti collaterali: feci oleose e flatulenza, urgenza di defecare.
2. Sibutramina= inibisce il reup-take della serotonina e norepinefrina e dopamina. Impiego a lungo termine.
3. Lorcaserina= tratta l'obesità negli adulti. È agonista selettivo della serotonina che riduce l'appetito e l'assunzione di cibo.
 - a. Dosaggio: 10mg 2 v al giorno.
 - b. Effetti collaterali: cefalea, vertigini, affaticamento, nausea, secchezza fauci, costipazione.
4. Fentermina topiramato= x controllo del peso in relazione ad una dieta ed attività fisica.
 - a. i pazienti iniziano con il dosaggio minimo e arrivano al massimo con il tempo. La Fentermina è a rilascio immediato, il topiramato è controllato.
 - b. Effetti collaterali: parestesia, secchezza fauci, gusto alterato, frq cardiaca, problemi psichiatrici.
 - c. Trattamento interrotto se il peso non si riduce del 5% dopo 12 settimane.

Interventi chirurgici

1. Gastroplastica= con bendaggio verticale. Intervento restrittivo con creazione di una tasca gastrica di 15\20 ml che si svuota nello stomaco mediante uno sblocco calibrato. I pazienti perdono dai 18 ai 22.5kg nei primi 2 anni.
 - a. Effetti c.: vomito, squilibrio elettrolitico, ostruzione.
 - b. Se ingeriscono grandi quantità di carbo una volta operati= dumping (palpitazioni, debolezza, sudorazione).
2. Bypass gastrico= si divide lo stomaco in due tasche collegate all'intestino tenue. Il calo ponderale atteso è del 70%, la massima perdita avviene entro 3 anni. Mortalità sotto lo 0,5% x embolia polmonare, sepsi o anastomosi.
 - a. Possibile carenza di B12 e ferro.
 - b. 10\15% non riesce ad ottenere una buona perdita di peso. Dovuto al consumo di carbo.
3. Bendaggio gastrico= adattabile laparoscopico. Benda intorno alla parte superiore dello stomaco creando uno stomaco piccolo e uno grande. Quello piccolo da sazietà. Calo del 35\50% del peso.

- a. Complicanze: spostamento, usura, scivolamento benda e malfunzionamento.
4. Altri metodi= lipectomia, liposuzione, chirurgia bariatrica.

Psicoterapia

- Terapia psicodinamica orientata all'insight.
- Modificazione del comportamento (d'elezione). Si consigliano pattern alimentari e si suggerisce l'uso di un diario, li si aiuta a riconoscere stimoli esterni.
- Condizionamento operante.
- Terapia di gruppo.

Approccio globale

Tabella 15.4.7 libro.

SINDROME METABOLICA

Gruppo di anomalie metaboliche associate all'obesità che danno maggior rischio di malattie cardiovascolari e diabete di tipo 2. Diagnosi quando si hanno 3 o + sintomi, quali:

1. Obesità addominale
2. Trigliceridi alti
3. Basso livello di colesterolo HDL
4. Ipertensione
5. Glucosio a digiuno alto.

Ne è affetto il 30% della popolazione USA.

Causa: resistenza all'insulina e vulnerabilità generica.

Trattamento: calo ponderale, attività fisica, uso di statine e antiipertensivi x abbassare i livelli di lipidi e pressione sanguigna. Mortalità alta.

- Antipsicotici atipici= causa della sindrome metabolica. Aumento di peso negli schizofrenici.
- Clozapina e olanzapina sono somministrati di frequente ma va controllata l'emoglobina A1c, il glucosio a digiuno e durante il trattamento.

Problemi psicologici: autostima, stress, depressione, ansia, irritabilità, disturbi dell'umore, affaticamento. → rischio sindrome da affaticamento cronico.

ALTRI DISTURBI

1. Anoressia nervosa atipica: Sono soddisfatti tutti i criteri per l'anoressia nervosa, salvo che, nonostante una significativa perdita di peso, il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra del range di normalità.
2. Bulimia nervosa (a bassa frequenza e/o di durata limitata): Sono soddisfatti tutti i criteri per la bulimia nervosa, salvo che le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.
3. Disturbo da binge-eating (a bassa frequenza e/o di durata limitata): Sono soddisfatti tutti i criteri per il disturbo da binge-eating, salvo che le abbuffate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.

Tabella 15.4-9
Esami di screening da effettuarsi prima di prescrivere un antipsicotico

» Storia personale di obesità
» Storia familiare di obesità
» Diabete
» Dislipidemie
» Ipertensione
» Patologie cardiovascolari
» Indice di massa corporea
» Circonferenza della vita a livello dell'ombelico
» Pressione sanguigna
» Livelli plasmatici di glucosio a digiuno
» Profilo dei lipidi a digiuno

Dati da American Diabetes Association; 2004).