

ANDID

28° Congresso Nazionale
Napoli 13-14 maggio 2016

Trattamento nutrizionale ambulatoriale dei DCA: modello organizzativo pratico

Dott.ssa Emilia De Filippo

Dott.ssa Eufemia Silvestri

Area Centralizzata di Medicina Interna e Nutrizione Clinica

DAI di Medicina Clinica

AOU "Federico II"

Napoli



Comportamento Alimentare

Per *comportamento alimentare* si intende il tipo di controllo che l'individuo esercita sulla propria alimentazione.

Nei DCA si fa riferimento alla presenza di iperfagia incontrollata con comportamenti compensatori (vomito autoindotto, uso di lassativi, attività fisica strenua), al rifiuto più o meno assoluto dell'assunzione di cibo, alle modalità di assunzione del cibo, alla relazione con la propria immagine corporea.



DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

**Anoressia
Nervosa**

**Bulimia
Nervosa**

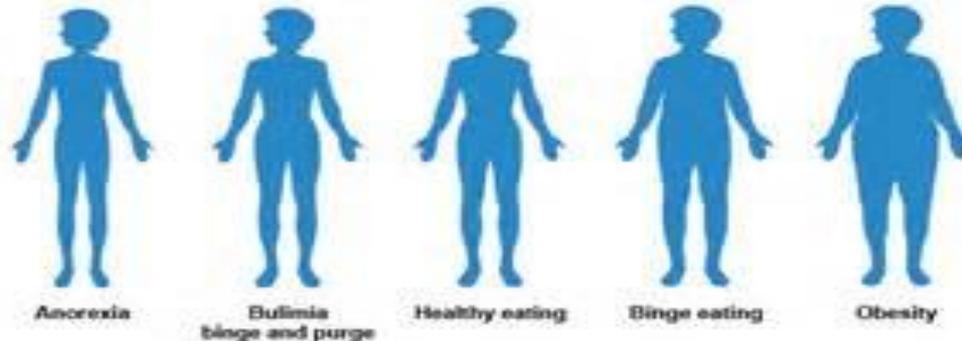
DANAS

Obesità

Divieto di riproduzione, utilizzo e diffusione anche parziale

I DISTURBI ALIMENTARI

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono condizioni estremamente complesse, che hanno radici profonde in situazioni psicologiche, biologiche e sociali



Divieto di riproduzione, utilizzo e diffusione anche parziale

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

- ▶ I Disturbi del Comportamento Alimentare sono “malattie mentali” che colpiscono con più frequenza le giovani donne.
- ▶ Si caratterizzano per un distorto rapporto con il cibo, un'alterata percezione corporea ed il timore per l'incremento del peso.
- ▶ L'età d'esordio si è, da un lato, notevolmente ridotta negli ultimi anni e non sono infrequenti le forme infantili e pre-adolescenziali, e dell'altro si è innalzata presentandosi anche in età adulta.
- ▶ Il rapporto tra femmine e maschi è di circa 9:1, ma il numero dei maschi è in aumento soprattutto in età adolescenziale e pre-adolescenziale.
- ▶ Nelle donne tra 12-22 anni la prevalenza è dello 0,0-0,9% per AN e dell'1,2% per BN, mentre per i disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati è del 3,7-6,4% e l'età di esordio si aggira intorno ai 17 anni.
- ▶ L'Anoressia è una patologia “culture-bound”. Diffusa tra tutte le classi sociali, è aumentata l'incidenza nei sobborghi urbani.
- ▶ La Bulimia nervosa ha un'età d'insorgenza più tardiva ed una maggior incidenza nel sesso maschile.
- ▶ I DANAS a tutt'oggi non presentano dati precisi. Per i Binge Eating Disorder, la prevalenza media è circa il 30% di tutti i casi di obesità.





American Psychiatric Association DSM-5 Development

- Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) è un manuale che raccoglie la descrizione di più di 370 disturbi mentali.
- Nasce su iniziativa dell'APA (American Psychiatric Association) con la I° versione, pubblicata nel 1952, in risposta alla classificazione ICD (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) dell'OMS.
- DSM-I: 1952
- DMS-II: 1968
- DSM-III: 1980
- DSM-III TR: 1987
- DSM-IV: 1994
- DSM-IV TR: 2000
- DSM-V: 2013 (in Italia 2014)



DSM-5

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

- Anoressia Nervosa
- Bulimia Nervosa
- Disturbo da binge-eating
- Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo
- Disturbo da ruminazione
- PICA
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione

Divieto di riproduzione, utilizzo e diffusione anche parziale

CRITERI DIAGNOSTICI PER ANORESSIA NERVOSA

- **A. Restrizione dell'assunzione di calorie** in relazione alla 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.
- **B. 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.
- **C. 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.

SOTTOTIPO

- **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

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.

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.

GRAVITÀ ATTUALE

- Il livello minimo di gravità si basa, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (IMC) oppure, per i bambini e gli 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 di disabilità funzionale e la necessità di una supervisione.

- **Lieve:** $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- **Moderata:** $IMC 16-16.99 \text{ kg/m}^2$
- **Grave:** $IMC 15-15.99 \text{ kg/m}^2$
- **Estrema:** $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

Segni clinico/comportamentali di Anoressia Nervosa

- L'alimentazione diventa il centro delle discussioni in famiglia e con gli amici
- Non vuole aumentare di peso
- Nega di avere fame pur mangiando piccole quantità di cibo
- Inventa scuse per evitare situazioni durante le quali gli altri mangiano
- Colleziona ricette, prepara cibi per gli altri
- Perfezionista
- Abitudini alimentari inusuali
- Svolge attività fisica intensa
- Segni di ustioni sull'addome e sulle gambe
- Si veste a strati
- Si lamenta di problemi gastrici-intestinali



CRITERI DIAGNOSTICI PER BULIMIA NERVOSA

- **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

Remissione parziale

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

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.

GRAVITÀ ATTUALE

Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza di condotte compensatorie inappropriate. 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.

CRITERI DIAGNOSTICI PER IL BINGE-EATING

- 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 quantità 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.

DISTURBO DA BINGE-EATING

- 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.

GRAVITÀ ATTUALE BINGE-EATING

Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza degli episodi di abbuffata. 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.

Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo

- A. Un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione (per es. apparente mancanza di interesse per il mangiare o per il cibo; evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo; **preoccupazione relativa alle conseguenze negative del mangiare** che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le appropriate necessità nutrizionali e/o energetiche, associato a uno (o più) dei seguenti aspetti:
1. Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento ponderale previsto oppure una crescita discontinua nei bambini).
 2. Significativo deficit nutrizionale.
 3. Dipendenza **dalla nutrizione parenterale** oppure da supplementi nutrizionali **orali**.
 4. Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.
- B. Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica associata culturalmente stabilita.
- C. Il disturbo dell'alimentazione non si verifica esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa, e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso o la forma del proprio corpo.

Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo

ANORESSIA INVERSA

- Autopercezione di gracilità, preminentemente maschile. Comportamento alimentare alterato. Abuso di integratori, anabolizzanti e diete iperproteiche. Esercizio fisico compulsivo.



ORTORESSIA

- Ossessione per il cibo “sano”. Focalizzazione non sulla quantità ma sulla “qualità”. Evitamento ossessivo di cibi non controllati. Evitamento di situazioni sociali che espongono al non controllo del cibo. Convinzione fideistica delle proprie scelte.



DISTURBO DA RUMINAZIONE

- ▶ A. Ripetuto **rigurgito** di cibo per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, ringoiato o sputato.
- ▶ B. Il rigurgito ripetuto **non** è attribuibile a una condizione gastrointestinale associata o a un'altra condizione medica (per es. reflusso gastroesofageo, stenosi del piloro).
- ▶ C. Il disturbo dell'alimentazione **non** si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.
- ▶ D. Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (per es., disabilità intellettiva [disturbo dello sviluppo intellettivo] oppure di un altro disturbo neurologico), sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica.

PICA

- ▶ A. Persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili per un periodo di almeno 1 mese.
- ▶ B. L'ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili è inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo.
- ▶ C. Il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata.
- ▶ D. Se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale (per es. disabilità intellettiva [disturbo dello sviluppo intellettivo], disturbo dello spettro dell'autismo, schizofrenia) o di un'altra condizione medica, è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica.



Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione

- Esempi di manifestazioni che possono essere specificate utilizzando la dicitura «con altra specificazione» comprendono i seguenti:
- **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 a settimana e/o per meno di 3 mesi.

Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione

- **4. Da condotta di eliminazione:** ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo (per es. vomito autoindotto; uso improprio di lassativi, diuretici, o altri farmaci) in assenza di abbuffate.
- **5. Sindrome da alimentazione notturna:** ricorrenti episodi di alimentazione notturna, che si manifestano mangiando dopo il risveglio dal sonno oppure eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale. Vi sono consapevolezza e ricordo di aver mangiato. L'alimentazione notturna non è meglio spiegata da influenze esterne come la modificazione del ciclo sonno-veglia dell'individuo oppure da norme sociali locali. L'alimentazione notturna causa un significativo disagio e/o compromissione del funzionamento. I pattern di alimentazione disordinata non sono meglio spiegati dal disturbo da binge-eating o da un altro disturbo mentale, compreso l'uso di sostanze, e non sono attribuibili a un altro disturbo oppure all'effetto di farmaci.



Disturbo della nutrizione dell'alimentazione senza specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, che **causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti**, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per un qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. La categoria disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie **di non specificare la ragione per cui i criteri** di uno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni in cui ci sono informazioni insufficienti per porre diagnosi più specifica (per es. in contesti di pronto soccorso).

Anoressia Nervosa: aspetti clinico-nutrizionali

L'AN è una forma di cronica malnutrizione proteico-energetica simil-marasmatica, caratterizzata da alterazioni dello stato di nutrizione che si instaurano progressivamente, con grave decremento ponderale dovuto essenzialmente a pressochè totale scomparsa della massa adiposa.

Nell' anoressia di tipo bulimico alla cronica denutrizione si aggiungono squilibri idroelettrolitici con frequente riscontro di ipopotassiemia anche gravissime ($<2 \text{ mmol/l}$).

Peculiarmente si instaurano meccanismi di adattamento metabolico e modificazioni della composizione corporea tali da consentire la sopravvivenza di soggetti anche gravemente defedati (metabolismo basale, funzione cardiaca, respiratoria ecc.).

La mortalità (stimata al 5%) è una delle più alte tra le malattie psichiatriche.



COMPLICANZE CLINICHE DEI DCA

CLINICHE: ipotermia, lanugo, fragilità unghie e capelli, ittero carotenoide, iperpigmentazione cutanea, dermatiti perorifiriziali, disidratazione

EMATOCHIMICHE:

↓K, Ca, Mg, P, Cl, alcalosi

↓Glicemia e Albumina (deficit di gluconeogenesi per deplezione riserva energetica)

↑colesterolemia, ↑enzimi epatici, ↑amilasi

↓globuli rossi, ↓bianchi e piastrine

MUSCOLO-SCHELETRICHE:

crampi, tetanie, astenia, osteoporosi

IMMUNOLOGICHE:

Immunodeficienza, atrofia midollare

NEUROLOGICHE:

nevriti, anormalità dell'EEG, pseudoatrofia cerebrale

CARDIOVASCOLARI: ipotensione, bradicardia, aritmie, riduzione massa cardiaca, riduzione gittata cardiaca, allungamento del tratto Q-T

ORALI:

carie dentali, erosione dello smalto gengive sanguinanti, glossiti, disgeusia, volume delle ghiandole salivari

GASTRO-INTESTINALI: ipotonia e ipotrofia gastrica, rallentato svuotamento gastrico, stipsi severa, intolleranza al lattosio, edema della mucosa enterica, produzione enzimi digestivi, steatosi epatica, esofagite-gastrite, perforazione esofago e/o stomaco, volvolo colon e/o prolasso del retto, danno epatico

ENDOCRINE:

↓Ormoni sessuali (FSH e LH), ↓T3

↑ACTH, GH

LA SINDROME DA RIALIMENTAZIONE

Tale sindrome si riferisce alle possibili complicanze dovute alla rialimentazione di pazienti gravemente denutriti soprattutto se affetti da malnutrizione di tipo marasmatico. Questa patologia è possibile quindi nelle malnutrizioni da disturbi maggiori del comportamento alimentare di tipo marasmatico ed è dovuta ad alcune alterazioni metaboliche e fisiologiche legate ad una rialimentazione che fornisce una quantità di substrati superiore alle possibilità metaboliche del paziente. La somministrazione di substrati, in particolare glucosio, senza un adeguato apporto di ioni intracellulari, soprattutto fosforo, potassio e magnesio, può scatenare acute crisi ipofosforemiche ed ipopotassiemiche. Anche l'apporto idrico (soprattutto in caso di nutrizione parenterale) va limitato per il rischio di edemi, anche da ridotta funzione cardiaca e renale e da alterazioni della distribuzione dell'acqua nei vari compartimenti corporei.

Le complicanze di una rapida ed eccessiva rialimentazione possono essere particolarmente temibili: edema, acidosi metabolica, scompenso cardiaco, coma ipopotassiemico, ipofosforemico e/o iperosmolare non chetotico, steatosi e citolisi epatica, fino alla morte improvvisa.

Per queste ragioni la rialimentazione del paziente denutrito da gravi disturbi del comportamento alimentare deve essere lenta e graduale, soprattutto in caso di condizioni cliniche particolarmente "critiche".

Come evitare la sindrome da refeeding

- Individuare e “correggere” le alterazioni elettrolitiche prima di avviare la terapia nutrizionale.
- Monitorare e correggere squilibri volemici.
- Aumentare lentamente l’apporto idrico e di nutrienti.
- Somministrare quotidianamente vitamine.
- Monitorare giornalmente: fosforo, potassio, sodio, magnesio e glucosio.
- Tenere presente che:

Supporto nutrizionale modesto → indispensabile

Supporto nutrizionale elevato → letale

Complicanze della bulimia nervosa

Abbuffate

- Dilatazione gastrica acuta
- Anomalie mestruali
- Ipertrofia ghiandole salivari



Vomito auto-indotto

Abuso di lassativi

- Steatorrea
- Dita a bacchetta di tamburo
- Ritenzione idrica alla sospensione



- Disturbi metabolici
 - aritmie cardiache
 - tetania
 - debolezza, letargia
 - disidratazione
 - crisi epilettiche
 - danni renali
- Erosione dello smalto dentario
- Esofagite da reflusso
- Raucedine cronica

Alterazioni elettrolitiche nella BN

	Na Siero	K Siero	Cl Siero	pH	Na Urine	K Urine	Cl Urine
Vomito	↑ ↓ =	↓	↓	↑	↓	↓	↓
Lassativi	↑ =	↓	↓ ↑	↓ ↑	↓	↓	↓ =
Diuretici	↓ =	↓	↓	↑	↑	↑	↑

Terapia

Attenzione!!!

Scelte terapeutiche frettolose “di coscienza”

- ❖ timore del peso o del BMI ridotti
- ❖ richiesta ossessiva dei familiari
- ❖ timore di eventi clinici drammatici
- ❖ identificare il recupero del peso con la guarigione

Setting di cura per il trattamento dei DCA

Team approach: multidimensionale,
interdisciplinare,
multiprofessionale integrato

Psicofarmacologo

Ginecologo
Cardiologo

Psichiatra
Psicologo

Paziente

Dietista

Medico internista/nutrizionista

Gastroenterologo

Fisiatra
Tecnico della riabilitazione

Divieto di riproduzione, utilizzo e diffusione anche parziale

Setting di cura per il trattamento dei DCA

Criteri di scelta dei contesti di trattamento



Setting multipli

Il trattamento si articola in un continuum ideale che va dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione intensiva (semiresidenziale e residenziale) al ricovero ospedaliero passando attraverso contesti di cura sempre più articolati e protetti per soddisfare le necessità cliniche del singolo utente



Setting di cura per il trattamento dei DCA

Discussione dei dati raccolti con l'équipe

Restituzione dell'inquadramento
diagnostico alla paziente ed ai genitori

Indicazione del progetto individuale di trattamento e riabilitazione, scelto tra varie opportunità: Centro per i DCA ambulatoriale/DH,/ricovero. Servizi Territoriali-Strutture private ambulatoriali/residenziali/semiresidenziali (mappa dei centri)

Divieto di riproduzione, utilizzo e diffusione anche parziale

Il trattamento ambulatoriale per i DCA dovrebbe consentire almeno:



- Valutazione multiprofessionale
- Psicoterapia individuale, familiare e/o di gruppo
- Consulenze specialistiche
- Visite dietistiche
- Attività educativa individuale e/o di gruppo
- Trattamenti farmacologici



Divieto di riproduzione, utilizzo e diffusione anche parziale

IL PERCORSO DIAGNOSTICO NELL'APPROCCIO INTEGRATO AI DCA

Valutazione clinica

Valutazione Psichiatrica

Divieto di riproduzione, utilizzo e diffusione anche parziale

TRATTAMENTO AMBULATORIALE DEI DCA

L'intervento Clinico-Nutrizionale



Divieto di riproduzione, utilizzo e diffusione anche parziale

ANAMNESI

Storia del peso

Ciclo mestruale

***Comportamento
alimentare***

Divieto di riproduzione, utilizzo e diffusione anche parziale



VISITA MEDICA

Esame Obiettivo

- Cute e mucose
- Masse muscolari
- Ghiandole salivari
- PA, FC
- Addome

Antropometria

- *Peso*
- *Altezza*
- *IMC*

Divieto di riproduzione, utilizzo e diffusione anche parziale

INDAGINI DIAGNOSTICHE

- ✓ **“Routine” completa di laboratorio + Indagini Specifiche** (ormoni sessuali, profilo tiroideo, Ab anti Helicobacter Pylorii, AGA, EMA, ARA, Markers Epatite A-B-C)
- ✓ **Elettrocardiogramma**
- ✓ **Metabolismo Basale a Riposo** (Calorimetria Indiretta)
- ✓ **Analisi della Composizione Corporea** (Bioimpedenziometria)
- ✓ **Ecocardiogramma**
- ✓ **Mineralometria ossea computerizzata eseguita con tecnica D.E.X.A**
- ❑ **Indagini mirate:** EGDS; intolleranze Alimentari, Ecografia; Addome e Pelvi

Progetto di rialimentazione nutrizionale

❖ Discusso tra le diverse figure professionali



❖ Adattato alla paziente:

- assetto psicologico
- condizioni cliniche
- complicanze MPE



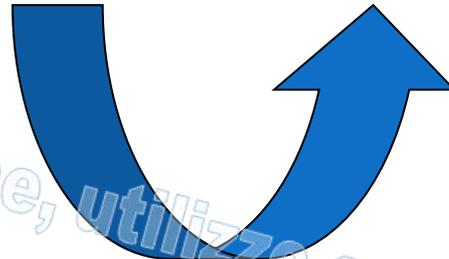
❖ Concordato con la paziente



Programma Terapeutico-Riabilitativo Nutrizionale: ripristino di un'alimentazione regolare

Alimentazione pianificata

Suddividere i pasti



Automonitoraggio

Specificare la quantità di cibo

Specificare la qualità del cibo

In accordo con il soggetto/**CONTRATTO**

- ridurre influenze esterne (offerta di cibo) ed interne (pensieri/emozioni/attitudini)
- ridurre la gestione disfunzionale del cibo
- intervenire sui fattori di mantenimento dei DCA (sintomi da denutrizione, ansia associata al pasto, preoccupazione sul peso e forme corporee)

LINEE GUIDA PER L' INTERVENTO NUTRIZIONALE NELL' AN (Rock, Yager)

- ✓ Supporto nutrizionale parenterale nella grave malnutrizione
- ✓ La rialimentazione deve essere progressiva e graduale, utilizzando da principio diete di 800-1200 kcal/die
- ✓ La dieta deve essere bilanciata e variata in accordo con le preferenze del paziente
- ✓ Supplementi in vitamine e minerali
- ✓ Impiego di diete ad elevato contenuto in fibre vegetali per migliorare la motilità intestinale
- ✓ Dessert ed alimenti ipercalorici, se utilizzati, vanno considerati nell'ambito dell'apporto calorico della dieta
- ✓ Supplementi liquidi possono essere utilizzati se l' introito di cibo non è sufficiente
- ✓ Il senso di sazietà può essere ridotto proponendo cibi freddi o a temperatura ambiente e/o spuntini
- ✓ Ridurre l'assunzione di caffeina

INTERVENTO NUTRIZIONALE

In base all'orientamento clinico che emerge dalle fasi diagnostiche si evidenziano tre categorie di pz:

- ❖ con discreto equilibrio clinico-nutrizionale e disponibili a seguire una terapia integrata;
- ❖ con gravi deficit nutrizionali ($IMC < 16 \text{ kg/m}^2$) che richiedono intervento clinico urgente. L'intervento psichiatrico è temporaneamente posticipato;
- ❖ con malnutrizione non grave ma rifiuto dell'intervento clinico. Seguono inizialmente solo intervento psichiatrico che, per un certo periodo, resta l'unico approccio possibile.

OBIETTIVI PRIMARI

- ❖ Arresto calo ponderale
- ❖ Miglioramento dello stato di idratazione - dall'emoconcentrazione alla normodiluizione (\downarrow Hb, \downarrow Alb ecc.)
- ❖ Miglioramento dello stato di nutrizione - miglioramento e/o normalizzazione dei parametri ematochimici e funzionali (PA, FC, ecc.)
- ❖ Ripetizione indagini biochimiche ed ECG (no indagini specifiche)
- ❖ Talvolta il trattamento si “arena” in questa fase. In tal caso se non intervengono nuovi eventi si effettuerà ripetizione delle indagini (circa 3 volte all'anno)

OBIETTIVI SUCCESSIVI: incremento graduale del peso

- ❖ 1° Step: incremento del 5% del peso corporeo iniziale – ripetizione indagini ematobiochimiche, ECG, BIA;
- ❖ 2° Step: incremento del 10% del peso corporeo iniziale - ripetizione indagini ematobiochimiche, ECG, BIA, MB, Ecocardiogramma;
- ❖ 3° Step: normalizzazione IMC - ripetizione indagini ematobiochimiche, ECG, BIA, MB, Ecocardiogramma, DEXA, valutazione ginecologica (no ciclo mestruale).



CONTRATTO TERAPEUTICO: LA TERAPIA DIETETICA



PAZIENTE

CONOSCENZA ABITUDINI ALIMENTARI

VALUTAZIONE STATO DI NUTRIZIONE

PRESCRIZIONE DIETETICA

DIARIO ALIMENTARE

L'approccio terapeutico prevede programmi di riabilitazione nutrizionale che differiscono in base alla tipologia del DCA

INTERVENTO NUTRIZIONALE DEI DCA

VALUTAZIONE

- Storia del peso
 - Esperienze dietetiche precedenti
 - Indagine sulle abitudini alimentari pregresse ed attuali mediante questionari appositi e diario alimentare
 - Informazioni/nozioni possedute dal paziente riguardo ad alimenti, concetto di dieta, concetto di peso, obiettivi di peso perseguiti
 - Sensazioni percepite dal paziente in relazione al senso di fame e sazietà
 - Eventuale uso di prodotti “dietetici”
 - Attività fisica praticata
 - Eventuali pratiche di compensazione
 - Valutazione antropometrica ed impedenziometrica
- Calcolo dell’apporto alimentare e relativa valutazione rispetto ai fabbisogni, al dispendio energetico, alle abitudini ed alle idiosincrasie alimentari, alla definizione degli obiettivi da raggiungere (comportamento alimentare e attività fisica)

Stesura e attuazione del programma diagnostico, terapeutico e riabilitativo

PROGRAMMA NUTRIZIONALE

Fare attenzione agli spetti della relazione e della comunicazione; essere disponibili all'ascolto, porre le domande appropriate; capire ciò che il paziente si aspetta e ciò che è in grado di sostenere, avere sempre un atteggiamento positivo cercando di amplificare i progressi e minimizzando gli aspetti negativi (questi saranno affrontati nel momento più appropriato)

Comprendere quello che il paziente si aspetta e desidera; saper orientare.

La terapia nutrizionale riabilitativa va inserita e svolta in sintonia con l'andamento della terapia medica e psicologica, secondo criteri flessibili definiti dall'équipe terapeutica

Dedicare sempre il giusto tempo e la totale attenzione al paziente senza lasciarsi distrarre da altre attività concomitanti

Durante la terapia si cerca di essere comunque "flessibili" in quanto manipolazioni dello schema dietetico sono comuni e prevedibili e vanno soprattutto "contenute"

Cosa non fare...

risposte poco chiare, evasive, derisione, atteggiamento saccente, paternalistico, diffidente, giudicante, punitivo, oppositivo, minaccioso, autofrustrante

OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO NUTRIZIONALE

Creare un rapporto di fiducia basato sulla chiarezza dell'informazione

Condivisione del programma dietetico-nutrizionale-educazionale

Contenimento delle interferenze familiari nella preparazione dei pasti

Educazione alimentare (identificazione del cibo come terapia, graduale inserimento di tutti gli alimenti, modifica delle abitudini alimentari, superamento delle fobie alimentari, corretta alimentazione, reinserimento nella vita sociale)



LA PRESCRIZIONE DIETETICA

Scopo iniziale della terapia dietetica: arresto della perdita di peso e miglioramento dello stato di nutrizione e quindi della composizione corporea e la ripresa funzionale dei principali organi ed apparati

La terapia dietetica è un processo complesso che richiede una strategia di graduale rialimentazione con finalità riabilitative. La terapia dietetica va inserita nel contesto di un approccio multidisciplinare alla malattia

La terapia dietetica non si limita al solo raggiungimento di una dieta bilanciata, ma mira soprattutto ad una modifica comportamentale nei confronti del cibo

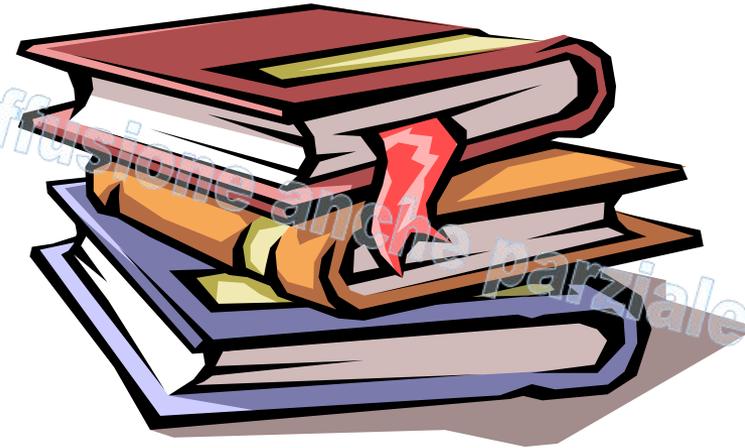


....lieve è l'oprar se in molti condiviso
Omero

TERAPIA DIETETICA

La letteratura sulla terapia dietetica dei DCA di tipo restrittivo prevede un iniziale apporto calorico di 800-1200 kcal, nell' arco delle successive settimane l'aggiunta di ulteriori quote energetiche (di circa 200 kcal/die), con tempi diversi per ciascun pz, fino al raggiungimento di un apporto calorico appropriato per sesso e per età.

APPORTO CALORICO	M. B. + 30%
Proteine	1.2 g/kg/die
Grassi :	
❖ Ac. grassi monoinsaturi	10-12 %
❖ Ac. grassi polinsaturi	6-8 %
❖ Ac. grassi saturi	<10 %
Carboidrati :	
❖ Complessi	55-60 %
❖ Mono e disaccaridi	8-10 %
Fibra	Almeno 20 g/die
APPORTO IDRICO	ml/kg/die



LA NOSTRA ESPERIENZA



linee guida
+
esperienza personale
+
questionario autosomministrato
=
DIETARIO

Dati raccolti sulle preferenze e abitudini alimentari (con questionari appositi e diario alimentare) su un campione di pazienti afferiti all'ambulatorio per i DCA dell'AUP "Federico II" di Napoli.

(ABITUDINI E PREFERENZE ALIMENTARI NELL'AN :E. De Filippo, E. Silvestri et all. Giornate Scientifiche Fac. di Med. e Chir, Na, Libro dei Riassunti p. 78-1996)

QUESTIONARIO

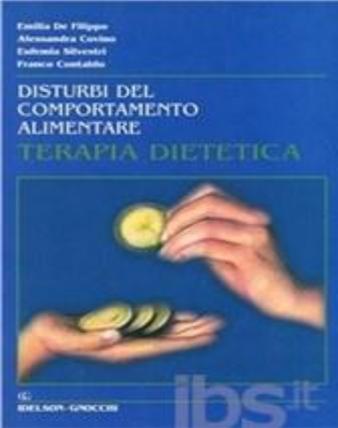
- 1) Durante i pasti principali mangia da solo/a o in compagnia?
- 2) Se ha modificato le sue abitudini dietetiche da quando l'ha fatto?
- 3) Sceglie gli alimenti in base ad un loro presunto valore di benessere/danno per la salute
- 4) Le modifiche riguardano solo le quantità o anche la qualità?
- 5) Preferisce il gusto amaro?
- 6) Preferisce il gusto dolce?
- 7) Preferisce il gusto acido?
- 8) Preferisce il gusto salato?
- 9) Preferisce l'umami?
- 10) Ha fame spesso nel corso della giornata?
- 11) Preferisce assumere piccoli pasti durante la giornata?
- 12) Quanti pasti assume nel corso della giornata?
- 13) Preferisce cibi caldi?
- 14) Preferisce cibi freddi?
- 15) Preferisce cibi solidi ?
- 16) Preferisce cibi semiliquidi?

- 17) Quanto tempo impiega, in media, per il pasto principale?
- 18) Aggiunge lo zucchero a cibi o bevande?
- 19) Aggiunge il sale a cibi o bevande?
- 20) Quale tipo di condimento aggiunge di preferenza?
- 21) Le capita spesso di mangiare di notte?
- 22) Cosa?
- 23) Alla sequenza di alimenti riportata attribuire un ordine di preferenza (da 1, alimento meno preferito, a 10, alimento maggiormente preferito)

pasta o riso		pesce	
legumi		prodotti latte-caseari	
pane		verdure	
carni bianche		frutta	
carni rosse		dolciumi	

- 24) Quali alimenti non gradisce assolutamente?
- 25) Sceglie gli alimenti in base ad un presunto senso di gonfiore addominale?
- 26) Abituamente quanta acqua beve in un giorno?
- 27) Assume altre bevande nel corso della giornata? Quali?
- 28) Mastica di frequente il chewing-gum?

DIETARIO



Come strumento terapeutico che permetta di:

- > instaurare un rapporto di collaborazione con il paziente mediante l'impiego di uno strumento apparentemente "atipico" come la dieta;
- > migliorare lo stato di nutrizione ed i parametri vitali dei pazienti, non modificando inizialmente il peso, creando un clima di fiducia;
- > mitigare l'ansia e le tensioni del gruppo familiare al momento del pasto;
- > avere un dialogo con il paziente su un piano di "realtà" e consentirgli di avere coscienza del corpo e delle sue necessità;
- > avere schemi dietetici diversificati, che rispecchiano di volta in volta le esigenze dei pazienti, per consentire una migliore adesione terapeutica.

La composizione della dieta va spiegata al paziente ed ai familiari, così come le ragioni della prescrizione. La compilazione degli schemi alimentari segue un percorso che è fortemente condizionato da preferenze e aversioni individuali; *obiettivo fondamentale è quello di ottenere la collaborazione del paziente.*

- ☀ Menù giornaliero
- ☀ Dieta senza pane e senza pasta
- ☀ Dieta a piatti unici
- ☀ Dieta semisolida
- ☀ Dieta a schema libero
- ☀ Dieta vegetariana



CONSIGLI DIETETICI NELL'ANORESSIA DI TIPO BULIMICO, NELLA BULIMIA E NEI BINGE EATING DISORDERS

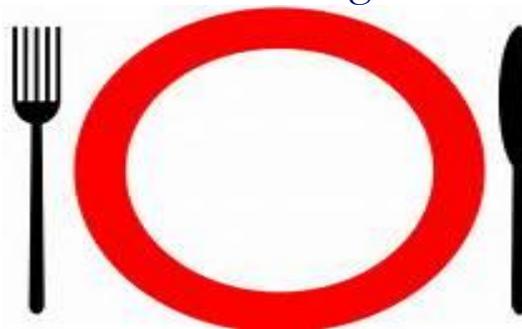
In queste condizioni, anche se con evidenti differenze di gravità, il disturbo prevalente è rappresentato da episodi di iperalimentazione compulsiva, nei primi due casi seguiti da comportamenti “compensatori” che mancano nell’ultimo caso



Divieto di riproduzione, utilizzo e diffusione anche parziale

PUNTI CHIAVE

- La dieta ipocalorica ed il classico approccio prescrittivo non riesce nei pz BED e Bulimici a modificare le abitudini alimentari strutturate nel tempo né a cambiare l'atteggiamento verso il cibo
- In questi pz la prescrizione dietetica può aggravare il quadro psicopatologico e clinico
- Una componente fondamentale della terapia è quella psicologica
- Il trattamento, attentamente pianificato, deve avere finalità riabilitative progressive, si avvale di tecniche comportamentali ed educative. Prevede attraverso un percorso integrato:
 - ➔ l'interruzione dei cicli di “digiuno-abbuffata-purging” (BN)
 - ➔ l'interruzione dei cicli di “digiuno-purging” (AN Bulimica)
 - ➔ il controllo delle abbuffate compulsive (BED)
 - ➔ l'organizzazione di un'alimentazione regolare



GLI ELEMENTI CENTRALI DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO

Prima fase

- Registrare dettagliatamente tutto quello che si assume, nel momento e nel luogo in cui lo si fa, con i relativi pensieri e sensazioni fisiche ed emozioni (pre e post digiuno/abbuffata/purging)
- Introdurre uno schema di alimentazione regolare (alimentazione caotica, restrittiva, ossessiva ecc.), riducendo quindi molte abbuffate compulsive, programmazione dell'abbuffata
- Ristabilire una percezione normale della fame e sazietà
- Imparare ad usare comportamenti alternativi per "aiutarsi" a resistere nel momento di crisi
- Ricevere informazioni corrette sugli alimenti, la composizione corporea, il dispendio energetico, il peso corporeo, etc

Seconda fase

- Eliminare gradualmente le abitudini alimentari scorrette e/o distorte
- Sviluppare capacità che consentano di gestire le difficoltà che scatenano le crisi bulimiche
- Aiutare ad identificare ed a cambiare modalità di pensiero facilitanti le crisi bulimiche
- Valutare le origini del problema delle abbuffate e il ruolo di fattori familiari e sociali

Terza fase

- Stabilizzare il comportamento alimentare acquisito, progettare il futuro, compreso aspettative realistiche e strategie da usare nel caso in cui i problemi si ripresentino

IL DIARIO ALIMENTARE

- Modalità autogestita di controllo alimentare, se compilato correttamente, fornisce possibilità di cambiamento
- Permette la presa di coscienza del pz rispetto alle problematiche comportamentali
- Rende il pz responsabile, autonomo e protagonista nella gestione della relazione con il cibo
- Fornisce informazioni dettagliate sul comportamento alimentare (modalità del consumo dei pasti, l'introito alimentare e relative correlazioni con le sensazioni di fame e sazietà, scelta dei cibi, presenza di idiosincrasie alimentari, rapporto esistente tra emozioni/stati d'animo e alimentazione, frequenza di eventuali "abbuffate" e loro modalità)
- Valutazione qualitativa/quantitativa dell'apporto alimentare
- Permette al dietista, e tramite esso alle altre figure professionali coinvolte nella cura, di calibrare l'intervento con maggiore precisione
- Rappresenta la tecnica più adatta per ottenere un compromesso tra grandi aspettative e obiettivi realistici



CONFRONTO/INCONTRO

Il diario alimentare, è una tecnica di **auto-osservazione** di matrice comportamentale, che consiste nel chiedere al paziente di:

- **1** Segnare con precisione l'orario dell'assunzione sia di alimenti che di bevande e il tempo impiegato a consumare il pasto
- **2** Indicare la qualità e la quantità degli alimenti e delle bevande assunte, comprese le abbuffate, senza tralasciare nulla. È importante non affidarsi al ricordo e registrare senza lasciare passare troppo tempo
- **3** Specificare dove e come si mangia e si beve e se si effettuano altre attività
- **4** Segnalare un'abbuffata
- **5** Segnalare il vomito (specificando se autoindotto o spontaneo), l'uso di lassativi e/o diuretici
- **6** Riportare qualunque cosa influenzi l'alimentazione (stati d'animo, circostanze particolari che si verificano prima, durante e soprattutto dopo un comportamento improprio)
- **7** Registrare l'attività fisica, l'eventuale assunzione di farmaci

Data: 6 / APRILE 2016

Sig: _____
 Giorno della settimana: Mercoledì

Ora	Tipo di bevanda e/o alimento, condimento utilizzato e metodo di cottura	Quantità* (porzione)	Luogo dove consuma i pasti	Sensazioni (ho mangiato per fame, nervosismo, noia, rabbia ecc)
				me ho mangiato molto con la fine mangiavo tutti e poi finché non rimanevo
h 9	colomba	molto un pezzo grande	cuora	
h 12	uorta a fattata	2	cuora in cuora	PRANZO
	pane	1 fetta medie	seduta in cuora	pensavo a come mangiare
	galbanu	1 fetta normale	in piedi in cuora	e ho mangiato queste cose
	noei	3	in piedi in cuora	
	pane grattugiato	3	sedute in cuora	es ho consumato con il cucchiaino dentro al bicchiere come fosse un yogurt
	pane con marmellata	un bicchiere	in piedi in cuora	
	frucchi	una fetta alcuni anolati altri conditi con olio sale dell'HYMALAYAREACTO		
h 20:30	zucchine e gamberetti	un pacco	sedute	
	panino	metà	sedute in cuora	CENA
	biscotti frollino	4	in piedi in cuora	improvvisamente sono colta da un'ansia per via
	latte	1 bicchiere e mezzo	in piedi in cuora	della quale risero un impulso irrefrenabile di
	pane con marmellata	2 fette con molta marmellata	in piedi in cuora	mangiare anche se non ho
	biscotti frollino	2	in piedi in cuora	
	pane con marmellata	1 fetta con molta marmellata	sedute in cuora	
	marmellate	molte cucchiaini abbondanti	i cucchiaini l'ho presi direttamente dal bicchiere	diverzo fame
	fetta biscottate	un po'	in piedi in cuora	
	latte + fette biscottate	non le ho combate		COLAZIONE
	biscotti frollino	2	SEDUTA IN	Perdo il controllo reale
	marmellate	alcuni	EVENA	in ansia e respiro affrettoso mi dei alcune da tavola sempre pieno
	biscotti frollino	2	in piedi in cuora	
	pan brauletto con il burro	1 fetta	in piedi in cuora	

Divieto di riproduzione e utilizzo senza permesso
 parziale

CORREZIONE DELLO STILE ALIMENTARE CON LA GUIDA DEL DIARIO

Frazionare i pasti

Rispettare gli orari

Mangiare entro un lasso di tempo stabilito

Imparare a porzionare le pietanze in modo adeguato

Distinguere le sensazioni di fame e sazietà

Gustare il cibo

Mangiare senza pensare al peso corporeo

Strategie per contrastare fattori scatenanti la crisi



Difficoltà di relazione e di alleanza terapeutica da affrontare nella fase di assessment-inizio trattamento

- ☀️ Bassa consapevolezza di malattia (difficilmente ricorrono al medico spontaneamente, vengono spesso portati, rifiutano la collaborazione terapeutica, dichiarano totale benessere, malcelato compiacimento del peso raggiunto, paura di ingrassare).
- ☀️ Comorbidità psichiatrica.
- ☀️ Complicanze mediche e/o chirurgiche.
- ☀️ Malattia cronicizzata e/o di lunga durata.
- ☀️ Effetti sociali e familiari della malattia e dei comportamenti.
- ☀️ Sentimenti di colpa e vergogna.
- ☀️ Scarsa motivazione al trattamento.
- ☀️ Nell'anoressia la malattia rappresenta una soluzione e non un problema, attraverso di essa afferma il proprio potere sull'ambiente e nega i bisogni di dipendenza.
- ☀️ Nella bulimica c'è maggiore richiesta in quanto l'attacco bulimico è sentito come limite e come scacco nel controllo degli impulsi e delle dimensioni del corpo.
- ☀️ Difficoltà nel mantenere delle relazioni oggettuali stabili e costanti, tendenza all'acting-out e all'abbandono.

Caso clinico

C.G. maschio 16 anni kg 41.8 cm 174 IMC 13.7 kg/m² fumatore di 20 sigarette/die da circa 2 anni affetto da anoressia nervosa restrittiva e da circa 2 mesi verso la forma bulimica (iperattività fisica e abuso di lassativi) il giorno precedente il ricovero durante una crisi bulimica mangiò circa 2 kg di sfogliate ricce.

Dopo circa 8 ore vomito spontaneo, tensione addominale, confusione mentale, disidratazione, marcata gastrectasia

Peso e parametri biochimici di G.C.

	Ricovero	2° giorno	3° giorno	10° giorno	20° giorno
Peso (kg)	40.3	40.8	41.8	42.6	44.4
Glu (mg/dL)	111	85	65	103	83
Hb (g/dL)	13.0	12.0	11.7	10.8	10.8
Alb (g/dL)	5.7	6.1	5.9	4.4	4.4
Urea (mg/dL)	22	48	77	27	42
K (mmol/L)	3.7	4.0	3.8	4.0	5.1
Na (mmol/L)	143	145	139	133	139
AST (U/L)	28	37	314	56	21
ALT (U/L)	40	44	293	58	55
LDH (U/L)	460	507	655	370	327
Bil tot (mg/dL)	1.0	1.4	1.9	1.2	0.7

TERAPIA

- **Posizionamento sondino naso-gastrico; digiuno**
- **Idratazione (25 ml/kg/die):**
Aa 7.5% 500 ml e glucosio 5% 500 ml + vitamine e minerali ed in particolare potassio fosfato
- **Riabilitazione nutrizionale con alimenti naturali e supplementi per os iniziando con 20 kcal/kg/die incrementate gradualmente fino a 30-35 kcal/kg/die**

CONCLUSIONI

I sintomi clinici, la normalizzazione degli enzimi epatici in seguito alla terapia, suggerisce che l'ipoperfusione epatica, secondaria a riduzione della gittata cardiaca e all'ipovolemia può rappresentare in questi pazienti una causa primaria di insufficienza epatica

CONCLUSIONI

- Nella MPE l'apporto energetico sia per via parenterale che per via orale, deve iniziare gradualmente con un adeguato apporto di azoto e una adeguata supplementazione di minerali e vitamine.
- Un attento monitoraggio dei parametri emodinamici in pazienti anoressici gravemente malnutriti, deve far parte di un regolare follow-up per prevenire il rischio di danno epatico acuto.

Conclusioni

- Il caso riportato è esemplificativo delle complicanze gastrointestinali secondari a DCA.
- La prolungata restrizione calorica ha indotto atonia gastrica;
- il successivo brusco viraggio bulimico ha provocato gastrectasia e sindrome dell'arteria mesenterica superiore, con necessità di drenaggio nasogastrico;
- l' abuso di lassativi ha indotto depressione della funzione gastrointestinale

Caso Clinico

- Donna, 28 anni, cantante lirica, vive da sola
- Storia del peso: max 130 kg a 26 anni, min 80 kg a 15 anni; massimo decremento ponderale 30 kg con dieta e farmaci galenici; prima terapia dietetica a 12 anni; weight cycling syndrome
- Pattern alimentare: spilluzzicatrice, alimentazione iperlipidica ed iperglucidica, DCA di tipo compulsivo in adolescenza
- Nega attività fisica, si definisce “pigra”
- Educazione alimentare pre-intervento in associazione con colloqui psicologici
- All'intervento: peso kg 115, altezza cm 165 $IMC = 42.2 \text{kg/m}^2$

BYPASS GASTRICO

Follow-up a sei mesi: kg 87, %EWL 52

Regolare attività fisica (4/sett); difficoltà ad assumere secondi piatti, in particolare carne. Si prescrive integratore modulare proteico, si richiede diario alimentare.

Al successivo controllo riferisce di riuscire a mangiare solo cocomero, di aver intensificato l'attività fisica e di non aver assunto l'integratore proteico.

La pz torna a controllo dopo circa 5 mesi con ulteriore calo ponderale di kg 17; riferisce ipoalimentazione ed intensa attività fisica quotidiana; effettua bioimpedenzometria e calorimetria indiretta: acqua tot 32 l, AF 3.6°, MB 1374 kcal/die, QR 0.86, peso kg 70, IMC 25.7 kg/m², % EWL 83, esami ematochimici nella norma

Riferisce intensa paura di dilatare lo stomaco...e di non riuscire più a controllare l'alimentazione

Strategie di intervento

- Psicoterapia individuale di tipo sistemico-relazionale, graduale incremento dell'intake calorico monitorato tramite diario alimentare, riduzione dell'attività fisica a 15 minuti di passeggiata al giorno, integrazione con integratore modulare proteico ed integratore completo per os.

A tre mesi

Peso kg 65.5, IMC 25.5 kg/m², acqua tot 33 l, AF 5.8°, MB 1480 kcal/die, QR 0.86

Ultimo controllo (giugno 2012)

La pz segue le indicazioni prescritte, peso stabile kg 68.5, riferisce difficoltà ad assumere carne rossa, regolare attività fisica (50 min 3/sett), lieve anemia sideropenica

The Emergence of Eating Pathology after Bariatric Surgery: A Rare Outcome with Important Clinical Implications

Joanna M. Marino, PhD^{1*}
Troy W. Ertelt, PhD²
Kathy Lancaster, BA³
Kristine Steffen, PharmD, PhD³
Lisa Peterson, PhD²
Martina de Zwaan, MD¹
James E. Mitchell, MD³

ABSTRACT

Objective: The present review examines the extant literature regarding the post-operative development of eating disorders (e.g., EDNOS) in bariatric surgery patients.

Discussion: The development of classical eating disorders after bariatric surgery appears to be a rare occurrence; however, eating problems are far more common. Unfortunately no typology exists to classify such eating problems.

Results: Several case studies and case series have investigated the emergence of eating disorders after bariatric surgery.

TABLE 1. Characteristics of bariatric surgery patients in case studies of eating disorders

Authors	Location	Demographic Information	Type of Surgery	Pre-Surgery BMI (kg m^{-2})	Lowest Post Surgical BMI (kg m^{-2})	ED-Related Behaviors
Shamblin et al. (1984) ⁹	United States	*	Gastroplasty Surgery	*	*	Bulimia nervosa
Mitchell (1985) ¹⁰	United States	41 y. o. Female	Gastric Stapling	*	*	Binge eating 1,000 to 4,000 calories, self-induced vomiting
Thompson et al. (1985) ¹¹	United States	37 y. o. Female	Gastroplasty Surgery	31	17	Binge eating, self-induced vomiting
Ringel (1987) ¹²	United States	40 y.o. Female	Gastroplasty Surgery	*	*	Bulimia nervosa
Viens and Hranckuk (1992) ¹³	Ottawa, Canada	35 y. o. Female	Gastrectomy	*	*	Binge eating, self-induced vomiting
Bonne et al. (1996) ¹⁴	Jerusalem, Israel	27 y. o. Male	Vertical Banded Gastroplasty	47	"15% below normal standards"	Eating 400 Calories/day
Bonne et al. (1996) ¹⁴	Jerusalem, Israel	19 y. o. Male	Vertical Banded Gastroplasty	45	62*	Eating 300 Calories/day, vomiting
Atchison et al. (1998) ¹⁵	South Australia	44 y. o. Female	Gastric Bypass	*	19	Laxative use, self-induced vomiting
Atchison et al. (1998) ¹⁵	South Australia	53 y. o. Female	Gastric Bypass	*	15	Excessive exercise, laxative use, vomiting, restricted categories of food
Scioscia et al. (1999) ¹⁶	United States	38 y. o. Female	Gastric Bypass	56	16.2	Avoided eating, preoccupation with weight, self-induced vomiting
Counts (2001) ¹⁷	United States	39 y. o. Male w/ Prader-Willi Syndrome	Gastric Bypass	27.8	17.4	Avoiding foods high in carbohydrates and/or calories
Guisado et al. (2002) ¹⁸	Madrid, Spain	32 y. o. Female	Vertical Banded Gastroplasty	43.0	24.2	Self-induced vomiting, diuretic use
Deitel (2002) ¹⁹	Toronto	*	Gastric Bypass	*	*	Refusal to eat
Deitel (2002) ¹⁹	Toronto	*	Gastric Bypass	*	*	Refusal to eat
Cordás et al. (2004) ²⁰		40 y.o.	Gastric Banding	*	26.4	Anorexia nervosa symptoms "without low weight"
Segal et al. (2004) ²¹	Sao Paulo, Brazil	42 y. o. Female	Gastric Bypass	48	24	Refusal to eat, body image distortion
Segal et al. (2004) ²¹	Sao Paulo, Brazil	41 y. o. Female	Gastric Bypass Gastric Bypass	52	20	Refusal to eat, self-induced vomiting, body image distortion
Segal et al. (2004) ²¹	Sao Paulo, Brazil	44 y. o. Female	Gastric Bypass	48	24	Refusal to eat, self-induced vomiting
Segal et al. (2004) ²¹	Sao Paulo, Brazil	42 y. o. Female	Gastric Bypass	57	30	Refusal to eat, body image distortion
Segal et al. (2004) ²¹	Sao Paulo, Brazil	51 y. o. Female	Gastric Bypass	46	30	Self-induced vomiting
Taylor and Sharma (2006) ²²	Hamilton, Canada	25 y. o. Female	Gastric Band	*	*	Bulimia nervosa with self band adjustment
de Zwaan and Mühlans (2007) ²³	Nürnberg, Germany	43 y.o. female	Gastric Banding	*	18.4	Bulimia nervosa

* information not presented by author(s)

Post-Surgical Refusal to Eat: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa or a New Eating Disorder? A Case Series

Adriano Segal, MD, PhD (Psychiatrist)^{1,2}; Debora Kinoshita Kusunoki, MD (Psychiatrist)^{1,2}; Maria Aparecida Larino, Nutr (Nutrition Professional)^{1,3}

Speculation concerning the role of psychiatric disorders in patients undergoing bariatric surgery is abundant in the literature. Psychiatric factors predicting the success or failure of bariatric surgery have not been adequately described. However, an increasing number of cases of eating disorders in the postoperative period are being reported. A concise literature review and 5 cases are presented with the purpose of studying the specific pathological eating habits of these patients. The criteria for Anorexia or Bulimia Nervosa were not fulfilled in most of the reports studied and were not met by the 5 patients described. The criteria for a new eating disorder (Post-Surgical Eating Avoidance Disorder, PSEAD) are proposed.

From the postoperative eating behavior point of view, there is an increasing number of case reports on the *de novo* appearance of anorexia nervosa (AN), BN, BED, and other changes in eating patterns.^{6,8-10} However, the descriptions do not always fulfill the complete diagnostic criteria; they are not always sufficiently detailed from the psychiatric point of view, or they are restricted to one kind of operation or another, thus preventing generalization.

The eating disturbances described here and a large portion of the conditions described in the literature are better classified as EDNOS. With the same status, we have Food Avoidance Emotional Disorder,²⁶ and Food Refusal and Selective Eating,²⁷ which are EDNOS found in children.

However, some characteristics suggest that relevant pathological eating behaviors may be specific to post-bariatric surgery patients.



CLINICAL CASE REPORT

Eating Disorders After Bariatric Surgery: A Case Series

Eva Conceição, PhD^{1,2*}

Molly Orcutt, DO^{2,3}

James Mitchell, MD^{2,3}

Scott Engel, PhD^{2,3}

Kim LaHaise, PhD⁴

Michelle Jorgensen, MD⁴

Kara Woodbury, MEd⁴

Naomi Hass, RD⁴

Luis Garcia, MD⁴

Stephen Wonderlich, PhD^{2,3}

ABSTRACT

Objective: A significant number of post-bariatric surgery (BS) patients present with eating disorders (EDs) symptoms that require specialized treatment. These cases are thought to be underreported due to their frequent sub-syndromal presentation. This article describes ED syndromes that develop subsequent to BS.

Method: The clinical charts of 12 individuals who were hospitalized on a specialized inpatient EDs unit were reviewed.

Results: Based on the new DSM-5 proposed criteria, six patients would meet criteria for an anorexia nervosa (AN) diagnosis: three with binge eating/purge AN

subtype and three with restrictive AN subtype. An additional four met criteria for atypical AN, since they were at a normal weight, and two patients met criteria for bulimia nervosa.

Discussion: Several similarities to the classical EDs were found. The findings that most distinguished these patients from those with classical EDs were their ages, and the age of onset of the ED for some patients. © 2012 by Wiley Periodicals, Inc.

Keywords: bariatric surgery; post surgery eating disorders; DSM-5

(Int J Eat Disord 2013; 46:274–279)

TABLE 1. Eating disorder DSM criteria for each patient

Participant no.	Age	BMI (pre)	BMI (adm)	Caloric Restriction	Fear Weight Gain	Weight/ Shape Influence	Binge	Compensatory Behaviors	Post-Bariatric Behaviors	DSM-4	DSM-5
1	65	58.6	23.8	✓	✓	✓	—	Vomiting	—	EDNOS	AN-P
2	52	79.3	33.9	✓	✓	✓	—	Over-exercise	—	EDNOS	EDNEC (Atypical AN-R)
3	31	48.7	29.6	✓	✓	✓	—	Over-exercise	—	EDNOS	EDNEC (Atypical AN-R)
4	52	42.4	17.4	✓	✓	✓	—	—	Vomiting; Plugging	AN-R	AN-R
5	64	47.4	21.2	✓	✓	✓	—	—	Grazing; Vomiting	EDNOS	EDNEC (Atypical AN-R)
6	23	66.2	39.6	—	—	✓	✓	Vomiting	—	BN	BN
7	69	43.1	28.8	✓	✓	✓	—	—	—	EDNOS	EDNEC (Atypical AN-R)
8	29	43.6	27.9	—	—	✓	✓	Vomiting, Laxative, Diuretics	Chew & Spit; Grazing; Dumping; Plugging	BN	BN
9	61	40.6	21.1	✓	✓	✓	—	Diuretics	Chew & Spit; Vomiting; Dumping	EDNOS	AN-P
10	52	47.4	13.1	✓	✓	✓	✓	Vomiting	Chew & Spit	AN-B/P	AN-B/P
11	26	44.8	17.3	✓	✓	✓	—	Diet Pills	—	AN-R	AN-R
12	38	45.2	19.8	✓	✓	✓	—	—	Vomiting; Plugging	EDNOS	AN-R

✓, Symptom present; BMI (pre), BMI pre-surgery; BMI (adm), BMI at admission to hospital; EDNOS, eating disorders not otherwise specified (DSM-IV); EDNEC, eating disorders not elsewhere classified (DSM-5); AN-B/P, anorexia nervosa binge/purging type; AN-R, anorexia nervosa restrictive type; BN, bulimia nervosa; BED, binge eating disorder.

Comportamento alimentare post operatorio

Comportamento alimentare nei DCA

Insoddisfazione per l'immagine corporea

Vomito spontaneo e/o autoindotto

Vomito spontaneo e/o autoindotto

Intolleranza per alcuni cibi

Avversione per alcuni cibi

Tagliare in piccoli pezzi il cibo

Tagliare in piccoli pezzi il cibo

Mangiare poco e spesso

Spilluzzicare

Masticare a lungo

Masticare a lungo

•De Zwaan M et al. Comprehensive interview assessment of eating behavior 18–35 months after gastric bypass surgery for morbid obesity. Surg Obes Dis 2010;6:79-85

•Guisando IA et al. Gastric surgery and restraint from food as triggering factor of eating disorders in morbid obesity. Int Eat Disord 2002;31:97-100

Post-Surgical Eating Avoidance Disorder (criteri proposti)

1. Storia pregressa di obesità patologica e successivo intervento di chirurgia bariatrica negli ultimi 2 anni.
2. Perdita di peso più rapida rispetto a quella abitualmente associata alla tecnica chirurgica adoperata, fino alla diagnosi di alterazione del comportamento alimentare.
3. Uso di condotte di eliminazione o eccessiva riduzione dell'introito calorico, correlati o meno alla presenza di episodi di alimentazione incontrollata.
4. Reazione di estrema ansietà o aperto atteggiamento di rifiuto nei confronti delle correzioni nutrizionali proposte, che possono evidenziarsi come:
 - a) Paura eccessiva di tornare al peso pre-operatorio e/o
 - b) Il paziente non accetta l'idea di interrompere la perdita di peso e/o
 - c) Il paziente nega di avere comportamenti che spiegano la perdita di peso e/o
 - d) Il paziente ha una percezione positiva delle perdita di peso nonostante l'evidenza del contrario
5. Immagine corporea non soddisfacente o distorta
6. Esami di follow-up nutrizionale (es: esami di laboratorio) significativamente alterati e/o non in linea con la tecnica chirurgica utilizzata, che permangono tali per più di 2 mesi nonostante il trattamento.
7. Sono escluse l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa secondo i criteri DSM IV
8. Sono escluse le Fobie Semplici secondo i criteri DSM IV
9. Sono escluse cause organiche che possano essere addotte come fattori più probabili nello spiegare la perdita di peso eccessiva
10. Sono criteri obbligatori: 1, 2 oppure 3, 4, 5, 6, 7, 8, e 9.

CHIRURGIA BARIATRICA E DCA

Alcuni studi in letteratura riportano l'esordio di DCA (compresa AN clinica o subclinica) dopo intervento di Chirurgia Bariatrica

Nei pz sottoposti a chirurgia bariatrica i DCA sono difficilmente riconoscibili

La ricerca futura dovrebbe:

- Esplorare eventuali alterazioni del comportamento alimentare collegabili alla chirurgia bariatrica
- Valutare se e come questi possano favorire l'insorgenza di DCA
- Identificare la prevalenza di DCA conclamati e subclinici ed eventuali predittori per una migliore gestione dei pz