

AED 2016 | Terza Edizione



Disturbi Alimentari: Linea-Guida per le cure mediche

La sottoalimentazione a causa di apporti eccessivamente cauti di rialimentazione può portare a un'ulteriore perdita di peso e di solito si associa a una prognosi peggiore, a minore risposta al trattamento e persino alla morte di pazienti gravemente malnutriti.

Disturbi Alimentari: Linea-Guida per le cure mediche
AED 2016, Terza Edizione

Sotto-alimentazione

La sottoalimentazione a causa di apporti eccessivamente cauti di rialimentazione può portare a un'ulteriore perdita di peso e di solito si associa a una prognosi peggiore, a minore risposta al trattamento e persino alla morte di pazienti gravemente malnutriti.

Metodi di Rialimentazione:

- Il metodo di rialimentazione (refeeding) “Inizia piano ed avanza lentamente” è stato recentemente messo in discussione da una rialimentazione più rapida ma sotto stretto monitoraggio medico; questo ultimo metodo è ora preferito durante il trattamento in stato di ricovero. Per esempio, un adulto con un DA (Disturbo dell’Alimentazione) e significativamente malnutrito e che prima del ricovero ospedaliero assumeva un bassissimo apporto calorico, può essere avviato in modo sicuro a circa 1600 kcal/giorno aumentando di 300 kcal al giorno ogni 2-3 giorni fino al raggiungimento di un significativo aumento di peso di circa 1-2 kg/settimana.
- La maggior parte dei pazienti, successivamente alla fase iniziale di rialimentazione ed una volta stabilizzati sotto il profilo medico, necessita di un elevato apporto calorico (3500-4000 kcal/al giorno) per ottenere un significativo aumento di peso. Questo percorso può essere avviato in fase di ricovero e continuato in via ambulatoriale (una volta che il paziente è clinicamente stabilizzato) fino al completo ristabilimento del peso. A quel punto va fatto un nuovo assessment nutrizionale per il mantenimento e/o la crescita del peso.
- Ai bambini, agli adolescenti ed ai loro familiari va ricordato che essi sono ancora in fase di crescita e di sviluppo. Gli obiettivi del trattamento del peso ed i bisogni nutrizionali cambiano con i tempi della crescita e dello sviluppo.
- La rialimentazione per via orale è sempre preferita. Supplementi alimentari per via enterale (sondino, PEG) possono essere indicati quando il tasso di aumento del peso è basso (<9 hg/settimana) o quando è impraticabile l’accesso a un programma di rialimentazione condotto in ambiente dedicato. L’alimentazione parentale non è raccomandata; dovrebbe essere limitata ai soli pazienti con grave insufficienza intestinale.

Informazioni per i Medici Specialisti

- I soggetti con DA sono spesso indirizzati a vari specialisti per la valutazione di disturbi medici. È importante che ogni curante, a prescindere dalla specialità di appartenenza, sappia riconoscere i segni e i sintomi compatibili con un DA, sappia gestire le complicanze in modo appropriato, e sappia quando indirizzare un suo paziente a una valutazione o a un trattamento del DA specialistici e sappia quando è necessario il ricovero in ospedale a causa di una significativa compromissione clinica. La collaborazione con uno specialista in DA è nell'interesse di tutti i pazienti.
- Per tutti i curanti: attenzione a mantenere un elevato indice di probabilità diagnostica di DA in particolare coi pazienti ad alto rischio. Ricorda che i DA possono essere presenti in pazienti di qualsiasi età, razza, sesso, taglia o dimensione. E' importante fare lo screening e orientare verso cure specialistiche quando è il caso. Uno strumento come lo SCOFF (vedi appendice 1) è validato e può essere molto utile nell'identificare i pazienti che potrebbero trarre beneficio da un'ulteriore approfondimento relativo a un DA.

Cardiologia

- La bradicardia è una fisiologica risposta adattativa al digiuno ed è la aritmia più comune nei pazienti affetti da DA. Nei pazienti sottopeso o che hanno avuto una rapida perdita di peso, la bradicardia non deve essere automaticamente attribuita all'esercizio fisico o all'allenamento
- I cardiologi dovrebbero consultarsi con gli esperti in DA se stanno ipotizzando un DA o se stanno valutando un paziente già riconosciuto per un DA. La collaborazione clinica aiuta a emettere la diagnosi del paziente e a inserirlo in quadro clinico appropriato.

Medicina di Emergenza

- I pazienti con DA per una serie di disturbi si presentano ai servizi di emergenza con molta maggiore frequenza delle persone senza DA.
- La visita ad un servizio di emergenza può essere il primo incontro di una persona con DA con gli operatori della salute. La gravità e la resistenza al trattamento delle persone con DA aumenta con la durata della malattia. Prima un paziente riceve un trattamento appropriato e più è probabile che avvenga il pieno recupero. Un'interazione positiva medico-paziente già nel servizio di emergenza e il successivo invio a cure specialistiche per i DA può ridurre in modo significativo sia la durata che la severità della malattia.
- E' bene consultare uno specialista in DA per ogni dubbio clinico sia concernente le prescrizioni sia per un eventuale follow-up
- Nei pazienti con DA è bene evitare le rianimazioni con infusioni aggressive in quanto ciò può accelerare il sovraccarico di volume e l'insufficienza cardiaca. Per la reidratazione è meglio utilizzare una infusione IV continua a basso volume di fluido piuttosto che con grandi boli.
- E' bene evitare l'eccesso di somministrazione di glucosio per non innescare la sindrome di rialimentazione.

Endocrinologia

- Le ragazze adolescenti con diabete di tipo I presentano un elevato rischio di DA e possono avere maggiori complicanze del diabete a lungo termine, inclusa la morte precoce. Lo scarso controllo del

glucosio e/o frequenti episodi di chetoacidosi nel paziente diabetico dovrebbero indurre a fare una valutazione per un DA.

- Ipotizza una sindrome da malattia eutiroidea (ESS) nel paziente a basso peso con test di funzionalità tiroidea alterati. La ESS non necessita di somministrazione di ormoni della tiroide; si risolve con il recupero del peso.

Gastroenterologia

- Disturbi gastrointestinali come la stipsi, il dolore addominale, la nausea, l'ematemesi, i frequenti bruciori e la sazietà precoce sono tra i sintomi fisici più comuni nelle persone con DA.
- Nei pazienti affetti da DA si sono spesso osservati livelli leggermente elevati delle aminotransferasi.
- Spesso questi sintomi spingono alla visita da un gastroenterologo. Possono essere iniziati dei trattamenti sintomatici ma va sottolineato che la maggior parte dei sintomi gastrointestinali migliorano o scompaiono con la risoluzione del DA.

Ostetricia e Ginecologia

- Casi di amenorrea o di oligomenorrea senza il riconoscimento di altre cause dovrebbero essere rapidamente indirizzati ad una valutazione per un DA.
- I contraccettivi orali per il trattamento di una amenorrea o di una oligomenorrea non sono indicati per la maggior parte dei pazienti con DA a meno che non li si prescriva per motivi anticoncezionali.
- Non vi sono attualmente evidenze che supportino il ricorso a contraccettivi orali per il trattamento dell'osteoporosi in pazienti di basso peso e con amenorrea. Il trattamento di scelta mira al recupero del peso e alla ripresa delle mestruazioni.
- Per quanto i soggetti con DA possano avere perduto la funzionalità ovarica, potrebbero ugualmente avere una gravidanza.
- Nei pazienti con DA può presentarsi l'infertilità. Le tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) sono controindicate nei pazienti con DA a basso peso. Queste pazienti con l'uso della PMA presentano il rischio di aborto spontaneo, di ritardo della crescita intrauterina, di basso peso alla nascita e di altre complicanze della gravidanza e del parto.

Psichiatria

- I pazienti con DA presentano tassi elevati di comorbidità con altri disturbi psichiatrici tra cui la depressione, i disturbi di ansia, il disturbo ossessivo - compulsivo, il disturbo post-traumatico da stress, le condotte autolesive, i disturbi da uso di sostanze e sono ad alto rischio suicidale.
- Spesso pazienti con DA riportano sintomi di depressione o di altro disturbo mentale senza riconoscere o rivelare la presenza di pensieri e comportamenti tipici dei DA.
- I DA tra tutti i disturbi mentali presentano il tasso maggiore di mortalità. Il loro riconoscimento e la loro cura da parte di uno specialista in DA è un imperativo.

Pediatria

- I bambini e gli adolescenti con ritardo della crescita, con stili alimentari selettivi o restrittivi, con sintomi gastrointestinali (es. nausea, perdita di appetito, costipazione), inspiegabile perdita di peso, mancato aumento di peso o ritardo della crescita e dello sviluppo, dovrebbero essere valutati per un possibile DA.
- Si raccomanda di fare molta attenzione alle preoccupazioni dei genitori per i loro figli rispetto ai comportamenti alimentari, agli stati dell'umore, al peso ed alla crescita.

Interventi tempestivi

1. **I pazienti con DA potrebbero non riconoscere di essere malati e/o potrebbero essere ambivalenti rispetto al sottoporsi ad un trattamento.**

Questa resistenza sono tra i sintomi della malattia. I pazienti potrebbero minimizzare, razionalizzare o addirittura nascondere i sintomi ed i comportamenti del DA. La loro razionalità e le (spesso notevoli) competenze in altre aree della vita possono obnubilare la severità della loro malattia. Indipendentemente dall'età potrebbero essere necessari appoggi esterni per supportare l'assistenza.

2. **I genitori (o i tutori) spesso sono coloro che per primi cercano aiuto per i bambini, gli adolescenti ed i giovani con DA.**

E' bene fidarsi delle loro preoccupazioni, vanno prese molto sul serio. Anche una sola consultazione sul comportamento alimentare di un bambino o sulle preoccupazioni relative al peso/forma è un predittore significativo del potenziale sviluppo di un DA.

3. **Colpa e Stigma.**

Aiuta le famiglie a capire che loro non sono la causa della malattia; nè loro nè il loro bambino/a hanno scelto di averla. Questa comprensione facilita l'accettazione della diagnosi, l'invio allo specialista, e la compliance al trattamento; nel contempo riduce lo stigma correlato all'avere questa malattia.

4. **Monitoraggio medico e test di laboratorio.**

I pazienti con DA dovrebbero essere monitorati con regolarità per le possibili complicanze acute e croniche. L'assessment va interpretato nel contesto dell'adattamento fisiologico alla malnutrizione ed alle condotte di purging. E' bene che i clinici ricordino che esami fisici ed analisi di laboratorio possono apparire normali anche in presenza di DA in pericolo di vita.

5. **Rischio psichiatrico.**

Fare sempre l'assessment del rischio psichiatrico ivi inclusi il rischio suicidale, i pensieri e le condotte autolesive, i progetti e/o i tentativi auto lesivi o autosoppressivi. Più della metà delle morti correlate ai DA sono dovute al suicidio.

Obiettivi del Trattamento

E' importante sottolineare che per la completa risoluzione dei sintomi potrebbe essere necessario un lungo periodo di cure. Può accadere che i sintomi psichici possano transitoriamente divenire maggiori nel periodo di cura iniziale nonostante il miglioramento della salute organica. Va tenuto bene in conto che i DA non sono semplici mode, fasi o scelte di vita. Sono disturbi a base biologica ed ereditabili. La gente **non** sceglie di avere un DA e la gente che ne è colpita **può** guarire completamente.

Per tutti i pazienti con DA gli obbiettivi iniziali del trattamento dovrebbero consistere nella stabilizzazione medica, nella riabilitazione nutrizionale per il recupero del peso, nella gestione della rialimentazione e delle sue complicanze, nell'interruzione delle condotte di purging e delle strategie compensative. In contemporanea, quando risultino appropriati, possono essere individuati altri obbiettivi psicologici e terapeutici.

- **Stabilizzazione medica**
 - Include la ripresa delle mestruazioni (quando appropriato)
 - Gestione delle condizioni acute o croniche di tipo medico.
- **Riabilitazione nutrizionale**
 - Recupero del peso
 - Recupero di pattern alimentari che promuovano la salute e le connessioni sociali.
- **Normalizzazione dei comportamenti alimentari**
 - Eliminazione dei comportamenti di restrizione o di binge-eating e/o di purging
 - Eliminazione dei comportamenti alimentari disordinati o ritualistici
- **Stabilizzazione psicologica**
 - Valutazione e trattamento di ogni altro disturbo mentale concomitante
 - Ricostruzione e ristrutturazione di un adeguato ingaggio sociale
 - Miglioramento dei sintomi psichici associati con il DA
 - Miglioramento dell'immagine corporea.

Gestione clinica

Dopo la stabilizzazione iniziale, è essenziale per il completo recupero che prosegua il trattamento basato su prove di efficacia offerto da operatori sanitari con specifica formazione ed esperienza nella cura dei DA. La cura ottimale prevede un approccio multidisciplinare da parte di un team di specialisti di DA con competenze mediche, psicologiche, nutrizionali, e psicofarmacologiche. Le famiglie (vale a dire i genitori, i coniugi, i partner) dovrebbero essere inclusi nel trattamento dei DA, sempre che ciò sia possibile.

Nei pazienti a basso peso con disturbo dell'alimentazione, il ripristino di un peso adeguato migliora in modo significativo il funzionamento fisico, psicologico, sociale ed emotivo. Il mancato ripristino del peso si correla a più scarsi risultati mentre il mantenimento di un peso adeguato è fortemente correlato a risultati migliori.

Tuttavia per il pieno recupero da un DA il recupero del peso non è sufficiente. Infatti è altrettanto importante che siano affrontati da professionisti qualificati già durante il trattamento del paziente con DA i disturbi dell'immagine corporea, i pensieri e i comportamenti tipici dei DA, i disturbi mentali concomitanti oltre alle eventuali perdite di valore sociale e funzionale.

Appendice 1 – Esempio di strumento validato di screening per i disturbi dell'alimentazione – SCOFF.*
Per lo screening esistono anche altri strumenti.

1. Hai avuto malessere perché ti sei sentito troppo pieno?
2. Ti preoccupi perché hai perso il controllo su quanto mangi?
3. Nel recente passato ti è capitato di perdere più di 6 chili in un periodo di 3 mesi?
4. Credi di essere grasso anche se gli altri ti dicono che sei fin troppo magro?
5. Diresti che il cibo è un elemento dominante della tua vita?

* Due o più risposte positive allo SCOFF indicano un possibile Disturbo Alimentare; allora è il caso di inviare la persona ad una valutazione più approfondita.

Bibliografia

- Garber AK, Sawyer SM, Golden NH, Guarda AS, Katzman DK, Kohn MR, Le Grange D, Madden S, Whitelaw M, Redgrave GW. (2016). A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 49(3), 293-310.
- Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Rodgers B, Morgan JF, Lacey JH, Mitchell JE. (2008). Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. *Behaviour Research and Therapy*. 46, 612–22.
- Sachs K, Andersen D, Sommer J, Winkelman A, Mehler PS. (2015). Avoiding Medical Complications During the Refeeding of Patients With Anorexia Nervosa. *Eating Disorders*. 23(5), 411-421.
- The Society for Adolescent Health and Medicine. (2015). Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: Medical Management of Restrictive Eating Disorders in Adolescents and Young Adults. *Journal of Adolescent Health*. 56(1), 121–125.
- The Society for Adolescent Health and Medicine. (2014). Refeeding Hypophosphatemia in Hospitalized Adolescents With Anorexia Nervosa: A Position Statement of the Society for Adolescent Health and Medicine. *Journal of Adolescent Health*. 55(3), 455-457.

A proposito della Academy for Eating Disorders (AED)

AED è un'associazione professionale multidisciplinare globale dedita alla promozione della ricerca, della formazione, del trattamento e della prevenzione dei Disturbi dell'Alimentazione. AED fornisce formazione e competenze professionali all'avanguardia, ispira i nuovi processi nel settore dei Disturbi dell'Alimentazione, ed è la più aggiornata fonte internazionale di informazioni sui Disturbi dell'Alimentazione.

Unisciti a AED

Diventa membro di una comunità globale dedicata alla ricerca, al trattamento, alla formazione e alla prevenzione dei Disturbi dell'Alimentazione.

Online: www.aedweb.org

Contatti:

Academy for Eating Disorders

11130 Sunrise Valley Drive, Suite 350

Reston, VA 20191

Phone: 1 703-234-4137

Fax: 1 703-435-4390

www.aedweb.org

info@aedweb.org