

Anoressia Nervosa

TERZIO CASATI VISI ESISTENZIALE
DIRETTORE RESPONSABILE
MILANO, 15 OTTOBRE 2015
PUBBLICITÀ E MARKETING
MILANO, 15 OTTOBRE 2015

Spazio notturno

**LA PREVENZIONE
DEI DISTURBI
DEL COMPORTAMENTO
ALIMENTARE**

di Ottavia Rossi

**15 OTTOBRE 2015
19.00 - 21.00**

Ottobre 2015

Open month

Visite, esami, eventi e info point
negli ospedali con i bolini Rosa che
curano patologie femminili adimenti
a tema dell'alimentazione.



OTTAVIA ROSSI

Centro DCA CSM - AUSL RE

Zannini Angela

Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali -DSM-5

American Psychiatric Association

Criteri diagnostici

- (A) Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità che porta ad un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età , sesso , traiettoria di sviluppo , e salute fisica; un peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale o per bambini e adolescenti meno di quel minimo previsto
- (B) Intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi , o 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 la forma del corpo, sui livelli di autostima oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione i sottopeso. (la percezione , il significato attribuiti a peso, negazione del problema , non consapevolezza ..)

Amenorrea non figura più tra i criteri per la diagnosi di AN

Sottotipi (ultimi 3 mesi):

- Tipo con restrizione
- Tipo con abbuffate e condotte di eliminazione

Specificare la gravita attuale:

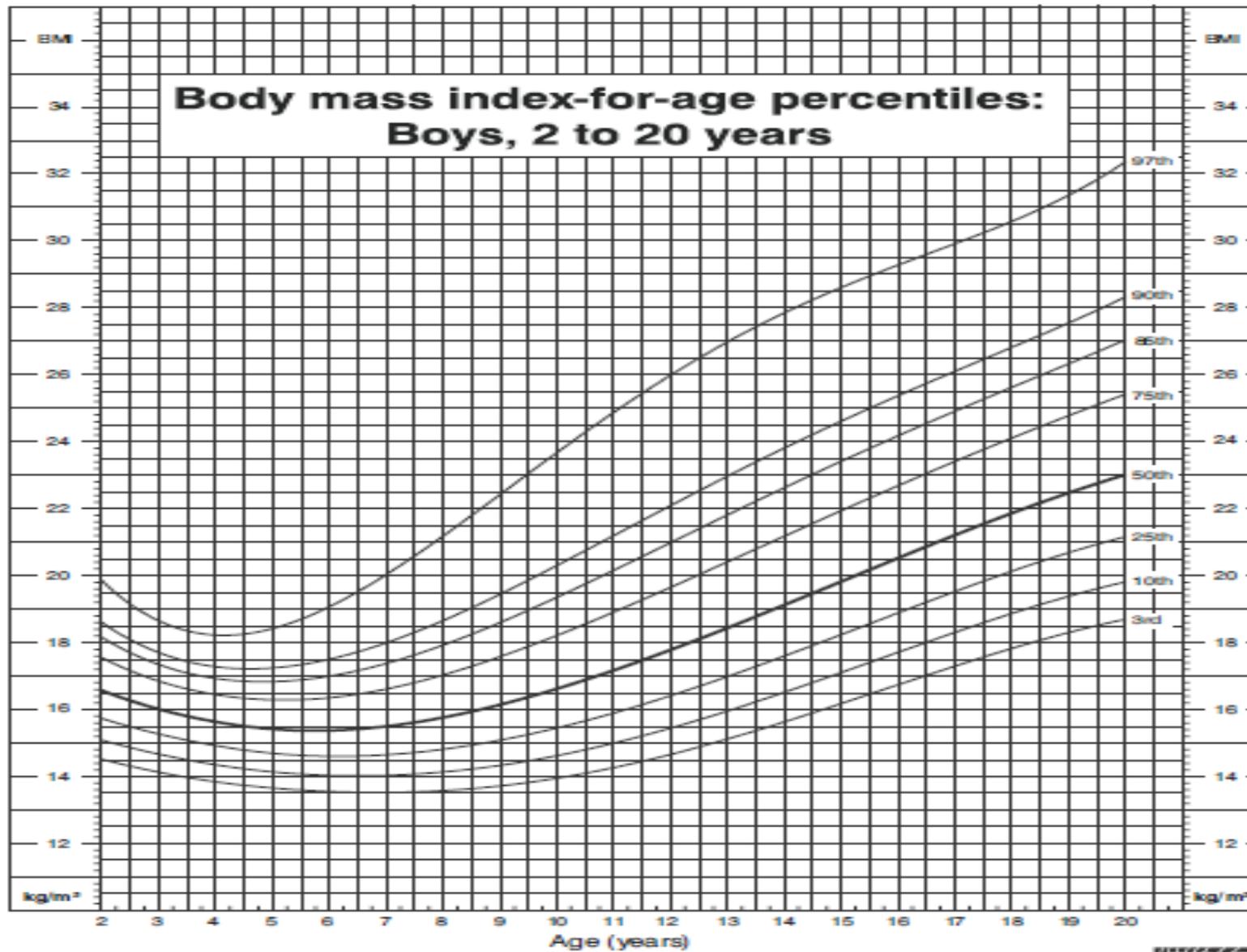
- (BMI x adulti e percentili sull' BMI x bimbi e adolescenti -il range è definito dalle categorie di magrezza dell 'OMS e CDC negli adulti /bimbi adolescenti)
- 18,5 kg/m² limite inferiore del peso corporeo normale

- Lieve BMI ≥ 17
- Moderato BMI 16-16,99
- Grave BMI 15-15,99
- Estrema BMI < 15

CDC(bimbi/ adolescenti) ha usato un BMI per età al di sotto **del V percentile** come indicatore di **sottopeso**

- possono essere **giudicati significativamente sottopeso** se sono incapaci di mantenere la traiettoria di crescita prevista (dato clinico comprensivo non solo della linea numerica , ma della costituzione corporea lo storico del peso e disturbi fisiologici)

CDC Growth Charts: United States



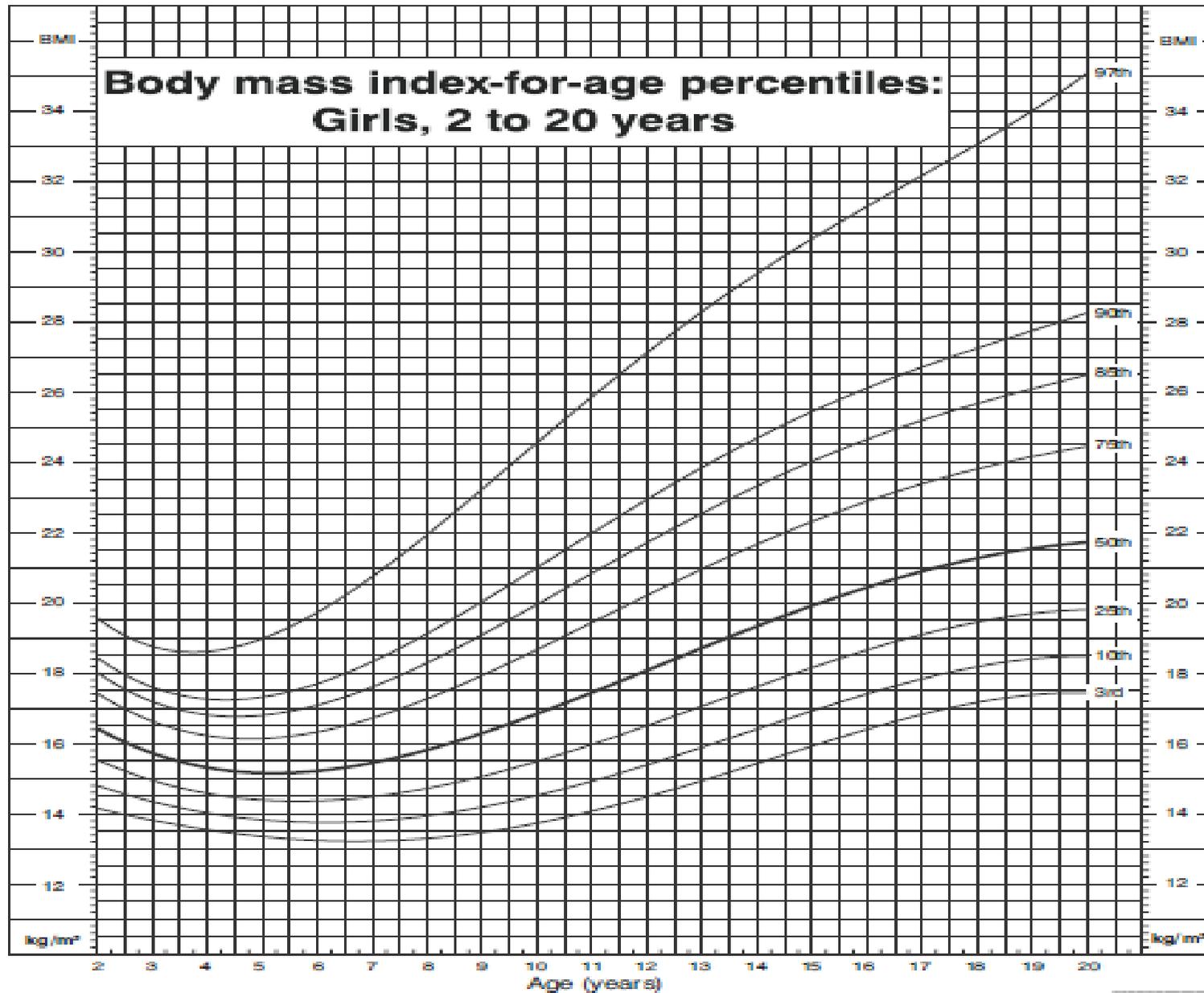
Published May 30, 2000.

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

CDC Growth Charts: United States



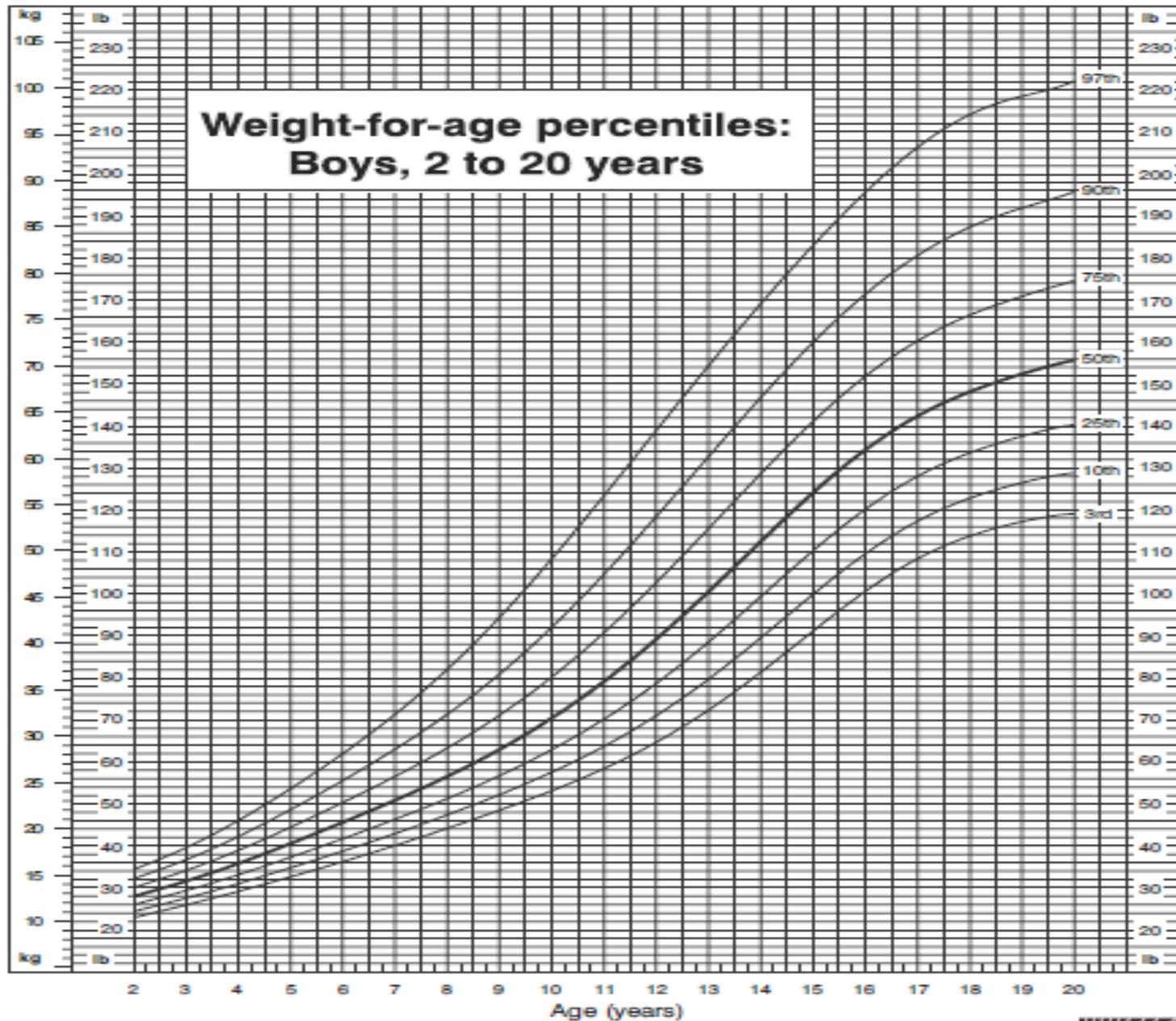
Published May 30, 2000.

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

CDC Growth Charts: United States



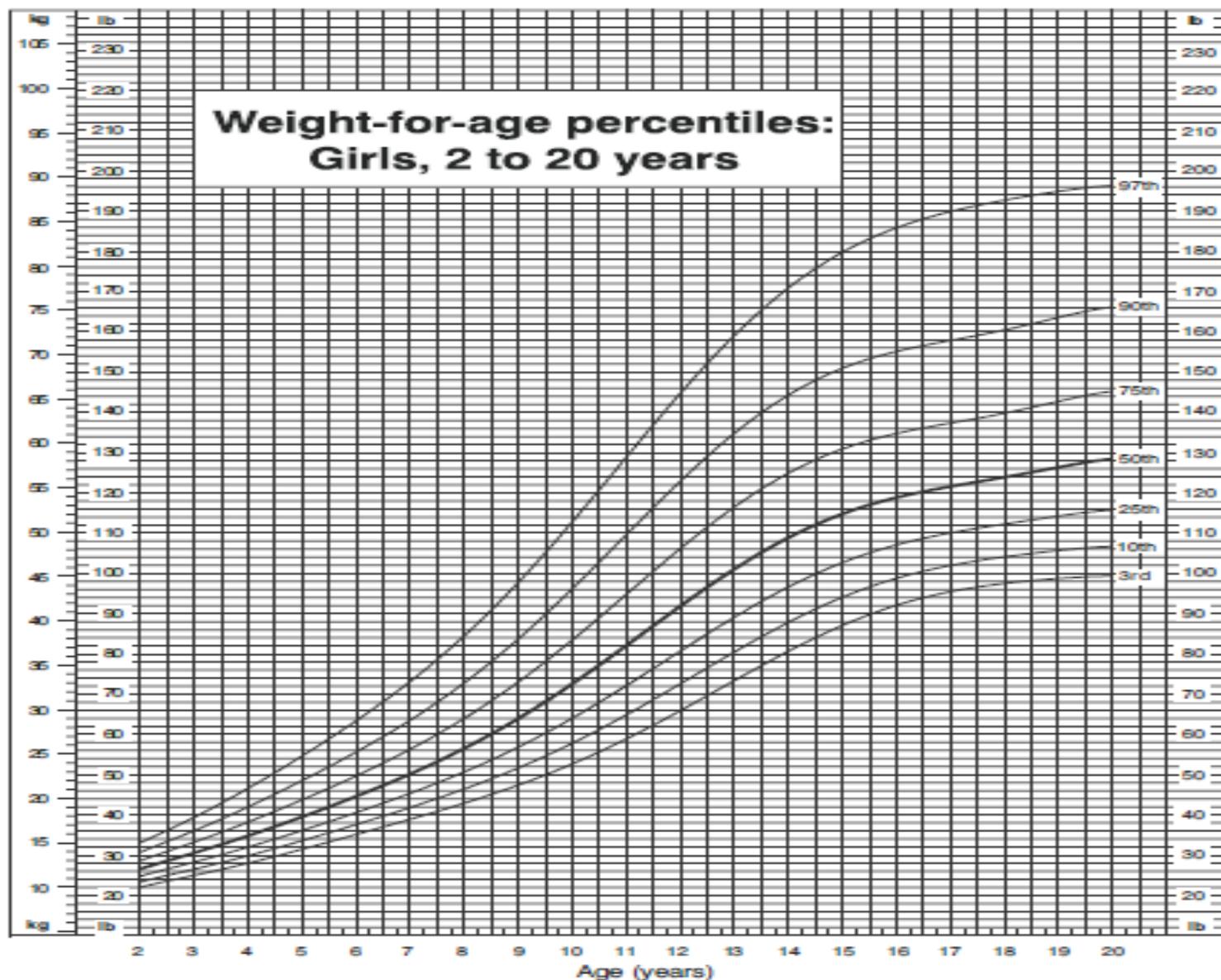
Published May 30, 2000.

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

CDC Growth Charts: United States



Published May 30, 2000.

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

Anoressia Nervosa

Disturbi alimentari - sintomi trasversali ai diversi disturbi (AN , BN) e fattori predittivi di di miglioramento o peggioramento dei ED

Academy for Eating Disorders (AED)

*Critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders (this **booklet** is designed for physicians) • 2011*

*Eating disorders in the emergency department - critical points for the recognition and medical management of individuals with eating disorders in the acute care setting (this **brochure** is designed for emergency department personnel) • 2012*



Fattori importanti da considerare per Eating Disorders di tipo restrittivo

AED REPORT 2011 2nd Ed.

- ED sono seri disordini con complicanze psicologiche e fisiche
- Colpiscono donne/uomini, bambini, adolescenti ed adulti:
 - di etnie e backgrounds culturali /economici diversi
 - persone con varietà di immagini corporee, di altezza e peso diversi
- Il peso non è il solo marker clinico per un ED,
 - il normopeso può avere un ED... non riguardano solo le donne a basso peso. Le situazioni di precipitosa perdita di peso (soggetti “sani” posta attenzione per la possibilità di un ED)

Fattori importanti da considerare per Eating Disorders

AED REPORT 2011 2nd Ed

Individui con BMI vicino al loro peso naturale o all'interno del loro range di normalità possono avere scorrette pratiche comportamentali alimentari o essere impegnati in pratiche malsane di controllo del peso

Fattori importanti da considerare per Eating Disorders

AED REPORT 2011 2nd Ed.

In adolescenza il mancato aumento di peso ed altezza puo' interrompere o ritardare lo sviluppo puberale

Le conseguenze sul piano medico sono spesso non riconosciute , sottostimate e se riconosciute spesso sottoposte a poca attenzione , stigmatizzazione , considerato un vezzo nei primi stadi specialmente al femminile

DCA.

- È stato recentemente segnalato un aumento dei casi a esordio precoce ; alcune ipotesi :

1. Abbassamento dell'età del menarca osservato negli ultimi decenni
1. Un'anticipazione dell'età in cui gli adolescenti sono esposti alle pressioni socioculturali alla magrezza, attraverso mezzi di comunicazione come internet.
1. Una diagnosi più precoce anche se molti casi arrivano ancora all'osservazione clinica dopo una lunga storia di malattia, quando è più difficile ottenere una guarigione.
1. Un esordio più precoce può comportare un rischio maggiore di danni permanenti secondari alla malnutrizione, soprattutto a carico di quei tessuti che non hanno ancora raggiunto una piena maturazione: le ossa e il sistema nervoso centrale.

DA

in

età

pediatrica

classificazione

**anoressia
nervosa**

**bulimia
nervosa**

alimentazione
selettiva

disturbo emotivo
di rifiuto del cibo

**disfagia
funzionale**

rifiuto
pervasivo



(Lask e Bryant-Waugh, 2000)

25-03-2007

massimo cuzzolare

Il riconoscimento precoce ED (AED REPORT 2011 2nd Ed)

- Perdita / aumento di peso precipitoso
- Perdita di peso o mancato guadagno atteso peso / altezza in un bambino e/o adolescente
- Fluttuazioni di peso sostanziale
- Amenorrea o irregolarità mestruali, Infertilità inspiegata
- Alterazioni elettrolitiche (con o senza alterazioni ECG, in particolare ipopotassiemia, ipocloremia,)
 - Urine con pH di 8,0-8,5 possono indicare vomito ricorrente.
 - Ipoglicemia può accompagnare tali cambiamenti elettrolitici.
 - Bradicardia

Il riconoscimento precoce (AED REPORT 2011 2nd Ed)

- Esercizio fisico eccessivo o coinvolgimento in allenamento fisico estremo
 -
- Stipsi nel contesto di dieta inadeguata e / o di perdita di peso
- Diabete mellito di tipo 1 e la perdita di peso inspiegabile e / o scarso controllo metabolico o chetoacidosi diabetica . (Aumentato rischio di sviluppo sintomi sotto-soglia o la sindrome completa ED). Intenzionalmente cambiando le dosi di insulina puo' portare a perdita di peso, scarso controllo glicemico , emoglobina A1c elevata
- Una storia di utilizzo di uno o più comportamenti compensatori tali da influenzare il peso dopo aver mangiato o percepito l'eccesso di cibo o dopo un binge eating, usare :
 - il vomito autoindotto,
 - dieta,
 - digiuno
 - esercizio fisico eccessivo

Il riconoscimento precoce (AED REPORT 2011 2nd Ed)

Storia anamnestica di consumo :

- Farmaci che sopprimono la fame ,
- Eccessivo consumo di caffeina
- Diuretici ,
- Lassativi
- Clismi.
- Ipecac (emetico)
- Consumo eccessivo di bevande calde
- Dolcificanti
- Gomme da masticare senza zucchero
- Richiesta di prescrizione di farmaci quali insulina , ormoni tiroidei
- Psicostimulanti
- Uso di droghe da strada

Il riconoscimento precoce Malnutrizione

- La malnutrizione può avere conseguenze sia fisiche sia psichiche e sociali

(come documentato dal *Minnesota Study*, (A.Keys *The biology of human starvation-vol.2* Minneapolis, Un. Minnesota Press 1950) condotto allo scopo di esplorare le migliori modalità di assistenza alle vittime della carestia in Europa e Asia, **primo e unico studio sul digiuno**; fu condotto su più di 100 uomini volontari in alternativa al servizio militare)

- Molti sintomi da malnutrizione riportati (effetti comportamentali, psicologici, sociali, fisici) sono simili a quelli osservati nelle persone affette da AN.

Il riconoscimento precoce Malnutrizione

Cio' che differisce **la restrizione di cui ci occupiamo** dagli stati di denutrizione che si sono visti nelle grandi carestie del passato, nelle guerre sono:

- quasi mai siamo in presenza di una spiccata perdita di proteine solo in fase avanzata con perdita della massa muscolare (attività fisica intensa la preserva in parte)
- spiccata riduzione della massa grassa, complicanze legate all'abuso farmacologico (lassativi, diuretici, ormoni tiroidei)
- associazione con etilismo, dipendenza da sostanze psicoattive

Si parla di malnutrizione anzichè di denutrizione

Il riconoscimento precoce (AED REPORT 2011 2nd Ed) Malnutrizione

La malnutrizione:

acuta è una emergenza medica

Individui con un comportamento alimentare restrittivo continuo ,
con binge eating o purging (nonostante gli sforzi per
reindirizzare il loro comportamento nutrizionale rimane
inalterato) richiedono un intervento tempestivo

La malnutrizione può verificarsi a qualsiasi peso corporeo, non solo a
peso ridotto

Segni e sintomi generali che possono far sospettare un ED

AED REPORT 2011 2nd Ed.

Marcata perdita di peso , fluttuazioni del peso, mantenimento del peso o difficoltà di aumento del peso in bambini e adolescenti che stanno crescendo e sviluppandosi-

associato a

Intolleranza al freddo

Stanchezza

Affaticamento letargia

Vertigini

Sincope

Flash di calore , sudorazione

Segni e Sintomi che possono far sospettare un ED

(AED REPORT 2011 2nd Ed).

Cavo orale e denti

- • traumi del cavo orale / lacerazioni
- • erosioni dentali /carie dentali
- • ipertrofia parotidi

Cardio respiratorie

- • dolori al petto
- • palpitazioni
- • aritmie
- • dispnea
- • edemi

Segni e Sintomi che possono far sospettare un ED (AED REPORT 2011 2nd Ed).

- Gastrointestinali

- • disturbi epigastrici
- • sazietà precoce,
- • reflusso gastrico
- • ematemesi
- • emorroidi, prolasso rettale,
- • stipsi

- Endocrini

- • amenorrea, irregolarità mestruale
- • perdita della libido
- • ridotta densità ossea, aumentato rischio di fratture ossee e osteoporosi
- • Infertilità

Segni e Sintomi che possono far sospettare un ED (AED REPORT 2011 2nd Ed.)

Neuropsichiatrici

- • convulsioni
- • perdita di memoria e concentrazione
- • insonnia
- • depressione/ansia/ossessioni/ comportamenti ossessivi
- • pensieri suicidari /tentativi di suicidio

Dermatologiche

- • lanugo
- • perdita dei capelli
- • pigmentazione giallastra della cute
- • callo o scarificazione del dorso della mano (Russell's sign)

Standard di trattamento Eating Disorder (ED)

- I pazienti con disturbo dell'alimentazione (ED) devono anche poter effettuare un trattamento basato sull'evidenze fornito da professionisti della sanità con esperienza nella cura di paziente con ED .
- L' invio ad esperti dovrebbe assicurare il migliore esito del trattamento per il paziente
- Quando possibile devono venire coinvolti nel trattamento le famiglie e/o eventuali familiari acquisiti.
- Academy of Eating Disorder –AED- Report 2012- II Ed.
- Critical Points for Early Recognized and Medical Risk Management in the Care of Individuals with ED Disorders Royal Australian and New Zealand College of psychiatrists clinical practice guideline for the treatment of ED. .Hay et al. Aust -NZJ Psychiatry, 2014,48:977

Appropriatezza nella gestione dei disturbi dell'alimentazione

Due principi generali sono alla base del trattamento dei disturbi dell'alimentazione:

- Approccio multidisciplinare da parte di specialisti in ED tra cui medici, psicologi, nutrizionisti . La multidisciplinarietà, in quanto la complessità del disturbo, richiede un trattamento comprensivo non solo di valutazione e monitoraggio dello stato di salute ma anche di counselling nutrizionale, motivazionale e psicologico.
- Molteplicità dei contesti di cura,
dalla gestione ambulatoriale, all' ambulatorio a lungo termine, alla riabilitazione intensiva – semiresidenziale e residenziale

- American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, Second Edition,, APA level treatment of patients with ED third edition 2012
- Linee guida del NICE -Clinical Guideline- Eating disorders 9, January 2004- Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders (National Institute for Clinical Excellence);

Appropriatezza clinica nella gestione dei disturbi dell'alimentazione

La valutazione dello stato di nutrizione:

- Valutazione dell'introito di energia e nutrienti (anamnesi alimentare, diario alimentare),
 - Esame obiettivo e visita medica
 - Misura della funzionalità corporea (parametri metabolici, immunocompetenza, ecc..)
 - Valutazione dell'attività motoria
 - Valutazione della densità ossea
-
- Misura della composizione corporea (bioimpedenzometria)
 - La misurazione del dispendio energetico basale (calorimetria indiretta),

Appropriatezza clinica nella gestione dei disturbi dell'alimentazione

- Presenza in cura psicologica

Necessario dedicare molta attenzione all'ambivalenza del paziente e adottare uno stile terapeutico "coinvolgente".

Attenzione particolare allo stile di relazione con l'utente per la costruzione dell'alleanza terapeutica indispensabile per indurre un cambiamento.

Appropriatezza clinica nella gestione dei disturbi dell'alimentazione

- I farmaci possono essere utilizzati :
 - per le patologie psichiatriche associate (depressione maggiore, disturbi d'ansia)
 - per le patologie mediche sempre nell'ambito di un percorso di cura integrato, per contribuire alla risoluzione dei sintomi specifici

- Gli interventi nutrizionali nell'ambito di un programma di riabilitazione psiconutrizionale:
 - il pasto assistito
 - i supplementi nutrizionali orali
 - la nutrizione artificiale -in pazienti gravemente malnutriti (nella fase di ricovero)

Per la cura dei disturbi dell'alimentazione sono oggi proponibili cinque livelli di intervento secondo un modello a passi successivi.

- MMG o PLS, Terapia ambulatoriale di medicina e pediatria generale
- Terapia ambulatoriale specialistica;
- Terapia ambulatoriale intensiva o centro diurno;
- Riabilitazione intensiva semiresidenziale o residenziale;
- Ricovero ordinario per gli scompensi metabolici
(Il ricovero ordinario può essere attuato in reparti internistici, per il trattamento delle complicanze mediche urgenti e della malnutrizione grave, o in reparti psichiatrici, per la gestione del rischio suicidario o della comorbidità psichiatrica)
- La terapia ambulatoriale deve essere considerata di elezione per le persone affette da disturbi dell'alimentazione..

Putting Eating Disorders
on the Radar
of
Primary Care Providers

ASSESSMENT TOOLS
GUIDELINES
RESOURCES

ORGANIZING YOUR APPROACH

CENTRAL WEST | EATING DISORDER PROGRAM

“The big challenge family practitioners face is not being overwhelmed by the severity of this illness.”

Dr. Colleen Flynn, MD, FRCPC
Previously- Psychiatrist/Medical Director
Eating Disorder Program
Credit Valley Hospital

“In this kind of work, doctors need to set aside the classic vision of the doctor and the patient only. This is team work where the doctor is at the centre of a whole team network.”

Dr. Rod Wachsmuth, MD DipCPsy, FRCPC
Staff Consultant, Eating Disorders Program
Toronto General Hospital

In questo tipo di lavoro, i medici devono mettere da parte la visione classica del medico e del paziente da solo.
Questo è il lavoro di squadra in cui il medico è al centro di una rete di una
intera squadra

(dr. Rod Wachsmuth, MD DipCPsy, FRCPC Staff Consultant, Eating Disorders Program
Toronto General Hospital)

La grande sfida dei medici di famiglia non è essere sopraffatto
dalla gravità di questa malattia

(dr. Colleen Flynn, MD, FRCPC
Previously- Psychiatrist/Medical Director
Eating Disorder Program
Credit Valley Hospital)

La valutazione specialistica ambulatoriale

L'assessment ed il monitoraggio delle condizioni mediche generali

APA 2006 : treatment of patients with eating disorders third edition-Am J Psychiatry Jul 2006

1. un controllo medico completo con particolare attenzione ai parametri vitali ,
2. allo stato fisico (altezza/peso , BMI),
3. alla funzione cardiovascolare e vascolare periferica ,
4. alle manifestazioni dermatologiche,
5. alle evidenze di comportamenti autolesivi. [I].

Raccolta della storia clinica deve includere .

Peso...la perdita/ guadagno del peso

- Stato nutrizionale

Comportamenti del controllo del peso (di compensazione:vomito, dieta, esercizio fisico, l'insulina uso improprio, e / o l'uso di pillole per la dieta, integratori, lassativi, Ipecac, diuretici, ecc)

- Assunzione alimentare e l'esercizio fisico

Storia mestruale nelle femmine (menarca,terapia ormonale sostitutiva compresi contraccettivi orali)

Particolari della storia crescita e lo sviluppo globale, temperamento, personalità of weight control

Riabilitazione nutrizionale-Competenze



Epidemiologia

- La reale presenza di ED nei maschi è ancora da individuare
- ED sono considerati un disturbo prettamente femminile per cui nei maschi spesso non sono diagnosticati o magari solo i casi più gravi arrivano all'osservazione dei medici
- Le ricerche sui dati epidemiologici sono condotte con test costruiti per popolazione femminile, quindi diventa difficile applicare gli stessi cut off nei maschi
- Sintomatologia diversa rispetto a femmine (dismorfia muscolare)

Caratteristiche cliniche

Esordio

- Crisp non riportava alcuna differenza nell'età di esordio tra maschi e femmine,
- successivi studi su campioni più ampi hanno confermato un esordio più tardivo sia per BN che per AN (l'età media di esordio 18.6 rispetto ai 17.5 nelle donne).

Crisp, AH; Burns, T; Bhat, AV. Primary anorexia nervosa in the male and female, a comparison of clinical features and prognosis. *Br J Med Psychol*, 1986 59, 123-132.

Sharp, CW; Clark, SA; Dunan, JR; Blackwood, DHR; Shapiro, CM. Clinical presentation of anorexia nervosa in males: 24 new cases. *Int J Eat Disord*, 1994 15, 125-134.

Forman-Hoffman, VL; Watson, TL; Andersen, AE. Eating disorders age of onset in males: distribution and associated characteristics. *Eat Weight Disord*, 2008 13, 28-31.

Ritardo nella diagnosi

- I maschi riconoscono tardivamente il loro DCA lo considerano come un disturbo inappropriato per il loro genere (prevalenza sia molto più alta)
- La famiglia spesso non pensa ad un DCA in un figlio maschio: partecipando allo stereotipo del dca come malattia femminile non prestano attenzione ai segni e ai sintomi del dca stesso e ritardano al richiesta di cure pensano a cambi volontari di stile alimentare
- Maschi con DCA non sono rappresentati nei media

Madsen, SA. Men's special needs and attitudes as patients. *J Mens Health Gend*. 2007 4 (3): 361-362

D. Brauser. Men With Eating Disorders Don't Seek Help April 15, 2014 *BMJ Open*

<http://www.Medscape.com/viewarticle/823659>

Goldas, PM; Cheater, F; Marshall, P. Men and health help seeking behaviour: literature review. *J Adv Nurs*. 2005 49 (6): 616- 623

Ritardo nella diagnosi

- Si perde tempo in indagini organiche
- Per i maschi c'è la difficoltà ad inviarli a servizi che sembrano rivolti solo alla popolazione femminile
- test validati per donne
- mancano informazioni di genere

Raisanen U, Hunt K. The role of gendered constructions of eating disorders in delayed helpseeking in men: a qualitative interview study. BMJ Open 2014; 4:e004342.

Fattori di rischio

Sovrappeso

Gueguen J, Godart N, Chambry J, et al. Severe anorexia nervosa in men: comparison with severe AN in women and analysis of mortality. Int J Eat Disord 2012; 45:537–545.

Carlat DJ, Camargo CA Jr, Herzog DB. Eating disorders in males: a report on 135 patients. Am J Psychiatry 1997; 154:1127–1132.

Popolazione maschile

In alcuni pazienti si osserva, più che un'ossessione per la magrezza, una focalizzazione estrema sulla forma e sulle dimensioni della muscolatura.

Una conseguenza di questa focalizzazione può essere l'uso improprio di steroidi anabolizzanti per "modellare" la forma del corpo

L'ossessione per l'esercizio fisico e la preoccupazione estrema per le dimensioni della muscolatura sono state anche indicate con il termine di "vigoressia".

Popolazione maschile con DCA

La preoccupazioni per il peso e la forma del corpo sono spesso influenzate dall'impegno in attività atletiche

L'attività fisica nel suo complesso è più intensa, mentre il ricorso all'uso improprio di lassativi è meno frequente

Si può manifestare una vera e propria "dipendenza" dall'esercizio fisico estremo, che viene definita "anoressia atletica".

Caratteristiche Cliniche

DISMORFIA CORPOREA

- 1993 "Reverse Anorexia" in Body Builders
- DSM5 inserita tra i DOC
- Prevalenza largamente sconosciuta (potrebbe essere simile a prevalenza di AN femminile)
- >10% nei Body Builders
- Maggiore presenza all'anamnesi di episodi di Anoressia Nervosa (25%)
- Sintomatologia simile ad anoressia femminile

Pope HG jr, G, Mangweth B, Bureau b, deColB, Jouvent R, Hudson JL. Body image perception among men in three countries. Am J Psychiatry, 2000 157(8), 1297-1301

Dismorfia Corporea

- Core sintomatologico: distorsione dell'immagine corporea con sensazione di sentirsi **troppo magri e smilzi** anche se con un corpo robusto e muscoloso
- Conseguenze: **iperattività fisica, dieta sbilanciata, uso di anabolizzanti**
- **evitamento di situazioni sociali**, rifiuto di spogliarsi di fronte agli altri, uso di indumenti pesanti anche in estate

Un Fenomeno del novecento



La trasformazione dell'ideale estetico



Venere di Willendorf. 23.000-19.000 a.C. h. cm. 11. Roccia calcarea. Vienna, Museo di Storia Naturale.

Matilde di Canossa Il medioevo



Nascita di Venere Botticelli



La ragazza con l' orecchino di perla - Vermeer

La bellezza suprema



Donna con ventaglio Renoir





Modelle anni 90



Modelle- sfilata parigina estate 2016



GRAZIE DELL'ATTENZIONE