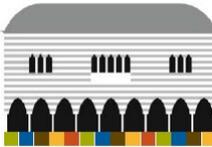




SPRINGER TRIVENETO
4° CONGRESSO SEZIONE REGIONALE TRIVENETO
SOCIETÀ ITALIANA DELL'OBESITÀ



OBESITÀ E DISTURBI DEL
COMPORTAMENTO ALIMENTARE

UDINE, SABATO 4 OTTOBRE 2009

Centro di riferimento per la cura e la riabilitazione dei
disturbi del comportamento alimentare e del Peso –
Portogruaro (VE)
ASSL 10 Veneto Orientale
Centro pilota progetto nazionale “Le buone pratiche di
cura dei DCA”



I DCA indotti dalla chirurgia bariatrica: nuovi quadri clinici

Pierandrea Salvo responsabile centro DCAP

www.disturbialimentari.info

Caso clinico

- Donna di 37 anni si presenta al ns centro nel 2004 per chiedere aiuto per una condizione di obesità
- Presenta un BMI di 48
- All'anamnesi: sovrappeso fin dalla infanzia, numerosi tentativi dietoterapici e diete fai da te con oscillazioni ponderali “tipo yoyo” di 18 – 30 kg alla volta
- Nel complesso costante aumento ponderale dai 70 kg a 16 anni ai 98 kg dei 20 anni ai 131.5 attuali

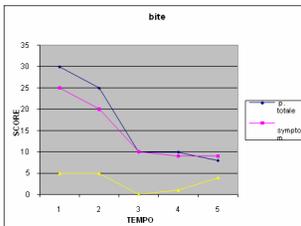
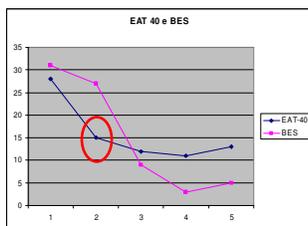
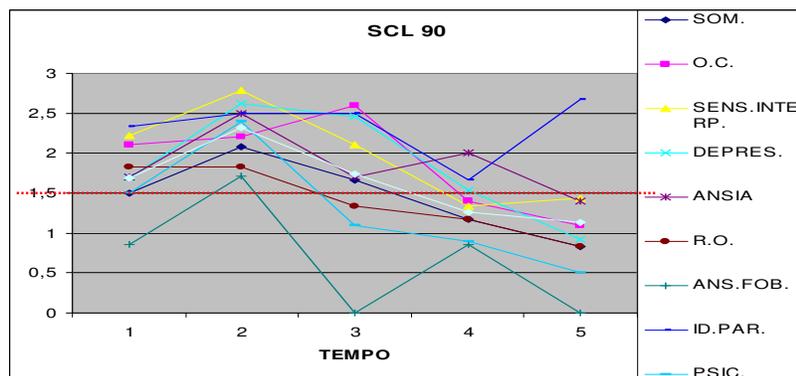
- **N**on esegue alcun controllo del proprio stato di salute da diversi anni
- **R**iferisce la presenza di una alimentazione ipercalorica (tipo sweet eater) per buona parte della giornata e binge (anche superiori alle 2500 kcal) al pomeriggio - sera, quasi quotidiani
- **P**resenta un tono timico flesso senza idee autolesive e senza disturbi del contenuto del pensiero. Molto ansiosa.

- **I**n corso di assessment viene ricoverata in reparto medico:
 - OSAS grave per cui impostazione di ventilazione notturna
 - Anemia microcitica
 - Emorroidi di 2° grado
 - Steatosi epatica con innalzamento delle transaminasi
 - Sindrome metabolica
- **P**osta diagnosi di Obesità III°, disturbo alimentazione incontrollata, stato ansioso depressivo

- Viene presa in carico da psicologa e dietista
- Viene sconsigliato e non eseguito il trattamento chirurgico della obesità
- Viene inviata ad un gruppo di controllo del peso (self help) e messa in trattamento con Fluoxetina 20 -> 60 mg/die
- A distanza di un anno il BMI 48 -> 53

- Viene inviata al gruppo BED (psichiatra e dietista) che frequenta per circa sei mesi con un ottimo risultato sulle condotte BINGE e sul BMI (53 -> 45.3 in 18 mesi). Viene trattata con Paroxetina 30 mg/die e Orlistat 120 mg x tre/die per tutto il periodo
- Inizia la valutazione per trattamento chirurgico ed operata di Bypass ad un BMI di 48 ed in assenza di binge, permane lo sweet eating

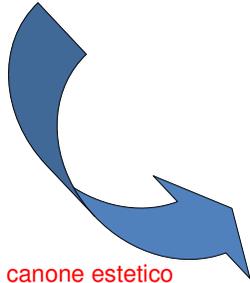
- Nell'anno successivo all'intervento prosegue il trattamento psichiatrico individuale e la frequenza al gruppo self help per gli operati
- BMI attuale 40
- Il disturbo da alimentazione incontrollata è in compenso stabile, migliorato lo sweet eating
- Prosegue trattamento farmacologico con Paroxetina 30 mg/die e varie integrazioni



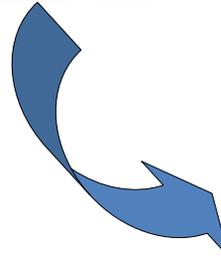
- T1 accesso BMI 48
- T2 dopo 1 anno BMI 53
- T3 fine gruppo BED 45.3
- T4 intervento by pass BMI 48
- T5 follow up ad un anno BMI 40

Evoluzione dei modelli estetici e sociali

- Il contesto culturale nel quale siamo inseriti è fondamentale per la formazione di ideali, aspettative e convinzioni

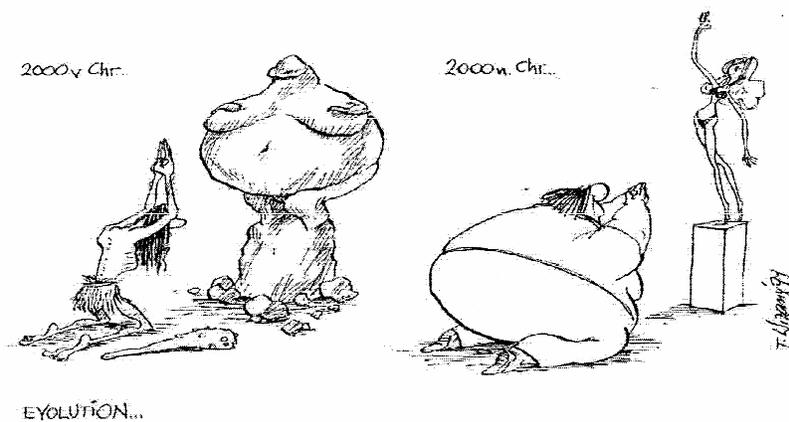


Il canone estetico



La società occidentale

Il trattamento chirurgico della obesità: per chi?



- La risposta più ovvia è che si tratti di procedure riservate a pazienti con gravi obesità e/o complicanze organiche e metaboliche
- Vi sono linee guida che identificano le caratteristiche ottimali degli utenti da sottoporre a tali trattamenti
- Queste indicazioni si riferiscono per lo più al peso ed alla condizione metabolica

In realtà è noto che:

- Almeno il 30% degli obesi che richiede un trattamento soffre di un disturbo del comportamento alimentare (quasi sempre un BED) contro il 2-3% della popolazione obesa generale
- Si tratta di persone nelle quali vi è una stretta correlazione tra condotte di binge, depressione, ansia, disturbo della immagine corporea, deficit di autostima, disturbi di personalità
- Il disturbo psichico non è correlato al peso raggiunto ma alla presenza o meno di binge

BED e obesità

PREVALENZA DEL BED

NELLA COMUNITÀ

2 – 5%

Sono sovrappeso tra i BED 50%

BED tra i sovrappeso 5%

Distribuzione x sesso (f:m) 65:35

PARTECIPANTI PROGR. CONTROLLO PESO 16 – 30%

Overeaters anonymous

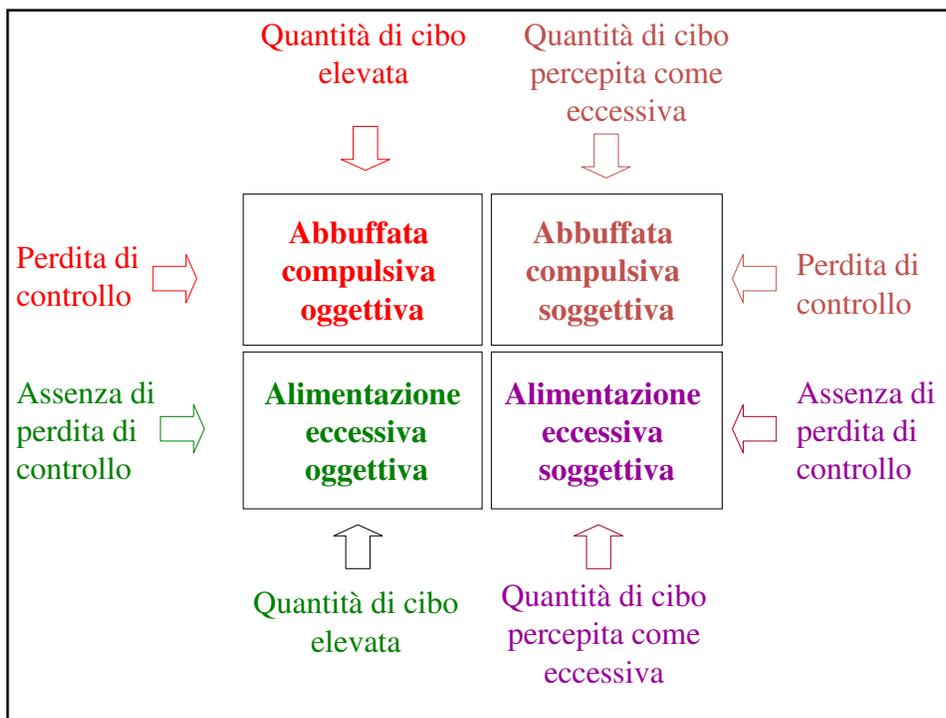
70%

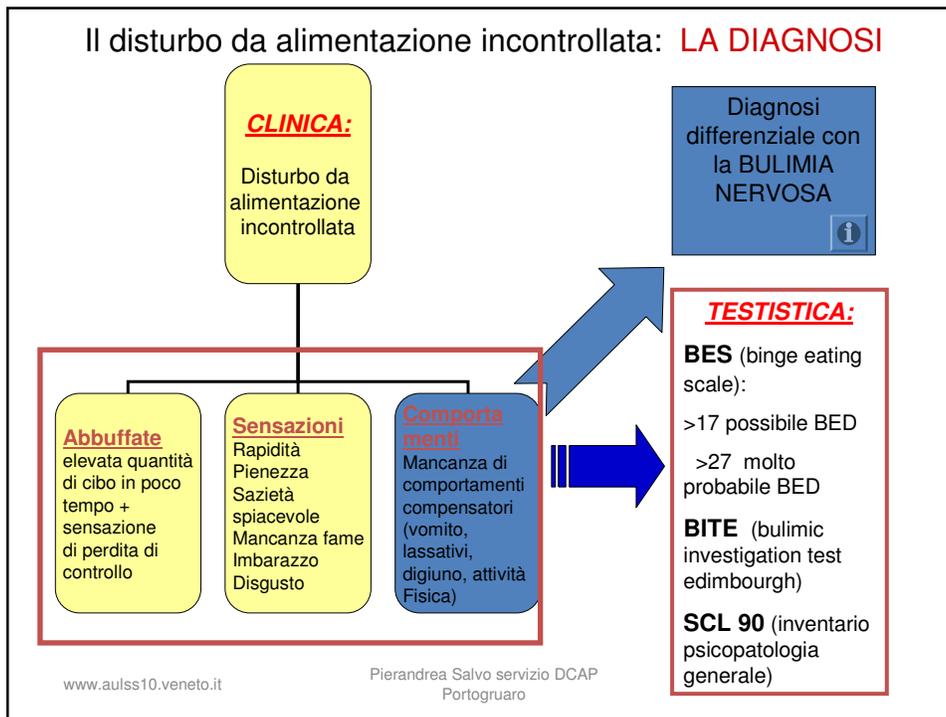
Richiesta chirurgia bariatrica

33–

47%
www.aulss10.veneto.it

Pierandrea Salvo servizio DCAP
Portogruaro





On the relation of attempting to lose weight, restraint and binge eating in outpatients with binge eating disorder (Masheb et Grilo; obesity research, 2000)

- Il 75% dei pazienti dello studio riporta di aver tentato di perdere peso nei tre mesi precedenti
- Solo il 37.6% riporta una reale limitazione dietetica almeno di mezza giornata durante lo stesso periodo
- Questo dimostra che “tentativo di perdere peso” e “limitazione alimentare” non sono sinonimi in questi pazienti
- La restrizione dietetica non è necessaria per indurre il binge

Obesity, binge eating and psychopathology: are they related?

(Telch et Agras; Int J eat disord, 1994)

- Il grado di sintomatologia psichiatrica evidenziata nei pazienti sovrappeso è correlata alla severità del binge eating e non è correlata alla severità del sovrappeso
- Il binge eating è associato con la comorbidità psichiatrica ma non si trova evidenza che l'obesità moderata o severa, in assenza di binge eating, abbia una prevalenza di psicopatologia maggiore della popolazione generale
- Il trattamento degli obesi binger richiederebbe una focalizzazione sul binge eating come disordine primario al fine di potenziare gli esiti dei trattamenti.

**IL CALO DI PESO NON E' E
NON DEVE ESSERE IL
PRINCIPALE OBIETTIVO DEL
TRATTAMENTO DEL BED.**

**Informare il paziente dell'effetto limitato
del trattamento psicologico sul peso**

Evidenza grado A

National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2004

A comparison of eating disorders among patients receiving surgical vs non-surgical weight-loss treatments
(Man Lapidot et al.; *obes surg*, 2008)

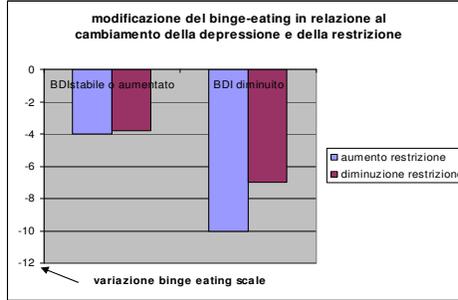
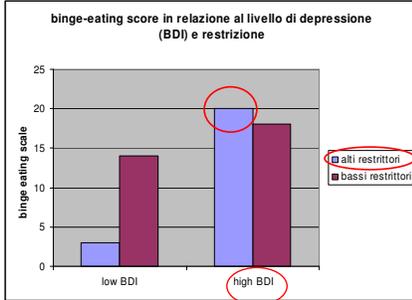
“I risultati di questo studio mostrano che i pazienti accettati per il trattamento chirurgico differiscono dai paz non chirurgici per l’elevato livello di disturbo alimentare e di psicopatologia. Si tratta di fattori che, potenzialmente, potrebbero complicare il trattamento per il calo di peso in termini di compliance, risposta, ricaduta ecc...”

Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating (Bulik et al., *Int J Eat Disord*, 2002)

Index	Obesi non	Obesi BED	p
BMI	33.2	33.2	.74
Limitazioni fisiche	16.8%	25.4%	.29
Insoddisfazione e per la salute	15.0%	25.4%	.02
Depressione maggiore	26.2%	47.5%	.009
Ansia generalizzata	19.6%	28.8%	.27
Dist panico	7.5%	25.4%	.004
Abuso alcool	5.6%	17.0%	.03

“Questi dati suggeriscono che la presenza di binge eating sia associata non solo con una maggior morbilità medica e psichiatrica ma anche con un pattern personologico ed un insieme di sintomi che sono comunemente associati con una diatesi depressiva”

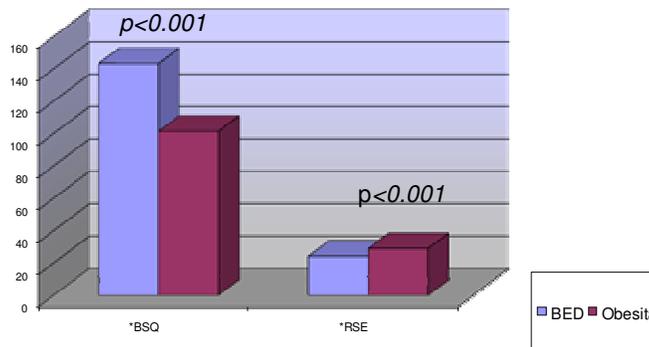
Body dissatisfaction and binge eating in obese women: the role of restraint and depression (Wardle et al.; obesity research, 2001)



BDI= beck depression inventory

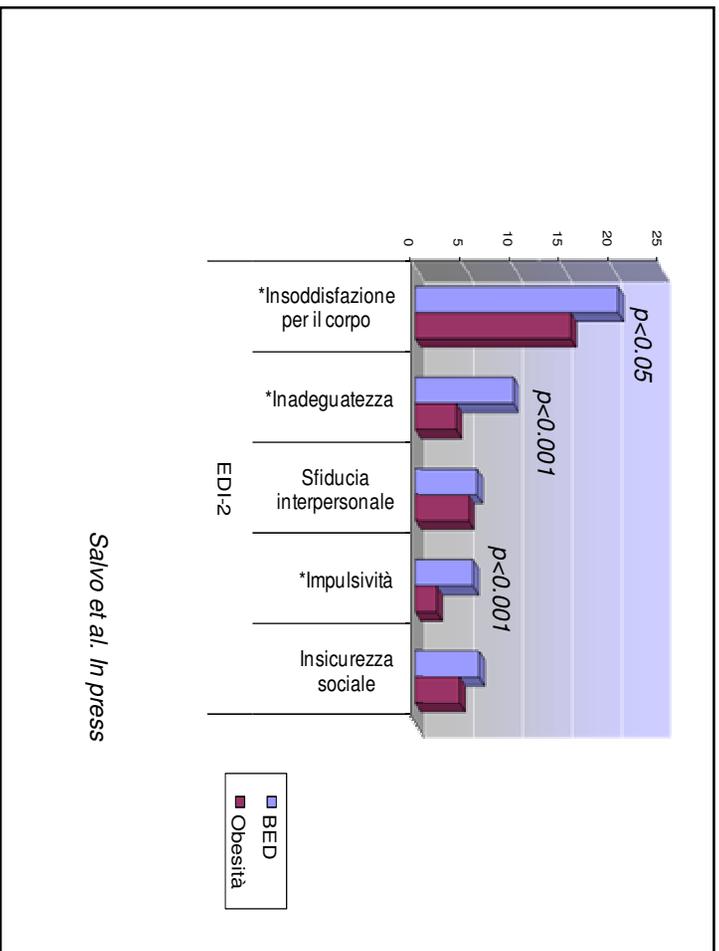
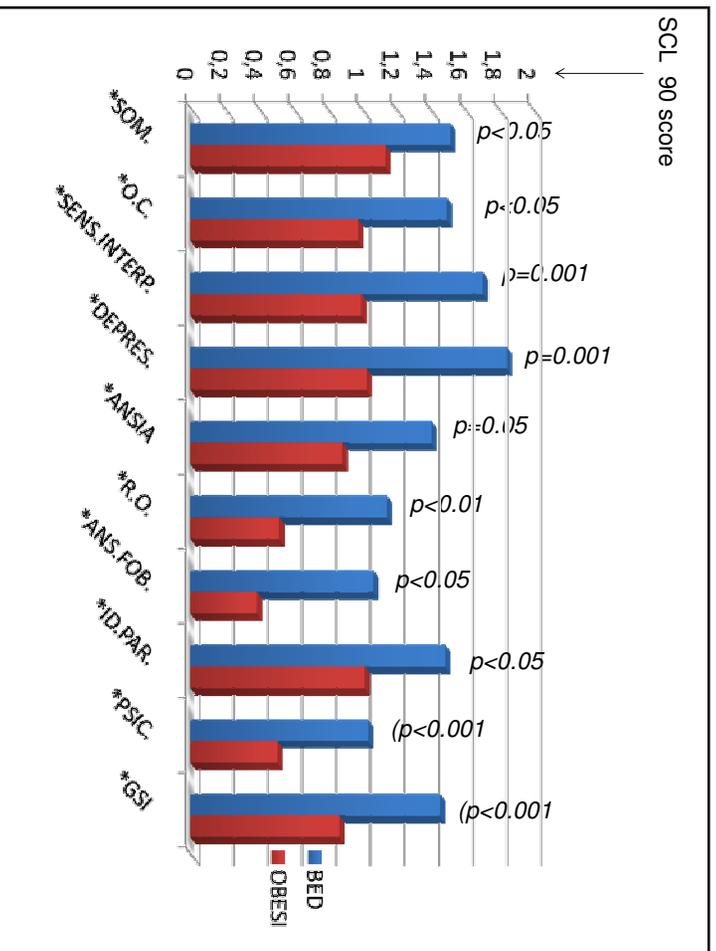
- Le donne più insoddisfatte del loro aspetto fisico sono quelle con il maggior punteggio alla BES e questo effetto è indipendente da età e peso corporeo
- Le donne per le quali migliora l'insoddisfazione corporea sono quelle per le quali si verifica il maggior miglioramento del binge eating
- Il miglioramento del binge si correla con il miglioramento dell'umore e con l'aumento della restrizione

Diagnosi	Numero	Sesso	Età media	BMI medio
Obese BED	30	F	35,30	37,0760
Obese senza BED	30	F	42,57	37,1700



BSQ=Body Shape Questionnaire ; RSE=Rosenberg Self-Esteem Scale

Salvo et al. In press





L'immagine che ogni uomo ha del mondo è e sempre rimane una costruzione della sua mente, e non si può provare che abbia alcuna altra esistenza.

Erving Schrödinger
Mind and matter

Cos'è l'immagine corporea?

- Come tu vedi o rappresenti te stesso
- Come tu pensi che gli altri ti percepiscano
- Quali sono le tue credenze in merito al tuo aspetto fisico
- Come ti senti in rapporto al tuo corpo
- Come ti senti nel tuo corpo

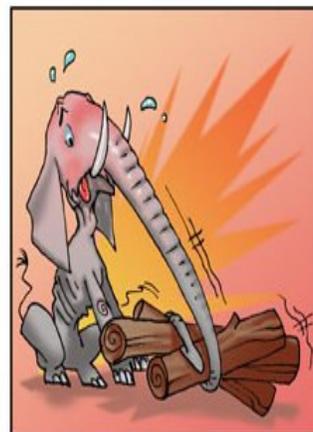


Immagine corporea

La nostra immagine corporea è il risultato della interazione di aspetti psicologici, esperienziali, culturali, sociali



Stili alimentari, obesità e disturbi del comportamento alimentare

Oltre al disturbo da alimentazione incontrollata, nella pratica clinica capita di vedere numerosi “**stili alimentari**” particolari che si correlano con l’obesità e con i DCA

I restrittivi ideativi: vorrebbero mangiare poco, sono sedentari, periodicamente incorrono in periodi in cui mangiano molto

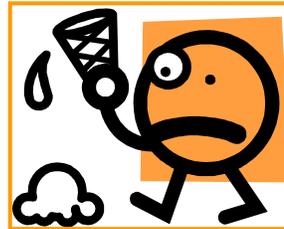
HO COMINCIATO
UNA DIETA
TALMENTE STRETTA...



...CHE NON RIESCO
PIÙ AD INFILARLA.

Emotional eaters:

Mangiano per sedare emozioni, gestiscono gli stati emotivi assumendo del cibo



NES: Mangiano molto (si abbuffano) dopo cena o di notte spesso dopo aver ristretto l'introito alimentare durante il giorno



overeaters:
mangiano molto ai pasti



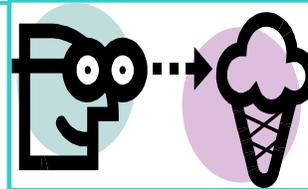
Piluccatori: durante il giorno fanno grignottage, snacking o grazing



IPERFAGICI COMPULSIVI:
Mangiano senza riuscire a controllarsi, pur non arrivando ad abbuffarsi



BRAMOSI: Hanno un desiderio “ardente” per certe categorie di cibi come gli sweet eaters (bramosia selettiva)



Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature (Niego et al.; Intern J eat disorder, 2007)

Binge e BED pre surgery

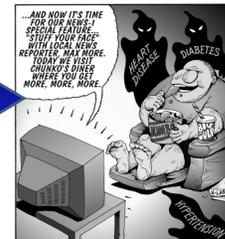
1° autore	Tipo di studio	BE + BED %
Allison 2006	Cross sectional	5.6
Boan 2004	Prospective	30
Burgmer 2005	Prospective	20.1
De Zwaan 2003	Prospective	39
Hsu 1996	Retrospective	37
Kalarchian 1999	Prospective	39
Larsen 2004	Prospective	56
Saunders 1999	Cross sectional	60

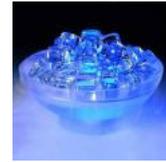
Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature (Niego et al.; Intern J eat disorder, 2007)

Binge e BED pre vs. post surgery

1° autore	Tipo di studio	% BE + Bed pre surgery	% BE + BED post surgery
Adami 1999	Cross sectional	52	0
Hsu 1996	Retrospective	37	21
Hsu 1997	Cross sectional	48	26
De Zwaan 2002	Cross sectional	49	11.5
Lang 2002	Cross sectional	64	29
Larsen 2004	Prospective	56	<2 aa=32 >2 aa=37
Mitchell 2001	Retrospective	49	12
Saunders 2004	Cross sectional	60	48

L'obesità ed i DCA sono mondi separati o uno spettro complesso ed articolato di patologie del comportamento?





“... il marito della paziente la trovava spesso, nel mezzo della notte, con le mani del dispenser del ghiaccio. La paziente riferiva la presenza di queste condotte diverse volte ogni notte da diversi mesi...”

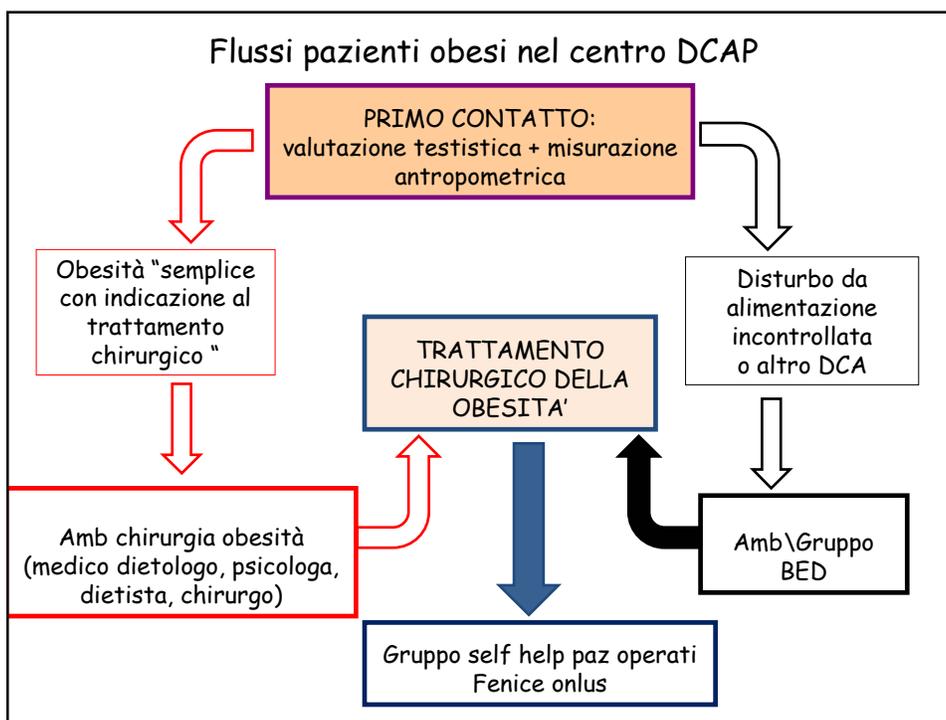
La pagofagia

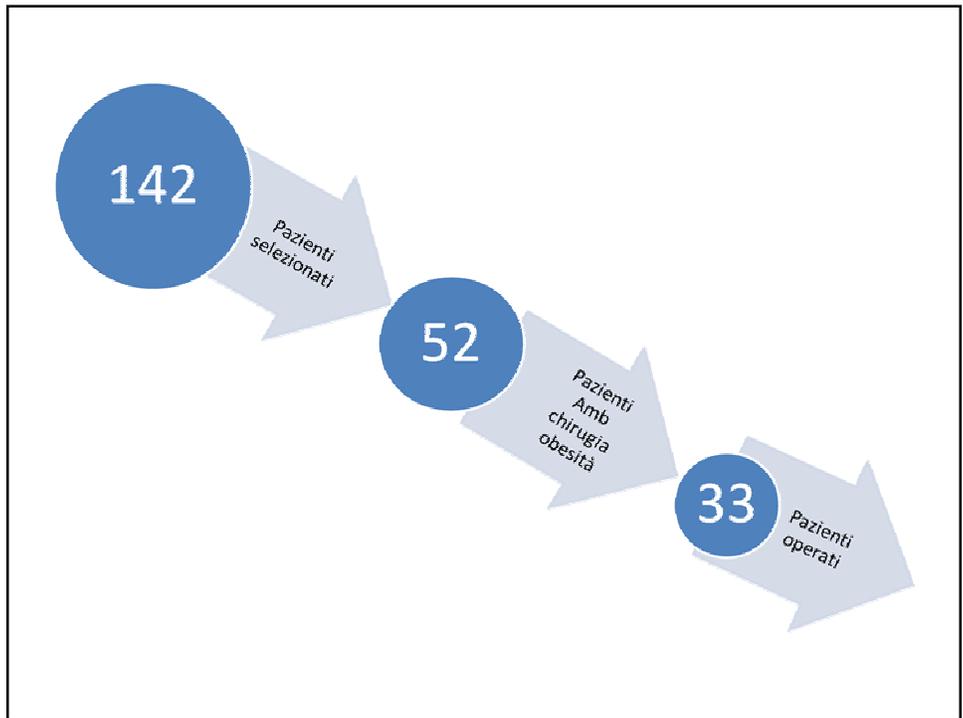
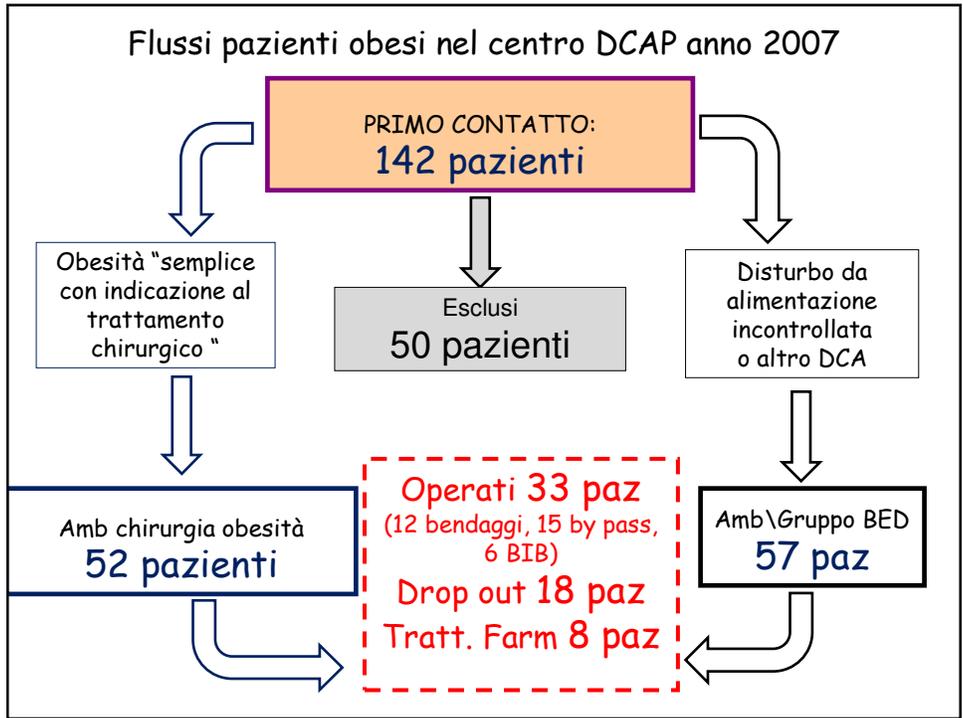
- Questo singolare disturbo del comportamento alimentare, noto come "pagofagia", dal greco "pagos" (ghiaccio, gelo, brina) + "èphagon" (mangiare), si manifesta nel 50 % circa dei soggetti affetti da anemia ferro-carenziale.
- E' stato descritto per la prima volta da Ippocrate e fa parte della più complessa categoria della Pica

Chirurgia della obesità e PICA

- Il by pass gastrico (Roux-en-Y gastric bypass) ha determinato la riosservazione di casi di pagofagia
- Si tratta di un particolare tipo di PICA (*ingestione compulsiva di sostanze non alimentari*) caratterizzata dalla ingestione di ghiaccio
- E' dovuta alla carenza di ferro la cui supplementazione la risolve
- La pagofagia può restare un sintomo di carenza marziale se non viene indagato ed illustrato al paziente

*Kushner et al., ob surgery 2007. Kushner et al., J am dietetic ass. 2008.
M. Marinella., Mayo clinic proceeding, 2008*





CONCLUSIONI

Le “complicanze” della chirurgia della obesità dipendono essenzialmente da 4 fattori:

- **il tipo di trattamento chirurgico**
- **il DCA concomitante o sottostante**
- **lo stile alimentare**
- **la comorbidità psichiatrica**

- Una adeguata selezione dei candidati alla chirurgia della obesità è necessaria per ridurre al minimo i rischi di “complicanze”
- La selezione richiede la partecipazione di più figure professionali tra cui specialisti psichiatri e psicologi
- percorsi di cura e di avvicinamento alla chirurgia della obesità devono essere centrati sul cliente e sulle sue difficoltà

- I candidati alla chirurgia bariatrica sono portatori di una elevata percentuale di psicopatologia che aumenta in presenza di binge eating
- Una bassa autostima ed una immagine corporea insoddisfacente sono spesso il vero “motore” che porta a cercare la chirurgia bariatrica come soluzione psicologica
- Bassa autostima e pattern depressivo rendono più difficile adeguarsi al regime nutrizionale richiesto dopo gli interventi

- non vi sono indicazioni certe sulla inopportunità di attuare un trattamento chirurgico finalizzato alla perdita di peso nei grandi obesi BED
- In ogni caso è necessario un trattamento preventivo diretto alla riduzione del binge eating ed alla cura della psicopatologia associata

Grazie per la attenzione

