



Dott. Alessandro Albizzati , Dott.ssa Fortunata Cantini
U.O. di Neuropsichiatria Infantile
ASST Santi Paolo e Carlo - Milano

INDICE



- * CASO CLINICO
- * DEFINIZIONE
- * MODELLO EZIOPATOGENETICO
MULTIFATTORIALE
- * TRATTAMENTO
 - * MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO
 - * BASATO SULLA FAMIGLIA
 - * SECONDO UN TEAM APPROACH
- * INDICATORI DI RICOVERO
- * CONSIGLI PER IL PEDIATRA



CASO CLINICO

MI PRESENTO

* Agosto 2016

- Pz 11 anni – fine I media
- Finisce I media
- BMI sul 5°p, calo di 9 kg/ 3 mesi
- Alimentazione progressivamente restrittiva
- Preoccupazione sul peso, paura di ingrassare.
- Pz ricoverata presso il luogo di villeggiatura
- Diagnosi svolta da psicologa del luogo di vacanza
- Invio da colleghi NPI

chiamo _____

_____ anni

capelli _____

gli occhi _____

il naso _____

il collo _____

le orecchie _____



Richiesta

- * Genitori preoccupati per lo stato di salute, e per il comportamento alimentare sorprendentemente e stoicamente restrittivo della figlia
- * Pz: desiderosa di guarire, riferisce di non sapere come fare, chiede ai genitori rassicurazioni su come può sforzarsi di mangiare.

Esordio

- * **2013**, IV elementare: preoccupazione immagine corporea
- * Sett/ott **2015**, Prima media: preoccupazione su peso, desiderio di pesare meno, come le compagne
- * **Febbraio 2016**: attenzione ad alimentazione sana:
- * **Maggio 2016**: accesso in **ps** per stitichezza (stitichezza nas→ verosimilmente dovuta al cambiamento di dieta)
- * **Luglio 2016** - controllo pediatrico estivo: non ha mantenuto il suo “rifiorire estivo”, registrano calo ponderale di 9 kg in 1 anno, secondo i genitori negli ultimi 3 mesi
 - * La **pediatra fornisce alla famiglia una dieta grammata** e un contatto individuale con psicologa di fiducia
 - * Aumenta la restrizione alimentare, crisi dismorfofobiche, la psicologa segnala presenza di un DCA



Decorso

ALLARME

Psicologa segnala a
pediatra gravità
Pediatra richiede ricovero
per approfondimenti
I pediatri dell'ospedale
ricoverano la paziente per
bradicardia e ipotensione
ortostatica da
denutrizione, esami ed
ECC nella norma →
infusione + integrazione
alimentare (4 ensure/die)

OSPEDALIZZAZIONE

Impostazione di routine
- Colloqui con psicologa
- Alimentazione concordata
con la paziente secondo
richiesta (solo verdure,
scondite)
- Peso e parametri tutti i
giorni, senza comunicarlo alla
pz
- Integrazione alimentare al
massimo
I pediatri non la vogliono
dimettere senza un
appuntamento a breve
presso centro
specializzato DCA

DIMISSIONE

La dimettono 3 giorni
prima della prima visita
Incremento di peso: + 3kg
4 integratori (ensure plus)
Alimentazione secondo
desiderio e
predisposizione
(assume solo verdura
scondita e proteine)
Non consapevolezza del
peso

“La paziente riferirebbe di voler farsi curare”





DEFINIZIONE

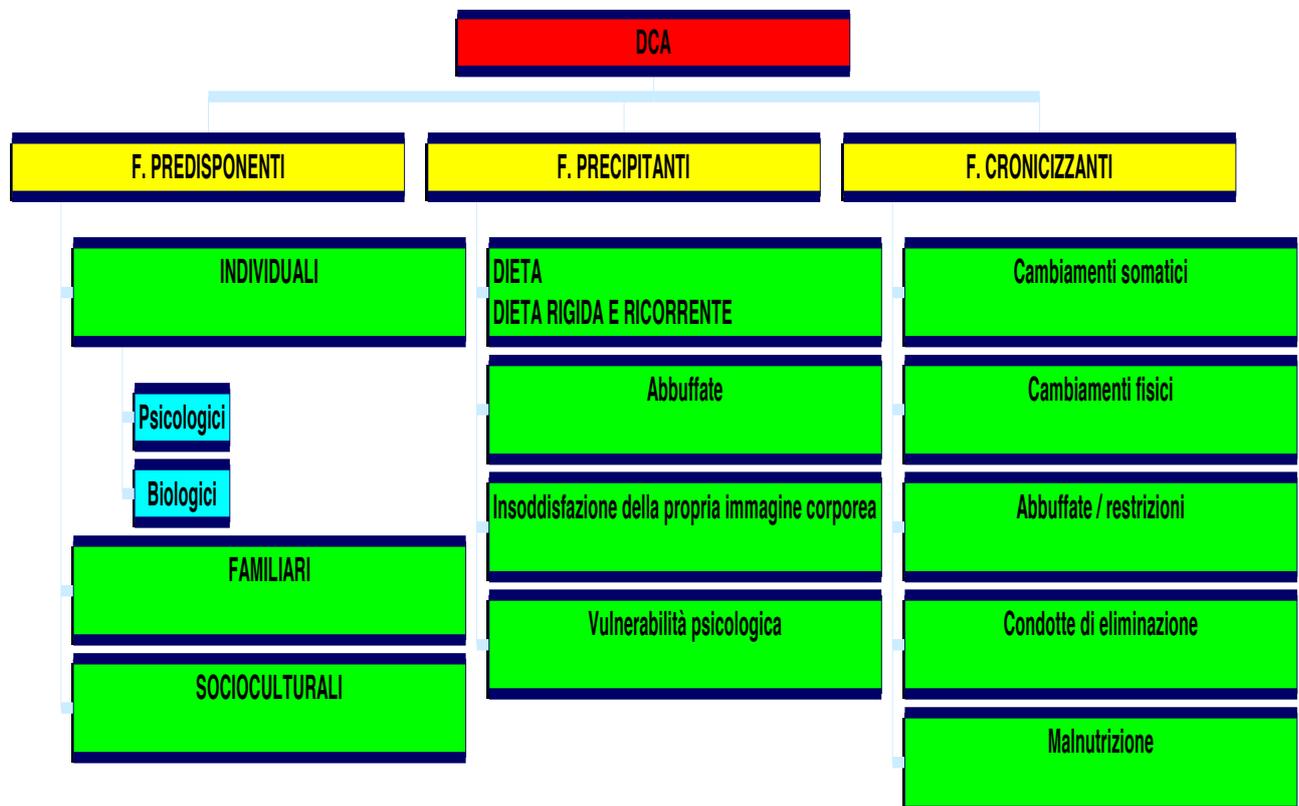
« *Qualsiasi situazione di **selettività restrittività e rifiuto dell'alimentazione** che sia fonte di preoccupazione per il genitore e comprometta lo stato di salute del minore*»

Sapendo che...

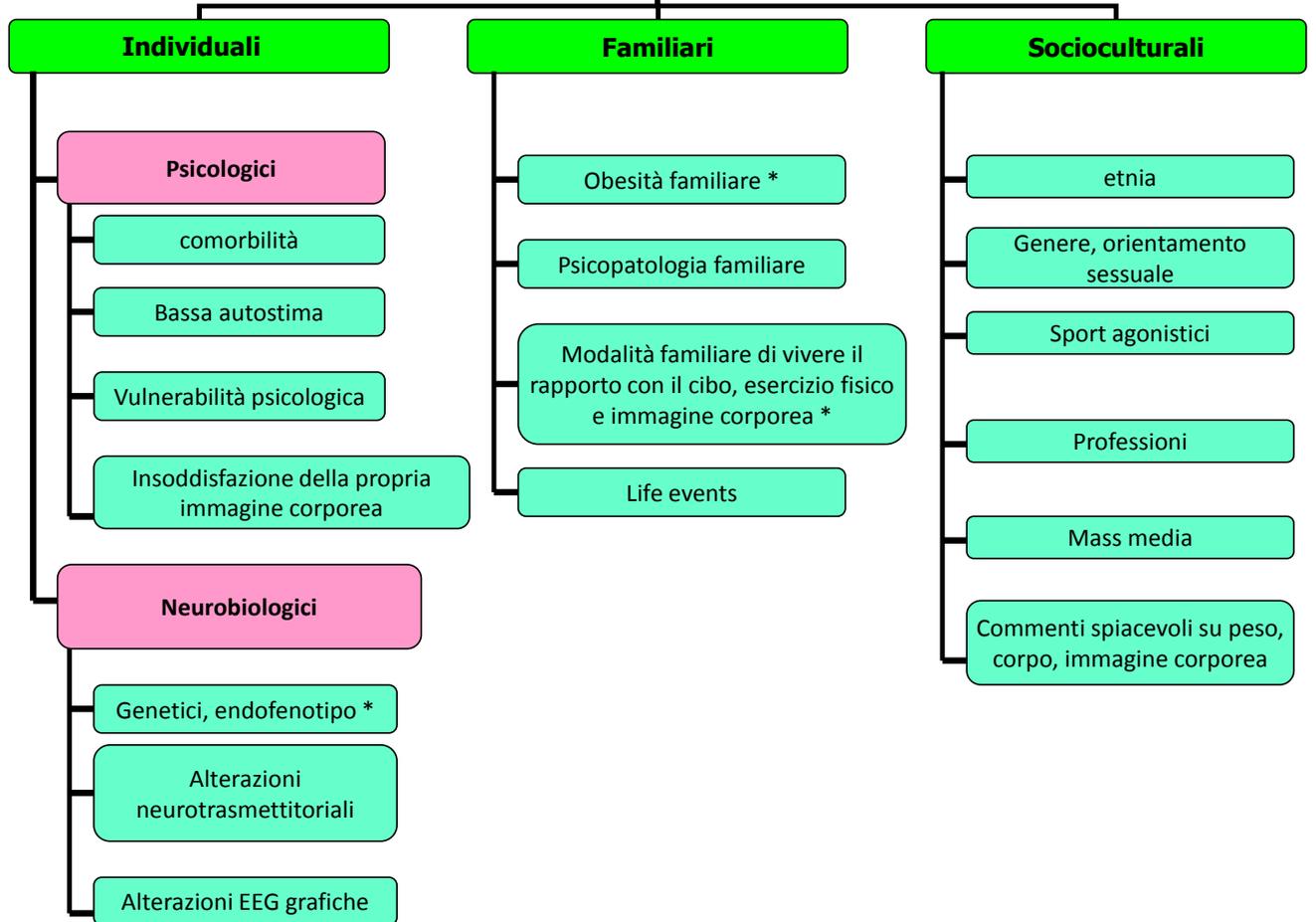
- * Una delle maggiori complicanze di gravità dei problemi medici che co con la malattia.
- * **In adolescenza** i segni di mal/denu impatto sulla formazione delle ris

- * cambiamenti della secrezione dell'ormone della crescita
- * ipogonadismo ipotalamico
- * anomalie strutturali cerebrali
- * ipoplasia midollare
- * disfunzioni cardiache
- * disturbi gastrointestinali
- * ritardo di crescita
- * interruzione o ritardo dello sviluppo puberale
- * riduzione del picco di massa ossea

MODELLO EZIOPATOGENETICO MULTIFATTORIALE



FATTORI DI RISCHIO





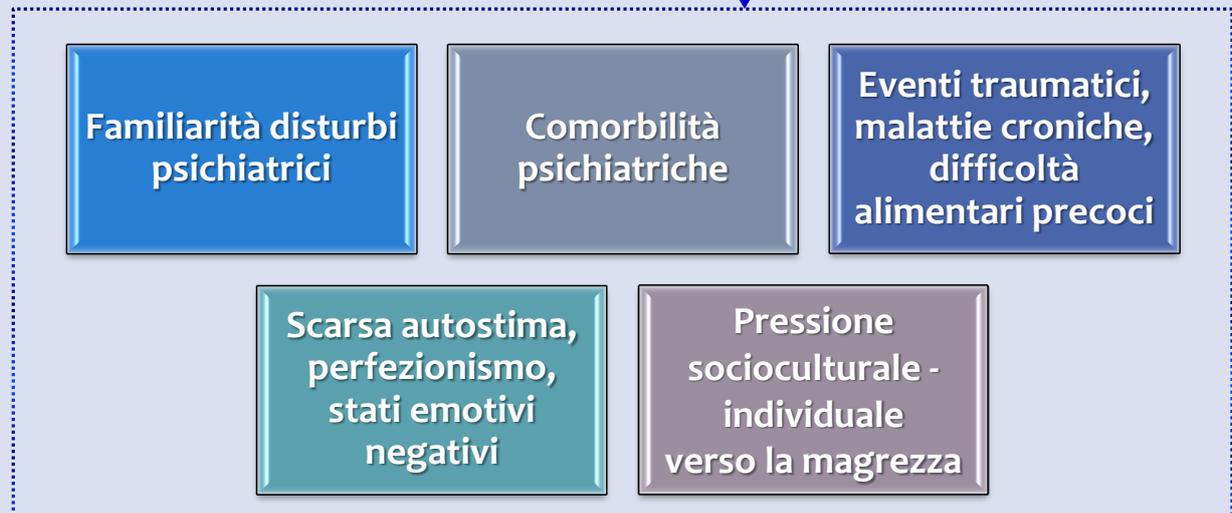
CC, 2012- FATTORI DI RISCHIO

RACCOMANDAZIONI

Pediatri e medici di base:

- attività di aggiornamento
- conoscenza della rete dei servizi

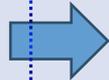
Anamnesi → **FATTORI DI RISCHIO**



Fattori di rischio legati allo sviluppo CC, 2012

BMI - variabili correlate al peso

risultati contrastanti
(studi longitudinali)

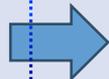


Obesità infantile: fattore fortemente associato a BN e DAI

(Pratt et al., 2009)

Problemi di alimentazione dell'infanzia

CORRELAZIONE



Pica, problemi della digestione dell'infanzia e sintomi bulimici e BN

(Stice et al., 2011a, studio longitudinale)

Difficoltà di digestione e "spilluzzicare" - disturbi alimentari restrittivi e AN

Comportamenti disturbati - tensioni relazionali attorno al cibo: AN

Picacismo, problemi della digestione, tendenza al digiuno, disinteresse per l'alimentazione: no correlazione con DCA

(Stice et al., 2011a)

➔ **FATTORI DI RISCHIO VARIABILI** di cui non è nota la potenza e la specificità

Fattori di rischio biologici (CC, 2012)

Fattori genetici

Polimorfismo gene 5-HTTLPR - allele S, marcatore per l'AN, ma non per la BN e il DAI: dati eterogenei

(Calati et al., 2011)

Studi familiari e sui gemelli: predisposizione genetica, non genotipi

(Stice et al., 2011)

Interazione gene-ambiente che altera l'espressione genetica attraverso processi epigenetici

(Hautala et al., 2011)

Fattori protettivi (CC 2012)

Ruolo protettivo delle famiglie

- Prevengono ricorrenza o insorgenza dei DCA in tarda adolescenza
- Favoriscono remissione nelle forme ad esordio precoce



Rapporto padre - figlia

maggiore sostegno emotivo paterno nel favorire autonomia e indipendenza

Eziopatogenesi multifattoriale

- caso clinico -

	Fattori di rischio	Fattori precipitanti	Fattori cronicizzanti	Fattori protettivi
Individuali	Perfezionismo Tratti da "Falso sé" Sovrappeso in infanzia	Delusione amicizie Confronto corporeo con coetanee	Esordio pre-puberale	Riconoscimento della autorità medica
Familiari	Obesità Attitudine a diete e controllo del peso	Intervento chirurgico madre (rimozione npl benigna), intervento chirurgico nonno materno	Eccessiva disponibilità alla responsabilizzazi one individuale Depressione materna	Buon legame affettivo, assenza di conflittualità nella coppia genitoriale
Ambientali	Trasferimento/ trasloco	Proposta trasferimento per lavoro padre (emirati arabi)	Assenza di rete di supporto locale	Evitamento contesti competitivi



TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE



NICE 2017

Anoressia nervosa nei
bambini e giovani adulti

Prima scelta: **TRATTAMENTO BASATO SULLA FAMIGLIA**
(FT-AN)



Se questo trattamento non è accettato, è controindicato o
inefficace:

- **CBT-ED**
- **psicoterapia focalizzata per gli adolescenti (AFP-AN)**

Consulenza dietetica: parte di un approccio multidisciplinare.

- supplemento multivitaminico e multiminerale
- familiari inclusi nell'educazione dietetica o nella pianificazione dei pasti
- consigli dietetici aggiuntivi per necessità di crescita e sviluppo

Consensus conference 2012

Indicazioni indispensabili per il trattamento di minori affetti da anoressia nervosa

Durata di malattia inferiore ai 3 anni → terapia basata sulla famiglia (FBT)

Genitori: risorsa nel trattamento e nella cura del figlio
(Fisher *et al.*, 2010; Lock *et al.*, 2010)

regolare valutazione condizioni fisiche per
eventuale aumento del rischio per la salute fisica
(NICE 2004 grado C)

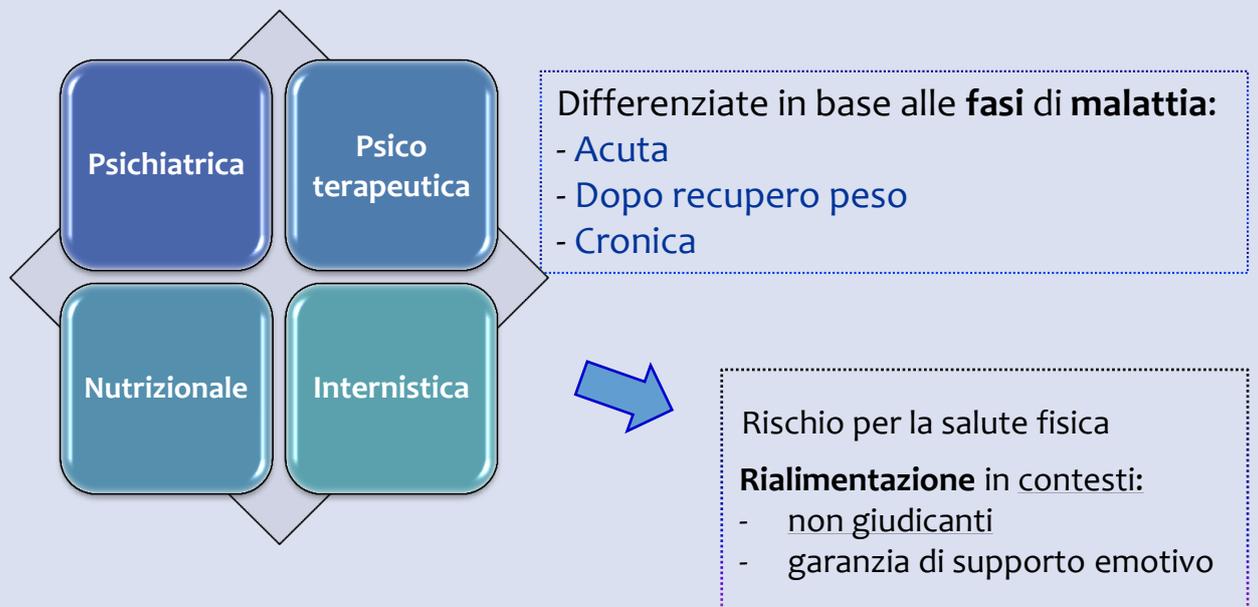
Comorbidità psichiatrica → trattamento psicofarmacologico

Resistenza al recupero ponderale, pensiero ossessivo, negazione malattia: Antipsicotici di seconda generazione

(APA 2006 livello III)

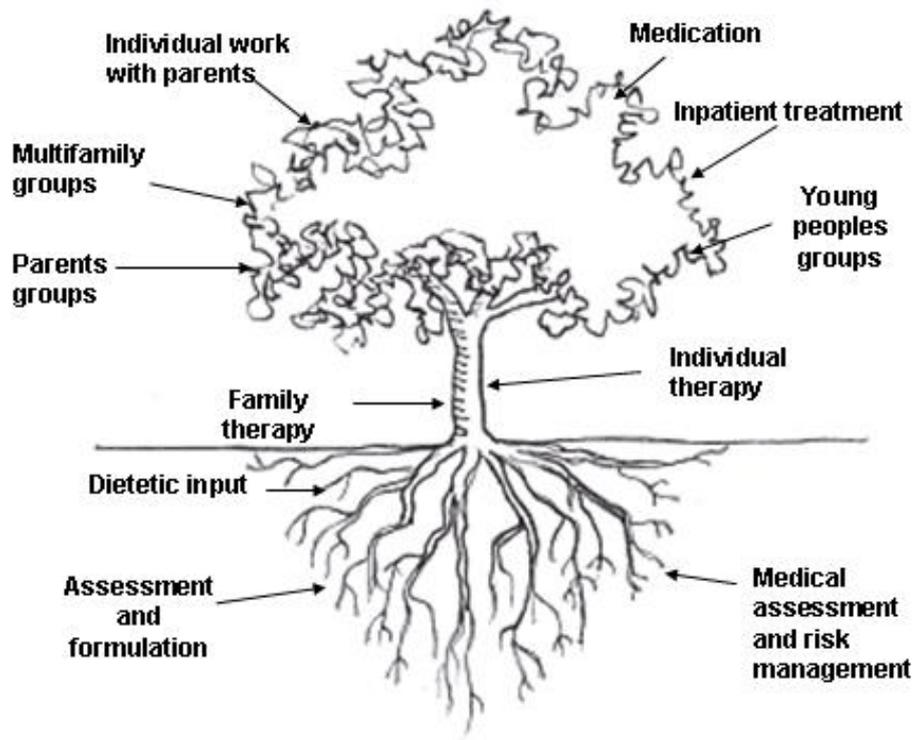
Consensus conference 2012

COMPONENTI DELL'INTERVENTO





TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO





Multidisciplinarietà (CC, 2012)

MODELLO ORGANIZZATIVO

Multi-dimensionale

Inter-disciplinare

Multi-professionale

Età specifico

Rete assistenziale

1. medici di medicina generale e pediatri di famiglia
2. **servizi ambulatoriali specialistici**, ospedalieri e non
3. servizi diurni
4. residenzialità terapeutico-riabilitativa
5. ricoveri ordinari e d'urgenza

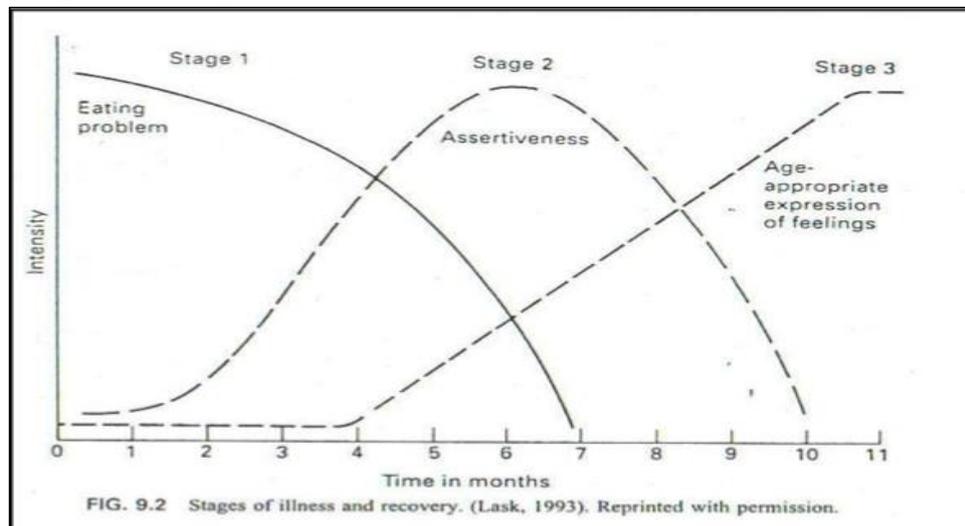


TRATTAMENTO BASATO SULLA FAMIGLIA

- Miglior trattamento in età evolutiva (APA, 2006, Le Grange, 2009; Lock, 2011)
- Nasce con intento di ridurre l'ospedalizzazione come fattore di cronicizzazione
- I genitori: RISORSE per la rialimentazione del figlio
- 3 fasi:
 - 1) DA centrale → genitori ri-alimentano il figlio;
 - 2) aumento ponderale → estensione terapia a problemi familiari;
 - 3) peso stabile → focus relazione genitori e paziente

➤ Fattori prognostici positivi

- < 18 anni
- < 3 anni di malattia
- Vivere in famiglia



Family Based Approach



DESTINATARI

- Adolescenti con AN
- <18 anni
- malattia da meno di 3 anni
- vivere nel contesto familiare

Questo approccio **ribalta il concetto** che l' **adolescente con AN** sia in **controllo di se stesso**, dell'**ambiente** e che richieda delle autonomie, cosa che ci si aspetterebbe rispetto ad uno sviluppo adolescenziale normale



L'approccio FBT enfatizza invece che l' **adolescente con AN** è **regredito nelle competenze** ha **perso il controllo** e ha bisogno **dell'aiuto dei suoi genitori per "rimettersi in carreggiata"** in modo che il processo di individuazione possa essere ripreso senza i sintomi dell'anoressia

FBT: controindicazioni e limiti



- Famiglie che ritengono di non poter fare nulla per il figlio
- Paziente che vive da solo
- Casi sociali con pregiudizio per la salute del minore (abuso-violenza-maltrattamento-TM)
- Patologia medica e psichiatrica presente a casa (?)
- Alta conflittualità (?)
- Sottopeso(?)



SECONDO il principio del **TEAM APPROACH**

For **children** and **adolescents**, the recommended treatment model is the **team approach**

The **biopsychosocial nature** of **anorexia nervosa** and **bulimia nervosa** dictates the need for **interdisciplinary treatment**, and each aspect of care must be developmentally tailored to the treatment of adolescents

(APA 2006)



INDICATORI DI RICOVERO

JOURNAL OF
ADOLESCENT
HEALTH
www.jahonline.org

Review article

Update on the Medical Management of Eating Disorders in Adolescents

Neville H. Golden, M.D.^{a,*}, Debra K. Katzman, M.D., FRCPC^b,
Susan M. Sawyer, M.B.B.S., M.D., FRACP^{c,d,e}, Rollyn M. Ornstein, M.D.^f, Elle
Andrea K. Garber, Ph.D., R.D.^g, Michael Kohn, FRACP, FACPM^{h,k}, and Richa

Table 2

Indications supporting hospitalization in an adolescent with an eating disorder

One or more of the following justify hospitalization:

1. $<75\%$ median body mass index for age and sex
2. Dehydration
3. Electrolyte disturbance (hypokalemia, hyponatremia, and hypophosphatemia)
4. EKG abnormalities (e.g., prolonged QTc or severe bradycardia)
5. Physiological instability
 - Severe bradycardia (heart rate <50 beats/minute at daytime; <45 beats/minute at night)
 - Hypotension ($<90/45$ mm Hg)
 - Hypothermia (body temperature $<96^{\circ}\text{F}$, 35.6°C)
 - Orthostatic increase in pulse (>20 beats per minute) or decrease in blood pressure (>20 mm Hg systolic or >10 mm Hg diastolic)
6. Arrested growth and development
7. Failure of outpatient treatment
8. Acute food refusal
9. Uncontrollable bingeing and purging
10. Acute medical complications of malnutrition (e.g., syncope, seizures, cardiac failure, pancreatitis, etc.)
11. Comorbid psychiatric or medical condition that prohibits or limits appropriate outpatient treatment (e.g., severe depression, suicidal ideation, obsessive compulsive disorder, type 1 diabetes mellitus)

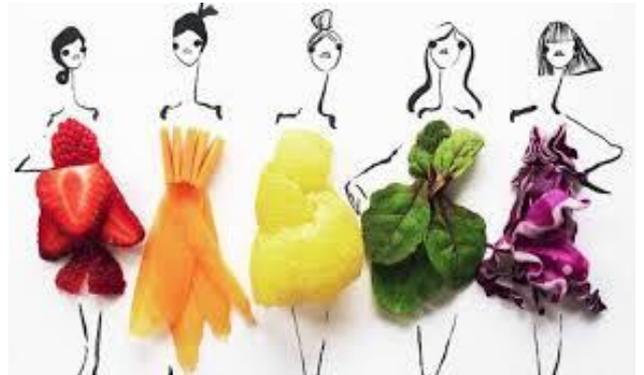
EKG = electrocardiogram; QTc = Corrected QT interval.



Raccomandazioni

* OSSERVARE I CAMBIAMENTI

1. Relativi al rapporto con il cibo
2. Relativi ad umore e al comportamento generale
3. Relativi al corpo





Cambiamenti che riguardano il cibo

- * **Preoccupazione** per il cibo, sensibilità per i temi sull'alimentazione
- * Spendere molto tempo a **leggere libri** di cucina e/o ricette
- * Alimentazione molto restrittiva
- * Preferenza a consumare **pasti da sola, cucinare per la famiglia**
- * **Cibi ipocalorici**, aumento utilizzo di spezie, acqua
- * **Irritabilità**, disagio e litigi durante i pasto per piccole quantità di cibo, incapacità di **tollerare** eventi non previsti rispetto al cibo, irritabilità a tollerare spostamento orari per i pasti
- * Tagliare il cibo in **piccoli pezzi**
- * Nascondere il cibo sotto il piatto, nel tovagliolo o in tasca
- * Raccogliere e/o accumulare cibo
- * **Negare la fame** anche quando questa è evidente, disagio dopo aver mangiato



Cambiamenti che riguardano l'umore e il comportamento in generale

- * **Pesarsi spesso**
- * Aumento dell'interesse per fare cose che implicano attività fisica: **flessioni**, utilizzo della corsa negli spostamenti, nella collaborazione familiare
- * **Aumento desiderio di aiutare gli altri**
- * Disgusto per se stessi
- * Problemi del **sonno**
- * Uso di **vestiti larghi**
- * Atteggiamento di **sfida** e caparbia
- * Ritiro sociale fino all' **isolamento**
- * Forme di **autolesionismo**: graffiarsi, abuso di droghe o o alcol





Cambiamenti che riguardano il corpo

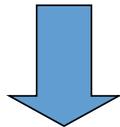
- * Perdita e fluttuazioni di **peso**
- * **Amenorrea**
- * Stanchezza
- * Vertigini
- * Dolori addominali e gonfiore
- * Bassa **temperatura** corporea
- * Stitichezza, problemi di digestione
- * **Acrocianosi, lanugo**
- * Perdita di capelli, debolezza unghie
- * Cefalee muscolo-tensive
- * Guance gonfie (ingrossamento parotidi da vomito/ruminazione/ **segno del callo**)



Sapendo che ...

La difficoltà di ingaggio fa parte della patologia (APA 2006)

1. Il **rifiuto delle cure** è legato alla vergogna, negazione, colpa, alla ricerca del “trattamento giusto” → **perfezionismo e criticismo**
2. L’ **alleanza terapeutica** è sostenuta da commenti e comportamenti empatici, rinforzo positivo, rassicurazione e supporto
3. La malattia spesso richiede adattamenti delle strategie di cura

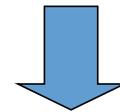


C'è bisogno di tempo

I DA sono pericolosi

1. **Conseguenze organiche** alcune irreversibili (muscolo, ossa, accrescimento staturale)
2. Breve storia di malattia: migliore prognosi
3. Patologie gravi e complesse per **comorbidità**:

Attacco al corpo: andare oltre il limite
→ **sensation seeking** nei DA → addiction



Non si può perdere tempo



Fine



Grazie per l'attenzione!