

Nutrizione Artificiale nel paziente con disturbi del comportamento alimentare

Premessa

I disturbi del comportamento alimentare si possono distinguere in:

- *Disturbi primitivi* (o disturbi del comportamento alimentare propriamente detti o DCA; eating disorders nella definizione anglosassone), nei quali l'alterato rapporto con il cibo è conseguenza di un'alterata percezione della propria immagine corporea e quindi espressione di disturbi psicologici (1)

- *Disturbi secondari* nei quali la perdita di appetito e l'avversione per il cibo riflettono profonde alterazioni dei meccanismi fisiologici di controllo della fame/sazietà, indotte dal concomitante sviluppo di malattie ad andamento acuto o cronico.

Tra i disturbi primitivi (anoressia nervosa, bulimia, alimentazione compulsiva o binge eating disorders), solo l'anoressia nervosa presenta, tra i criteri diagnostici, uno stato di malnutrizione clinicamente valutabile (peso corporeo \leq 85% del peso ideale o $IMC < 18.5 \text{ kg/m}^2$).

La riduzione ponderale in tale patologia si associa generalmente nella femmina ad amenorrea, che ne costituisce uno dei criteri diagnostici nella forma tipica, e può essere complicata da ritardo nell'accrescimento (se con esordio in età pre-peripuberale), osteoporosi, ipoplasia del midollo osseo, anomalie cardiache (2) e cerebrali. La reversibilità di queste ultime, in particolare, con il recupero ponderale, non è certa (3).

I DCA possono associarsi a disturbi psichiatrici primitivi (psicosi, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo), il cui trattamento può necessitare anche di una terapia psicofarmacologica.

La malnutrizione dei pazienti con anoressia nervosa è caratterizzata dall'instaurarsi di meccanismi di adattamento che permettono un fabbisogno energetico significativamente inferiore a quanto previsto (4). Nonostante ciò, il livello di mortalità in tale patologia, che colpisce in genere adolescenti di sesso femminile, è 12 volte più alto della mortalità delle adolescenti nella popolazione generale (5, 6), attribuibile per lo più ad aritmie da squilibrio idroelettrolitico e suicidio.

La sintomatologia soggettiva può variare, anche in

funzione del grado di malnutrizione, ponendo talvolta, nelle forme atipiche, problemi di diagnosi differenziale nei confronti di patologie organiche o funzionali dell'apparato digerente (dispepsie, malattie infiammatorie croniche intestinali, disordini della motilità). Talvolta, peraltro, malattie infiammatorie croniche, diabete mellito, celiachia possono coesistere con l'anoressia nervosa, rendendone più difficile la diagnosi e il trattamento (7).

L'importanza delle complicanze fisiche a lungo termine pone la necessità di una diagnosi precoce e di un inizio tempestivo dell'intervento terapeutico clinico-nutrizionale, soprattutto nella popolazione più giovane (8).

I dati di laboratorio possono rimanere nei limiti della norma fino alle fasi avanzate della malattia (7, 9), ed essere condizionati dallo stato di idratazione (emoconcentrazione) del paziente. Le alterazioni più comunemente osservate sono: leucopenia, anemia ipocromica, trombocitopenia (10), ipoglicemia, generalmente ipercolesterolemia, ipocolesterolemia nelle fasi più avanzate, ipercortisolemia, ridotti valori di zinco plasmatici (11), altri deficit di micronutrienti (vitamine e minerali) sono anche documentabili. Nelle forme di malnutrizione prolungata è frequente l'osservazione di un deficit di vitamina B₁₂ e acido folico (12), così come la comparsa di un deficit di sintesi proteica viscerale (ipoalbuminemia,ipoproteinemia totale, ipoprealbuminemia); ipopotassiemia e ipocloremia sono frequenti nei casi di vomito autoindotto e di assunzione di lassativi. Frequente inoltre l'iponatriemia (7). È comune l'osservazione di una ridotta FT₃ ("low T₃ syndrome"). I livelli serici di leptina sono ridotti nei pazienti con anoressia nervosa; tale osservazione si correla con la ridotta massa grassa (7).

L'andamento dello stato nutrizionale deve essere valutato non solo con il controllo del peso corporeo, ma anche con altri parametri antropometrici, indici di andamento clinico a lungo termine (percentuale del grasso corporeo, circonferenza del braccio, ecc.). I dosaggi di ferro, ferritina serica, transferrina e complemento C-3 sembrano utili, come indici di sintesi proteica viscerale, benchè vada ricordato che molti dati di laboratorio, utilizzati in altre patologie per l'assessment nutrizionale, sono spesso normali nell'anoressia nervosa.

Razionale

Nell'anoressia nervosa, l'obiettivo del nutrizionista clinico è il recupero e/o il mantenimento di uno stato di nutrizione compatibile con una ragionevole condizione di compenso clinico e metabolico. In tale percorso, diagnostico e terapeutico, è opportuno che l'integrazione tra nutrizionista e psichiatra si sviluppi fin dall'inizio, in modo tale da condividere la diagnosi ma anche le scelte terapeutiche, siano esse di tipo interventistico o meno (11, 12).

Obiettivo minimo finale è quello di raggiungere e mantenere almeno l'80% circa del peso ideale, che consenta una qualità di vita soddisfacente, in assenza di complicanze maggiori, possibilmente attraverso il recupero di abitudini alimentari ragionevolmente "normali"; nelle donne il recupero spontaneo del ciclo mestruale non sempre definisce un recupero clinico ottimale. Il recupero nutrizionale costituisce un fattore importante, talvolta determinante, nel favorire la risposta agli interventi terapeutici psicologico-psichiatrici.

Benchè non esista consenso univoco in proposito, si suggerisce un apporto iniziale di 20-25 Kcal non proteiche per kg di peso attuale/die. Infatti, i pazienti con anoressia nervosa mostrano un fabbisogno metabolico di base, pro kg di peso corporeo, ridotto rispetto ai soggetti normali (14); tale fabbisogno tuttavia aumenta durante la renutrizione, quando è talvolta osservabile una fase ipermetabolica di non chiara interpretazione (15). La calorimetria indiretta, quando disponibile, può dare indicazioni del fabbisogno metabolico di base sin dalle prime fasi della renutrizione (14).

Se la maggior parte dei pazienti risponde ad un programma integrato psichiatrico-nutrizionale, con il recupero di un'alimentazione opportunamente pianificata, che utilizzi alimenti naturali e talvolta integratori alimentari, alcuni soggetti, scarsamente critici nei confronti della malattia, possono non accettare il trattamento proposto e raggiungere gradi di malnutrizione a "rischio" addirittura della vita.

L'indicazione alla nutrizione artificiale (NA) deve nascere dal confronto tra nutrizionista e psichiatra, alla luce di accurate valutazioni in equipe di ogni singolo caso. Si ritiene opportuno intraprenderla nelle malnutrizioni gravi con peso corporeo inferiore al 65% del peso corporeo ideale o in presenza di un calo ponderale recente superiore al 30%, in soggetti non in grado di nutrirsi con alimenti naturali in modo adeguato (8), e comunque in quelle situazioni in cui una severa malnutrizione si accompagna a un giudizio clinico-psichiatrico di scarsa capacità di recupero autonomo.

La nutrizione enterale (NE) è preferibile alla nutrizione parenterale (NP), sebbene talvolta alcuni pa-

zienti la rifiutino categoricamente e accettino più facilmente l'accesso parenterale. La NE viene in genere attuata con sondino naso-gastrico, ma in casi rari e selezionati alcuni Autori hanno utilizzato una gastrostomia o una digiuno stomia (16).

Il supporto nutrizionale artificiale dovrà rispettare degli incrementi gradualmente, a partire da una quota calorica iniziale non superiore al 70% della REE. Nella NE sarebbe preferibile l'uso di miscele ad elevata densità calorica, in ragione della ridotta tolleranza cardiocircolatoria ai volumi infusionali, della migliore tolleranza gastrica (spesso è presente un rallentato svuotamento gastrico), e della riduzione dei tempi di infusione, che consente un più accurato monitoraggio infermieristico.

La NP, in genere meglio accettata dal paziente (17), può essere somministrata per via venosa periferica o centrale; la prima risulta più indicata quando l'integrazione calorica necessaria è ridotta e non sono presenti alterazioni gravi dell'equilibrio idroelettrolitico.

La NP per via centrale sarà limitata a situazioni particolari, (vomito incoercibile con gravi alterazioni elettrolitiche, assoluta necessità di contrarre i volumi infusionali in pazienti con rifiuto quasi totale dell'alimentazione per os o per via enterale), in condizioni cliniche critiche, e in idoneo ambiente specialistico che sia in grado di valutare tempestivamente le complicanze ad essa correlate; anche in tali casi l'integrazione con gli specialisti psichiatri può risultare determinante per quanto riguarda la sua percezione accettazione.

L'inizio di una NA forzata deve essere attentamente valutato alla luce delle condizioni cliniche e delle rilevanti medicolegali; l'uso non appropriato può creare una pericolosa sfiducia verso l'equipe medica con conseguente peggioramento del controllo della malattia (11).

Come già detto, durante la renutrizione, sia essa per via enterale o parenterale, dovrà essere rivolta particolare attenzione alla quota idrica somministrata, per il rischio di uno scompenso cardiocircolatorio, e all'integrazione elettrolitica, minerale e vitaminica che eviti l'insorgenza della "refeeding syndrome" (18).

È comunque sempre auspicabile che durante la NA, sia essa enterale o parenterale, l'alimentazione per os sia sempre, per quanto possibile, presente e mai trascurata (11).

Indicatori di efficacia

- Nel trattamento dei disturbi primitivi, i principali indicatori di efficacia del trattamento nutrizionale sono l'arresto del calo ponderale e, successivamente, il suo graduale aumento ponderale con la correzione degli equilibri metabolici.

- Nel trattamento delle anoressie secondarie a diverse patologie, gli indicatori di efficacia del trattamento nutrizionale sono rappresentati dal miglioramento dell'appetito, dall'aumento dell'assunzione calorica, e dal miglioramento della qualità di vita.

Raccomandazioni pratiche

- 1) Tutti i pazienti con anoressia nervosa sono malnutriti e devono essere sottoposti a valutazione dello stato nutrizionale con pianificazione di un programma di recupero nutrizionale (B).
- 2) Il trattamento dei disturbi del comportamento

alimentare si basa sull'integrazione psicologico-psichiatrica e nutrizionale (B).

- 3) La nutrizione artificiale deve essere limitata a quei pazienti gravemente malnutriti (peso attuale < 65% del peso ideale o recente calo ponderale > 30%) che non dimostrino capacità di miglioramento con un'adeguata alimentazione per os (B).
- 4) La nutrizione parenterale andrà utilizzata in quei pazienti che non possono usufruire della via enterale per motivi organici o psicologici (B).
- 5) La nutrizione artificiale deve essere attuata in modo graduale e deve essere attentamente monitorata per quanto riguarda l'apporto di fluidi, elettroliti, minerali e vitamine per evitare la comparsa di una refeeding syndrome (A).

BIBLIOGRAFIA

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
2. Cooke RA, Chambers JB. Anorexia nervosa and the heart. *Br J Hosp Med* 1995; 54: 313-7.
3. Katzman DK, Zipursky RB. Adolescents with anorexia nervosa: the impact of the disorder on bones and brains. In: Adolescent nutritional disorders; prevention and treatment: Jacobson MS, Rees JM, Golden NH and Irwin CE. *Annals of the New York Academy of Sciences*. New York, NY 1997; 817: 127-37.
4. Obarzanek E, Lesem MD, Jimerson DC. Resting metabolic rate of anorexia nervosa during weight gain. *Am J Clin Nutr* 1994 ; 60: 666-75.
5. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1073-4.
6. De Filippo E, Signorini A, Bracale R, Pasanisi F, Contaldo F. Hospital admission and mortality rates in anorexia-nervosa: experience from an integrated medical-psychiatric outpatient treatment. *Eat Weight Disorder* 2000; 5 (4): 211-6.
7. Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog DB. Current Concepts. *Eating Disorder*. *N Eng J Med* 1999; 340: 1092-8.
8. A.S.P.E.N: Board of Directors. Guidelines for the Use of Parenteral and Enteral Nutrition in Adult and Pediatric Patients. *JPEN* 2002; 26: 94SA-95SA.
9. Kreipe RE, Birndorf SA. Eating disorders in adolescent and young adults. *Medical Clinics of North America* 2000; 84: 1027-49.
10. Marcos A. The Immune System in Eating Disorders: An Overview. *Nutrition* 1997; 13: 853-62.
11. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorder (Revision) *Am J Psychiatry* January 2000; 157 (suppl 1): S1-39.
12. Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *J Am Diet Assoc* 2001; 101: 810-9.
13. Ozawa Y, Shimizu T, Shishiba Y. Elevation of serum aminotransferase as a sign of multiorgan-disorders in severely emaciated anorexia nervosa. *Int Med* 1998; 37: 32-9.
14. Pichard C, Kyle UG, Slosman DO, Penalosa B. Energy expenditure in anorexia nervosa: can fat-free mass as measured by bioelectrical impedance predict energy expenditure in hospitalized patients? *Clinical Nutrition* 1996; 15:109-14.
15. Levine JA, Eberhardr NL, Jensen MD. Role of nonexercise activity thermogenesis in resistance fat gain in humans. *Science* 1999; 283: 212-4.
16. Neiderman M, Zarody M, Tattersall M, Lask B. Enteric feeding in severe adolescent anorexia nervosa: a report of four cases. *Int J Eat Disord* 2000; 4: 470-5.
17. Mehler PS, Weiner KA. Treatment of anorexia nervosa with total parenteral nutrition. *Nutr Clin Pract* 1995; 5: 183-7.
18. Crook MA, Hally V, Panteli JV. The importance of the Refeeding Syndrome *Nutrition* 2001; 17: 632-7.