



Roma, 8-11 novembre 2018

Real Clinical Practice



ITALIAN CHAPTER



Simonetta Marucci Endocrinologa

Centro DCA Todi (ASL 1 Perugia)

Ambulatorio DCA ASL 2 (Ospedale di Spoleto)



Roma, 8-11 novembre 2018

Conflitti di interesse



ITALIAN CHAPTER



Ai sensi dell'art. 3.3 sul conflitto di interessi, pag 17 del Regolamento Applicativo Stato-Regioni del 5/11/2009, dichiaro che negli ultimi 2 anni ho avuto rapporti diretti di finanziamento con i seguenti soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:



Roma, 8-11 novembre 2018

Sig.ra L.A. 55 anni



ITALIAN CHAPTER



- Prima visita 17/10/2016 presso Ambulatorio DCA (inviata dal MMG)
- La paziente viene accompagnata, in carrozzina, da una operatrice del Telesoccorso, poiché non in grado di deambulare a causa della grave obesità.
- Peso: 160 kg; BMI 66.6
- L'accompagnatrice riferisce che la paziente vive da sola e che ha un amministratore di sostegno
- Seguita da diversi anni dal Centro Salute Mentale territoriale



Anamnesi



ITALIAN CHAPTER

Roma, 8-11 novembre 2018

- Storia familiare e personale molto travagliata (abbandonata in tenera età; adottata da zii materni; infanzia in collegio di suore, dove porta a termine studi magistrali; 3 anni in convento; a 25 anni inizia convivenza: compagno alcolista, violento. Ha una figlia che muore a 1 anno di età per polmonite; nuova gravidanza dopo 3 anni, con aborto conseguente ad un trauma. In questo periodo inizia ad assumere psicofarmaci. Fame compulsiva. Aumenta di peso fino ad arrivare a circa 100 kg a 30 anni (peso iniziale 70 kg)
- Intraprende diverse diete, interrompendole dopo periodi brevi, con recupero del peso perduto ed incremento progressivo dello stesso a causa di episodi sempre più frequenti di fame compulsiva, con abbuffate oggettive.



Anamnesi



ITALIAN CHAPTER

Roma, 8-11 novembre 2018

- Inviata al CSM territoriale veniva posta diagnosi di disturbo bipolare tipo I; sindrome maniaco-depressiva a sfondo psicotico in personalità di tipo schizo-affettivo; sSindrome comiziale tipo «grande male»; disturbo del comportamento alimentare compulsivo; disturbo disadattativo.
- Terapia: Quetiapina 300 mg x 2; Acido Valproico 500 mg x 2; Fluoxetina 1 cp; Clonazepam gtt 5 + 20;
- Assume, inoltre, L-tiroxina 100 per ipotiroidismo (tiroidite di H) e Metformina 500 + 1000 + 500 per DM 2.



Roma, 8-11 novembre 2018

1995



ITALIAN CHAPTER



- Peso: 105 kg BMI 43.7
- Fallimento dei percorsi dietoterapici (molti «fai da te»...)
- Fame compulsiva con abbuffate oggettive
- Situazione familiare critica, che tende a peggiorare le condizioni psichiche ed il comportamento alimentare, che diventa compensatorio.



Roma, 8-11 novembre 2018

Cosa avreste fatto?



ITALIAN CHAPTER



1. Approccio dietologico appropriato
2. Invio presso un Servizio per DCA
3. Chirurgia bariatrica



Operata di gastroplastica verticale



ITALIAN CHAPTER

Roma, 8-11 novembre 2018

- Non abbiamo molte notizie sul decorso pre e post-operatorio
- Riferisce di avere avuto delle visite di controllo solo dal chirurgo
- Fino al 2000 subisce altri 2 interventi di riposizionamento dell' anello gastrico.
- Inizia a vomitare ad ogni pasto (pasti normali frequenti e abbuffate tra i pasti). Arriva a pesare 70 kg.
- Riprende gradualmente peso: nel 2005 pesa 100 kg.



- Per un lungo periodo non viene seguita, se non a livello psichiatrico
- 5 anni fa, muore il compagno (da cui comunque si era separata) e sviluppa un BED con abbuffate continue, senza vomito
- Si sottrae ad ogni forma di cura
- Arriva a pesare 170 kg



Roma, 8-11 novembre 2018

2016: primo accesso DCA



ITALIAN CHAPTER



Nel momento in cui viene nel nostro ambulatorio è in condizioni cliniche precarie:

- insufficienza respiratoria da marcato difetto ventilatorio restrittivo (ossigeno gassoso ed aerosol - necessità di ventiloterapia notturna)
- apnee notturne
- reflusso gastro-esofageo (inibitori di pompa - magaldrato)
- ipotiroidismo / ipopotassiemia
- diabete 2
- difficoltà nella deambulazione



Roma, 8-11 novembre 2018

Disturbo Alimentare Compulsivo



ITALIAN CHAPTER



- Abbuffate ricorrenti, NED, grignottage
- Vomito sporadico, non autoindotto
- Ritiro sociale
- Condizioni igieniche precarie
- Vive sola e riferisce di avere aiuto di una amica, non continuativo
- Non è favorevole ad una terapia residenziale



Roma, 8-11 novembre 2018

Cosa avreste fatto?



ITALIAN CHAPTER



1. Ricovero ospedaliero per stabilizzazione parametri metabolici
2. Servizio DCA: Ambulatoriale? Residenziale?
3. Reintervento?



L.G. SICOB 2016



ITALIAN CHAPTER

Roma, 8-11 novembre 2018

- BMI > 40
- BMI > 35 con comorbidità
- BMI > 30 < 35 con comorbidità (I/A)
- Età < 18anni e > 65: BMI > 35 con comorbidità.
Maturazione sessuale e ossea completa. Capacità di seguire programma riabilitazione. Capacità di esprimere consenso
- Considerazione rischio operatorio



Roma, 8-11 novembre 2018



ITALIAN CHAPTER



- Controindicazione: disturbi psichiatrici (il 40% dei paz candidati a Ch Bar ha diagnosi psichiatrica); dipendenze
- BED e NES: non controindicazione ma intervento subordinato a valutazione di equipe e trattamento psicoterapico
- Bulimia: controindicazione
- Endocrinopatie: controindicazione



L.G. DCA NICE 2004 (1.1.1.1)



ITALIAN CHAPTER

- La valutazione di un soggetto affetto da DCA dovrebbe essere completa e includere i bisogni fisici, psicologici e sociali, e una valutazione globale del rischio.
- 1. Guidance
- 1.1 Care across all conditions
- 1.1.1 Assessment and coordination of care



Roma, 8-11 novembre 2018

DCA: gestione generale APA, 2006



ITALIAN CHAPTER



Il modello di cura raccomandato è di tipo multidisciplinare

Lo psichiatra può assumere un ruolo di leadership nel contesto di un programma o di un team che includa altre figure (medici, psicologi, dietisti e operatori sociali) OPPURE può collaborare in collaborazione all'interno di un team guidato da altri.

(I)



Roma, 8-11 novembre 2018

Cosa abbiamo fatto



ITALIAN CHAPTER



- Non è stato possibile ricovero residenziale, a causa del problema di deambulazione e della non autosufficienza
- Si concorda un ricovero temporaneo in RSA (che accetta), per avere un monitoraggio della alimentazione ed una stabilizzazione delle condizioni cliniche
- Dopo circa 40 giorni si prosegue con setting ambulatoriale con sostegno domiciliare



Outcome



Roma, 8-11 novembre 2018

ITALIAN CHAPTER

- Calo di peso: attualmente pesa kg 112, BMI 46.6
- Terapia: quetiapina, fluoxetina. acido valproico, L-tiroxina 100, metformina 500 x 2, tiotropio bromuro, pantoprazolo, ferro, KCl, furosemide, allopurinolo
- Psicoterapia individuale e di gruppo
- Terapia fisica riabilitativa
- Supporto sociale
- HbA1c 5.9, glicemia 80



Roma, 8-11 novembre 2018



ITALIAN CHAPTER



- Non più episodi lipotimici
- Non NED
- Comportamento alimentare adeguato
- Reflusso gastro-esofageo
- Ha recuperato autonomia nella gestione di se stessa: deambula con un bastone
- HbA1c 5.9, glicemia 80



Roma, 8-11 novembre 2018

Possiamo fare altro?



ITALIAN CHAPTER



- Revisione intervento?
- Quale intervento?



Roma, 8-11 novembre 2018

Take Home Message



ITALIAN CHAPTER



- Appropriatazza: dopo chirurgia bariatrica il 40% circa dei pazienti sviluppa un DCA
- Seguire le Linee Guida
- Centri accreditati (per DCA, per Chirurgia Bariatrica), con percorsi strutturati multiprofessionali interdisciplinari