

# Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)



# Disturbi del Comportamento Alimentare

(DCA, secondo il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*)

- ✓ Anoressia Nervosa (AN)
- ✓ Bulimia Nervosa (BN)
- ✓ Disturbo da Alimentazione Incontrollata  
(Binge Eating Disorder, BED)
- ✓ Disturbo Alimentare Non Altrimenti Specificato  
(Eating Disorder Not Otherwise Specified EDNOS)

*disturbo più comune*

patologie psichiatriche a presentazione clinica diversa, tutte caratterizzate da un anomalo rapporto con il cibo



# Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

negli ultimi anni grande attenzione e grande rilevanza a casi drammatici proposti dai media e ai risultati, particolarmente allarmanti, di sondaggi a larga scala



# Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

più colpite le ragazze dai 14 ai 18 anni

cronicizzazione della patologia:  
nel 30% circa dei casi

valori di mortalità tra il 5 e il 15%



# Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

fattori etiologici di ordine psicologico:  
reazioni alle esigenze di indipendenza  
proprie dell'adolescenza, comprese le  
esigenze di funzionamento sociale e  
sessuale



# Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

dal punto di vista psicodinamico

soggetti affetti da anoressia nervosa caratterizzati dall'incapacità di separarsi psicologicamente dalla madre, dal timore della gravidanza e dalla repressione delle pulsioni sessuali e aggressive;

soggetti affetti da bulimia nervosa riproducono nel rapporto ambivalente con il cibo la conflittuale separazione dalla figura materna e vivono le fantasie sessuali come inaccettabili e da rifiutare

Kaplan & Sadock, 1997



# Anoressia nervosa

Patologia di carattere psicologico caratterizzata da deperimento, un'incessante ricerca di magrezza e mancanza di volontà di mantenere un normale o sano peso, distorsione della propria immagine corporea e intensa paura di aumentare di peso, comportamento alimentare estremamente disturbato in cui cibo e controllo del peso diventano ossessioni .

Meccanismi di controllo del peso:

- dieta ed eccessivo esercizio fisico
- vomito autoindotto
- uso improprio o lassativi, diuretici o enteroclistmi



# Anoressia nervosa

## Epidemiologia

Studi di incidenza registrata da medici di base comparando l'incidenza in due lassi di tempo (tasso di incidenza, misurato per 100.000 persone\anno):

- nel Regno Unito: nel 1994-2000 era 4.7 per 100.000 p\ a mentre nel 1988-1993 era 4.2 per 100.000 p\ a.
- Nei Paesi Bassi nel 1995–1999 era 7.7 per 100.000 p\ a mentre nel 1985–1989 era 7.4 per 100.000 p\ a.
- Incidenza >per ragazze tra i 15 e i 19 aa che costituiscono circa il 40% dei casi (tasso di incidenza di 109.2 per 100.000 p\ a)
- Uomini <1 per 100.000 p\ a
- Nell'infanzia, nella mezz'età e in vecchiaia più rara (da non confondersi con malnutrizione)

Incidenza stabile nella totalità della popolazione

Incidenza in AUMENTO in ragazze giovani: dal 56.4 nel 1985-89 al 109.2 nel 1995-99 (studio nei Paesi Bassi)





# Anoressia nervosa

## Epidemiologia

Mortalità maggiore tra tutti i disordini mentali

1. Metanalisi di 35 studi (*Arcelus et al. Arch Gen Psychiatry. 2011*)
  - CMR (Crude Mortality Rate), ovvero il numero di decessi nella popolazione studio: 5.1 morti ogni 1000 persone /anno
  - Una morte su 5 è suicidio
  - La severità della patologia influisce su tale dato
  
2. Studio su popolazione svedese: mortalità >in pz donne tra il 1977- 81 rispetto al 1987-91 per miglioramento delle terapie specifiche



# Anoressia nervosa

Dieci segnali di pericolo (*National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders*)

- Stato di fame autoindotto con associata perdita di peso
- Intensa e persistente paura di aumentare di peso
- Rifiuto di mangiare o mangiare in maniera molto restrittiva
- Dieta continua
- Ipertricosi sul viso / corpo a causa di apporto inadeguato di proteine
- Esercizio fisico compulsivo
- Perdita di peso anormale
- Ipersensibilità al freddo
- Amenorrea o ciclo mestruale irregolare
- Perdita di capelli



# Anoressia nervosa

## segni e sintomi clinici

correlati alla denutrizione:

stipsi, dolori addominali, letargia, intolleranza al freddo, ipotensione, ipotermia, bradicardia, aritmie;

in alcuni casi secchezza della pelle, lanugo, edemi periferici, quadri di insufficienza renale (da disidratazione e da ipopotassiemia) e di osteoporosi (da scarso apporto di calcio, da ridotta produzione di estrogeni e da aumentata secrezione di cortisolo)



# Anorexia nervosa

## alterazioni emato-chimiche

- leucopenia, ipercolesterolemia, ipocloremia, ipopotassiemia
- bassi livelli di estrogeni nelle femmine e di testosterone nei maschi
- bassi livelli di magnesio, zinco, fosfati
- In caso di vomito ripetuto alcalosi metabolica
- In caso di abuso di lassativi, acidosi metabolica
- metabolismo basale ridotto in modo significativo



# Anoressia nervosa

## terapia

- farmacologica poco efficace (farmaci antidepressivi se sintomi di depressione)
- psicologica (psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo, terapia familiare, terapia comportamentale cognitiva)
- ricovero ospedaliero (sorveglianza durante i pasti, integrazione dietetica, alimentazione parenterale o mediante sondino naso-gastrico) se gravi quadri di squilibrio idro-elettrolitico ed estremo dimagrimento



# Anoressia nervosa

## prognosi

- il 40% guarisce,
- il 30% migliora,
- nel 30% la patologia si cronicizza.
- mortalità a lungo termine intorno al 10%, con variazioni da 5% a 20% secondo gli studi
- cause di morte: denutrizione, squilibri elettrochimici e suicidio



# Bulimia nervosa

Patologia di carattere psicologico caratterizzata da episodi ricorrenti e frequenti di ingestione incontrollata di grandi quantità di cibo accompagnata da una sensazione di una mancanza di controllo sul mangiare.

Le abbuffate sono seguita da un comportamento di compenso (ad es. vomito autoindotto, eccessivo uso di lassativi o diuretici), digiuno e / o eccessivo esercizio.



# Bulimia nervosa

A differenza dell'anoressia, le persone con bulimia possono essere normopeso, ma allo stesso tempo vogliono disperatamente perdere peso, ed hanno un rapporto conflittuale con il proprio corpo.

Di solito, il comportamento bulimico è fatto in segreto, perché è spesso accompagnata da sentimenti di disgusto o vergogna.

Il ciclo di abbuffate ed eliminazione del cibo di solito si ripete più volte alla settimana.

Simile a l'anoressia, le persone con bulimia hanno spesso coesistenti malattie psichiche, come la depressione, l'ansia e / o problemi di abuso di sostanze.





# Bulimia nervosa

Sette segnali di pericolo (*National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders*)

- Preoccupazione per il cibo
- Abbuffate di solito in segreto
- Vomito dopo abbuffate
- Abuso di lassativi, diuretici, pillole per la dieta
- Rifiuto della fame o uso di farmaci per indurre il vomito
- Esercizio fisico compulsivo
- Gonfiore ghiandole salivari
- Rotture di vasi sanguigni negli occhi per vomito autoindotto



# Bulimia nervosa

Abbuffate: caratterizzate da assunzione in un breve periodo di tempo di quantità di cibo fuori della norma per la maggior parte degli individui nello stesso contesto

le calorie variano tra 3000 e 4000, con casi limite oltre le 10000

il cibo è ingerito molto rapidamente

il tipo di cibo varia, ma in genere si tratta di dolci e alimenti ipercalorici (alimenti "proibiti")

In seguito sviluppo di sensi di colpa



# Bulimia nervosa

## Epidemiologia

N di studi esiguo

Studi di incidenza registrata da medici di base comparando l'incidenza in due lassi di tempo (tasso di incidenza, misurato per 100.000 persone\anno):

- In Finlandia: nel periodo 1975-79 era 200 per 100.000 p\la nell'età picco di incidenza 16-20aa
- Nei Paesi Bassi nel 1995–1999 era 6.1 per 100.000 p\la mentre nel 1985–1989 era 8.6 per 100.000 p\la.
- In Inghilterra nel 1990-93 era 12.2 mentre nel 1995-2000 era 6.6 per 100.000 p\la.

diminuizione



# Bulimia nervosa

## Epidemiologia

### Mortalità

1. Metanalisi di 12 studi (*Arcelus et al. Arch Gen Psychiatry. 2011*):
  - CMR (Crude Mortality Rate), ovvero il numero di decessi nella popolazione studio 1.74 morti ogni 1000 persone /anno
2. Studio su popolazione di 906 affetti tra il 1979 e il 1997 (*Crow SJ, et al. Am J Psychiatr. 2009*):
  - 3.9% deceduti in un follow up di 19 aa
  - 23% suicidio



# Bulimia nervosa

condotte di eliminazione: vomito, uso di diuretici, lassativi, enteroclistmi

vomito autoindotto (introduzione di oggetti in gola: dita, cucchiari, spazzolino da denti; ingestione di acqua molto calda; semplice contrazione dei muscoli addominali)



# Bulimia nervosa

- quasi esclusivamente nei paesi industrializzati
  - più del 90% soggetti di sesso femminile
  - età di insorgenza varia da 12 a 35 anni, con una media intorno ai 18 anni
- 
- in studi sulla popolazione studentesca femminile di college americani prevalenze fino al 35%

Burke et al. 1996



# Bulimia nervosa

- ✓ frequenti sintomi depressivi, disturbi dell'umore e sintomi di ansia
- ✓ in un terzo abuso di sostanze o dipendenza (in particolare da alcool e da stimolanti)
- ✓ nelle donne irregolarità del ciclo mestruale
- ✓ complicanze rare: lacerazione esofagea, rottura gastrica, aritmie cardiache
- ✓ in condotte di eliminazione: alterazioni emato-chimiche (ipopotassiemia, iponatriemia, ipocloremia, iperamilasemia, alcalosi metabolica da vomito, acidosi metabolica da abuso di lassativi)



# Bulimia nervosa

terapia farmacologica efficace

- ✓ **farmaci antidepressivi** (diminuiscono le abbuffate e le condotte di eliminazione)
- ✓ **terapia comportamentale cognitiva** (la più valida)





# Bulimia nervosa

## prognosi

persiste per molti anni in un'elevata percentuale di pazienti

- ✓ a volte decorso di tipo cronico
- ✓ più spesso di tipo intermittente (fasi di remissione alternate a fasi di recrudescenza)



# Disturbo da alimentazione incontrollata

(Binge Eating Disorder, BED)

- Disordine alimentare distinto da anoressia e bulimia, recentemente codificato
- Caratterizzato da voglie insaziabili di cibo che possono verificarsi in qualsiasi momento del giorno o della notte, di solito in segreto e accompagnate da senso di colpa
- Associato a bassa autostima, compensazione dello stress attraverso il cibo



# Disturbo da alimentazione incontrollata

(Binge Eating Disorder, BED)

- Più comune di AN e BN, negli USA colpisce circa il 3-5% delle donne e il 2% degli uomini.
- Diffuso più nelle donne, ma di poco rispetto gli altri disordini alimentari
- Simile alla BN ma non c'è la fase di eliminazione del cibo: spesso OBESITA'
- Spesso depressione associata
- Familiarità: influenza genetica?



# Disturbo da alimentazione incontrollata

## (Binge Eating Disorder, BED)

Criteri per la diagnosi di BED :

- La perdita di controllo sulla quantità di cibo introdotto;
- Disagio marcato dopo l'abbuffata
- Si verifica almeno una volta a settimana per 3 mesi

E , tre o più dei seguenti segni:

- Mangiare più rapidamente del normale
- Mangiare fino a sentirsi pieni con disagio
- Mangiare grandi quantità di cibo anche se non affamati
- Mangiare da soli per imbarazzo
- Vergogna di sé stessi, senso di depressione o di colpa dopo l'eccesso di cibo



# Disturbo da alimentazione incontrollata

(Binge Eating Disorder, BED)

## Epidemiologia

N di studi esiguo soprattutto per l'eterogeneità di definizioni comprese  
Studi di incidenza registrata da medici di base comparando l'incidenza in due lassi di tempo (tasso di incidenza, misurato per 100.000 persone\anno):

- In Finlandia: nel periodo 1975-79 era 200 per 100.000 p\à nell'età picco di incidenza 16-20aa
- Nei Paesi Bassi nel 1995–1999 era 6.1 per 100.000 p\à mentre nel 1985–1989 era 8.6 per 100.000 p\à.
- In Inghilterra nel 1990-93 era 12.2 mentre nel 1995-2000 era 6.6 per 100.000 p\à.
- Mortalità: solo uno studio, 2.9% in 12 aa. Attenzione BED associato ad obesità per cui esistono altri cofattori di morbidity



# Disturbo Alimentare non altrimenti specificato (Eating Disorder Not Otherwise Specified EDNOS)

Gruppo eterogeneo di disturbi alimentari  
comprende sindromi parziali di AN, BN e  
BED

Es:

**AN atipica:** comprende tutti i criteri dell'AN tranne la perdita di peso

**BN a bassa frequenza o di durata limitata**

**Disordini di eliminazione del cibo:** uso improprio di lassativi, etc.

**Night Eating Syndrom:** scarso appetito diurno, insonnia se non si mangia prima di andare a dormire, stress



# Disturbo Alimentare non altrimenti specificato (Eating Disorder Not Otherwise Specified EDNOS)

## Epidemiologia

N di studi esiguo soprattutto per l'eterogeneità di definizioni comprese

Studio pubblico in Spagna di incidenza diagnosticati da professionisti di della salute mentale: 6.5 per 100.000 p/a

### Mortalità

Metanalisi di 6 studi (*Arcelus et al. Arch Gen Psychiatry. 2011*):

- CMR (Crude Mortality Rate), ovvero il numero di decessi nella popolazione studio 3.31 morti ogni 1000 persone /anno
- A volte l'EDNOS può rappresentare uno stadio precoce di anoressia



# patologie odontostomatologiche nei DCA

sialoadenosi

xerostomia

cheilite angolare e lesioni mucogengivali

patologia cariosa

lesioni non cariose dei tessuti duri dentali





# sialoadenosi

- ipertrofia o rigonfiamento delle ghiandole salivari maggiori (più frequentemente parotide)
- di solito bilaterale ed asintomatica
- ghiandola soffice e non dolente alla palpazione
- mandibola aspetto squadrato

- dal 10% al 50% nei soggetti affetti da bulimia
- in genere da 2 a 6 giorni dopo un episodio di abbuffata-vomito
- recede quando il comportamento è interrotto



# xerostomia

- molto frequente
- da disidratazione, squilibrio elettrolitico, depressione, ansia, terapia con antidepressivi e soppressori dell'appetito
- ridotta produzione salivare
- ridotto potere tampone ( $>$  pH)
- composizione salivare alterata ( $>$  concentrazione di potassio, cloro, calcio)



# lesioni dei tessuti molli

cheilite angolare

per l'azione acida dei succhi gastrici  
per carenze nutrizionali (vitamine del  
gruppo B)

papille interdentali ipertrofiche

a causa della frequente irritazione acida



# lesioni non cariose dei tessuti duri

## erosioni dentali

lesioni più frequenti in DCA

### *Eziologia*

vomito

alimenti cariogeni

farmaci

incompetenza sfintere esofageo

pratiche di igiene orale post-vomito

parafunzioni (serramento, digrignamento)

alterate caratteristiche salivari (da denutrizione, disidratazione, squilibrio elettrochimico)



# prevalenza

90% soggetti affetti da anoressia e bulimia con episodi di vomito

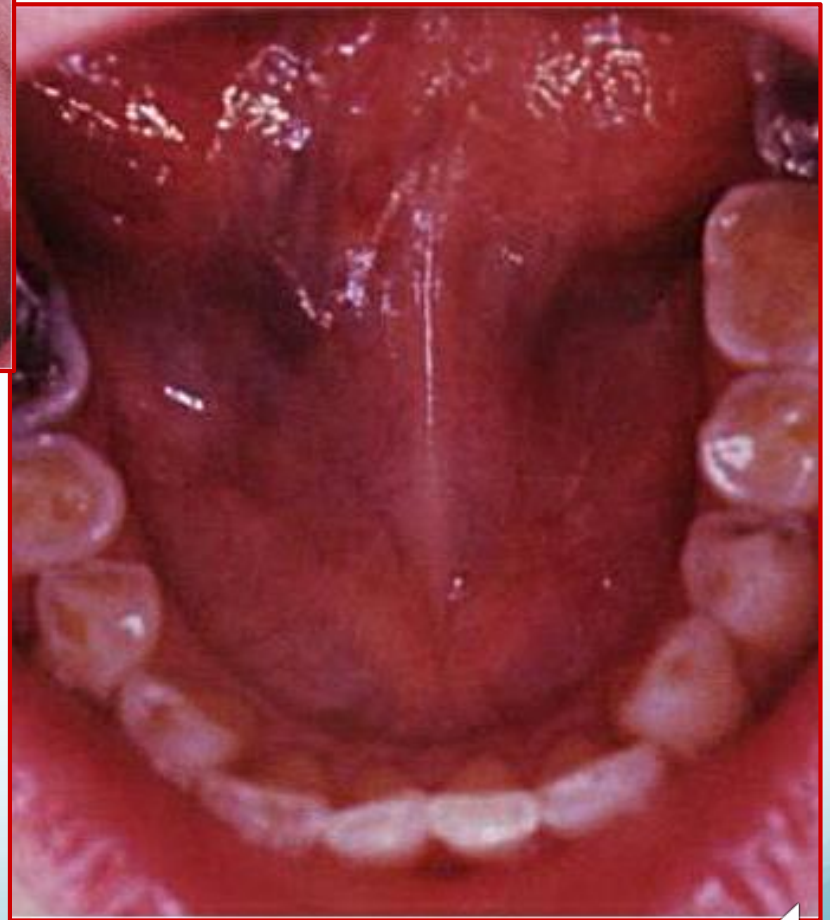
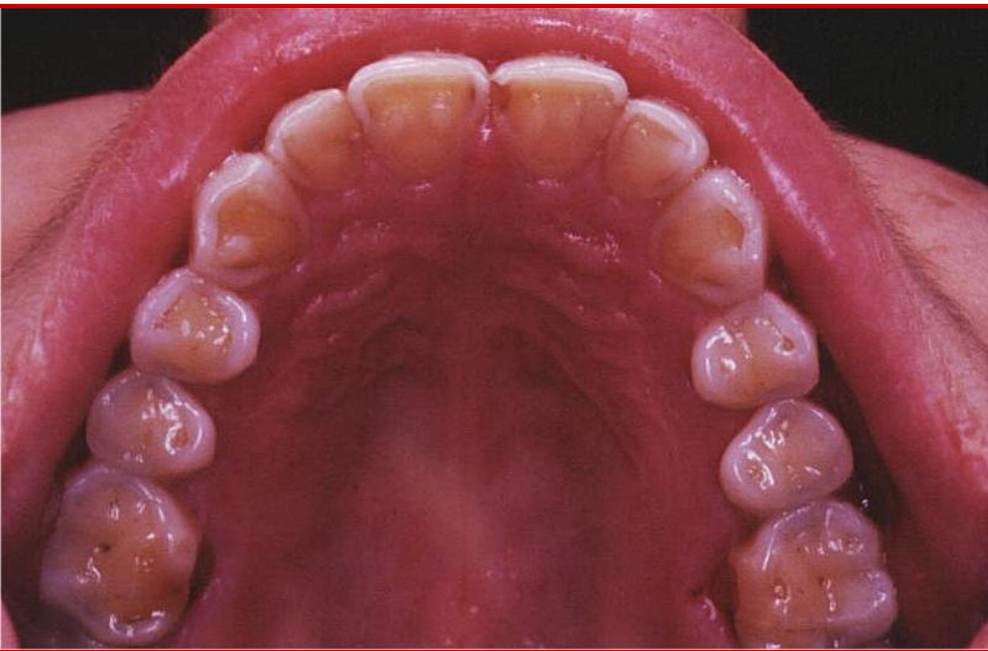
ipotizzata correlazione tra

- numero totale episodi di vomito autoindotto (SIV = Self Induced Vomiting)
- numero e gravità delle lesioni



Chiara, 18 a. affetta da DCA

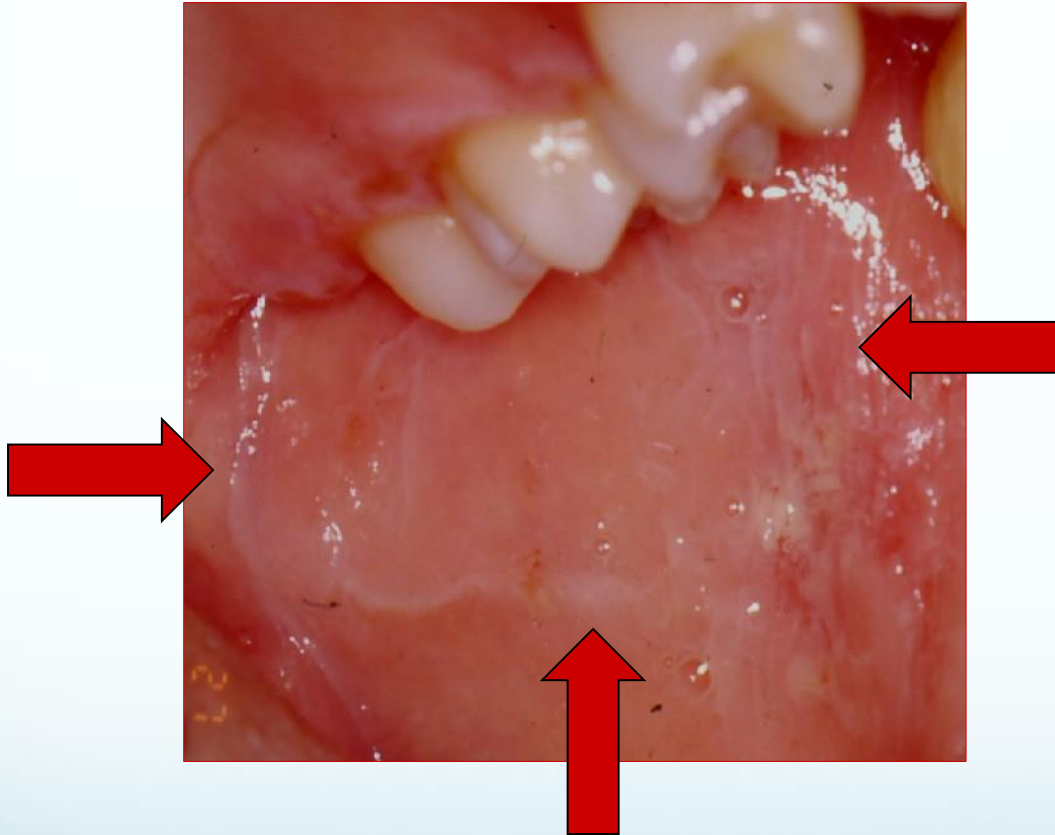




Ludovica, 26 a., affetta da DCA



# Manifestazioni orali



**Lesioni dei tessuti molli**





# Linee guida di salute orale nei DCA

- dialogo (rifiuto del problema)
- prevenzione odontoiatrica: tecniche igiene orale/controlli periodici
- riabilitazione funzionale e dell'estetica del sorriso



# Linee guida di salute orale in DCA

- istruzioni pratiche post-vomito
- fluoro topico contro ipersensibilità e demineralizzazione acida
- chewing-gum al fluoro in caso di xerostomia



# Conclusioni

- Ruolo chiave dell'odontoiatra e dell'igienista nella prevenzione e riabilitazione estetica e funzionale  
diagnosi di DCA  
(erosioni= campanello di allarme)
- Approccio multidisciplinare
- Supporto psicologico

