

cerca nel sito...

Sei qui: [Home](#) > [Volume 27](#) > Case report – Il trattamento ospedaliero specialistico di un quadro di anoressia nervosa restrittiva con estrema compromissione internistica iniziale

Volume 27 - 27 Dicembre 2023

Case report – Il trattamento ospedaliero specialistico di un quadro di anoressia nervosa restrittiva con estrema compromissione internistica iniziale

Autori

Ilenia Giunti⁽¹⁾, Giulio D'Anna⁽¹⁾, Alessandro Antonio Natale Zappalà⁽⁴⁾, Lisa Lezzeretti⁽¹⁾, Elisa Cianelli⁽²⁾, Paolo Lorenzo⁽²⁾, Stefano Lucarelli⁽¹⁾, Marco Armellini⁽³⁾

(1) U.F.C. Disturbi Alimentari, Azienda USL Toscana Centro

(2) U.F.C. Salute Mentale Adulti Empoli, Azienda USL Toscana Centro

(3) Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

(4) S.O.S. Attività tecniche assistenziali Dietetica Professionale Aziendale, U.F.C. Disturbi Alimentari

Corresponding Author: Ilenia Giunti

Mail: ilenia.giunti@uslcentro.toscana.it – Tel.: +39 0571 878974

Casa della Salute – via San Mamante, 44 – 50053 Empoli

Ricevuto il 24/07/2023 - Accettato il 10/08/2023

Il presente *case report* descrive la traiettoria terapeutica di un quadro di disturbo alimentare di gravità critica, venuto all'attenzione per le conseguenze mediche delle condotte restrittive. Alle cure in terapia intensiva ed in medicina interna ha fatto seguito il trasferimento presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, con progressivo miglioramento del quadro clinico. Il testo si propone: 1) la descrizione del progressivo recupero sul piano organico, tenendo conto di possibili fattori terapeutici e complicanze iatrogene e legate al *setting* di cura; 2) di discutere il ruolo di un ambiente specialistico dedicato come possibile fattore prognostico favorevole legato ad aspetti strutturali e di competenza professionale e relazionale. Pur trattandosi di un caso singolo, da cui non possono essere evinte prassi cliniche di ordine generale, quanto illustrato sollecita una riflessione sulla necessità di posti letto dedicati ad una casistica affine, sempre più rappresentata nella pratica clinica.

Abstract

The following case report describes the therapeutic process in a critically severe eating disorder expression. The involved patient came to clinical attention due to the consequences of extreme restrictive conducts. After the initial treatment in an intensive care and internal medicine setting, the patient was transferred to the inpatient Psychiatry Unit, with a progressive amelioration of the clinical status. The manuscript aims: 1) to describe the gradual improvement of medical condition, accounting for potential therapeutic advantages and drawbacks tied to the clinical setting; 2) to discuss the role of a specialised inpatient service as a putative positive prognostic factor – due to structural aspects and to professional and relational skills. Despite being a single case – which does not allow generalisation per se, nor the establishment of a different clinical praxis – the management of this patient warrants a discussion on the value of dedicated inpatient settings for these conditions, which are increasingly represented in clinical practice.

Premessa

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) sono associati ad aumentata mortalità [1]. La severa compromissione organica che può associarvisi è spesso associata ad uno scarso insight e ad un rifiuto delle cure, la cui imposizione è controversa su un piano etico e legale – peraltro senza risultare significativamente associata a migliori *outcomes* [2]. Nel contesto di un modello *stepped care*[3] che prevede una crescente intensità di cure anche nella realtà territoriale di nostra competenza [4], può rendersi necessario un ricovero ordinario dettato dalle condizioni organiche e/o dalla gravità psicopatologica. Le caratteristiche dell'ambiente di degenza devono pertanto essere valutate sulla base di queste priorità.

Caso Clinico

Il presente caso riguarda una ragazza asiatica di 24 anni con sottopeso grave, recatasi da sola per un

viaggio in Europa di alcuni mesi, venuta all'attenzione clinica perché trovata priva di coscienza in un alloggio turistico. Condotta all'ospedale Santa Maria Nuova di Firenze in data 18/11/2022, veniva posta una diagnosi di "scompenso metabolico in insufficienza epatica, coma ipoglicemico ed iperammoniemico complicato da polmonite *ab ingestis* bilaterale in paziente con anoressia nervosa (AN) grave"; all'*imaging* in emergenza concomitava un lieve pneumomediastino in verosimile lacerazione bronchiale. Stabilizzatesi le condizioni mediche, dopo tre giorni veniva iniziata la nutrizione enterale totale (NET) con sondino nasogastrico (SNG).

Dopo dieci giorni dall'inizio del ricovero in terapia intensiva, la paziente è stata trasferita presso la Medicina Interna dell'Ospedale San Giuseppe di Empoli (FI) per essere valutata in modo seriato (due volte a settimana) dall'*équipe* multidisciplinare (psichiatra e dietista) dell'Unità Funzionale Disturbi Alimentari (UF DA) e proseguire le cure in ambiente medico. Tale fase di ricovero è proseguita per due mesi (periodo 28/11/2022-24/01/2023). In tale arco di tempo si è reso necessario un passaggio in area COVID per un'infezione intercorrente, la paziente proseguiva la NET ed aveva un catetere venoso centrale (CVC). In tale fase è stato effettuato un monitoraggio seriato attraverso esami ematochimici ed *imaging* toracico e addominale. Durante tale arco di tempo, il peso non è stato valutato in modo diretto in quanto la ragazza non era in grado di salire su una bilancia. In effetti, la valutazione antropometrica è stata di tipo indiretto, con misurazione della lunghezza dell'ulna e della MUAC (mid upper arm circumference, circonferenza dell'avambraccio del lato non dominante) [5], stimando in data 12/01/2023 una altezza di 1.60 m per 21.0 kg (BMI = 8.2 kg/m²). Lo stesso monitoraggio del comportamento (manipolazione del SNG e della pompa della NET, eventuale esercizio fisico criptico, etc.) era reso difficoltoso dal basso rapporto numerico operatori-degenti.

Dopo dieci giorni dall'inizio del ricovero in terapia intensiva, la paziente è stata trasferita presso la Medicina Interna dell'Ospedale San Giuseppe di Empoli (FI) per essere valutata in modo seriato (due volte a settimana) dall'*équipe* multidisciplinare (psichiatra e dietista) dell'Unità Funzionale Disturbi Alimentari (UF DA) e proseguire le cure in ambiente medico. Tale fase di ricovero è proseguita per due mesi (periodo 28/11/2022-24/01/2023). In tale arco di tempo si è reso necessario un passaggio in area COVID per un'infezione intercorrente, la paziente proseguiva la NET ed aveva un catetere venoso centrale (CVC). In tale fase è stato effettuato un monitoraggio seriato attraverso esami ematochimici ed *imaging* toracico e addominale. Durante tale arco di tempo, il peso non è stato valutato in modo diretto in quanto la ragazza non era in grado di salire su una bilancia. In effetti, la valutazione antropometrica è stata di tipo indiretto, con misurazione della lunghezza dell'ulna e della MUAC (mid upper arm circumference, circonferenza dell'avambraccio del lato non dominante) [5], stimando in data 12/01/2023 una altezza di 1.60 m per 21.0 kg (BMI = 8.2 kg/m²). Lo stesso monitoraggio del comportamento (manipolazione del SNG e della pompa della NET, eventuale esercizio fisico criptico, etc.) era reso difficoltoso dal basso rapporto numerico operatori-degenti.

In data 26/01/2023 la paziente è stata trasferita presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) dello stesso ospedale, in regime di ricovero volontario, con riscontro di un peso iniziale di 22.0 kg (altezza di 1.57 m; *body mass index*, BMI = 8.9 kg/m²). Come detto, prima di allora era stato impossibile ottenere un peso diretto in quanto la paziente, astenica e defedata, non teneva la posizione sulla bilancia. Al momento della possibilità della paziente di poter stazionare in modo stabile e con postura eretta sulla bilancia pesapersona con stadimetro, è stato possibile raccogliere dati diretti, non tanto discostanti dalla prima

valutazione indiretta mediante MUAC (Tabella 1).

Per i motivi organizzativi sopra citati ed alla luce di un dato di partenza estremamente basso, è improbabile che nei due mesi – fondamentali per la stabilizzazione medica della paziente – si sia registrato un recupero ponderale (ed un miglioramento del quadro psicopatologico). In SPDC, dove il rapporto numerico operatori-pazienti è in media di 1:3, ed il personale presenta competenze e *skills* relazionali specifiche per la psicopatologia trattata, sono proseguite le valutazioni e consulenze dell'*équipe* UF DA. Da subito si è registrato un progressivo recupero ponderale di 1.3 kg/settimana di media (Tabella 1).

Data	Peso (kg)	BMI (kg/m ²)
29/01	23.1	9.4
06/02	24.7	10.0
13/02	25.5	10.3
20/02	27.6	11.2
27/02	28.7	11.6
06/03	29.8	12.1
13/03	30.9	12.5
20/03	32.7	13.3
27/03	33.9	13.8
03/04	34.6	14.0

Tabella 1. Andamento del peso corporeo. Legenda: BMI, *body mass index*.

Il monitoraggio cardiologico (elettrocardiogramma ed ecocardiografia seriati) e l'*imaging* in elezione non hanno evidenziato alterazioni di rilievo clinico. Il monitoraggio ematochimico ha mostrato un progressivo miglioramento, fatta eccezione per un caratteristico punto di flesso nel recupero della serie bianca e rossa e delle proteine plasmatiche, registrato contestualmente al calo dei fosfati inorganici fino ai limiti inferiori della norma (Tabella 2, colonne di sinistra). A tale fase, coincidente con il trasferimento in SPDC e verosimilmente con una maggiore continuità della terapia nutrizionale (possibilità di disporre un monitoraggio 1:1 del paziente e gestione di possibili comportamenti interferenti con la terapia), corrisponde la simultanea risoluzione di uno stato di verosimile disidratazione ed emoconcentrazione, ma anche il massimo rischio di una sindrome da *refeeding*, che tuttavia non ha mostrato conseguenze cliniche. Durante il ricovero si è registrata un'infezione testimoniata da un transitorio stato di leucocitosi neutrofila ed elevazione della Proteina C Reattiva (PCR), e l'antibiogramma ha evidenziato la presenza di *Klebsiella pneumoniae* carbapenemico-resistente (KPC).

Data	21/01	30/01	02/02	13/02	01/03	09/03	13/03	VN
WBC (10 ³ /μL)	3.88	5.09	4.26	4.02	12.06	6.96	7.80	4.00-10.0
- Neutrofili (% su WBC)	61.6	41.9	47.5	48.7	77.2	47.1	53.9	40-70
- Linfociti (% su WBC)	25.3	43.4	35.4	37.6	14.0	35.3	31.0	20-40
RBC (10 ⁶ /μL)	2.50	2.65	2.53	2.67	2.82	2.87	3.05	4.0-5.5
- Hb (g/dL)	8.1	8.9	8.4	9.1	9.7	10.0	10.4	12.0-16.0
- Hct (%)	23.3	26.0	25.0	26.4	27.3	28.5	30.1	36-48
- MCV (fL)	93.2	98.1	98.8	98.9	96.8	99.3	98.7	80-100
PLT (10 ³ /μL)	281	392	367	409	340	489	462	150-450
AST; ALT (U/L)	24; 26	27; 25	26; 25	43; 22	38; 33	43; 32	52; 37	8-43
Proteine totali (g/dL)	6.6	6.5	6.4	6.2	-	7.1	7.3	6.4-8.3
Fosfato inorganico	3.4	2.5	3.9	4.5	-	4.6	-	2.5-4.5
Creatinina (mg/dL)	0.25	-	-	-	0.41	-	-	0.70-1.30
PCR (mg/dL)	0.13	-	-	-	4.57	-	-	0.00-0.50

Tabella 2. Estratto del monitoraggio ematochimico della paziente. Legenda: VN, valori normali; WBC, White Blood Cells; RBC, Red Blood Cells; Hb, emoglobina; Hct, ematocrito; MCV, Mean Cell Volume; PLT, piastrine; AST, aspartato transaminasi; ALT, alanina transaminasi; PCR, Proteina C Reattiva.

La scelta della miscela nutrizionale per l'alimentazione enterale tramite SNG è ricaduta su di una miscela nutrizionalmente completa ad elevato contenuto energetico (1.3 kcal/mL) e di aminoacidi ramificati (44%), con fibre e MCT (*medium chain triglycerides*), privo di glutine. Questa scelta rappresenta il *gold standard* per i casi di rialimentazione di pazienti con BMI inferiore a 12, per minimizzare alterazioni, di solito presenti con altre miscele nutrizionali, degli indici di funzionalità epatica con rischio di iperammoniemia. Per quanto riguarda gli apporti calorici in progressione, sono state eseguite le linee guida di riferimento [6], con apporti idrici e nutrizionali ad infusione continua sulle 24 ore tramite pompa peristaltica in doppia via.

Durante il ricovero, la barriera linguistica parziale (la paziente aveva una buona conoscenza della sola lingua inglese) e lo stato di acuzie hanno impedito una valutazione sistematica della psicopatologia alimentare, la cui gravità è risultata tuttavia compatibile con le condizioni organiche raggiunte, né di eventuali tratti personologici sottostanti. Durante tutto il periodo di degenza è stato effettuato un monitoraggio clinico quotidiano, e due volte alla settimana il personale dell'UF DA (psichiatra e dietista) hanno effettuato una rivalutazione dello stato psicopatologico, comportamentale, e della nutrizione. Durante il ricovero in SPDC la paziente è stata collaborante ed i comportamenti disfunzionali sono stati minimi e non interferenti con il recupero ponderale. Non è stata impostata una psicofarmacoterapia, ad eccezione di terapia ansiolitica al bisogno.

In definitiva, la principale fase di recupero ponderale è avvenuta proprio in un reparto dedicato all'acuzie psichiatrica, caratterizzato da un rapporto numerico operatori-utenti maggiore, dalla presenza di un'*équipe*

tecnicamente e culturalmente preparata a gestire la psicopatologia ed il comportamento dell'utente (p.e., tentativi di inattivazione della pompa della NET, potenziale manipolazione di altri presidi nutrizionali, gestione di difficoltà relazionali). Il ricovero è proseguito fino al 20/04/2023, quando la paziente è stata dimessa con un BMI di 14.5 kg/m² ed ha fatto ritorno nel Paese di origine per proseguire le cure in un regime di ricovero riabilitativo.

Discussione

Per quanto riguarda la nutrizione mediante SNG in pazienti gravemente defedate, è di fondamentale importanza una gradualità [6,7] volta ad evitare una *refeeding syndrome* [8] potenzialmente letale, da monitorare attraverso il dosaggio seriato dei fosfati e dell'assetto metabolico. A questo proposito, dal monitoraggio è emerso un progressivo miglioramento degli indici metabolici ed antropometrici, fatta eccezione per alcuni aspetti fondamentali:

- incremento transitorio e autolimitante delle transaminasi, espressione frequente di una variazione del metabolismo epatico in corso di rialimentazione;
- decremento transitorio dei fosfati, la cui entità è predittiva di *refeeding syndrome* [8];
- decremento transitorio della serie ematica rossa, associabile a una risoluzione dello stato di ridotta idratazione e contestuale emoconcentrazione, cui fa seguito un pieno recupero delle funzioni eritropoietiche e della proteosintesi;
- il transitorio stato di neutrofilia osservato è invece di matrice infettivo-flogistica, con associato incremento della PCR.

Le modalità di recupero ponderale conseguite con uso del SNG sono in linea con la letteratura riguardo la progressione del recupero ponderale [7].

Secondo le linee guida Aspen [9], il rischio di *refeeding* è modificato rispetto alle precedenti linee guida [6], aumentando il *range* del criterio di rischio (*significant risk*, BMI < 16 kg/m²). Questo si traduce in un incremento delle nutrizioni artificiali progressivamente più rapido, rispetto a quanto indicato nelle linee guida NICE. Nella nostra pratica clinica tuttavia, trattando pazienti molto gravi, con BMI spesso inferiore a 14 kg/m², continuiamo a seguire le linee guida NICE [6] che danno indicazioni per un incremento nutrizionale più lento e quindi più sicuro per pazienti di tale gravità.

Le modalità di gestione della paziente hanno evidenziato come sia possibile, non appena stabilizzato il quadro internistico, gestire la progressiva rialimentazione e la psicopatologia alimentare sottostante negli ambienti specialistici dell'SPDC, ovvero in un *setting* ad alta intensità di cure psichiatriche con disponibilità di consulenza rianimatoria ed internistica. Tale *setting*, che nell'ospedale di Empoli è ulteriormente favorito da un'esperienza pluriennale di collaborazione con l'UF DA [4], presenta infatti alcune specificità organizzative e professionali che meritano di essere richiamate:

- migliore rapporto numerico tra operatori ed utenti;
- presenza di competenze professionali e relazionali specifiche del settore, ricordando che al netto delle criticità organiche che ne derivano, i disturbi alimentari sono patologie mentali gravi.

Rispetto al secondo punto, la presenza di un *team* multidisciplinare (psichiatri, dietisti, infermieri ed operatori socio-sanitari) mette a disposizione tutte le principali figure professionali di un Servizio di Salute Mentale. Queste figure non solo presentano un maggiore livello di competenza specifica riguardo la gestione della psicopatologia alimentare, ma nello specifico sono in grado, come descritto in altre esperienze cliniche [10], di riconoscere eventuali comportamenti disadattivi e di sabotaggio delle cure legati alla malattia trattata. La mancanza di un intervento psicologico in senso stretto scaturisce dalla barriera linguistica totale e dall'assenza di evidenze a favore di una psicoterapia nei quadri di acuzie clinica con sottopeso estremo. D'altra parte, il recupero ponderale – ipotizzando che il BMI di partenza non potesse essere significativamente inferiore valore estremo di 8 kg/m² – è avvenuto principalmente proprio in SPDC, ambiente tradizionalmente associato alla gestione dell'acuzie psicopatologica più che al monitoraggio internistico e alla riabilitazione nutrizionale. In questi ambienti, infatti, sono consolidate e monitorate prassi cliniche di comprovata efficacia empirica, come il fare sì che le pazienti abbiano ove possibile ambienti individuali, con bagno chiuso e gestito dal personale, specchi coperti, monitoraggio delle evacuazioni, dei pasti (consumati in presenza di un operatore) e del periodo post-prandiale (per gestire i frequenti stati d'ansia e prevenire eventuali condotte di compenso).

L'evoluzione della psicopatologia trattata nei Servizi, con crescente necessità di posti letto per quadri di scompenso psicopatologico in DNA, impone una riflessione su quali ambienti e competenze possano essere di maggiore beneficio nella gestione di quadri caratterizzati da una significativa gravità sia sul piano psicopatologico che organico. Possibili ipotesi sono legate alla maggiore disponibilità di posti letto dedicati, ma anche all'ulteriore diffusione di competenze professionali e sensibilità culturale rispetto a disturbi che fino a pochi anni fa erano di riscontro relativamente infrequente nella pratica clinica.

Riferimenti bibliografici

- [1] Van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 2021;34(6):515-524.
- [2] Atti AR, Mastellari T, Valente S, Speciani M, Panariello F, De Ronchi D. Compulsory treatments in eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord*. 2021;26(4):1037-1048.
- [3] Pehlivan MJ, Miskovic-Wheatley J, Le A, et al. Models of care for eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord*. 2022;10(1):166.
- [4] Castellini G, Caini S, Cassioli E, et al. Mortality and care of eating disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2023;147(2):122-133.
- [5] Gomes-Neto AW, van Vliet IMY, Osté MCJ, et al. Malnutrition Universal Screening Tool and Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form and their predictive validity in hospitalized patients. *Clin Nutr ESPEN*. 2021;45:252-261.
- [6] National Institute for Health Care and Excellence. Clinical Guideline 69. Eating Disorders: recognition and treatment. Published: 23 May 2017. Last updated: 16 December 2020. Last accessed: 30 June 2023 at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>

[7] Rizzo SM, Douglas JW, Lawrence JC. Enteral Nutrition via Nasogastric Tube for Refeeding Patients With Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *Nutr Clin Pract*. 2019;34(3):359-370.

[8] Skowrońska A, Sójta K, Strzelecki D. Refeeding syndrome as treatment complication of anorexia nervosa. *Psychiatr Pol*. 2019;53(5):1113-1123.

[9] Joshua S. V. da Silva. ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome. *Nutr Clin Pract*. 2020;35(2):178-195

[10] McHugh CM, Harron M, Kilcullen A, O'Connor P, Burns N, Toolan A, O'Mahony E. The Experience of the Management of Eating Disorders in a Pop-up Eating Disorder Unit. *Ir Med J*. 2018;111(8):806.

Disclosure of interests. Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi rispetto al presente lavoro.

© 2010-2023 - [Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici](#) - [Termini di utilizzo](#) - [Privacy](#) - [Informativa cookie](#) - [Azienda USL Toscana sud est](#)