

Caso clinico

Diabete di tipo 1 con celiachia e disturbo del comportamento alimentare

E. Monzali, P. Accorsi, U. Pagliani, V. Miselli

Unità Operativa Complessa di Diabetologia e Malattie Metaboliche, AUSL di Reggio Emilia, Presidio Ospedaliero di Scandiano (RE)

Corrispondenza: dott. Valerio Miselli, Unità Operativa Complessa di Diabetologia e Malattie Metaboliche, AUSL di Reggio Emilia, Ospedale di Scandiano, via Martiri, 42019 Scandiano (Reggio Emilia)

G It Diabetol Metab 2009;29:83-87

Pervenuto in Redazione il 02-04-2009

Accettato per la pubblicazione il 03-04-2009

Parole chiave: diabete di tipo 1, celiachia, disturbi del comportamento alimentare

Key words: type 1 diabetes, celiac disease, eating disorders

Anamnesi

A.M. ha una diagnosi di diabete di tipo 1 con familiarità negativa dall'età di 4 anni; è giunta alla nostra osservazione quando aveva 8 anni, trattata con triplice iniezione di insulina rapida ai pasti e lenta *bed time*, il compenso glicometabolico è sempre stato discreto con valori di HbA_{1c} che oscillavano tra 7,5-8%. All'età di 10 anni viene fatta diagnosi di celiachia.

È da sottolineare che la situazione familiare di A.M., figlia unica, è abbastanza critica: i genitori (entrambi soffrono di depressione e sono in trattamento con psicofarmaci) hanno spesso evidenti contrasti che sfociano in liti vere e proprie e dichiarano apertamente di non pensare a una separazione legale solo per "il bene" della figlia. Questa situazione sembra influire sulla difficoltà che A.M. ha nel distaccarsi dal nucleo familiare, quasi come si sentisse il "collante" tra la coppia genitoriale: a proposito di questo si rifiuta per molti anni di partecipare ai campi estivi per giovani diabetici per non allontanarsi da casa.

L'accettazione della celiachia è molto scarsa e A.M. non aderisce completamente alla dieta senza glutine. Anche il controllo metabolico è peggiorato, causa di uno scarso automonitoraggio glicemico e di alcune malcelate omissioni nella somministrazione regolare di insulina come previste dalla terapia.

Ha il menarca all'età di 13 anni e dopo pochi mesi compare vitiligine (con depigmentazioni ben visibili anche in volto). Questo evento sembra correlare col continuo peggioramento del controllo metabolico (HbA_{1c}: 11,5-13,9%) e con la mancata adesione alla dieta senza glutine (anticorpi anti-EMA positivi).

All'età di 15 anni emergono, durante i colloqui col medico diabetologo, alcuni episodi di abbuffate compulsive. Viene discussa con A.M. la possibilità di contattare uno psicologo, ma la ragazza non accetta. La famiglia non si schiera apertamente e continuano i contrasti genitoriali.

A febbraio 2000, raggiunge il peso massimo di 58,100 kg (BMI = 22,1 kg/m²), si vede molto "ingrassata" e decide di perdere qualche chilo. Inizia così una rigida restrizione calorica associata a un aumento costante e quotidiano dell'attività fisica (frequenta una palestra che le attribuisce un programma intensivo) che la porta in breve tempo (6 mesi) alla perdita di 18,6 kg (BMI = 15 kg/m²).

Esame obiettivo

A giugno 2000 la paziente pesa 39,5 kg (BMI = 15 kg/m²), negli ultimi 3 mesi l'HbA_{1c} ha un valore oscillante tra 9,1-11,8%. Presenta spesso acetonuria e microalbuminuria. Da marzo dello stesso anno è comparsa amenorrea. Durante i colloqui con la dietista, emergono l'intensa paura di ingrassare (nonostante l'evidente sottopeso) e tratti caratteristici di depressione reattiva.

Esami di laboratorio

Agli esami ematochimici si segnala: HbA_{1c}: 11,8%; ipercolesterolemia totale, ipertrigliceridemia, lieve movimento degli enzimi epatici (GOT, GPT), anemia, ipoalbuminemia, iponatremia e ipocalcemia. Risultano inoltre positivi gli anticorpi anti-EMA. L'ECG è nei limiti della norma.

Diagnosi differenziale

I livelli inspiegabilmente elevati della glicemia e la frequente presenza di acetonuria, accompagnati da una rapida perdita di peso pongono subito il sospetto di un disturbo del comportamento alimentare, in particolare di una anoressia nervosa. Sono inoltre presenti tutti i criteri diagnostici del DSM-IV (1994)¹ per anoressia nervosa:

- rifiuto di mantenere il peso corporeo al livello minimo normale per l'età e la statura o al di sopra di esso;
- intensa paura di aumentare di peso o di ingrassare, pur essendo sottopeso;
- disturbi nel modo di sentire il peso e le forme del proprio corpo, influenza indebita del peso e delle forme del corpo sulla valutazione di sé o diniego della gravità della perdita di peso in atto;
- amenorrea.

Il colloquio con la psichiatra conferma la diagnosi di anoressia nervosa. Dal test psicologico somministrato all'ingresso (EDI-2) emergono: "impulso alla magrezza" e "impulsività".

Terapia e follow-up

La paziente viene inviata al Centro di Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e viene accolta al primo appuntamento dallo specialista psichiatra che, data la gravità del caso, decide di effettuare un ricovero ospedaliero. Alla

dimissione viene monitorata ambulatorialmente secondo il progetto DCA in atto nella Regione Emilia Romagna.

Nel dicembre 2000 viene effettuato un ricovero in ambito diabetologico concordato con la paziente e il team del centro DCA, per una puntualizzazione della situazione psicosociale e per le problematiche metaboliche correlate alla variazione degli introiti calorici mostrati negli ultimi tempi. Durante la degenza, gli esami ematochimici hanno evidenziato uno scarso controllo metabolico (HbA_{1c}: 11,8%) ipercolesterolemia (colesterolo totale: 243 mg/dl, trigliceridi: 206 mg/dl), lieve movimento enzimatico epatico (GOT: 82 U/l, GPT: 72 U/l), iponatremia e ipocalcemia. Emerge inoltre costante positività agli anticorpi anti-EMA, indice di non completa assenza di glutine dalla dieta.

Dopo la dimissione, effettua un solo controllo diabetologico (aprile 2001), durante il quale rifiuta di monitorare il peso corporeo. Ai controlli successivi non si presenta; viene ricoverata con urgenza per scompenso chetoacidotico nel novembre 2001: presenta glicemia, 480 mg/dl e grave chetonuria, si sospetta l'autosospensione dell'insulina intermedia serale. Gli esami bioumorali segnalano ipercolesterolemia (colesterolo totale: 305 mg/dl, colesterolo HDL: 43 mg/dl, trigliceridi: 182 mg/dl), iperuricemia e HbA_{1c}: 11,1%.

Risolto l'episodio acuto il suo livello di adesione alle cure non cambia e si presenta ai controlli programmati in modo discontinuo.

A gennaio 2002, A.M. pesa nuovamente 58 kg, e il controllo metabolico è insufficiente (HbA_{1c}: 12,1%); la situazione si mantiene stabile fino all'anno successivo (maggio 2003), quando in breve tempo (5 mesi), perde più di 10 kg. In questa circostanza, A.M. decide di riprendere i contatti con la psichiatra del centro per i DCA. Per quanto riguarda il trattamento dietetico, le è stato proposto un diario glicemico-alimentare e uno stretto follow-up. In questo diario, veniva chiesto ad A.M. di segnare la composizione dei pasti, il dosaggio di insulina e le glicemie. La terapia insulinica veniva discussa con il diabetologo, al fine di adattare al meglio la terapia insulinica ai pasti negoziati con la paziente.

La situazione rimane abbastanza stabile per tutto l'anno, con un controllo metabolico scarso e una dieta che non è completamente priva di glutine. Il peso continua a non essere monitorato per il persistente rifiuto della paziente.

A ottobre 2005, A.M. decide di andare a vivere da sola. Poco tempo dopo si fida con un giovane ragazzo coetaneo.

A.M. sembra felice e il distacco dalla famiglia sembra ripercuotersi positivamente anche sul controllo metabolico, nonostante emergano ancora alcuni conflitti col cibo e col peso corporeo (che continua a non voler monitorare).

A novembre 2006, senza alcuna programmazione, rimane incinta. A.M. e il suo compagno decidono insieme serenamente di portare a termine la gravidanza. L'HbA_{1c} è pari a 8,6%. Viene applicato un microinfusore per migliorare il controllo metabolico. Durante la gravidanza emerge l'ansia legata all'aumento di peso e alle modificazioni corporee; nonostante ciò A.M. presenta una curva ponderale fisiologica e il controllo metabolico è risultato ottimale durante tutta la gravidanza (< 7%).

Alla 38^a settimana, da parto cesareo, nasce un bimbo

maschio di 3,500 kg. Con l'allattamento (al seno), A.M. torna in breve tempo al peso pregravidico e il controllo metabolico è buono anche se continua ad avere difficoltà con la dieta senza glutine.

Durante l'ultimo colloquio con la dietista, A.M. dice di essere serena, e di sentirsi importante. Dopo tanto tempo è riuscita a riacquisire un buon rapporto con il cibo e con i segnali biologici di fame e sazietà.

Discussione

Il diabete di tipo 1 rappresenta un terreno fertile per lo sviluppo di un DCA. La letteratura suggerisce che circa un terzo di ragazze adolescenti con diabete di tipo 1 potrebbe soffrire di un DCA subliminale oppure di forme vere e proprie di anoressia e bulimia nervosa^{2,3} con rischio 2 volte superiore rispetto a ragazze adolescenti non diabetiche⁴.

Questo perché oltre ai fattori di rischio comunemente presenti nella popolazione presenta fattori di rischio specifici legati alla patologia⁵. In particolare:

- un BMI nelle femmine superiore rispetto alle coetanee non diabetiche;
- un rapido incremento ponderale con l'avvio della terapia insulinica;
- una maggiore dipendenza dalla propria famiglia;
- la cronicità della malattia e l'aumentato rischio di complicanze mediche legate al diabete;
- una dieta spesso troppo rigida;
- una forte pressione a mantenere un "perfetto" controllo della glicemia a cui segue senso di colpa e di fallimento se non è raggiunto l'obiettivo;
- pressione a ignorare i segnali interni di fame e sazietà a favore di una pianificazione alimentare.

Le persone con diabete di tipo 1, rischiano inoltre di sentirsi valutate positivamente anche da medici di riferimento e dietisti solo per i risultati ottenuti piuttosto che per l'impegno, la continuità e gli sforzi del paziente per ottenere un migliore controllo glicemico. Questo può essere vissuto dai pazienti con patologie croniche come una stigmatizzazione negativa; Rogers-Clark e coll.⁶ descrivono questo processo come un'etichettatura della patologia e quindi un'identificazione del paziente nella stessa. Nel caso in cui la patologia cronica sia il diabete, il rischio è che il paziente venga individuato dall'operatore sanitario come "diabetico" piuttosto che come "persona". Questo può creare un sentimento di diversità rispetto agli altri e una maggiore difficoltà nella gestione del diabete.

Soprattutto nel periodo adolescenziale, emerge la necessità e il bisogno di approvazioni oltre al desiderio di definire una propria personalità rispetto ai genitori o alle figure genitoriali, ma anche rispetto a operatori sanitari coinvolti nel percorso di cura. In questa fase può essere rifiutata la figura autoritaria del medico che si traduce poi in un'avversione che i giovani hanno nel presentarsi ai controlli.

I pazienti con disturbi del comportamento alimentare che uti-

lizzano come metodo di compenso l'omissione di insulina hanno un rischio molto elevato di incorrere nelle complicanze del diabete, a causa dello scarso controllo metabolico: molti studi dimostrano infatti che l'HbA_{1c} di questi pazienti è significativamente superiore agli stessi pazienti diabetici di tipo 1 senza diagnosi di DCA. In particolare La Greca e coll.⁷ hanno mostrato che nessuno tra i pazienti con HbA_{1c} < 9,0%, il 50% di quelli con HbA_{1c} compresa tra 9,0 e 11,9% e il 70% di quelli con HbA_{1c} ≥ 12% riportano episodi di omissioni volontarie di insulina.

Colton e coll.⁸ hanno delineato alcuni segnali di allarme che potrebbero indicare la presenza di disturbi alimentari tra i giovani con diabete di tipo 1: livelli inspiegabilmente elevati della glicemia a cui si accompagna una rapida perdita di peso potrebbero indicare la presenza di DCA insieme a pratiche compensatorie quali l'omissione o la riduzione volontaria della terapia insulinica. Elevati valori glicemici, inoltre, potrebbero nascondere abitudini alimentari errate, come il *binge eating* (abbuffate compulsive).

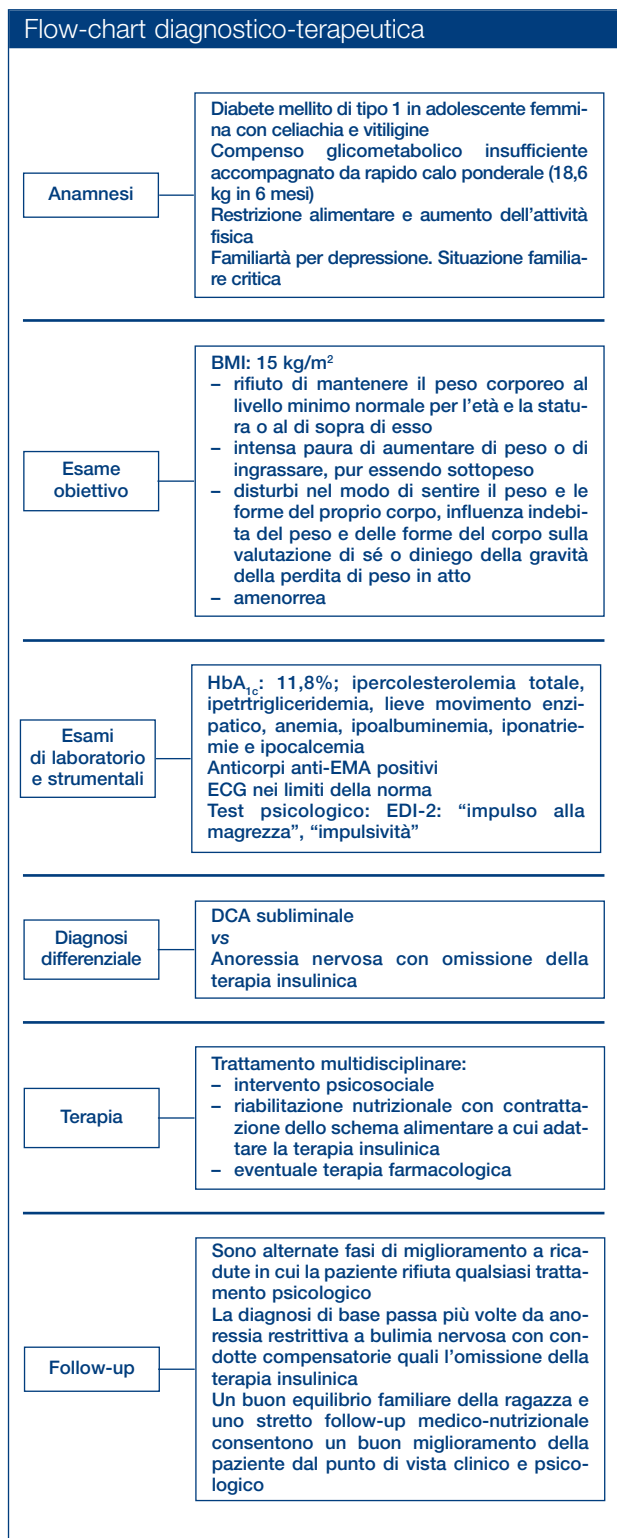
Episodi ricorrenti di chetoacidosi diabetica (DKA) sono spesso il risultato di una omissione volontaria di insulina per ottenere una perdita di peso.

Ipoglicemie ricorrenti accompagnate da una ridotta crescita staturale e/o dalla perdita di peso possono indicare una restrizione alimentare (il digiuno, una severa restrizione calorica o un eccessivo utilizzo dell'attività fisica per la perdita di peso). Se il team diabetologico sospetta la presenza di un DCA è importante valutare i segni, i sintomi e le complicanze mediche connesse a questo tipo di disturbi, utilizzando criteri diagnostici quali il DSM-IV (1994) e l'Icd-10 (1992-1993).

Anche le analisi del sangue risultano utili nella diagnosi di DCA, in particolare nei pazienti che utilizzano condotte di eliminazione. Il controllo degli elettroliti può far emergere un'ipokaliemia associata a un incremento dei livelli di bicarbonato, che indica la frequente presenza di vomito autoindotto o l'abuso di diuretici. Spesso è presente iponatremia per l'eccessivo consumo di acqua o per un difetto nella regolazione dell'ormone antidiuretico.

Nei giovani con diabete di tipo 1, specie in quelli che omettono le iniezioni di insulina, è più probabile riscontrare alterazioni nei parametri bioumorali. La valutazione risulta più complessa nei casi in cui questi valori si presentino nella norma (più frequentemente in casi di disturbi subliminali). In questo caso è importante valutare sintomi quali: una scarsa autostima, dispercezione corporea, depressione, ansia e manipolazione della dieta. È importante sottolineare come la depressione maggiore sia stata riscontrata in 1 caso su 5 tra le persone con diabete mellito di tipo 1 e che alcuni sintomi depressivi siano spesso riscontrati in pazienti con disturbi alimentari.

È importante, per questo motivo, che l'adolescente con diabete di tipo 1, a rischio di depressione, sia sottoposto a una valutazione psicosociale che ricerchi la presenza di sintomi depressivi come tristezza, sensazione di vuoto, diminuzione dell'appetito e/o perdita di peso, problemi del sonno o letargia, agitazione, affaticamento, basso interesse, diminuita capacità di pensiero o di concentrazione, indecisione, ricorrenti pensieri di morte e/o suicidio o tentativi di suicidio⁹.



Per quanto riguarda la presenza di complicanze microvascolari nei pazienti con disturbi alimentari e diabete di tipo 1, esistono molti dati di letteratura che dimostrano che i disturbi del comportamento alimentare portano a uno scarso con-

trollo metabolico, causa principale delle complicanze a lungo termine del diabete¹⁰. In particolare, Peveler e coll.¹¹, evidenziano come la presenza di complicanze microvascolari sia riscontrata nel 21% di pazienti con disturbi del comportamento alimentare, nel 47% di pazienti con comportamenti alimentari disordinati e nel 48% di pazienti che omettono frequentemente le iniezioni di insulina. Da questo studio emerge inoltre una correlazione positiva tra la presenza di due o più complicanze gravi e la presenza di un disturbo del comportamento alimentare.

Retinopatia^{11,12}, nefropatia¹¹⁻¹³ e piede diabetico¹³ sono tra le complicanze microvascolari che emergono più frequentemente in letteratura.

Per quanto riguarda le complicanze acute, Peveler e coll.¹¹ hanno riscontrato che il 24% di adolescenti e l'11% di giovani adulti hanno effettuato uno o più ricoveri ospedalieri per chetoacidosi da omissione di insulina nell'arco di due-tre anni.

Recenti studi hanno mostrato che i pazienti con diabete di tipo 1 che omettono o riducono la terapia insulinica hanno un rischio di mortalità 2,5-3 volte superiore rispetto ad altri diabetici di tipo 1 di pari età^{13,14}.

È importante quindi che gli operatori sanitari siano formati alla prevenzione, al trattamento e alla diagnosi precoce di questi disturbi. In particolare è necessario stabilire un programma terapeutico da adottare quando si identifica o si sospetta un DCA: l'approccio multidimensionale, multidisciplinare e multiprofessionale che tenga conto di diversi aspetti e che metta in campo la collaborazione coerente di specialisti diversi sembra a oggi il metodo di cura migliore. La risoluzione del quadro clinico richiede infatti, nella maggior parte dei casi, l'intervento coordinato di figure professionali diverse (psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, internisti, dietisti, ginecologi, mediatori familiari) che possono agire contemporaneamente o in fasi successive del trattamento¹⁵. In particolare, nella cura dei DCA associati a diabete mellito di tipo 1, è importante che il centro diabetologico e il centro di salute mentale di riferimento collaborino insieme per costruire una strategia di cura efficace.

Bibliografia

1. DSM-IV. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. 1994.
2. Colton P, Olmsted M, Daneman D, Rydall A, Rodin G. *Disturbed eating behavior and eating disorders in preteen and early teenage girls with type 1 diabetes*. *Diabetes Care* 2004; 27:1654-9.
3. Rydall AC, Rodin GM, Olmsted MP, Devenyi RG, Daneman D. *Disordered eating behaviors and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus*. *N Engl J Med* 1997;336:1849-54.
4. Jones J, Lawson M, Daneman D, Olmsted M, Rodin G. *Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross-sectional study*. *BMJ* 2000;320:1563-6.
5. Ventura M. *I disturbi del comportamento alimentare nel diabete di tipo 1*. In: AAVV, eds. *Corso di aggiornamento: disturbi del comportamento alimentare e diabete mellito*. Roche 2002.

6. Hillege S, Beale B, McMaster R. *The impact of type 1 diabetes and eating disorders: the perspective of individuals*. J Clin Nurs 2008;17:169-76.
7. LaGreca AM, Schwarz LT, Satin W. *Eating patterns in young women with IDDM: another look*. Diabetes Care 1987;10:659-60.
8. Colton PA, Rodin GM, Olmsted M, Daneman D. *Eating disturbances in young women with type 1 diabetes mellitus: mechanisms and consequences*. Psychiatr Ann 1999;29:213-8.
9. Kelly SD, Howe CJ, Hendler JP, Lipman TH. *Disordered eating behaviors in youth with type 1 diabetes*. Diabetes Educ 2005;34:572-83.
10. The Diabetes Control and Complication Trial Research Group. *The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus*. N Engl J Med 1993;329:977.
11. Peveler RC, Bryden KS, Neil HAW, Fairburn CG, Mayou RA, Dunger DB et al. *The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcomes in young adult females with type 1 diabetes*. Diabetes Care 2005;28:84-8.
12. Takii M, Uchigata Y, Tokunaga S, Amemiya N, Kinukawa N, Nozaki T et al. *The duration of severe insulin omission is the factor most closely associated with the microvascular complications of type 1 diabetic females with clinical eating disorders*. Int J Eat Disord 2008;41:259-64.
13. Goebel-Fabbri AE, Fikkan J, Franko DL, Pearson K, Anderson BJ, Weinger K. *Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes*. Diabetes Care 2008;31:415-9.
14. Nielsen S, Emborg C, Moltbak AG. *Mortality in concurrent type 1 diabetes and anorexia nervosa*. Diabetes Care 2002;25:309-12.
15. Cuzzolaro M. *Anoressie e bulimie*. Il Mulino 2004.