

Obesità negli adulti

C. Ciangura, C. Carette, P. Faucher, S. Czernichow, J.-M. Oppert

L'obesità è una malattia cronica che corrisponde a un eccesso di grasso corporeo, con conseguenze negative per la salute. I fattori coinvolti nello sviluppo dell'obesità sono molteplici e interconnessi: l'alimentazione, i disturbi del comportamento alimentare, la sedentarietà, i fattori psicologici, l'ereditarietà e l'ambiente. La sua definizione si basa sul calcolo dell'indice di massa corporea (IMC = peso/altezza², peso in kg e altezza in metri). Un IMC superiore o uguale a 30 kg/m² definisce l'obesità in entrambi i sessi per gli adulti. L'obesità è comune. Nel 2012, ha interessato il 15% della popolazione adulta in Francia, di cui l'1,2% ha avuto una grande obesità (IMC ≥ 40 kg/m²). L'obesità è associata a molte complicanze fisiche (respiratorie, meccaniche, cardiovascolari e metaboliche), ma anche psicologiche e sociali. L'obesità addominale, stimata in base all'aumento della circonferenza della vita, è associata a un maggiore rischio di complicanze metaboliche (diabete di tipo 2) e cardiovascolari. L'obiettivo della gestione terapeutica dell'obesità non è soltanto ponderale, ma mira anche alla prevenzione e al trattamento delle complicanze e al miglioramento della qualità della vita a lungo termine. La prescrizione è individualizzata e si basa principalmente su consigli dietetici, combinati, quando possibile, con la pratica di una regolare attività fisica, e sul sostegno psicologico. Si tratta di una cura a lungo termine. Diversi trattamenti farmacologici sono già utilizzati all'estero, anche negli Stati Uniti, ma non in Francia. La chirurgia bariatrica è un trattamento di seconda scelta e interessa i pazienti con obesità grave complicata da comorbidità.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Obesità; Complicanze; Chirurgia bariatrica; Trattamento; Percorso del paziente; Educazione terapeutica

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Definizioni	2
■ Epidemiologia	2
■ Fisiopatologia	2
■ Presa in carico	3
Capire la ragione della visita e le aspettative del paziente	3
Ricostruire la storia del peso (curva del peso)	3
Valutare le abitudini alimentari	3
Valutare il livello di pratica di attività fisica	4
Specificare la situazione psicologica e sociale	4
Valutare clinicamente il sovrappeso (cfr. supra)	4
Ricerca una causa di obesità secondaria	4
■ Principali comorbidità	4
Cardiovascolari	4
Respiratorie	4
Reumatologiche	5
Metaboliche	5
Tumori	5
Psicologiche e sociali	5
Altre complicanze	5

■ Presa in carico	6
Strategie terapeutiche	6
Strategie di cura: quali mezzi per quali pazienti?	7
■ Conclusioni	9

■ Introduzione

L'obesità è un grave problema di salute pubblica: aumento della prevalenza, complicanze potenzialmente gravi, impatto socioeconomico, trattamento complesso. Le forme più gravi e complicate sono in particolare aumento. Qualsiasi medico dovrà affrontare la gestione del paziente obeso. L'analisi della richiesta del paziente, l'identificazione e il trattamento delle complicanze mediche e il sostegno psicologico, la gestione delle plurimedicazioni, il rispetto del contesto di vita e il monitoraggio a lungo termine sono le principali sfide per la gestione dell'obesità. I mezzi terapeutici sono rivolti, in tutti i casi, al paziente, prendendo di mira i cambiamenti di comportamento e la gestione multidisciplinare.

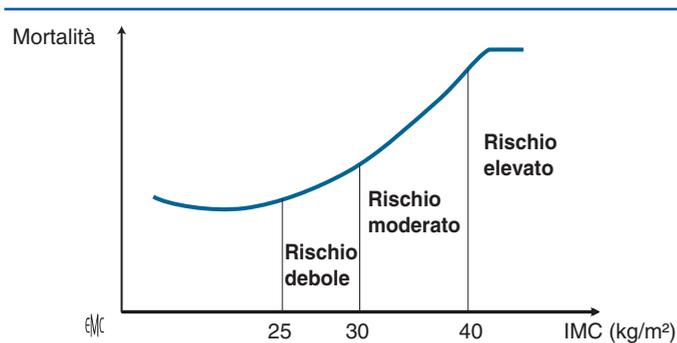


Figura 1. Relazione tra indice di massa corporea (IMC) e mortalità.

Tabella 1.

Classificazione in base all'indice di massa corporea (IMC).

IMC (kg/m ²)	Classificazione
< 18,5	Magrezza
18,5-24,9	Peso di riferimento
25-29,9	Sovrappeso
≥ 30	Obesità moderata (classe 1)
35-39,9	Obesità grave (classe 2)
≥ 40	Obesità massiva o patologica (classe 3)

Definizioni

L'obesità è definita come "un eccesso di massa grassa, con conseguenze negative per la salute". L'obesità è definita come una malattia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità dal 1997, a causa della sua dimensione epidemica e del suo impatto [1]. Nel giovane adulto in buona salute, la massa grassa corporea rappresenta, di solito, il 10-15% negli uomini e il 20-25% nelle donne. Questo grasso ha funzioni essenziali come organo di accumulo dell'energia, protezione meccanica, controllo della temperatura e così via. I diversi metodi di misurazione della composizione corporea per determinare questa percentuale di grasso non sono di uso clinico corrente. In pratica, lo stato ponderale è stato definito a partire dall'indice di massa corporea (IMC), che è il rapporto tra peso (kg) per il quadrato dell'altezza (m) [2]. A livello di popolazione, è ben correlato con la percentuale di massa grassa e con il rischio di morbilità e mortalità (Fig. 1). Su scala individuale, è fondamentale avere uno sguardo critico e non ignorare un alto indice di massa corporea in caso di edema, per esempio. L'obesità è definita negli adulti (oltre i 18 anni) da un IMC superiore o uguale a 30 kg/m², indipendentemente dal sesso e dall'età fino a 60 anni. La definizione delle diverse classi di obesità è riportata nella Tabella 1. La valutazione della distribuzione del tessuto adiposo è un concetto aggiuntivo. Un eccesso di rischio di mortalità cardiovascolare e di cancro è, infatti, associato alla localizzazione addominale del sovraccarico adiposo (distribuzione androide), come evidenziato da un aumento della circonferenza della vita (misurata a metà strada tra la cresta iliaca e l'ultima costa sulla linea ascellare media). La misura della circonferenza della vita è particolarmente rilevante quando l'IMC è compreso tra 25 e 35 kg/m². Un occhio clinico può, tuttavia, valutare se il sovraccarico adiposo è piuttosto androide o ginoide (gluteo-femorale). Le soglie sono differenti negli uomini e nelle donne, rispettivamente superiori o uguali a 94 cm e superiori o uguali a 80 cm.

Epidemiologia

L'ultima indagine nazionale (ObEpi 2012, su un campione rappresentativo ma dichiarativo di oltre 25 000 individui) ha riferito che il 15% della popolazione adulta è obeso in Francia [3]. Sembra che l'aumento dell'obesità abbia un certo rallentamento: l'incremento relativo del 3,4% tra il 2009 e il 2012 è significa-

tivamente inferiore rispetto agli anni precedenti (+18,8% tra il 1997 e il 2000, +17,8% tra il 2000 e il 2003, +10,1% tra il 2003 e il 2006 e +10,7% tra il 2006 e il 2009). L'incremento maggiore riguarda la grande obesità, che oggi rappresenta l'1,2% della popolazione (0,3% nel 1997). La prevalenza dell'obesità varia con l'età (aumenta con l'età), il sesso (15,7% per le donne, 14,3% per gli uomini), i fattori geografici (gradiente Nord-Sud: 21% contro 13%, DOM-TOM 22-33%) [4] e il livello socioeconomico (tre volte superiore nelle famiglie i cui redditi sono più bassi).

Fisiopatologia [5, 6]

L'obesità è caratterizzata da un'evoluzione cronica in diverse fasi: creazione e mantenimento del peso in eccesso e fluttuazioni di peso. C'è una fase preclinica del periodo intrauterino alle prime modifiche della corpulenza. I fattori biologici (epigenetici, genetici, sviluppo della massa grassa) sono importanti. La costituzione originale, più o meno precoce a seconda degli individui, è caratterizzata da uno squilibrio energetico, fortemente dipendente dal comportamento alimentare e dall'attività fisica. Clinicamente, vi sono un aumento del deposito adiposo e un aumento adattativo della massa magra. È comune pensare che lo sviluppo della massa grassa sia secondario a uno squilibrio del bilancio energetico. In alcuni casi, ci può essere un'anomalia primaria del tessuto adiposo con una maggiore capacità di deposito. La fase di mantenimento è il risultato di un nuovo equilibrio energetico e di variazioni della capacità di stoccaggio. Una fase di aggravamento della malattia porta allo stadio di obesità stabile, caratterizzata dalla comparsa di patologie concomitanti (cfr. infra). Questa fase è caratterizzata da fluttuazioni di peso legate a tentativi di perdita di peso seguiti spesso da ingrassamento, condizione chiamata anche "yo-yo" ponderale, il più delle volte ascendente, con conseguenze psicologiche (disturbi di autostima e del comportamento alimentare) e fisiche (diminuzione della massa magra, cambiamenti nel metabolismo energetico) che possono portare a un aumento di peso. Il processo di inflazione adiposa diventa cronico e si crea una resistenza al dimagrimento (obesità chiamata "refrattaria").

Nel corso del tempo si instaura una patologia d'organo con profonde alterazioni anatomiche, biologiche e funzionali: aumento del deposito adiposo da iperplasia e ipertrofia adipocitaria e alterazione dell'adipogenesi, comparsa di depositi di grasso ectopici (grasso viscerale, fegato, muscolo, pancreas, cuore, vasi sanguigni), aumento dell'infiammazione e comparsa di fibrosi nel tessuto adiposo. Ciò si traduce in profonde alterazioni del dialogo fisiologico tra il tessuto adiposo e il resto del corpo attraverso la secrezione di adipochine (leptina, adiponectina, visfatina, resistina, interleuchina 6, ecc.).

I fattori eziologici e patogeni coinvolti nell'obesità sono solo parzialmente identificati. Vi sono uno squilibrio del bilancio energetico, un'eredità multifattoriale (il 70% dei pazienti obesi ha un genitore obeso) associata a un tipo di alimentazione, un contesto socioculturale e uno stile di vita comune alla famiglia, ma anche una predisposizione genetica attraverso l'impronta lasciata dalle condizioni intrauterine o postnatali (modifiche "epigenetiche"). Alcune obesità cosiddette "genetiche" (meno del 5% delle obesità), massive e precoci, sono legate alla mutazione di un singolo gene o di una regione cromosomica e possono far parte di sindromi complesse. È il caso della sindrome di Prader-Willi e delle mutazioni del gene della leptina, per esempio. Ogni lesione delle strutture centrali coinvolte nella regolazione alimentare può portare all'obesità, come dopo la rimozione di un tumore ipotalamico (craniofaringioma, per esempio). Altri fattori determinanti noti fino a oggi sono: le alterazioni primitive del tessuto adiposo, come l'adipogenesi favorita dai corticosteroidi o i cambiamenti della capacità di immagazzinamento del tessuto adiposo e dell'infiammazione in risposta allo stress, ad alcuni virus o a modificatori endocrini e a sostanze inquinanti, variazioni della flora intestinale (microbiota), disturbi del sonno (durata, qualità), determinanti psicologiche (assunzione di cibo stimolata dalle emozioni, dallo stress, da disturbi del comportamento alimentare [TCA]) e

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757757>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757757>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)