

Calo Ponderale

Caso Clinico: Donna, 73 aa, calo ponderale involontario.

Stile di vita: Ex fumatrice, non beve alcolici.

Anamnesi patologica remota: Osteoporosi, complicata da una frattura del collo femorale sinistro 3 anni prima, osteoartrosi, ipotiroidismo ed ipercolesterolemia.

Anamnesi patologica prossima: Riferisce di aver perso 6,8 kg nell'ultimo anno. Prima pesava 61,3 kg ora pesa 54,5 kg, quindi ha perso più del 10% del suo peso iniziale. Riferisce di effettuare 3 pasti al giorno, e di non aver cambiato le sue abitudini alimentari (questo elemento va integrato con un'intervista ad un familiare)

Anamnesi farmacologica (importantissima):

- ∑ Levotiroxina 75 mcg/die ⑦ Si somministra in base ai livelli di TSH, il valore di TSH durante il trattamento dev'essere compreso tra 0,5 – 2.
- ∑ Simvastatina 20 mg/die ⑦ Il target della terapia è mantenere il colesterolo LDL < 130 mg/dl.
- ∑ Alendronato 70 mg/sett ⑦ 10 mg/die somministrato una volta alla settimana, di solito la domenica mattina appena svegli.
- ∑ Integratori di Vitamina D e Calcio ⑦ 800 U di colecalciferolo/die + 1 g/die di Calcio.
- ∑ Ibuprofene ⑦ 600 mg al bisogno per dolore al ginocchio. E' il FANS con il miglior rapporto efficacia/tossicità.

Definizione di calo ponderale involontario significativo: Riduzione di peso non voluta che genera un rilevante rischio per la salute.

- ☒ > 5% in 30 giorni (Frequentemente nei pz ospedalizzati)
- ☒ > 7,5% in 3 mesi
- ☒ > 10% in 6 mesi

E' importante valutare anche il BMI, che non serve solo per classificare i pz obesi, ma anche per valutare gli stati di sottopeso e magrezza, In studi internazionali è stato dimostrato che il rischio di morte (generico, per qualsiasi stato patologico) aumenta più rapidamente quando si riduce il BMI rispetto a quando aumenta.

Quando gestiamo un paziente con un calo ponderale importante bisogna valutare quattro aspetti fondamentali:

1) Terapia farmacologica in atto

I farmaci possono ridurre l'appetito, possono causare secchezza delle fauci (come i BD ad effetto anti-colinergico assunti per via inalatoria), possono causare disgeusia e disosmia, possono dare nausea e vomito e possono diminuire la peristalsi gastrica e duodenale.

[Il prof qui ci ha fatto degli esempi pratici:

Pz diabetico che inizia metformina in una situazione di normalità, successivamente si ha una compromissione del sistema escretore ed un accumulo del farmaco che causerà quindi anoressia.

L'eccesso di diuretici causa disidratazione ed ipovolemia, ecco spiegata la xerostomia]

FARMACI
Anoressia Psicofarmaci (benzo, antiepi, antidepress, anti-park, oppiacei) amfetam, antibiot, metformina, interferoni
Xerostomia Anti-colinergici, anti-istaminici, diuretici
Disgeusia, Disosmia ACE-I, diur, Ca-antag, antibiot, allopur, antineoplastici, ferro, metfor, FANS
Disfagia Bifosfonati, antibiotici, anticolin, levodopa, corticosteroidi
Nausea, vomito Digossina, metformina, metronidazolo, oppiacei
Diarrea Antibiotici, lassativi, tisane erbe etc.

2) L'introito calorico

I valori normali si aggirano tra 1.600-2.000 calorie al giorno, con un valore medio di 1.800. Ovviamente per valutare ciò bisogna chiedere al paziente cosa mangia in una giornata tipo e sapere i valori nutrizionali delle macrocategorie di alimenti.

VALORE CALORICO	
100 gr di	KCal
Carne	100 - 160
Pesce	80 - 200
Uova (un uovo)	80
Pasta / Riso (crudl)	350
Formaggi/latticini	240 - 400
Frutta	20 - 60
Verdure	10-25
Ortaggi	20-60
Legumi secchi	300
Pane	250 - 300
Cola	150

3) Lo stato dell'apparato digerente

Malattie gastrointestinali alte:

Disordini associati a disfagia: Ernia iatale, Dermatopolimiosite, Sclerodermia

Esofagite: MRGE, infezioni (soprattutto negli immunodepressi) da Herpes e Candida

MRGE con o senza esofagite

Rallentamento dello svuotamento gastrico e stipsi (è necessaria un'anamnesi accurata): Diabetici che hanno sviluppato una neuropatia autonoma, Pazienti in post-operatorio soprattutto dopo chirurgia gastrointestinale o addominale.

L'esofago si studia con EGDS, se il paziente preferisce non cominciare con esami invasivi, si può fare un RX con doppio contrasto con il paziente in posizione di Trendelenburg (meno preciso, però può essere utile per una valutazione iniziale), oppure con una pH-impedenziometria.

Sindromi da malassorbimento:

E' importante vedere se c'è diarrea, perchè in questo caso il paziente ha un introito calorico adeguato ma ugualmente un calo ponderale importante. E' importante anche distinguere tra i casi di maldigestione (quindi i casi in cui un deficit enzimatico è causa di un'impossibilità di digestione di alcuni alimenti) oppure se c'è proprio un'alterazione della barriera mucosale.

I tre organi da esplorare in questo caso sono: Tenue, Pancreas e Colecisti e vie biliari.

Malassorbimento dovuto a malattie del tenue:

Morbo di Chron: Dolore addominale + Diarrea. Cominciamo a sospettarlo in presenza di questa sintomatologia e ad un aumento di VES e PCR. A livello fecale può essere utile il dosaggio della calprotectina, ed il dosaggio nel siero degli Ac anti-Saccharomyces cerevisiae. La diagnostica per immagini si avvale dell'Entero-RM e della TC con mdc per andare a vedere stenosi, fistole ed inspessimenti della mucosa. Ovviamente è fondamentale la colonscopia ma bisogna espressamente chiedere all'operatore di esplorare anche l'ultima ansa ileale poichè sede elettiva della patologia.

Malattia celiaca: Quando la sospettiamo dosiamo nel siero gli Ac anti-TG (IgA ed IgG) che sono i più specifici in assoluto ed affiancarli al dosaggio degli Ac anti-endomisio. Gli anti-gliadina ormai non si dosano più perchè sono poco sensibili e poco specifici. Se persiste il dubbio diagnostico si può fare la tipizzazione dell'HLA che dovrà essere DQ2 o DQ8, altrimenti si può escludere la patologia. La conferma diagnostica si fa con la biopsia del duodeno distale secondo i criteri di Marsh che comprendono: l'atrofia dei villi, l'iperplasia della cripte e l'infiltrato linfocitario.

Sprue tropicale: Anamnesi positiva per viaggi in paesi tropicali negli ultimi anni.

Giardiasi: Endemica in Campania. La Giardia Lamblia forma una barriera sull'orletto a spazzola dell'intestino tenue impedendo completamente l'assorbimento dei nutrienti.

Neoplasie neuroendocrine: Come ad esempio il Carcinoide in cui si ha un aumento della serotonina responsabile della diarrea, che potrà essere diagnosticata con il dosaggio dell'acido indolacetico nelle urine delle 24 h (metabolita urinario della serotonina). Nella Sindrome di Zollinger-Ellison si ha un'iperproduzione di gastrina, la manifestazione principale non è la diarrea ma le ulcere gastriche ricorrenti e recidivanti, la diagnosi si fa con il dosaggio della gastrinemia dopo la sospensione degli IPP per un tempo sufficiente. Un altro esempio è il VIPoma. Ovviamente tutti questi tumori si accompagneranno a sintomi caratteristici di sindromi neuroendocrine come vampate di calore, tachiaritmie etc.

Malattie vascolari e linfatiche: E' un deficit di tipo post-assorbitivo poiché l'alimento viene assorbito ma non arriva nella circolazione sistemica. Ad esempio in caso di linfomi o di neoplasie intraddominali con estensibile metastatizzazione linfatica come l'HCC, il CCR o il Ca gastrico.

Malassorbimento da maldigestione:

Insufficienza pancreatica: Dovuta ad una pancreatite acuta o cronica oppure ad una neoplasia del pancreas (soprattutto della testa del pancreas che ostruisce precocemente il Wirsung). Si dosano le lipasi (assolutamente specifiche del pancreas) e le amilasi.

N.B. Un aumento isolato delle amilasi può essere dovuto anche ad una patologia delle ghiandole salivari, oppure ad una disfunzione intestinale (che è ricco di amilasi)

Si ha steatorrea e diarrea osmotica. Si può misurare il grasso fecale delle feci di 3 giorni (V.N. 10 g/24 h). Si può anche fare l'esame microscopico delle feci, in cui si possono repertare fibre carnee, amidi e residui di alimenti indigeriti.

N.B. Se c'è ipersecrezione gastrica (come nella Sd. di Zollinger-Ellison) si può avere un'inibizione secondaria degli enzimi pancreatici, senza compromissione della funzione pancreatica.

Per studiare il pancreas utilizziamo in prima istanza l'ecografia che però può essere complicata per la presenza di un eventuale meteorismo intestinale, molto comune in questi pazienti. Successivamente si può fare una TC con mdc oppure una RM colangiografica.

Insufficienza biliare: Frequente nel paziente con epatopatia cronica. Andrò a dosare la bilirubina, la fosfatasi alcalina e la gammaGT (specifiche delle vie biliari).

Se sospetto una CSP mi aspetterò una positività per gli ANCA ed un'associazione alla RU (faccio diagnosi con una colangio-RM senza mdc).

Se sospetto una CBP mi aspetterò una positività per gli AMA.

Se c'è prurito mi oriento o verso una patologia biliare o verso un linfoma intestinale.

Ricordatevi sempre che i sali biliari servono all'assorbimento delle vitamine liposolubili (ADEK), quindi il paziente con insufficienza biliare potrebbe presentarsi con sintomi da deficit vitaminico, tra cui:

Deficit di Vit A ⑦ Turbe della visione notturna

Deficit di Vit D ⑦ Osteoporosi, in questo caso il dosaggio è semplice

Deficit di Vit E ⑦ Difficile da diagnosticare, peggioramento dello stato ossidativo, aumento dei danni da aterosclerosi e dismetabolismi.

Deficit di Vit K ⑦ Disturbi della coagulazione per diminuzione di fattori Vit K-dipendenti (II, VII, IX, X, Prot. C e Prot. S). Si valuta il PT che sarà aumentato con un'assoluta normalità dell'aPTT e del fibrinogeno. Per correggere il deficit si somministra Fitomenadione per ev, 10 mg (dose pari al fabbisogno di Vit K di un mese, quindi è in grado di ricostituire tutto il patrimonio di Vit K perduto), successivamente il PT e l'INR si normalizzeranno in tempi brevi.

[Qui il prof aggiunge una cosa che non c'entra con l'insufficienza biliare, dice che se il pz ha un MCV particolarmente alto, questo potrà essere ricondotto ad un deficit di folati o di Vit B12 (in questo caso si avranno neuropatie periferiche), e dobbiamo pensare alla possibilità di essere davanti ad una Gastrite A.I. oppure ad un'ileite terminale (come in caso di Chron che a volte esordisce proprio con macrocitosi)]

4) Metabolismo e spesa energetica

Cause di aumentate richieste metaboliche:

Endocrinopatie: Iperteroidismo, Ipercorticosurrenalismo, Feocromocitoma

Insufficienza d'organo: Renale, Epatica, Cardiaca, Respiratoria

Reumatologiche per flogosi cronica

Infettive: Pielonefrite cronica, Osteomielite cronica, Pleuriti croniche, TBC, Bronchiectasie

Neoplasie occulte

Lo screening diagnostico del calo ponderale si fa attraverso i seguenti esami:

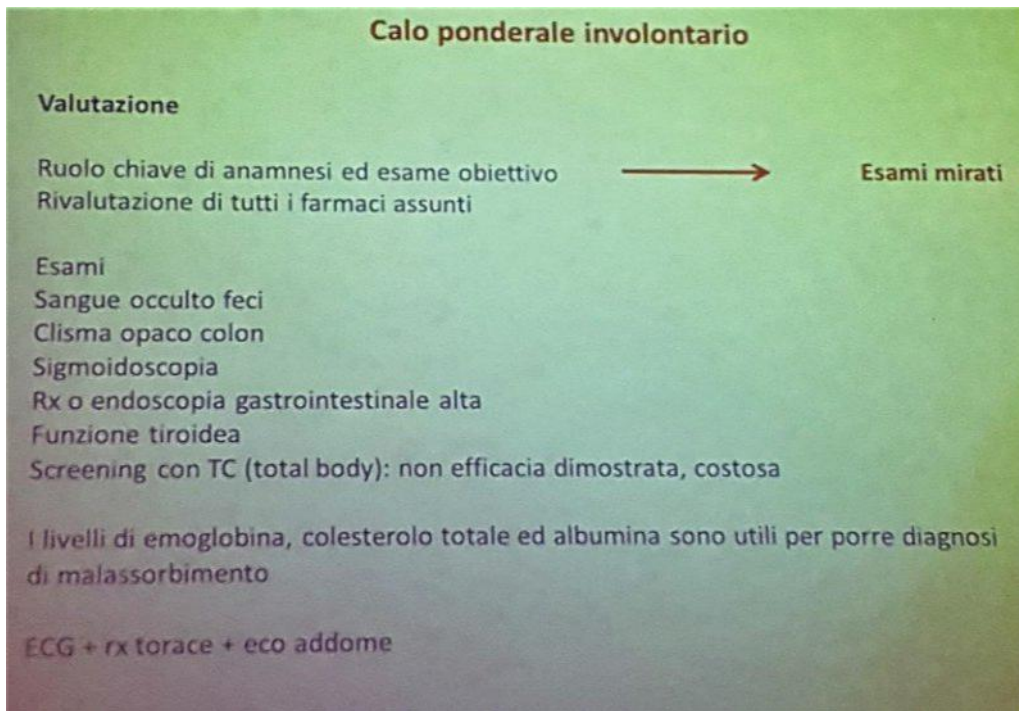
Screening diagnostico in pazienti con calo ponderale involontario	
Sangue occulto feci	cancro GI
Emocromo VES PCR LDH	infezione, anemie carenziali o linfoproliferaz
Profilo biochimico	diabete mellito, disfunzione renale/epatica
TSH	ipertiroidismo
Es. urine	infezione, disfunzione renale o disidratazione
Rx del torace	
Eco addome	

N.B. il sangue occulto dev'essere negativo per 3 volte a distanza di una settimana, bisogna prestare attenzione se il pz ha anche anemia ipocromica e microcitica.

Al laboratorio valuteremo:

- Σ Ipoalbuminemia
- Σ Iperazotemia
- Σ Diminuzione di colesterolo e colinesterasi
- Σ Anemia
- Σ Iper o Ipoglicemia

Volendo ricapitolare: [N.B. ha senso fare solo la PET-TC totalbody per neoplasie o focolai infettivi]



E' importante adottare misure preventive in situazioni particolari, come nel pz che assume BD inalatori ad azione anti-colinergica, gli diciamo di sciacquare la bocca dopo l'inalazione del farmaco per evitare la xerostomia.

Farmaci utili per aumentare l'introito calorico: Corticosteroidi a basse dosi (5mg), Levosulpiride (procinetico ad azione psicoanalettica).

Farmaci con effetti oressigeni ed anabolici: Megesterolo acetato, Oxandrolone.

Nutrizione parenterale:

Per ogni g di Glucosio o di Amminoacidi: 4 cal

Per ogni g di Lipidi: 9 cal

Glucosata al 20% in 500 ml ☉ 400 cal, una la mattina ed una il pomeriggio ☉ 800 cal

Gli amminoacidi NON selettivi sono in soluzioni all'8% in 500 ml ☉ 160 cal, una la mattina ed una il pomeriggio ☉ 320 cal

I lipidi sono al 20% in 200-300 ml ☉ 400 cal una volta al giorno.

In questa maniera si raggiunge un apporto calorico di circa 1600 calorie, suddivise il 50% carboidrati, 10% Amminoacidi e 40% lipidi.

La nutrizione parenterale espone il pz a rischio di infezioni, ad un aumento dello stato ossidativo e causa una iperglicemia costante.

Nutrizione enterale:

Il paziente non deve avere problemi di malassorbimento, altrimenti è controindicata, si fa tramite l'inderimento di un SNG e si somministra un apporto energetico composto da: 55% carboidrati, 25% lipidi, 20% proteine.

La nutrizione enterale evita l'iperglicemia costante, però può dare diarrea osmotica ed ipernatriemia per effetto osmotico.