



DIABULIMIA E DIABETE TIPO 1: UNA PROBLEMATICA MISCONOSCIUTA ED EMERGENTE

Benedetta Rivolta¹, Benedetta Masserini¹, Irene Bernardi², Antonella Camera¹, Federico Liboà¹, Sebastiano Bruno Solerte¹, Chiara Cerabolini², Nadia Cerutti³

¹Dirigente medico, SC nutrizione clinica, diabetologia e malattie endocrine, ASST Pavia

²Medico in formazione specialistica, SC nutrizione clinica, diabetologia e malattie endocrine, ASST Pavia

³Direttore f.f., SC nutrizione clinica, diabetologia e malattie endocrine, ASST Pavia

benedetta_rivolta@asst-pavia.it

Introduzione

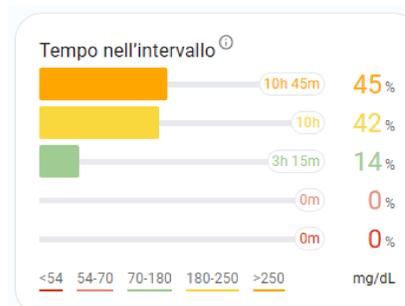
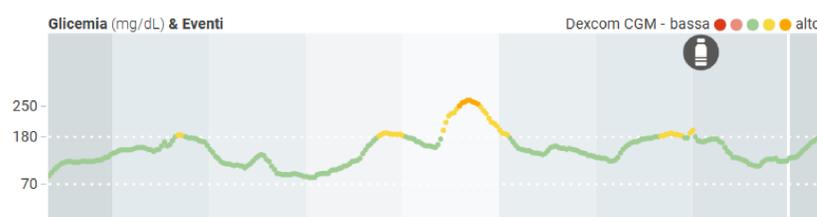
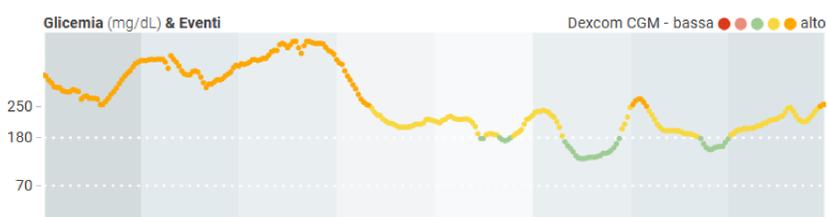
I disturbi del comportamento alimentare (DCA) nei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 1 (DMT1) sono spesso misconosciuti, di difficile diagnosi e quando coesistono agiscono negativamente tra di loro. Negli ultimi vent'anni è stato dimostrato che i disturbi dell'alimentazione sono più frequenti nelle persone affette da DMT1 rispetto alla popolazione generale e la presenza stessa di DMT1 può contribuire a slatentizzare un DCA. Secondo le stime degli studi più recenti, almeno il 30%-40% dei giovani affetti da diabete mellito di 1 ha almeno un DCA, a cui può associarsi la diabulimia. I DCA peggiorano in maniera sostanziale il compenso glicemico dei pazienti, rendendo la gestione della terapia insulinica ulteriormente complessa. In questo senso i sistemi integrati di tipo SAP (sensor augmented pump) permettono la massima flessibilità terapeutica anche nei soggetti affetti DCA, riducendo al minimo la gestione della terapia insulinica da parte del paziente, tuttavia per alcuni sistemi il conteggio dei carboidrati resta ancora una parte indispensabile nella titolazione della dose di insulina.

Case report

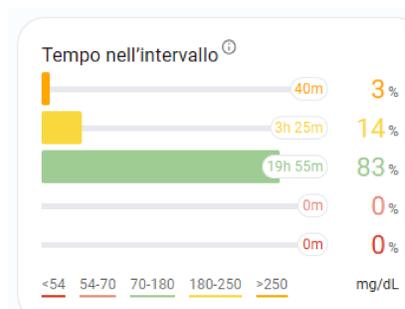
È giunta alla nostra attenzione una paziente di 30 anni, normopeso, affetta da DMT1 in compenso metabolico non a target ed inadeguata gestione dei boli insulinici prandiali, con un passato di dipendenza da sostanza d'abuso ed una sindrome ansioso-depressiva in regolare follow-up psicologico e psichiatrico. Per favorire un miglior controllo glicemico, si inviava la paziente ad avvio di corso di conteggio dei carboidrati e si effettuava un primo posizionamento di microinfusore con sistema integrato di tipo SAP, con progressivo miglioramento del controllo glicemico. Nel corso delle successive visite di follow-up, dallo scarico dei dati combinato della SAP si evidenziava un progressiva diminuzione nella somministrazione dei boli prandiali fino a completa sospensione, inoltre la paziente aveva sviluppato un'eccessiva attenzione all'incremento ponderale. Grazie ad un approccio integrato tra medico specialista e dietista, è emerso un DCA mai diagnosticato, compatibile con diabulimia, caratterizzato da progressiva riduzione – fino all'eliminazione - dell'introito di carboidrati e dei boli insulinici, cui seguivano episodi di iperalimentazione incontrollata e condotte di eliminazione/purging. La diagnosi di diabulimia veniva confermata dallo psichiatra del Servizio; si adottava pertanto un approccio multidisciplinare (diabetologo, dietista, psichiatra) con valutazioni dietetiche quindicinali degli introiti alimentari ed uso della bioimpedenziometria. Veniva impostata una dieta a contenuto fisso di carboidrati per limitare le condotte di controllo. Si è assistito ad un progressivo miglioramento del quadro clinico ed al raggiungimento di un buon compenso glicometabolico, con una maggiore consapevolezza nella gestione della patologia.

Conclusioni

Gli studi relativi alla gestione dei pazienti affetti da DMT1 e DCA sono numericamente limitati e derivano prevalentemente da dati osservazionali. I pazienti affetti da DMT1, per la natura stessa della patologia e della sua gestione, devono prestare una maggior attenzione alla quantità ed alla qualità degli ingesta, motivo per cui è più difficile individuare i DCA. Attualmente non esistono percorsi di cura standardizzati né strumenti di screening validati per questa doppia condizione. Nella nostra esperienza clinica l'approccio condiviso tra medico diabetologo, dietista e psichiatra/psicoterapeuta nella gestione dei DCA associati a DMT1 si è dimostrato di fondamentale importanza per la gestione della diabulimia. È dunque auspicabile lo sviluppo di strumenti di screening e efficaci percorsi assistenziali.



Carboidrati totali 80g
Carboidrati di emergenza --



Carboidrati totali 116g
Carboidrati di emergenza --