

DESG

Teaching Letter

10

Gestire il paziente con eccesso di peso e diabete

Combattere il diabete e le sue complicanze tardive

UN PROBLEMA MONDIALE

Circa ottanta diabetici su cento sono non insulino-dipendenti e, di questi, l'80% è affetto da un grado più o meno elevato di obesità.

Gli studi biologici favoriscono l'ipotesi che l'insulino-resistenza sia il fattore scatenante che induce iperinsulinemia, la quale porta a un aumento di peso che, a sua volta, provoca un aumento secondario dell'insulino-resistenza. Progressivamente, il pancreas endocrino perde la sua capacità di soddisfare il crescente fabbisogno insulinico: la conseguenza è il diabete mellito. Per rompere questo circolo vizioso, sono oggi disponibili diversi strumenti terapeutici, fra i quali nuovi farmaci, l'educazione dei pazienti e modifiche di comportamento. Benché l'obiettivo terapeutico sia la normalizzazione dell'iperglicemia, quasi tutta la comunità medica raccomanda il calo ponderale come mezzo per rompere questo fisiopatologico circolo vizioso.

Gli studi epidemiologici mostrano una crescita continua dell'obesità e del diabete in tutto il mondo, soprattutto nei paesi in via di sviluppo. Probabilmente queste popolazioni mal tollerano l'aumento di calorie e la riduzione di attività fisica. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per l'anno 2025 l'incidenza del diabete nei paesi in via di sviluppo sarà raddoppiata.

OBESITÀ E DIABETE: UN FORTE RISCHIO DI INCIDENTI CARDIO-VASCOLARI E DI COMPLICANZE TARDIVE DEL DIABETE

Esiste una credenza erronea, abbastanza diffusa fra gli operatori sanitari e ancor più fra i pazienti, che il diabete tipo 2 sia una forma lieve della malattia, con complicanze meno gravi rispetto al tipo 1. In realtà il diabete è oggi, anche nei paesi

industrializzati, la prima causa di cecità e di amputazioni non traumatiche.

Rispetto alla popolazione generale, i diabetici hanno un rischio doppio di infarto e, se soffrono anche di ipertensione il rischio è quattro/cinque volte maggiore. Un terzo dei pazienti in dialisi hanno il diabete.

Come è già stato provato per il diabete insulino-dipendente, anche nel diabete tipo 2 la correzione dell'iperglicemia può avere

un impatto fondamentale nella riduzione delle complicanze tardive. Il DCCT e lo studio di Stoccolma hanno mostrato una riduzione del 50% nell'incidenza di retinopatia e microalbuminuria. L'estrapolazione al diabete tipo 2 è allettante, anche se in questa forma la presenza di iperinsulinemia cronica è un altro fattore da considerare.

Nella maggior parte dei pazienti con diabete di tipo 2 il miglioramento della glicemia dipende dalla perdita di peso.

AUMENTO E PERDITA DI PESO: DUE IMPORTANTI MECCANISMI DI SOPRAVVIVENZA

Nelle società primitive l'aumento di peso e la conseguente obesità erano considerate un'importante protezione contro le carestie, spesso dovute a disastri naturali. Solo gli obesi sopravvivevano a queste calamità. Oggi in molti gruppi etnici l'obesità è sinonimo sociale di ricchezza e salute. Sfortunatamente il diabete minaccia la sopravvivenza di molti di questi popoli, come sull'isola di Nauru in Micronesia, dove quasi tutta la popolazione è obesa. Il 25% di questa popolazione è diabetico e molti di loro sono affetti da gravi complicanze. La loro sopravvivenza dipenderà quasi certamente dalla perdita di peso.

MECCANISMI BIOCHIMICI DELL'OBESITÀ CHE INTERFERISCONO CON IL METABOLISMO GLICIDICO

Nell'obesità si ha un'aumentata ossidazione dei lipidi che interferisce con l'ossidazione e il deposito del glucosio, risultando in un aumento della glicemia. Inoltre la resistenza insulinica e un aumento degli acidi grassi liberi circolanti partecipano all'aumento della gluconeogenesi. Questo aumento della produzione epatica di glucosio può superare i 100 grammi al dì.

Non c'è obesità senza eccessivo apporto alimentare. Su questo fronte *la leptina*, una

proteina prodotta dal tessuto adiposo, potrebbe offrire un'altra risposta all'obesità. La leptina svolge la funzione di stimolare il centro della sazietà e dunque offre un feedback negativo all'aumento di peso. Maggiore è il contenuto di grasso del tessuto adiposo, maggiore è la produzione di leptina e di conseguenza il senso di sazietà. Benché questo meccanismo sia stato dimostrato nel topo *ob/ob*, nell'uomo la situazione non è chiara, ma il tentativo di usare la leptina potrà dare importanti risposte al problema dell'obesità e del calo ponderale.

CONTROLLARE LA SINDROME "DIABETE-OBESITÀ": UN'IMPORTANTE SFIDA TERAPEUTICA PER IL MEDICO

I clinici possono e devono sviluppare strategie efficienti per aiutare i pazienti con diabete e obesità. Ancora più importante è aiutare a dimagrire le persone affette dalla "sindrome metabolica", cioè diabete, obesità, iperlipemia e ipertensione.

Il comune denominatore del trattamento di tutte queste condizioni è fare dimagrire i pazienti. A livello fisiopatologico, il dimagrimento può risultare in:

Aumento della sensibilità all'insulina, con conseguente riduzione della secrezione insulinica.

Miglioramento della glicemia dovuto a:

1. Aumento del consumo periferico di glucosio nei muscoli e nel tessuto adiposo.
2. Diminuzione della produzione epatica di glucosio.

Riduzione dei livelli di lipidi circolanti: cioè riduzione degli acidi grassi liberi, dei trigliceridi e del colesterolo totale, e aumento del colesterolo HDL.

Riduzione dell'ipertensione, che ha ancora più effetto se, accanto alla riduzione dell'apporto calorico, si ha un aumento dell'attività fisica.

ASPETTI CHIAVE DEL MANGIARE TROPPO

L'uomo mangia per tre ragioni principali

1. Sopravvivere (dimensione biologica);
2. Perché il cibo è saporito, preparato e presentato bene (dimensione estetica);
3. Perché i pasti facilitano i contatti sociali (dimensione sociale).

Queste tre dimensioni sono sempre presenti insieme, indipendentemente dalle differenze di cultura. Alcune personalità sono più sensibili di altre alla dimensione estetica del cibo (gusto, aroma di certi alimenti). Non sorprende dunque che tendano a profittare di questo aspetto, cerchino questo tipo di cibi, ne mangino troppo e quindi ingrassino. Quelli che danno più importanza alla dimensione sociale, dovranno confrontarsi con ricevimenti, cocktail, ecc. Quanti pazienti obesi accusano questa pressione sociale come causa principale del loro aumento di peso e/o della mancata adesione alla dieta?

Gli eventi della vita possono determinare altri fattori che influenzano il peso. Per ogni individuo, l'apporto calorico giornaliero, di solito abbastanza costante da un giorno all'altro, può variare molto in circostanze particolari. In occasione di forte stress o noia, si osserva spesso un eccesso alimentare con conseguente aumento di peso (p.e. mangiare noccioline davanti al televisore). In periodi di abbandono è anche frequente un dimagrimento (p.e. durante il lutto per la perdita di una persona amata). Mangiare da soli richiede grande disciplina per preparare pasti corretti come quantità e qualità. Si è osservato che fra le persone anziane che hanno perduto il coniuge, anche se non hanno problemi finanziari, il 20% soffre di malnutrizione qualitativa.

Infine, non da ultimo, il sovrappeso dipende molto dalla mancanza o dalla scarsità di attività fisica. All'inizio del secolo i tagliaboschi della costa occidentale degli Stati Uniti, che svolgevano uno dei mestieri

più pesanti, consumavano 10.000 calorie al giorno, eppure nessuno di loro ingrassava.

L'uso quotidiano dell'automobile, i telefoni portatili, perfino l'uso del telecomando per la TV, contribuiscono a creare uno squilibrio fra spesa energetica e introito calorico. Le persone che seguono lo stile di vita occidentale, così com'è oggi, sono condannate a ingrassare, a meno che non si intraprendano azioni preventive adeguate.

Benché medici e dietisti siano consapevoli di questi fattori, tendono spesso a trascurarli quando danno raccomandazioni alimentari al paziente.

L'EQUILIBRIO ALIMENTARE

• Insistere su tre pasti veri al dì

Numerosi studi hanno dimostrato che coloro i quali saltano regolarmente un pasto hanno un peso significativamente maggiore e una maggiore frequenza di obesità rispetto alle persone che fanno tre pasti al giorno.

C'è anche una correlazione positiva tra obesità e il non fare la prima colazione. L'esperienza mostra che chi salta un pasto tende a mangiare troppo al pasto seguente.

• Distribuzione giornaliera del cibo

Idealmente si dovrebbero fare tre pasti principali e due/tre spuntini. Si raccomanda la seguente distribuzione calorica:

Colazione	20-25%
Spuntino mattutino	5-10%
Pranzo	30-35%
Spuntino pomeridiano	5-10%
Cena	25-30%
Spuntino serale	5-10%

Questa distribuzione delle calorie non dipende dall'apporto calorico totale. E' valida anche quando si segue una dieta dimagrante.

• Distribuzione qualitativa del cibo: mai abbastanza frutta, amidi e fibre

I pazienti in sovrappeso di solito mangiano meno frutta e fibre.

A causa della carenza di frutta, l'apporto giornaliero di vitamine è spesso inferiore al fabbisogno minimo. La carenza di verdura e fibre non crea il senso di pienezza gastrica che, come è noto, contribuisce alla sazietà.

Per quanto riguarda i carboidrati, le inchieste nutrizionali rivelano che i pazienti diabetici obesi mangiano spesso meno amido di quanto dovrebbero. Ciò si riferisce a cibi come riso, pasta, piselli, fagioli, cornflakes e anche pane.

- **Eccesso calorico**

L'apporto energetico del cibo deriva in larga misura dal grasso, spesso "nascosto", e dall'alcol. Un grammo di grasso (9 cal) dà più del doppio di calorie di un grammo di zucchero (4 cal). Un grammo di alcol dà 7 cal. Per chi deve dimagrire, si raccomanda una drastica riduzione di grasso e alcol. La quantità di grasso consentita deve essere inferiore al 30% dell'apporto calorico totale.

SUGGERIMENTI PER RIDURRE IL GRASSO

1. Far descrivere al paziente, su una agenda, per tre giorni, la quantità ingerita (peso, porzioni) di:
 - a. Grasso visibile, p.e. grasso, burro, olio, margarina;
 - b. Grasso invisibile: prosciutto, insaccati, patate fritte, noccioline, olive, formaggio, latte intero, panna, pasticcini, ecc.
2. Usando una tabella dietetica, calcolare o far calcolare al paziente la quantità di calorie prodotte dal grasso che mangia giornalmente.
3. Insieme con il paziente, decidere quale fonte di grasso eliminare. Il grasso nascosto dovrebbe quasi sparire e il grasso visibile dimezzarsi.

APPORTO CALORICO DELL'ALCOL

Di solito il consumo di alcol induce una sensazione di relax ed è un complemento importante degli incontri sociali.

Un bicchiere di vino (100 ml), o una porzione di whisky (25 ml) o di altro liquore forte contiene 70 kcal.

Una birra (330 ml) contiene 140 kcal.

L'alcol dovrebbe essere bandito da ogni dieta dimagrante.

SUGGERIMENTI PER IL MEDICO CHE INIZIA UN PROGRAMMA DIMAGRANTE CON UN PAZIENTE

1. Pesare personalmente il paziente ad ogni visita.
2. Stimolare la consapevolezza nutrizionale del paziente. Far prendere appunti al paziente per 3 giorni di abitudini alimentari normali. Chiedergli di misurare il contenuto di grasso e, insieme con il paziente, calcolare l'apporto calorico. Fare lo stesso per le bevande alcoliche.
3. Alla visita successiva discutere con il paziente i suoi rilevamenti, e provare a sviluppare insieme un semplice programma dimagrante, che sia facile da realizzare e seguire.
4. Verificare che il paziente faccia tre pasti principali e due/tre spuntini al giorno.
5. Concentrare gli sforzi sulla riduzione dell'apporto di grasso e alcol.
6. Assicurarsi che il paziente mangi abbastanza verdura e frutta.
7. Assicurarsi che il paziente mangi abbastanza carboidrati e fibre.

SUGGERIMENTI PER IL PAZIENTE CHE INIZIA UN PROGRAMMA DIMAGRANTE

Iniziare un programma dimagrante non è facile. L'eccesso di peso dipende da un apporto eccessivo di cibo. Provi a...

1. Pesarsi regolarmente sulla stessa bilancia.

2. Analizzare le sue abitudini alimentari. Descriva su un'agenda quando e cosa mangia.
3. Valutare la quantità di grasso e alcol che ingerisce giornalmente.
4. Ridurre drasticamente tale quantità.
5. Fare colazione e inserire uno spuntino fra i pasti principali.

RACCOMANDAZIONI GENERALI PER UN PROGRAMMA DIMAGRANTE EFFICACE

Se ha fame, mangi gambi di sedano, cetrioli, carote, ecc.

Il suo frigorifero non deve contenere cibo tentatore.

Eviti di tenere in casa: cioccolata, noccioline, formaggio, salumi, salsicce, ecc.

MANTENERE LA PERDITA DI PESO

L'esperienza mostra che, dopo un iniziale successo, più del 60% delle persone che hanno voluto dimagrire sono tornate al loro peso iniziale a distanza di 1 anno. Alcuni fattori tuttavia rinforzano il mantenimento del cal ponderale. Il più potente è l'esercizio fisico regolare inserito nelle abitudini giornaliere: marciare, pedalare o nuotare. L'attività molto intensa dovrebbe essere evitata, specialmente nei diabetici obesi non allenati. L'attività fisica accresce la sensibilità all'insulina e, grazie al migliore equilibrio glicemico, spesso induce una netta riduzione del desiderio di cibo.

L'aspetto più importante dell'attività fisica è che deve essere quotidiana.

PREVENIRE LE RICADUTE

Il paziente che si impegna per dimagrire va spesso incontro a episodi di recupero del peso perduto. Molte ricerche sono state svolte sulla psicologia dei pazienti al momento delle ricadute. Una migliore comprensione della reazione del paziente

può aiutare l'operatore sanitario ad avere un atteggiamento di rinforzo più adeguato e una maggiore empatia.

• Il ruolo delle reazioni automatiche negative

Al momento di una ricaduta ogni individuo è preda di numerose reazioni automatiche e silenti di segno negativo, che possono dividersi in quattro gruppi:

1. *Auto-accusa*: "Sono un debole. Non valgo nulla..."
2. *Nessun futuro*: "I miei sforzi non avranno mai successo." Il paziente che ha una ricaduta ha una visione molto negativa del suo futuro.
3. *Eccessiva generalizzazione*: "Ogni mia impresa è un fallimento..."
4. *Interpretazione erronea*: "E' evidente che la ragione del mio insuccesso nel seguire la dieta è il segnale che fallisco in tanti altri settori - nel rapporto con i figli, nel lavoro..."
Affermazione che il più delle volte non ha basi logiche.

Questi sentimenti e atteggiamenti negativi sono di soliti silenti. E' raro che il paziente ne parli spontaneamente. Se gli operatori sanitari non cercano queste reazioni "nascoste" del paziente possono non essere in grado di aiutarlo a superare quei difficili momenti di ricaduta. Non sorprende dunque che gli insuccessi siano così frequenti nel follow-up dei pazienti con malattie croniche.

Il medico può aiutare il paziente nei modi seguenti:

Conoscendo che rappresentazione ha il paziente della malattia e del trattamento.

Comprendendo come il paziente reagisce al periodo di ricaduta.

Mettendo in luce le silenti idee negative automatiche del paziente.

Il medico dovrebbe anche:

Non far sentire il paziente responsabile del periodo di ricaduta, quindi colpevole.

Leggere il diario del paziente con lui, e insieme cercare di capire le ragioni della ricaduta.

Provare a usare obiettivi ancora più semplici con ciascun paziente.

Provare a definire una lista di situazioni in cui il paziente sarebbe a rischio. Per un dato paziente queste situazioni tendono a essere le stesse, e a ripetersi.

Provare a pianificare con il paziente situazioni alternative che possono aiutarlo a evitare il fenomeno della ricaduta.

Provare a pianificare insieme con il paziente un progetto che la diverta, p.e. una vacanza, un passatempo, ecc.

QUALCHE IDEA PER PROMUOVERE L'USO DI QUESTA LETTERA DA PARTE DELL'ÉQUIPE SANITARIA

1. Assicurarsi che i colleghi abbiano una conoscenza nutrizionale di base.
2. Far descrivere ai colleghi una lista dei cibi più saporiti e far calcolare il loro contenuto calorico.
3. Provare a seguire una dieta di 1000 calorie per due giorni.
4. Valutare le capacità nutrizionali dei colleghi durante un buffet.

5. Far descrivere a un membro del team i vari fattori che hanno causato una ricaduta in uno dei vostri pazienti durante il dimagrimento.

6. Sviluppare strategie alternative per proteggere il paziente da ulteriori ricadute.

7. Sviluppare la capacità di intervistare i pazienti sulle loro credenze e opinioni riguardo al dimagrimento.

8. Far spiegare a un membro del team i vari meccanismi implicati nella sensibilità all'insulina e nell'aumento di peso.

LETTURE RACCOMANDATE

1. Reichard P, Nilsson BY, Rosenqvist U. The effect of long-term intensified treatment on the development of micro-vascular complications of diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 1993;329:304-309.
2. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes. *N Engl J Med.* 1993;329:977-986.
3. Zhang Y, Proenca R, Maffei M, Barone M, Leopold L, Friedman JM. Positioning cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature.* 1995;372:425-432.
4. Pellymounter MA, Cullen MJ, Baker MB, Hecht R, Winters D, Boone T, Collins F. Effects of the obese gene product on body weight regulation in ob/ob mice. *Science.* 1995;269:540-543.
5. Rohner-Jeanrenaud F, Jeanrenaud B. Obesity, leptin and the brain. *N Engl J Med.* 1996;334:324-325.

Questa serie di "Teaching Letters" per gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza quotidiana dei pazienti diabetici è stata preparata dal Diabetes Education Study Group (DESG) della European Association for the Study of Diabetes (EASD), grazie al contributo del *Groupe de Recherche Servier*.