Gestione "evidence based" dell’obesità infantile

Data 26 novembre 2001
Categoria pediatria

IL CASO. I genitori di un bambino sovrappeso di 10 anni lo portano da voi per un consulto. E’ un figlio unico, infelice per il suo problema; la madre e' normopeso, mentre il padre e gli zii paterni sono obesi. Le strategie dietetiche finora attuate non hanno avuto esito. Cosa fare per aiutarlo?

L’obesità

Nel 1998 l’Organizzazione Mondiale per la Sanità definì l’obesità un' "epidemia globale", coinvolgente adulti e bambini, conseguente a fattori sociali e ambientali non modificabili in ambito medico. E' essenziale prevenire l' obesita' nell' infanzia, in modo da influire su uno stile di vita non consolidato. L' intervento deve essere effettuato in ambito familiare e scolastico.

La valutazione antropometrica dei bambini è un problema. Lo stato corporeo viene spesso espresso in termini di Indice di massa corporea (Body Mass Index= peso /altezza 2). L’indice aumenta dopo la nascita, diminuisce intorno all’età di 2 anni, e aumenta di nuovo tra i 5 e gli 8 anni. Questo secondo incremento è definito come i periodo di "adiposity rebound", e viene considerato precoce se si manifesta a 5-6 anni. I livelli di soglia del BMI sono gli stessi che negli adulti: un valore superiore a 25 indica sovrappeso, e un valore superiore a 30 indica obesità. Questa non è una misura perfetta nei bambini, poiché i bambini accumulano massa grassa libera nella crescita. E’ stato proposto l’uso di tabelle di centili specifiche per popolazione, quando disponibili. Il sovrappeso e l’obesità sono abitualmente definiti come valori superiori all’85° e al 95° centile, rispettivamente.

Informazioni di base:

Occorre conoscere la risposta ad un certo numero di domande, prima di iniziare un trattamento effettivamente utile:

1)Nella popolazione dei bambini tra i 6 e i 12 anni qual è la prevalenza di sovrappeso o di obesità?

2)Nella popolazione dei bambini sovrappeso qual è il rischio di problemi psicosociali?

3)Tra i bambini sovrappeso od obesi qual è il rischio di problemi di salute attuali o futuri?

4) Qual è il rischio di obesità nell’età adulta dei bambini obesi o sovrappeso?

5) Nei pre-adolescenti obesi i programmi di intervento basati sulla famiglia sono efficaci nella riduzione del peso?

6) Nei bambini, i programmi di intervento basati sulla scuola possono realmente prevenire o contribuire a trattare il sovrappeso e l’obesità senza provocare problemi?

La "Cochrane Library", costituisce una fonte di alta qualità (www.update-software.com/clibhome/clib.htm). Si puo' consultare una review ed un protocollo per una review sull’obesità infantile intitolati: "Intervention for preventing obesity in childhood" e "Intervention for treating obesity in childhood". Due ulteriori reviews di trials controllati e randomizzati si trovano nel "Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness" (DARE), e due recenti trials di trattamento dell’obesità sono elencati nel registro dei trials controllati della Cochrane (CCTR). Il sito internet del giornale Pediatrics inoltre fornisce raccomandazioni per la valutazione ed il trattamento dei bambini in sovrappeso (pubblicato nel 1998). In tal modo e' possibile evitare una ricerca dettagliata su Medline.

Sommario di evidenza

Prevalenza del sovrappeso e dell’obesità

Il NHANES negli Stati Uniti e lo Studio Nazionale sulla Crescita e sulla Salute in Gran Bretagna mostrano l’incremento della prevalenza del sovrappeso e dell’obesità nell’infanzia e nell’adolescenza, con uno spostamento a destra che rappresenta la crescita di bambini obesi in adolescenti e adulti anch' essi obesi. Negli Stati Uniti (1963-1989) la prevalenza dell’obesità infantile è passata dal 3,9% all’11,4% per i maschi, e dal 4,3% al 9,9% per le femmine.

Problemi psicologici

Gli studi finora effettuati mostrano che i bambini sovrappeso sono soggetti a problemi psicologici che possono persistere nella vita adulta: recepiscono (piu' le femmine che i maschi) il messaggio sociale che il sovrappeso è indesiderabile, per cui possono andare incontro a rifiuto ed isolamento sociale, e possono sviluppare una immagine corporea distorta. Il peso sociale dell’obesità compromette la riuscita educazionale e le relazioni interpersonali.

Problemi di salute attuali e futuri

L’obesità persistente nell’infanzia è associata ad altre malattie correlate con lo stile di vita che possono persistere nella vita adulta: le malattie cardiovascolari, il diabete mellito di tipo II (che ora vediamo più frequentemente insorgere nei bambini), l’osteoartrosi, neoplasie dell’apparato digerente e della mammella, malattie della pelle, l’aggravamento di malattie reumatiche, asma ed altre malattie respiratorie. L’obesità infantile aumenta il rischio di iperinsulinemia, ipertensione e dislipidemia nell’infanzia. I valori numerici (Odds Ratio) per questi risultati nei bambini obesi sono del 2,4 per l’ipertensione diastolica, 3,0 per l’aumento del colesterolo LDL, 3,4 per l’aumento dell’HDL, 4,5 per l’ipertensione sistolica, 7,1 per l’ipertrigliceridemia, e 12,6 per l’ipoinsulinemia a digiuno. Due o più fattori di rischio erano presenti nel 58% dei bambini obesi.

Rischio di obesità nella vita adulta

I bambini obesi hanno il doppio di probabilità di essere obesi da adulti di quelli normopeso. Le evidenze mostrano che i bambini in sovrappeso o con genitori obesi sono a più alto rischio di obesità indipendentemente dal fatto se l'obesità dei genitori sia di origine genetica o ambientale. Non e' possibile identificare con esattezza i bambini a rischio di obesita' persitente: lo stato nutrizionale corporeo, la familiarità e il precoce inizio del "rebound adiposo" (a circa 5 anni) sono fattori indicativi.

Programmi di riduzione del peso basati sulla famiglia

L'intervento è tanto più efficace quanto più precoce: molte ricerche sono state indirizzate perciò verso i bambini tra i 5 e i 12 anni. Ogni pubblicazione documenta l'importanza della dieta, dell'attività, e delle modificazioni comportamentali come componenti della gestione dell'obesità. Molti differenti approcci dietetici riducono efficacemente l'apporto calorico e migliorano il comportamento alimentare. L'aumento di attività fisica (sia con che senza supervisione) migliora la possibilità di controllo del peso a lungo termine.
Dieta- una dieta bilanciata con calorie ridotte (focalizzando sull'assunzione di alimenti a minore densità di calorie) ha dimostrato efficacia. Trials con diete ipocaloriche, pasti proteici sostitutivi, supplementi di fibre, somministrazione di fenfluramina (un agente anoressizzante) non hanno dimostrato efficacia.
Attività fisica- Uno studio con 10 anni di follow-up trovò che la dieta congiuntamente all'incoraggiamento a salutari attività fisiche era più efficace della dieta con esercizi aerobici o della dieta senza interesse. Rinforzare il decremento del comportamento sedentario dava migliori risultati che rinforzare l'aumento dell'attività fisica (incoraggiare i bambini a guardare meno televisione è più efficace che incoraggiarli a partecipare a sports).
Influenza genitoriale- Studi individuali mostrano che i genitori sono agenti di cambiamento più efficienti dei bambini; il training genitoriale e la terapia familiare furono efficaci; trattare i genitori e i bambini insieme può essere meglio che trattare i bambini da soli. Anche i genitori obesi intrattabili hanno un ruolo importante nel fornire supporto ai bambini con più di 8 anni.
Occorre pero' effettuare degli interventi complessi, che interessino il contesto dell' ambiente esterno alla famiglia.
Una recente revisione di un comitato di esperti sui modi di prevenire o trattare l'obesità infantile, oltre a quanto più volte detto, fornisce un quadro informativo da usare nella terapia familiare e per migliorare l'abilità dei genitori nella gestione dell'obesità. Le sue raccomandazioni generali includono le seguenti:

I medici devono sapere che l'obesità può essere endogena (genetica od endocrina) e devono essere consapevoli delle sue complicazioni nei bambini.
Lo scopo primario del trattamento è una sana alimentazione e spingere verso salutari abitudini di attività fisica.
I genitori che ritengono che l'obesità è ineluttabile o non sono pronti a fare cambiamenti nella famiglia possono avere bisogno di counselling per migliorare la capacità di cooperare.
Il trattamento del sovrappeso e dell'obesità dovrebbero cominciare precocemente e coinvolgere la famiglia.
Lo scopo dovrebbe essere per piccoli ma crescenti cambiamenti nei comportamenti, con riconoscimento della necessità di crescente supporto per le famiglie.

TABELLA
a) Domanda 1)Tipo di evidenza 2) Risultato 3) Commenti

a)Qual è la prevalenza dell'obesità infantile?
1) National surveys per bambini < 12 anni
2) L'evidenza mostra un aumentata prevalenza di sovrappeso e obesità.
3) Andamento crescente nei paesi industrializzati, e ora anche in quelli in via di sviluppo.

a)I bambini obesi e sovrappeso hanno un aumentato rischio di problemi psicosociali?
1) Studi longitudinali di coorte e crociati di settore
2) Il sovrappeso e l'obesità hanno un effetto deleterio sul benessere psicosociale dell'infanzia.
3)Gli effetti psicologici possono persistere nell'età adulta.

a)I bambini obesi o sovrappeso sono a rischio di problemi di salute attuali o futuri?
1) Studi crociati di settore
2) L'obesità infantile si associa ad un profilo lipidico alterato e ad un aumentato rischio di futura obesità, sindrome dismetabolica, malattie cardiovascolari e diabete di tipo II
3) Le conseguenze mediche negative del sovrappeso hanno un pesante impatto sui risultati sanitari nell'età adulta.

a)I bambini obesi o sovrappeso diverranno adulti obesi?
1) Studi di coorte alla nascita e revisioni sistematiche dei fattori di rischio.
2) BMI > 85° centile, un genitore obeso e un "adiposity rebound" a circa 5 anni sono fattori di rischio di sovrappeso persistente.
3) Questi indicatori sono utili a scopo identificativo.

a)I programmi basati sulla famiglia sono efficaci?
1) RCT
2) Componenti efficaci: migliorare la dieta e i comportamenti alimentari, aumentare l'attività fisica, diminuire le abitudini sedentarie, supporto familiare.
3) Gli effetti del trattamento sono limitati, ma migliori nei bambini che nei loro genitori; sono richieste maggiori ricerche per stabilire strategie efficaci

a)I programmi basati sulla scuola sono efficaci?
1) RCT
2) Gli studi di prevenzione sull'obesità hanno effetti positivi, quelli sulle malattie cardiovascolari hanno risultati contrastanti, gli studi di trattamento hanno alcuni effetti positivi.
3) Diminuire il tempo dedicato ad attività sedentarie e migliorare la dieta a scuola sembrano essere promettenti per la prevenzione. La scuola non un ambiente adatto per il trattamento a causa della stigmatizzazione dei bambini sottoposti a trattamento.

Programmi basati sulla scuola per la prevenzione ed il trattamento dell'obesità (in USA).
Il corpo insegnante è in contatto quotidiano con gli alunni per almeno 11 anni, e il servizio sanitario scolastico è nelle condizioni più favorevoli per identificare i bambini sovrappeso precocemente, e per svolgere una prevenzione sullo sviluppo dell'obesità, fornendo pasti bilanciati e un attività fisica supervisionata da uno staff preparato. Gli interventi multidisciplinari basati sulla scuola integrati nelle normali attività di promozione della salute sono promettenti. Enfatizzando l'attività e lo sviluppo dell'autostima si possono ridurre le preoccupazioni circa un indesiderato aumento dei disturbi del comportamento alimentare.
Applicare l'evidenza
Mostra al tuo paziente dove lui si situa sui grafici delle curve percentili di sviluppo corporeo ed esponi i principi della gestione del sovrappeso con il bambino ed i suoi genitori. Insegna alla famiglia i principi di una sana alimentazione sostenibili per tutta la vita, ma spiega che le restrizioni dietetiche nell'infanzia possono interferire con il normale sviluppo e la crescita. Poiché il ragazzo non ha ancora raggiunto la pubertà e sta ancora crescendo, incoraggialo a rallentare il suo tasso di aumento di peso piuttosto che perdere peso, cosi che egli possa crescere "all'interno del suo peso" (dopo la pubertà incoraggialo a perdere 0,5-1 kg a settimana).
Spiega che le attività fisiche di "stile di vita" sostenibili per tutta la vita (come il camminare o l'andare in bicicletta) sono più efficaci nel controllo del peso di altre forme di esercizio fisico, ed escogita un programma per questo ragazzo. Scegli attività che possano essere gradevoli, non lo imbarazzino o non lo rendano ridicolo. Spiega che aumentare l'attività fisica darà benefici a lungo termine nella gestione del peso corporeo e nel benessere psicofisico e lo proteggerà contro le malattie associate all'obesità.
Riconosci che le conseguenze psicosociali dell'obesità sono le più importanti per il bambino. Offrigli strategie per affrontare le canzonature ed il bullismo che può sperimentare a scuola, e incoraggia l'autostima. Poiché il modello familiare di alimentazione ed esercizio fisico può essere consolidato e l'obesità può avere componenti genetiche, escogita un programma di trattamento comportamentale individualizzato ed accettabile per la famiglia.

Inconclusione:

I bambini obesi prepuberi dovrebbero mantenere il peso o aumentarlo più lentamente piuttosto che perderlo

Inculcare sane abitudini alimentari è meglio che dare una dieta restrittiva

Uno stile di vita basato su attività fisica sostenibile dovrebbe essere incoraggiato.

I problemi psicosociali sono importanti conseguenze dell'obesità

Il trattamento comportamentale dovrebbe essere individualizzato

Tutti i trattamenti dovrebbero essere ben accetti dalla famiglia

Laurel Edmunds, Elizabeth Waters, Elizabeth J Elliott (BMJ Vol.323 20 ott. 01 pag.916-919)
http://bmj.com/cgi/content/full/323/7318/916
Trad. di Bruno Dall' Aquila, rielab. di D.Z.