25° CONGRESSO NAZIONALE
AME
Update in Endocrinologia Clinica
ROMA
12 - 15 novembre
2026

Gestione multidisciplinare di un caso complesso di anoressia nervosa di grado estremo: criticità cliniche e nutrizionali nel percorso di rialimentazione

M. Carpentieri[1] , S. M. Sciannimanico[1] , F. Susanetto[3], L. Saetti[2], A. Pacco[2], V. Tascini [1], L. Piva[1] , G. Colombin[1] , G. Paola[1], S. Lai[1], A. Brunetti[1], A. Falchetti[1], C. Cipri[1], J. Manso[1] , A. S. Salcuni[1], M. Colizzi[4], F. Vescini[1]

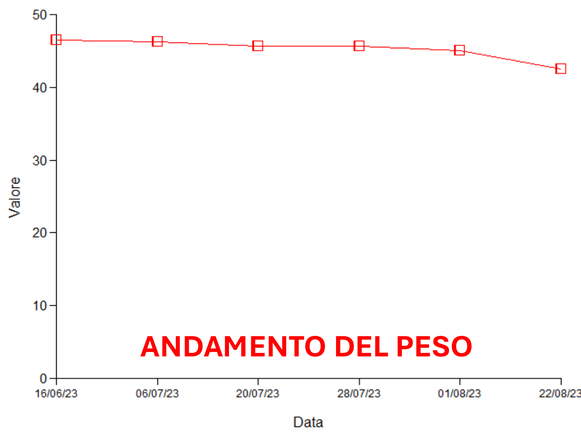
1 SOC Endocrinologia - SOS Nutrizione Clinica – ASUFC Udine;
2 SOC Clinica Psichiatrica - SOSC Centro per i Disturbi Alimentari (CDA) dell'Adulto – ASUFC Udine; **3** UOSD Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione- Ospedale di Rovigo e Trecenta ULSS5 Polesana; **4** Clinica Psichiatrica– ASUFC Udine

Introduzione: *l'anoressia nervosa rappresenta uno dei disturbi del comportamento alimentare a più elevata mortalità, in relazione sia alle complicanze mediche della malnutrizione sia alla complessità della gestione terapeutica.*

Presentazione del caso: Ragazza di 18 anni con diagnosi di anoressia nervosa restrittiva di grado estremo, seguita fin dall'adolescenza con ripetuti ricoveri e percorsi riabilitativi.

Alla presa in carico presso il Centro per i Disturbi Alimentari dell'adulto presentava BMI di 16,6 kg/m², successivamente ridottosi progressivamente fino a 10,0 kg/m² per persistente restrizione alimentare, scarsa compliance terapeutica e rifiuto dei supporti nutrizionali, fino anche alla restrizione di fluidi.

Vista la severità del quadro è stato richiesto un Accertamento Sanitario Obbligatorio e cui è seguito un TSO, per dichiarata volontà della ragazza di non aderire ad alcuna cura, desiderio di fine vita, in quadro di delirio indotto anche dalla severa malnutrizione.



PRESA IN CARICO CENTRO DIURNO

AUTODIMISSIONE DAL CENTRO DIURNO 20/10/2023

MOMENTO DEL TSO 15/11/2023

Maggio-Agosto 2023

ANAMNESI ALIMENTARE:
- Assenza di colazione
- Assenza spuntino di metà mattina e dopocena
- Continua restrizione CHO
- Pratica attività fisica (camminate 60' per 1-2v/sett)
- Pulizie in casa

INTERVENTO NUTRIZONALE:
- Inserimento colazione
- Incremento delle porzioni di CHO
- Inserimento di ONS ipercalorico (non sempre assunto)

22/08: ingresso in centro diurno
Peso: 42,5 Kg; BMI:14,22 kg/m²

Dopo 7 giorni
Altezza: 172,9 cm
Peso: 39,8 kg
BMI: 13,35 kg/m²
calo di peso del 4% (-1.7kg) in circa 7 gg

Dopo 21 giorni
Altezza: 172,9 cm
Peso: 30 kg
BMI: 10,04 kg/m²
calo di peso del 24% (-9,8kg)

Ne consegue ricovero Ospedaliero per stabilizzazione clinica e nutrizionale, per una durata complessiva di 4 mesi

Il percorso di rialimentazione è stato caratterizzato da un'attenta modulazione dell'apporto calorico mediante nutrizione enterale, parenterale, integrazione orale e progressiva ripresa dell'alimentazione fisiologica, con monitoraggio intensivo degli elettroliti (es. potassio, fosforo) e supplementazione vitaminica B1 per la prevenzione della sindrome da refeeding.

Le fasi iniziali del supporto sono state volte alla somministrazione di fluidi e di glucosio (5 Kcal/Kg die) + vit B1 e somministrazione di terapia psichiatrica di supporto (olanzapina e promazina in basse dosi).

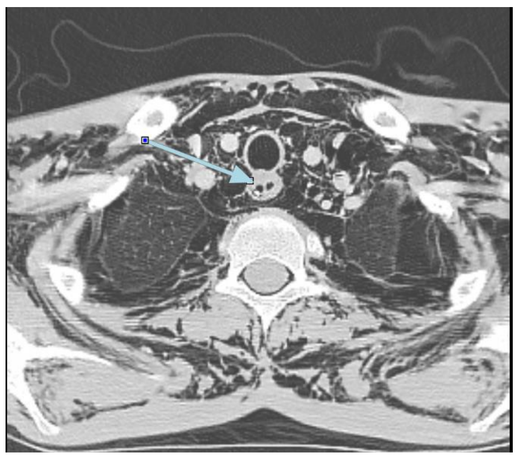
Nei primissimi giorni, vi sono state varie complicanze:

-17/11: posizionamento SNG da ORL: al controllo RX riscontro di presenza di pneumomediastino con enfisema sottocutaneo, legato a episodi di vomito di cui la pz non aveva mai fatto menzione, compatibile con sindrome di Hamman-Maklin (rottura spontanea di alveoli periferici in corso di Valsalva/vomito). Eseguita EGDS: assenza di dissezione.

-24/11: BAV II grado di tipo I, poi BAV II Mobitz 2, con pause asistolica di 7.7 secondi, sintomatica per sincope preceduta da prodromi che hanno indotto l'Avvio di supporto con dopamina e il trasferimento in UTIC.

- 25/11 Alla stabilizzazione del quadro la pz accetta avvio di Nutrizione Parenterale tramite PICC**,** cui segue innesco di sindrome da Refeeding nonostante il basso apporto calorico (corretta con somministrazioni ripetute di fosfato ev per diverse settimane). **Segue comparsa di epatopatia legata ad autofagia** e successivo avvio di NE dapprima con miscela isocalorica, poi concentrata per ridurre il senso di eccessiva pienezza gastrica, ma con comparsa di lievi dolori addominali con rialzo di amilasi e lipasi. Si è quindi tornati alla somministrazione di miscela isocalorica in infusione continua.

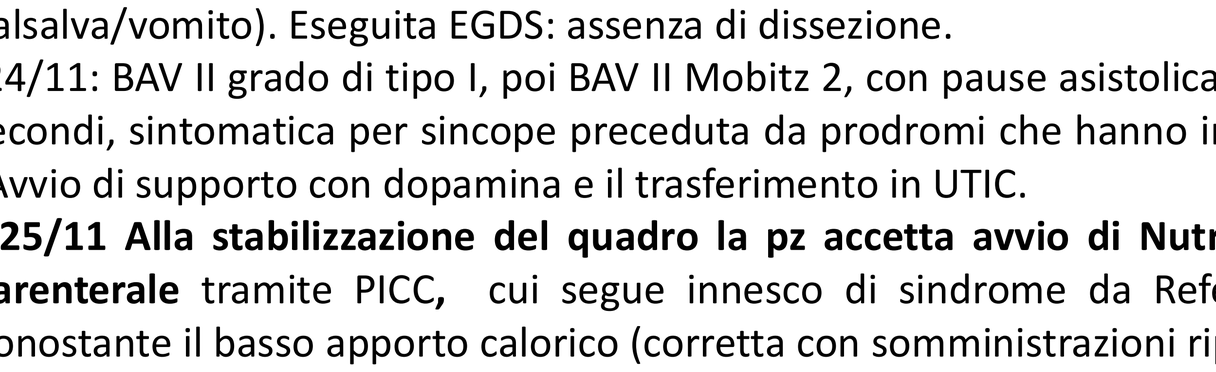
Dopo primi prolungati comportamenti di manipolazione alimentare, in parte supportati anche dai familiari, è seguita una fase caratterizzata da episodi di abbuffate (si recava in autonomia nella cucinetta di Reparto, nascondeva cibo nell'armadietto). Si impostava piano nutrizionale misto, concordato con la paziente e passaggio a nutrizione enterale ipercalorica a boli per ridurre manomissioni della pompa. **Eseguita educazione e supporto costante al personale di reparto per la gestione delle condotte manipolatorie**.



Pneumomediastino con enfisema sottocutaneo, interessamento dell'interstizio polmonare, pneumoperitoneo e retro pneumoperitoneo. Al livello della porzione apicale dell'esofago toracico, lateralmente al sondino nasogastrico, presenza di lume: reperto sospetto per dissezione --> poi esclusa in EGDS

Andamento Parametri Ematochimici

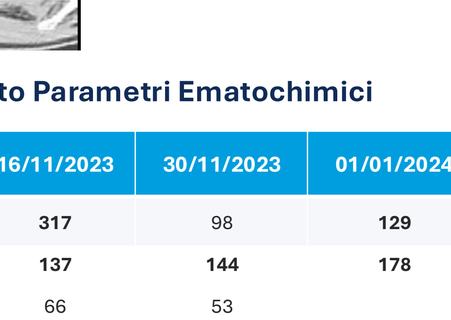
Parametro	28/10/2023	16/11/2023	30/11/2023	01/01/2024	Dimissione 25/03/204
GOT (AST)	55	**317**	98	**129**	23
GPT (ALT)	52	**137**	**144**	**178**	29
G-GT UI/L	80	66	53		49
CPK UI/L		**1672**			205
Lattato deidrogenasi UI/L		**2312**	**1527**		
Creatinina mg/dl	1.07	0.74	-	-	0,47
Glucosio mg/dl	62	62	-	-	85
Fosforemia mmol/L	1.29	0.78	0.68		1,45
Albumina g/L	35	39	34	32	41
Globuli Bianchi	3.43	4.08	1.50	**1.29**	5,12
Neutrofili	1.30 (38.0%)	2.05 (50.2%)	0.63 (42.0%)	**0.45 (35%)**	3,42 (66,8%)
Linfociti	1.81 (52.8%)	1.58 (38.7%)	0.68 (45.8%)	**0.66 (51%)**	1,01 (19,7%)
Emoglobina g/dl	14,2	13,1	**9,8**	**7,1**	10,3 g/dl
Piastrine	185		**75**	102	236
Amilasi Pancreatica UI/L		**115**		**1174**	191



BMI dimissione 16 Kg/m² - 48,7 Kg

Peso ingresso: 30kg
Peso dimissione: 48,7kg

BMI ingresso: 10,04 kg/m²
BMI dimissione: 16,29 kg/m²



Ha poi proseguito con percorso residenziale di circa 18 mesi
Al rientro in Regione: residenza presso "Comunità Alloggio"



GESTIONE - RILEVAZIONE - COMUNICAZIONE
DEL PESO CORPOREO:
- Frequenza 1v/settimana come parametro clinico
- Non comunicato alla paziente
- Rilevato da personale formato



Conclusioni: fondamentale l'approccio multidisciplinare con gestione univoca e condivisa