

## TRATTAMENTO DELL'OBESITÀ NELL'ADOLESCENTE

Coordinatore

Vincenzo Toscano

Editors

Marco Caputo &amp; Renato Cozzi

JAMA ha recentemente pubblicato un aggiornamento sul trattamento dell'obesità negli adolescenti (1), tema di grande attualità, che interessa circa 9 milioni di adolescenti negli Stati Uniti, e particolarmente complesso, data la fase delicata della vita del paziente, in cui la crescita e i cambiamenti fisici si intrecciano con quelli psicologici.

### INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Si basa sul calcolo del *body mass index* (BMI) corretto per età e sesso (2):

- sovrappeso: BMI fra 85° e 95° percentile;
- obesità: BMI  $\geq$  95° percentile;
- obesità severa: BMI  $\geq$  120% del 95° percentile o  $\geq$  35 kg/m<sup>2</sup>.

Inoltre, sono necessari anamnesi familiare e personale completa, comprensiva del contesto sociale e dei farmaci eventualmente assunti, esame obiettivo accurato, ricerca delle cause dell'obesità, presenza di sue eventuali complicanze ed esami di laboratorio.

### TERAPIA

La **scelta** va effettuata in base all'età del paziente, allo stato puberale, alla gravità dell'obesità, ai fattori psicosociali e alla presenza di eventuali comorbidità.

### Interventi comportamentali

Le modifiche dello stile di vita, coinvolgenti in genere tutto il nucleo familiare, sono la pietra angolare della terapia. Va promossa un'alimentazione varia ed equilibrata, modificando sia la quantità che la qualità dei cibi, riducendo gli alimenti ad alta densità energetica poveri di nutrienti, le bevande dolci, gli zuccheri aggiunti e i cibi elaborati, aumentando, invece, il consumo di verdure, frutta e fibre e consumando pasti regolari in famiglia.

L'**attività fisica**, con i suoi benefici per la composizione corporea e per la riduzione dei fattori di rischio cardio-metabolici, è raccomandata per almeno 60 minuti al giorno (di cui 20 minuti di attività più intensa), ed è preferibile che includa attività gradite all'adolescente, per aumentarne l'aderenza e la continuità. Le attività sedentarie (come TV, videogiochi, computer ad uso ricreativo) andrebbero limitate a meno di 2 ore al giorno.

Il supporto intensivo del **team multi-disciplinare**, che deve includere medico pediatra, dietista, psicologo e fisioterapista, è fondamentale per migliorare l'aderenza e quindi i risultati. Possono essere di supporto, come rinforzo positivo, strategie comportamentali basate sullo sviluppo di competenze, di auto-monitoraggio (ad esempio un diario alimentare e dell'attività fisica), di raggiungimento di obiettivi.

### Farmacoterapia

Può essere presa in considerazione in adolescenti con elevato BMI e comorbidità obesità-correlate (BMI  $\geq$  120% del 95° percentile o  $\geq$  95° percentile con almeno una comorbidità), quando gli interventi sullo stile di vita si siano dimostrati inefficaci.

La FDA ha approvato due farmaci per l'obesità adolescenziale:

- **orlistat**, inibitore della lipasi, utilizzabile dai 12 anni per uso a lungo termine; effetti collaterali comuni sono disturbi gastro-intestinali, colelitiasi, nefrolitiasi da ossalati, possibile malassorbimento di vitamina D e altre vitamine liposolubili;
- **fentermina**, inibitore della ricaptazione di noradrenalina, utilizzabile dai 17 anni per uso a breve termine (non è autorizzato in Italia); effetti collaterali comuni sono tachicardia, ipertensione, ansia, insonnia, cefalea.

Gli autori citano altre terapie (metformina, analoghi GLP-1, fentermina/topiramato, naltrexone/bupropione, lorcaserina) che necessitano ancora di studi specifici sugli adolescenti e sono quindi per ora di uso *off-label*.



### Chirurgia bariatrica

È resa attraente dalle limitate opzioni terapeutiche farmacologiche e dalla risposta spesso non sufficiente agli interventi comportamentali. Si è dimostrata efficace negli adolescenti con obesità severa (BMI  $\geq$  120% del 95° percentile con almeno una comorbidità o BMI  $\geq$  140% del 95° percentile per età e sesso).

La chirurgia, effettuata in strutture di adeguata esperienza, va comunque riservata ai casi di inefficacia degli altri trattamenti, con maturità scheletrica (almeno del 95%) e sviluppo puberale completato (stadio Tanner IV-V), se presenti il benessere psicologico, un'adeguata capacità di comprensione e maturità di giudizio, un adeguato supporto familiare e un'effettiva capacità di aderire a programmi multidisciplinari pre- e post-operatori.

Lo studio Teen-LABS (3) in adolescenti  $\leq$  19 anni ha riportato a 3 anni una riduzione media del BMI del 29% dopo *by-pass* gastrico *Roux-en-Y* (risultati mantenuti anche a 5 anni) e del 27% dopo *sleeve-gastrectomy*, sebbene manchi un gruppo di controllo. I rischi includono deficit nutrizionali e la possibile necessità di re-interventi.

Nel 2017 l'*Endocrine Society* nel formulare le linee guida sull'obesità pediatrica, che include anche l'età adolescenziale (4), ha considerato la chirurgia bariatrica come possibile opzione. Due recenti revisioni hanno fatto il punto sul trattamento dell'obesità adolescenziale e sulla farmacoterapia (5,6). Tuttavia, si attendono dati su sicurezza ed efficacia a lungo termine della chirurgia bariatrica in questa particolare popolazione.

### CONCLUSIONI

L'obesità nell'adolescente deve essere trattata tempestivamente, per prevenire precoci conseguenze di malattie. Il pediatra e il medico di medicina generale sono in prima linea nella diagnosi e nel trattamento di questi pazienti (così come accade per altre malattie croniche, come il diabete mellito), considerando anche l'"epidemia" di obesità e il ridotto numero di specialisti disponibili. Essenziale in ogni aspetto del percorso è il **coinvolgimento della famiglia**, con cui va discussa e condivisa ogni opzione terapeutica, e il **corretto approccio con l'adolescente**, che deve essere l'attore principale del cambiamento. Molto importante è anche l'utilizzo di un linguaggio semplice, che eviti parole come "grasso" o "obeso", privilegiando termini più accettabili, come ad esempio il riferimento al BMI (7). L'obesità è una malattia cronica e come tale il suo trattamento deve includere tutti gli aspetti di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. È imperativo che siano sviluppati programmi educazionali e studi per capirne i meccanismi di base, al fine di realizzare terapie personalizzate per l'età adolescenziale, sicure ed efficaci anche nel lungo termine a garantire una riduzione adeguata della massa grassa, preservando l'adeguato accrescimento, il corretto sviluppo e la salute psicologica del giovane paziente.

### BIBLIOGRAFIA

1. Cardel MI, Jastreboff AM, Kelly AS. Treatment of adolescent obesity in 2020. *JAMA* [2019, 322: 1707-8](#).
2. US Preventive Services Task Force. Screening for obesity in children and adolescents: US Preventive Task Force recommendation statement. *JAMA* [2017, 317: 2417-26](#).
3. Inge TH, Courcoulas AP, Jenkins TM, et al. Teen-LABS Consortium. Weight loss and health status 3 years after bariatric surgery in adolescents. *New Engl J Med* [2016, 374: 113-23](#).
4. Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, et al. Pediatric obesity-assessment, treatment, and prevention: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocr Metab* [2017, 102: 709-57](#).
5. Steinbeck KS, Lister NB, Gow ML, et al. Treatment of adolescent obesity. *Nat Rev Endocrinol* [2018, 14: 331-44](#).
6. Srivastava G, Fox CK, Kelly AS, et al. Clinical consideration regarding the use of obesity pharmacotherapy in adolescents with obesity. *Obesity* [2019, 27:190-204](#).
7. Puhl RM, Himmelstein MS. Adolescent preferences for weight terminology used by health care providers. *Pediatr Obes* [2018, 13: 533-40](#).