Inquadramento diagnostico dell'obesità

Federica Vinciguerra¹ · Roberto Baratta²

Accettato: 31 marzo 2020 / Pubblicato online: 29 giugno 2021
© The Author(s) 2021

Un corretto inquadramento diagnostico dell'obesità è presupposto fondamentale per un efficace intervento terapeutico che miri non solo al decremento ponderale ma anche alla gestione delle comorbidità e al miglioramento della qualità della vita del paziente.

Elementi essenziali dell'iter diagnostico sono:

- valutazione dell'entità dell'eccesso di peso;
- identificazione delle condizioni favorevoli l'obesità;
- valutazione della presenza e della gravità delle complicanze associate all'obesità (Tabella 1).

Tali elementi sono reperibili attraverso un'attenta anamnesi, un esame fisico e specifici approfondimenti strumentali.

Valutazione anamnestica

Un'approfondita anamnesi è essenziale per una corretta diagnosi.

Nell'*anamnesi familiare* è importante valutare la familiarità per obesità e per patologie endocrino-metaboliche e cardiovascolari.

Nell'*anamnesi patologica* bisogna indagare:

- eventuali patologie pregresse o presenti che possano essere causa di incremento ponderale (lesioni della regione ipotalamo-ipofisaria, ipercortisolismo);
- forme iatrogene legate all'assunzione di farmaci favorevoli l'incremento ponderale;

- complicanze attribuibili all'eccesso di peso (diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari, dislipidemia, steatosi epatica, apnea notturna, artropatie, ipogonadismo). A tal proposito, è bene indagare la presenza di sintomi riconducibili a tali patologie (Tabella 1).

Dall'*anamnesi personale* bisogna ricavare informazioni dettagliate sulla storia del peso, il peso alla nascita, l'età di insorgenza dell'obesità, i tentativi dietetici pregressi, il pregresso utilizzo di farmaci allo scopo di perdere peso. La raccolta di tali dati può essere agevolata dall'utilizzo del grafico del peso da elaborare insieme al paziente. A questo segue l'*anamnesi alimentare* attraverso un recall delle 24 h o l'uso del diario alimentare. Un'attenta analisi del comportamento alimentare consentirà di escludere la presenza di disturbi dell'alimentazione associati all'obesità come il disturbo da alimentazione incontrollata (DAI), la cui diagnosi può essere facilitata dall'utilizzo di test per la valutazione delle abbuffate compulsive (es. Binge Eating Scale, BES). Le informazioni sullo stile di vita, il livello di attività fisica attuale e pregresso completano la valutazione anamnestica [1].

Esame fisico

L'esame fisico prevede la valutazione delle seguenti misure antropometriche:

- *indice di massa corporea* (IMC: peso in kg/altezza in m²): identifica l'entità dell'eccesso di peso definendone le categorie: sovrappeso (25–29,9 kg/m²), obesità lieve (30–34,9 kg/m²), moderata (35–39,9 kg/m²) e grave (> 40 kg/m²). L'IMC rappresenta un indice antropometrico indiretto di adiposità che necessita di un'integrazione clinica per la definizione del rischio cardio-metabolico del paziente e richiede una valutazione critica nei soggetti

✉ F. Vinciguerra
vinciguerrafederica@gmail.com

¹ Dipartimento di Medicina clinica e sperimentale, Università di Catania, Catania, Italia

² U.O. Endocrinologia, ARNAS Garibaldi, Catania, Italia

Tabella 1 Iter diagnostico per l'inquadramento clinico del soggetto obeso

<i>Valutazione entità dell'eccesso di peso</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> – misure antropometriche: peso, altezza, IMC, circonferenza vita – valutazione della composizione corporea, ove possibile
<i>Identificazione fattori favorevoli o determinanti obesità</i>	
<i>Forme secondarie di obesità</i>	
Lesione della regione ipotalamo-ipofisaria	Da approfondire solo in caso di sintomatologia suggestiva
Ipercortisolismo	Dosaggio TSH
Ipotiroidismo	
<i>Farmaci</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> – farmaci attivi sul SNC: antipsicotici atipici (es. olanzapina), antiepilettici (es. valproato), litio, antidepressivi SSRI (es. paroxetina), triciclici (es. nortriptilina), venlafaxina e mirtazapina – glucocorticoidi, progestinici (medrossiprogesterone) – farmaci per la terapia del diabete: insulina, sulfaniluree, glitazoni, beta bloccanti (es. metoprololo), antistaminici (es. difenidramina), sedativi (es. zolpidem)
<i>Abitudini alimentari e stili di vita</i>	Valutazione quali-quantitativa attraverso recall delle 24 ore o diario alimentare e stile di vita
<i>Disturbi del comportamento alimentare</i>	Escludere DAI. Valutazione psicometrica delle abbuffate compulsive attraverso Binge eating scale (BES)
<i>Valutazione delle comorbidità</i>	
Insulino-resistenza	Acanthosis nigricans
Diabete mellito	Glicemia, emoglobina glicosilata
Ipertensione arteriosa	Pressione arteriosa. Approfondimento cardiologico se valori elevati. Se ipertensione resistente al trattamento, escludere forme secondarie
Dislipidemia	Colesterolo totale, HDL, trigliceridi
Iperuricemia	Uricemia
Sindrome delle apnee notturne	Polisonnografia in caso di sintomatologia suggestiva (russamento notturno, ipersonnia diurna)
Steatosi epatica	GOT, GPT. Ecografia epatica se ipertransaminasemia
Colelitiasi	Ecografia epatica se sintomatologia suggestiva
Artropatie da carico	Mobilità articolare, gonalgie, lombalgie
Ipogonadismo	Dosaggio di testosterone totale e calcolato, SHBG, FSH e LH nell'uomo in presenza di sintomi
Irregolarità mestruali	Dosaggio di LH, FSH, testosterone, SHBG, Δ 4androstenedione, estradiolo, 17-OHprogesterone e prolattina nella donna se presenti irregolarità mestruali
Anovulazione/infertilità	
Sindrome dell'ovaio policistico	Se presenti segni clinici di iperandrogenismo eseguire dosaggio di testosterone, Δ 4androstenedione, SHBG e ecografia utero-ovarica

con rilevanti alterazioni della composizione corporea come i soggetti con elevata massa muscolare, edematosi o anziani sarcopenici;

- *circonferenza vita*: misura indiretta del tessuto adiposo addominale, si associa a elevato rischio cardiovascolare se superiore a 94 cm negli uomini e a 80 cm nelle donne;
- *composizione corporea*: ove sia possibile, la stima della composizione corporea (acqua corporea, massa magra, massa grassa), attraverso semplici metodiche come la bioimpedenziometria, rappresenta uno strumento utile per la valutazione e il monitoraggio dello stato nutrizionale;
- *frequenza cardiaca e pressione arteriosa*: da valutare con bracciale di dimensioni adeguate. L'esame obiettivo deve essere completato con la ricerca di segni clinici suggestivi di altre patologie endocrine responsabili di incremento ponderale e di comorbidità associate all'obesità (Tabella 1).

È, inoltre, importante effettuare un'attenta valutazione della funzionalità motoria e osteoarticolare e del livello di autonomia fisica del paziente [1].

Valutazione biochimica e strumentale

Gli esami ematochimici e strumentali da effettuare in prima istanza mirano a identificare la presenza di fattori di rischio cardiovascolare e le comorbidità (Tabella 1).

L'esecuzione di approfondimenti diagnostici specialistici è subordinata alla valutazione anamnestica e clinica dello specialista [1, 2].

Stratificazione del rischio

Per definire la gravità dell'obesità è stato proposto un sistema di classificazione (Edmonton Obesity Staging System)

Tabella 2 Algoritmo di cura SIO a partire dal sistema di stadiazione EOSS (Edmonton Obesity Staging System, EOSS). Le opzioni terapeutiche non sono da considerarsi esclusive ma additive. L'intervento sullo stile di vita è indicato in tutti i casi

Stadio EOSS (Edmonton Obesity staging system)	Età	BMI <30	BMI 30-35	BMI 35-40	BMI >40
STADIO 0 Assenza di fattori di rischio obesità correlati (es. ipertensione arteriosa, dislipidemia, disglucemia) Assenza di sintomi fisici Assenza di psicopatologie Assenza di limitazione funzionale e/o riduzione della qualità di vita	>60 anni				
	<60 anni				
STADIO 1 Fattori di rischio obesità correlati (es. ipertensione borderline, alterata glicemia a digiuno) Lievi sintomi fisici (es. dispnea per sforzi moderati) Lievi alterazioni psicopatologiche Lievi limitazioni funzionali e/o lieve riduzione della qualità di vita	>60 anni				*
	<60 anni				
STADIO 2 Comorbidità conclamate (ipertensione arteriosa, diabete mellito, sindrome delle apnee notturne, sindrome ansioso-depressiva) Moderati sintomi fisici Moderate limitazioni funzionali e/o moderata riduzione della qualità di vita	>60 anni				*
	<60 anni				
STADIO 3 Danno d'organo (es. infarto del miocardio, scompenso cardiaco, complicanze del diabete) Turbe psicopatologiche gravi Significativa limitazione funzionale e della qualità di vita	>60 anni			*	*
	<60 anni				
STADIO 4 Severe disabilità obesità correlate Psicopatologie disabilitanti Severe limitazioni funzionali e/o riduzione della qualità di vita.	>60 anni				
	<60 anni		*	*	*

Intervento sullo stile di vita
Terapia farmacologica
Chirurgia bariatrica
* Considerare chirurgia bariatrica in casi selezionati
Riabilitazione fisica, neurologica, cardiopolmonare, psichiatrica

che, indipendentemente dall'entità dell'eccesso di peso, tiene conto di parametri metabolici, fisici e psicologici [3]. Tale sistema si è dimostrato più efficace dell'IMC nel predire la mortalità. A partire da questo, la Società Italiana di Obesità (SIO) ha suggerito un algoritmo che consente di identificare l'opzione terapeutica preferenziale per il trattamento del paziente obeso (Tabella 2) [1].

Conclusioni

Un corretto inquadramento diagnostico e un'adeguata fenotipizzazione clinica del soggetto con obesità sono essen-

ziali per identificare le opzioni terapeutiche più efficaci nel trattamento di tale complessa patologia.

Funding Note Open access funding provided by Università degli Studi di Catania within the CRUI-CARE Agreement.

Conflitto di interesse Gli autori Federica Vinciguerra e Roberto Baratta dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Consenso informato Lo studio presentato in questo articolo non ha richiesto sperimentazione umana.

Studi sugli animali Gli autori di questo articolo non hanno eseguito studi sugli animali.

Nota della casa editrice Springer Nature rimane neutrale in riguardo alle rivendicazioni giurisdizionali nelle mappe pubblicate e nelle affiliazioni istituzionali.

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a

copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Bibliografia

1. Standard Italiani per la cura dell'obesità SIO-ADI 2016-2017. <https://www.sio-obesita.org/wp-content/uploads/2017/09/STANDARD-OBESITA-SIO-ADI.pdf>. Accessed on 30 March 2020
2. Pasquali R, Casanueva F, Haluzik M et al (2020) European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline: endocrine work-up in obesity. *Eur J Endocrinol* 182(1):G1–G32
3. Sharma AM, Kushner RF (2009) A proposed clinical staging system for obesity. *Int J Obes (Lond)* 33(3):289–295