

L'anoressia nervosa prepuberale: caratteristiche cliniche all'esordio

Prepubertal anorexia nervosa: clinical characteristics at onset

F. MURATORI*
V. VIGLIONE**
S. MAESTRO**
I. GEMO**
C. MONTALTO**
S. CALDERONI**

* Professore Associato di Neuropsichiatria Infantile, Università di Pisa; ** IRCCS "Stella Maris", Università di Pisa

Key words

Adolescence • Anorexia nervosa • Child Behaviour Checklist • Depressive symptoms

Correspondence: Prof. Filippo Muratori, c/o IRCCS "Stella Maris", via dei Giacinti 2, 56018 Calambrone, Pisa, Italy
Tel. +39 050 886292
Fax +39 050 886247
f.muratori@inpe.unipi.it

Summary

Objective

To describe the clinical characteristics at onset of a group of prepubertal anorexic girls (we included in this study subjects who suffered from anorexia nervosa, restricting type, anorexia nervosa, binge-eating/purging type, eating disorder not otherwise specified, restricting type, eating disorder not otherwise specified, binge-eating/purging type).

Methods

The sample consists of 21 prepubertal (PreP, all subjects with primary amenorrhea) anorexic girls. This sample has been compared with another sample composed of 21 postpubertal (PostP, all subjects were post-menarche) anorexic girls. The mean age of PreP was 11.5 years (SD: 1.58; range: 9.6-15.10); the mean age of PostP was 16.6 years (SD: 1.07; range: 13.7-17.10). All the girls were referred to the "Eating Disorder Program" at the Scientific Institute "Stella Maris" of the University of Pisa. To evaluate psychopathology and eating symptoms we used the following instruments: Eating Attitudes Test (EAT-26), Eating Disorders Inventory (EDI-2), Child Behaviour Checklist (CBCL), Youth Self Report (YSR), Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (Kiddie-SADS-PL). For the medical conditions we performed standard blood chemistry, ECG, echocardiogram, and abdominal ultrasonography. To analyse data we used the SPSS for Windows (1999, Statsoft Inc) software to perform Student's t-test, χ^2 and Pearson's correlation.

Results

No significant differences between the two groups were found with regard to the characteristics of eating (Table I) and medical (Table III) symptoms. The only statistically different symptoms between the two groups were suicidal thoughts, that occurred at a significantly higher rate in PostP (Table I: suicidal thoughts are present in 6 PostP and in none of the PreP). Statistical analysis did not detect any significant difference between the two groups with regard to psychiatric comorbidity. Psychopathology (Table II), as observed by the parents through the CBCL, is worse in PreP compared to PostP, while the latter scored worse, although not statistically significant, on the YSR (a self-report questionnaire to be filled-in by the adolescent).

Conclusions

In our study, by comparing the PreP with the PostP group, no statistically significant differences are found, both in the clinical features of the eating disorder and in the associated psychopathological characteristics. Nevertheless, we may observe that with the progression of pubertal development and probably, with increased illness awareness, there appear more dissatisfaction with one's own body and weight, as well as important depressive symptoms and suicidal thoughts. On the other hand, in the PreP group there is a discrepancy between the evaluation by the parents (CBCL) and self-evaluation by the adolescent (YSR); this could be related to the low awareness of the younger girls' emotional distress associated to the eating disorder.

Introduzione

L'anoressia nervosa (AN) è un disturbo psichiatrico che tipicamente insorge in adolescenza e in età giovane adulta. Diversi studi¹⁻¹² hanno riconosciuto le forme a esordio prepuberale come entità cliniche

diversificate, ma nonostante gli studi effettuati, vi è ancora incertezza riguardo alla loro classificazione. In particolare, rimane poco chiaro il rapporto che il disturbo anoressico prepuberale intrattiene con la psicopatologia depressiva. Ci si domanda se nei soggetti più giovani i disturbi dell'umore rappresentino

una condizione predisponente per l'insorgenza di un disturbo alimentare di tipo anoressico, o se essi siano da considerarsi una semplice complicanza della malnutrizione tipica dell'AN, o, infine, se l'AN vada considerata una variante dei disturbi della sfera affettiva. Alcuni studi hanno confrontato soggetti con AN prepuberale con soggetti con AN postpuberale^{13,3,9} concludendo che il quadro, dal punto di vista dei disturbi affettivi e ansiosi, è simile nei due gruppi. Lo studio di Cooper et al.³ ha messo in luce che in un terzo delle pazienti con AN a esordio precoce è dimostrabile un disturbo depressivo e che nel 75% dei casi l'insorgenza del disturbo della condotta alimentare precedeva l'insorgenza del disturbo affettivo. La percentuale delle pazienti prepuberi con disturbo depressivo non è però statisticamente diversa da quella dei soggetti postpuberi e non è nuovo neppure il fatto che il disturbo alimentare preceda quello affettivo. Questo andrebbe a rafforzare la convinzione che l'AN a esordio precoce sia indistinguibile dall'AN classica a esordio più tardivo. Allo stesso modo, Mouren-Simeoni et al.¹⁴, descrivendo un campione di anoressie prepuberali, hanno riportato un'associazione con sintomi depressivi nell'85% dei soggetti, tanto da considerare l'AN prepuberale un equivalente della depressione. In altri studi la percentuale di soggetti con AN a esordio precoce e disturbi dell'umore si colloca a livelli più bassi: nel 56⁷ e nel 46,7%¹⁵ del campione. Al contrario, Heebink et al.¹⁶ hanno sottolineato la tendenza nelle pazienti più giovani a essere meno depresse rispetto a quelle in età adolescenziale già avanzata. Scopo di questo studio è esplorare le caratteristiche psicopatologiche e le condizioni internistiche alla prima valutazione di un campione di soggetti prepuberi con diagnosi di sindrome anoressica e valutare le differenze rispetto a un campione di soggetti postpuberi con medesima diagnosi.

Materiali e metodi

CAMPIONE

Il campione è composto da 21 ragazze anoressiche in età prepuberale facenti parte del "Programma Disturbi Alimentari dell'Istituto Scientifico Stella Maris" dell'Università di Pisa. L'età media al momento dell'ammissione è 11,5 anni (DS: 1,58; range: 9,6-15,10). Anche se tutti i soggetti presentavano amenorrea primaria (criterio che è stato usato per includere i soggetti nel gruppo delle prepuberi), all'esame obiettivo 9 ragazze non mostravano alcuna evidenza di uno sviluppo dei caratteri sessuali secondari (stadio B1-Ph1 secondo Tanner) mentre 12 ragazze si trovavano nello stadio B2-Ph2-3 secondo Tanner. Il valore medio del *Body Mass Index* (BMI) è 13,5 (DS: 1,48; range: 10-15,8), che si colloca sotto

il secondo percentile nella *BMI percentile chart for girls*¹⁷. Il punteggio medio dell'*Eating Attitudes Test* (EAT-26) è 28,6 (range: 4-57) ed è da considerarsi patologico (*cut off* = 20). Lo stato socioeconomico medio (SES), valutato secondo Hollingshead & Redlich (1958), corrisponde alla classe III, che descrive un livello socioeconomico pari alla classe media (media: 69,57; DS: 21,8). L'età media di esordio del disturbo (che corrisponde al momento in cui sono cominciate le difficoltà nell'alimentazione e la perdita di peso) è 10,8 anni (DS: 1,2; range: 9,2-14,0) e la durata media della malattia prima dell'arrivo in ospedale è 8 mesi (DS: 7,44; range: 1-31). All'esordio 12 pazienti (57,1%) presentavano una diagnosi di anoressia nervosa restrittiva (ANR), e 9 (42,9%) di disturbo del comportamento alimentare non altrimenti specificato sottotipo restrittivo (EDNASR). Al momento del ricovero 14 (66,7%) presentavano una diagnosi di ANR e 7 (33,3%) di EDNASR.

Il campione prepubere è stato confrontato con un gruppo di ragazze anoressiche postpuberi (ovvero con disturbo a insorgenza postmenarcale) facenti parte dello stesso programma. L'età media di questo secondo gruppo al momento dell'ammissione è 16,6 anni (DS: 1,07; range: 13,7-17,10). Il valore medio del BMI è 15,2 (DS: 1,89; range: 12,9-18,2) che si colloca sotto il secondo percentile nella *BMI percentile chart for girls*. Il punteggio medio dell'EAT-26 è 35 (range: 2-71). L'età media di esordio del disturbo della condotta alimentare è 15,6 anni (DS: 1,4; range: 12,6-17,5) e la durata media della malattia prima dell'ammissione è 13,5 mesi (DS: 11; range: 4-48). All'esordio 13 pazienti (61,9%) presentavano una diagnosi di sindrome completa, e in particolare: 11 pazienti (52,4%) presentavano una diagnosi di ANR e 2 (9,5%) di anoressia nervosa sottotipo *binge eating* (ANBE); 8 pazienti (38,1%) presentavano, invece, una diagnosi di sindrome parziale e in particolare: 7 (33,3%) di EDNASR, e 1 (4,8%) di EDNASBE. Al momento del ricovero 17 pazienti (81%) presentavano una diagnosi di sindrome completa e in particolare: 14 (66,7%) presentavano una diagnosi di ANR e 3 (14,3%) di ANBE; 4 pazienti (19%) presentavano una diagnosi di sindrome parziale di tipo EDNASR.

STRUMENTI

In prima giornata rispetto al ricovero sono stati compilati i questionari *Youth Self Report* (YSR) e *Child Behaviour Check List* (CBCL), rispettivamente dal paziente e dai genitori. Nei giorni immediatamente successivi un neuropsichiatra infantile ha intervistato i pazienti e i loro genitori separatamente usando la *Kiddie-SADS-PL*¹⁸, per determinare la tipologia del disturbo del comportamento alimentare e la comorbidità psichiatrica. Inoltre in seconda giornata è stato compilato il questionario EAT-26.

L'analisi dei risultati è stata fatta con SPSS per Windows (1999, Statsoft Inc.). Per confrontare le caratteristiche cliniche (tipo di diagnosi e comorbidità, BMI, età all'esordio e all'ammissione, durata della malattia prima dell'ammissione, punteggi CBCL e YSR, dati internistici) del gruppo prepubere rispetto a quello postpubere abbiamo usato il test "t" e chi-quadrato (χ^2). La correlazione di Pearson è stata calcolata in ogni sottogruppo tra i punteggi ottenuti con la CBCL e quelli ottenuti con la YSR, tra i punteggi dell'EAT-26 e la durata della malattia prima dell'ammissione e tra i dati internistici.

Risultati

Dei 21 soggetti del gruppo prepuberale (PreP), 17 (pari all'80,95%) presentano una comorbidità per disturbo dell'umore: 2 soggetti hanno un disturbo depressivo maggiore (DDMa) e 15 soggetti hanno un disturbo depressivo minore (DDMi). Nel gruppo postpuberale (PostP) 16 soggetti (76,19%) presentano un disturbo dell'umore: 6 hanno un DDMa, 9 un DDMi e 1 ha un disturbo bipolare (DB). Per quanto riguarda i disturbi d'ansia 18 soggetti del gruppo PreP (85,71%) soddisfano la diagnosi per almeno uno di essi: 10 soggetti presentano un disturbo d'ansia generalizzata (DAG); 7 un disturbo d'ansia di separazione (DAS); 1 un disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Nel gruppo PostP 17 (80,95%) hanno almeno un disturbo d'ansia, e in particolare: 13 soggetti hanno un

DAG, 2 un DAS, 1 un disturbo di fobia sociale (FS) e 1 un DOC. Quattordici PreP e 12 PostP presentano una comorbidità ansia/depressione. Il confronto statistico non mette in evidenza differenze significative tra i due gruppi, relativamente alla comorbidità.

Per quanto riguarda la sintomatologia specifica alimentare e ansioso-depressiva valutata con la Kiddie-SADS (Tab. I) è emerso che l'unica differenza statisticamente significativa ($p = 0,027$) è quella relativa alle ideazioni suicidarie: nel gruppo delle PreP nessun soggetto presenta tali ideazioni, mentre nel gruppo delle PostP 6 soggetti (28,6%) hanno pensieri relativi al suicidio. Alla CBCL (Tab. II) i risultati mostrano un valore medio patologico nei punteggi "totale", "disturbi internalizzanti" e "ritiro" solo nel gruppo PreP e con differenze significative rispetto al PostP. Tutti gli altri punteggi medi ottenuti alla CBCL, pur non essendo in un *range* clinico, sono però maggiori nelle PreP rispetto alle PostP, con ulteriori differenze significative rispetto alle PostP in tutte le altre scale a eccezione di quella relativa ai problemi attentivi.

Alla YSR (Tab. II) i valori medi sono globalmente più bassi rispetto alla CBCL; non si riscontrano punteggi medi patologici in nessuno dei due gruppi e non vi sono differenze significative tra PreP e PostP. Nel gruppo PreP l'indice di correlazione tra i punteggi della CBCL e quelli della YSR, è significativo in diverse scale mentre nel gruppo delle PostP non vi sono correlazioni significative. Ciò sta a indicare una maggiore omogeneità tra la psicopatologia riferita dal genitore e dal ragazzo nel gruppo delle PostP.

Tab. I. Problemi alimentari e psicopatologici nel gruppo Prepubere (PreP) e Postpubere (PostP). *Eating disorders and psychopathology in Prepubertal (PreP) and Postpubertal (PostP) group.*

	PreP	PostP	Significatività
Iperattività	15	12	n.s.
Vomito autoindotto	1	1	n.s.
Abuso di lassativi	1	2	n.s.
Disturbo immagine corporea	15	17	n.s.
Problemi enterocettivi	8	5	n.s.
Attenzione alle calorie	8	13	n.s.
Ruminazioni ossessive	11	13	n.s.
Problemi di concentrazione	6	9	n.s.
Irritabilità	20	16	n.s.
Eccessive preoccupazioni	12	16	n.s.
Ideazioni suicidarie	0	6	0,027
Isolamento sociale	13	9	n.s.
Problemi somatici	8	5	n.s.
Perdita di autostima	14	13	n.s.
Perdita di interesse	12	13	n.s.

Tab. II. Psicopatologia alla CBCL e alla YSR nel gruppo Prepubere (PreP) e Postpubere (PostP) e correlazioni (i valori patologici sono in neretto). *Psychopathology on the CBCL and on the YSR in Prepubertal (PreP) and Postpubertal (PostP) group and correlation analysis (pathological values are in bold).*

	CBCL (punteggio medio e DS)			YSR (punteggio medio e DS)			CBCL vs. YSR (correlazione di Pearson)	
	PreP (21)	PostP (21)	df = 40	PreP (19)	Post (21)	df = 40	PreP (19)	PostP (21)
Problemi totali	64,95 (6,1)	55,62 (10,5)	T = 3,505; p = 0,001	54,63 (8,7)	53,29 (10,9)	n.s.	0,471*	0,244
Internalizzanti	69,67 (6,6)	60,43 (12,1)	T = 3,079; p = 0,004	57,879 (9,9)	57,29 (13,1)	n.s.	0,321	0,250
Esternalizzanti	56,067 (9,2)	50,38 (8,1)	T = 2,357; p = 0,023	49,26 (9,3)	49,00 (7,0)	n.s.	0,650 [†]	0,032
Ritiro	71,29 (9,6)	61,10 (11,3)	T = 3,153; p = 0,003	60,32 (9,4)	58,86 (8,7)	n.s.	0,524*	0,380
Lamentele somatiche	62,29 (8,1)	57,48 (7,91)	T = 2,047; p = 0,047	55,68 (6,1)	55,71 (7,0)	n.s.	0,359	0,422
Ansia/depressione	68,90 (7,5)	62,29 (11,5)	T = 2,207; p = 0,034	60,00 (6,7)	62,19 (9,6)	n.s.	0,454	0,389
Problemi sociali	57,52 (6,0)	54,19 (5,3)	n.s.	58,21 (7,3)	54,9 (6,2)	n.s.	0,622 [†]	0,379
Problemi di pensiero	65,29 (9,1)	57,48 (8,9)	T = 2,808; p = 0,008	54,79 (6,6)	54,90 (6,1)	n.s.	0,340	0,416
Problemi attentivi	58,71 (7,4)	55,76 (7,5)	n.s.	55,32 (5,1)	55,6 (7,1)	n.s.	0,573*	0,093
Problemi delinquenziali	58,10 (7,1)	52,95 (3,6)	T = 2,954; p = 0,006	52,68 (4,2)	52,38 (3,7)	n.s.	0,635 [†]	0,212
Comportamento aggressivo	57,52 (7,0)	53,81 (4,6)	T = 2,033; p = 0,050	53,53 (6,4)	52,71 (4,0)	n.s.	0,540*	0,136

* 0,05; [†] 0,01.

Per quanto riguarda le condizioni internistiche (Tab. III) lo studio è relativo a 32 soggetti (18 PreP + 14 PostP). Non sono presenti differenze significative tra i due gruppi. La presenza di valori medi patologici riguarda la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa (sia sistolica sia diastolica) e i valori della proteina legante retinolo e della prealbumina. Le condizioni generali, espresse con un giudizio che il pediatra assegna alla prima visita in base alla presenza o meno di pallore cutaneo, segni di disidratazione, secchezza cutanea, elasticità cutanea, stato di idratazione delle mucose, malnutrizione, quantità di tessuto adiposo, viso incavato, aspetto del paziente, sono diverse nei due gruppi: le PreP si presentano in condizioni più scadenti (ovvero emaciate, disidratate e con un pannicolo adiposo scarsamente rappresentato) nel 50% dei casi rispetto al 35,7% delle postpuberi. La ricerca di correlazioni tra i dati internistici ha messo in evidenza una correlazione statisticamente significativa solo nel gruppo PostP e solo tra BMI e pressione

sistolica (= 0,760) e tra BMI e pressione diastolica (= 0,619).

Discussione

In accordo con i dati della letteratura^{9 8 7 12} il gruppo delle prepuberi si differenzia da quello delle postpuberi riguardo alla diagnosi al momento del ricovero: mentre nel primo gruppo il disturbo alimentare è caratterizzato esclusivamente da restrizioni alimentari e sono quindi soddisfatti i criteri per ANR o per EDNOSR, nel secondo gruppo il 14,3% del campione presenta abbuffate e condotte di eliminazione e rientra nella categoria diagnostica ANBE. Tali differenze nelle caratteristiche del disturbo alimentare tra i due gruppi, non appaiono tuttavia statisticamente significative. Prendendo in considerazione i sintomi associati al disturbo alimentare, dal nostro studio risulta che l'iperattività, i problemi enterocettivi (nausea, senso

Tab. III. Dati internistici nel gruppo Prepubere (PreP) e Postpubere (PostP) (i valori medi patologici sono in neretto). *Medical symptoms in Prepubertal (PreP) and Postpubertal (PostP) group (pathological values are in bold).*

	Prepuberi		Postpuberi		p
	Valori medi e DS	% casi con valori patologici	Valori medi e DS	% casi con valori patologici	
Freq. cardiaca (bpm)	56,94 (13,99)	88,9	52,93 (9,6)	64,3	0,367
P sist. (mmHg)	81,83 (11,22)	83,3	89,64 (13,28)	92,8	0,081
P diast. (mmHg)	53,06 (4,58)	100	57,14 (9,14)	85,7	0,109
Glob. bianchi (n/mcl)	5061,67 (1336,99)	33,3	4625,71 (1606,15)	50	0,409
Emoglobina (g/dl)	12,71 (1,3)	11,1	13,52 (1,36)	14,3	0,095
TSH (mcU/ml)	2,31 (0,68)	0	1,69 (1,04)	7,1	0,103
T3 (pg/ml)	1,9 (1,02)	44,4	1,68 (0,37)	57,1	0,543
T4 (ng/dl)	1,1 (0,36)	5,5	0,97 (0,13)	0	0,293
Prot. Leg. Ret. (mg/dl)	2,84 (0,64)	61,1	3,02 (1,01)	42,9	0,568
Prealbumina (mg/dl)	19,5 (4,37)	50	20,39 (6,01)	42,8	0,650
Anomalie ripolarizzaz.	n.c.*	38,9	n.c.	57,1	n.c.
Versamenti pericardici	n.c.	27,8	n.c.	35,7	n.c.
Epatomegalia	n.c.	0	n.c.	0	n.c.
Steatosi	n.c.	0	n.c.	0	n.c.
Versam. peritoneali	n.c.	0	n.c.	4	n.c.
Edemi periferici	n.c.	5,6	n.c.	28,6	n.c.
AGA, EMA, TTG [†]	n.c.	0	n.c.	0	n.c.

* n.c. = valori medi non calcolati (in quanto non si tratta di dati numerici); † = anticorpi antigliadina, anticorpi antiendomiso, anticorpi antitransglutaminasi.

di ripienezza gastrica), l'irritabilità, l'isolamento sociale e i problemi somatici sono più frequenti nelle PreP, mentre l'abuso di lassativi, il disturbo dell'immagine corporea, l'attenzione alle calorie, i problemi di concentrazione e le ruminazioni ossessive sono più frequenti nelle PostP.

Per quanto riguarda la comorbidità psichiatrica (asse I), non emergono differenze statisticamente significative tra i due gruppi; tale risultato è in accordo con il lavoro di Cooper et al.³, secondo cui la psicopatologia associata al disturbo alimentare PreP appare sovrapponibile a quella PostP. Vengono infatti soddisfatti i criteri per un disturbo dell'umore nell'80,95% delle prepuberi (DDMa o DDMi) e nel 76,19% delle postpuberi (DDMa, DDMi o DB). Andando ad analizzare i sintomi depressivi, l'unico dato che risulta statisticamente diverso nei due gruppi è quello relativo alle ideazioni suicidiarie: nel gruppo delle PreP nessun soggetto riferisce ideazioni suicidiarie, mentre nel gruppo delle PostP 6 soggetti (28,6%) presentano tale sintomo. Questo risultato si differenzia da quello ottenuto da Jacobs et al.⁹: nel loro studio, infatti, le ideazioni suicidiarie erano presenti nei due gruppi (PreP e PostP) con una frequenza sovrapponibile (35%).

Anche riguardo alla comorbidità per i disturbi d'ansia, i due gruppi non si differenziano in maniera statisticamente significativa: il disturbo d'ansia generalizzata risulta il più rappresentato in assoluto, sia nel gruppo PostP sia nel gruppo PreP (il 47,6% delle prepuberi ha un DAG contro il 61,9% delle postpuberi). Subito dopo, in ordine di prevalenza, è presente il disturbo d'ansia di separazione, molto più frequente nelle PreP rispetto alle PostP (33,3% delle prepuberi ha un DAS contro il 9,5% delle postpuberi), in accordo con le differenze epidemiologiche in base all'età rilevate in tale disturbo. Gli altri disturbi d'ansia (disturbo ossessivo-compulsivo e fobia sociale) risultano rari sia nel gruppo PreP sia nel gruppo PostP.

Considerando l'intero campione (PreP + PostP) emerge una comorbidità doppia (ansia + depressione) in 26 soggetti (61,9%): in particolare, in 14 soggetti del gruppo PreP e in 12 del gruppo PostP.

In questo studio le condizioni psicopatologiche alla prima osservazione, valutate dai genitori tramite la CBCL, appaiono peggiori nel gruppo PreP rispetto al gruppo PostP: i punteggi medi relativi ai problemi totali e a quelli internalizzanti sono infatti significativamente più alti nel primo gruppo (dove raggiungono

un valore medio patologico) rispetto al secondo. Da segnalare, inoltre, che anche il 53% delle postpuberi rientra nel *range* patologico per quanto riguarda i problemi internalizzanti. Questi dati sono in accordo con quelli di altri studi^{3,7,14} secondo i quali è presente un'elevata prevalenza di sintomi depressivi nei gruppi di soggetti più giovani, anche se solo nel lavoro di Mouren-Simeoni et al.¹⁴ in cui viene analizzato un campione di prepuberi di età media 10,8 anni, sono raggiunte percentuali così elevate. Infatti, nei campioni di Fosson et al.⁷ e Cooper et al.³ la percentuale di soggetti con sintomi depressivi è più bassa e questo potrebbe essere messo in correlazione con la maggiore età media dei soggetti considerati: sebbene i sintomi depressivi siano notevolmente rappresentati in tutti i campioni di soggetti anoressici, questi potrebbero risultare maggiormente presenti nei pazienti più piccoli di età.

Tuttavia, nel nostro lavoro questa ipotesi sembra non essere confermata dalle autovalutazioni effettuate dalle pazienti tramite la YSR. Infatti, anche se alla YSR non sono mai raggiunti punteggi medi patologici in nessuno dei nostri due campioni, emerge comunque la tendenza verso valori medi più alti nel campione postpubere, con un numero più alto di soggetti che raggiungono un *range* patologico per i problemi internalizzanti (42,9% vs. 21%).

Tale risultato può essere ricondotto sia a un'attendibilità ridotta dello strumento di autovalutazione nei soggetti più piccoli, sia a una scarsa consapevolezza di malattia con tendenza a sottostimare la propria sintomatologia.

Tuttavia, solo il gruppo prepubere mostra una specificità e un'omogeneità, come confermato dalla correlazione di Pearson positiva tra i valori ottenuti con la CBCL e quelli ottenuti con la YSR, che indica un orientamento simile dell'assetto psicopatologico all'interno del gruppo. Questi dati sembrano supportare l'ipotesi che le ragazze prepuberi giungono all'osservazione medica nelle prime fasi della loro malattia, quando ancora non si trovano in una situazione psicopatologica e internistica definitiva, se confrontate con le pazienti più grandi. I nostri risultati sono confermati anche dalla correlazione positiva tra i punteggi dell'EAT-26 e la durata della malattia prima dell'ammissione: appaiono infatti entrambi minori nei soggetti PreP.

Per quanto riguarda i dati internistici, i risultati ottenuti nel nostro studio non evidenziano differenze statisticamente significative tra i due gruppi.

Dal momento che sono scarsi^{19,23} gli studi che si sono occupati delle condizioni internistiche di soggetti in età prepuberale, ci limitiamo a discutere i nostri risultati riportando solo dove è possibile gli altri dati presenti in letteratura (che si riferiscono, peraltro, all'AN dell'adolescente). La prevalenza della leucopenia è di 33,3% nel gruppo PreP e di 50% nel gruppo PostP.

Warren & Vande Wiele²³, nel loro studio effettuato su 42 ragazze e giovani donne ospedalizzate, riportano una prevalenza di leucopenia pari al 38%, mentre per altri autori¹⁹ tale alterazione di laboratorio è presente nel 50% del campione. Nel nostro studio risulta anemico l'11,1% delle PreP e il 14,3% delle PostP. In letteratura i dati indicano una prevalenza di anemia che va dal 32%^{19,21}, al 22% nello studio effettuato su 60 ragazze anoressiche (età media 15,8 anni) da Misra et al.²⁰, al 7% di Warren & Vande Wiele²³. La prevalenza di bradicardia nel gruppo PreP è pari all'88,9% e nel gruppo PostP al 64,3%: nello studio di Warren & Vande Wiele²³ è bradicardico il 26% dei soggetti, in quello di Misra²⁰ il 27%, mentre in quello di Palla & Litt²¹ il 94%. I nostri dati indicano una prevalenza di ipotensione pari all'83,3% per le PreP e al 78,5% per le PostP; tali risultati non si discostano molto da quelli già presenti in letteratura: 70% secondo Palla & Litt²¹ e 86% secondo Warren & Vande Wiele²³. Anche i dati riguardanti la funzione tiroidea (Tab. III) appaiono sovrapponibili a quelli presenti in letteratura^{22,23}. Com'è noto^{19,20} l'apparato cardiovascolare è spesso compromesso nei soggetti con AN e i risultati del nostro studio non smentiscono questa affermazione (alta percentuale di soggetti bradicardici, ipotesi e con anomalie elettrocardiografiche).

Infine, nel nostro studio non è stata evidenziata alcuna correlazione tra BMI e numero di globuli bianchi: possiamo perciò ipotizzare, a differenza di quanto riportato da Misra et al.²⁰, che un minor valore di BMI non predisponga a una leucopenia.

Conclusioni

I risultati del nostro studio indicano una sostanziale uniformità tra l'AN a esordio prepuberale e la forma classica di AN postmenarcale: in particolare i due gruppi non si differenziano in maniera significativa né per la sintomatologia alimentare e gli aspetti internistici, né per ciò che riguarda l'assetto psicopatologico associato.

Si rileva tuttavia che con la progressione dello sviluppo puberale compaiono una maggior consapevolezza di malattia (indicato dall'aumento progressivo dei valori medi ottenuti con strumenti di autovalutazione come EAT-26 e YSR), una maggiore insoddisfazione per la propria immagine corporea e il proprio peso¹⁶, nonché il riconoscimento di importanti sintomi depressivi quali l'ideazione suicidaria.

Nei soggetti PreP è invece evidente una discrepanza tra la valutazione effettuata dai genitori alla CBCL che risulta patologica nei problemi totali e in quelli internalizzanti e l'autovalutazione delle pazienti (YSR); ciò potrebbe essere ricondotto a una scarsa consapevolezza da parte dei soggetti più piccoli della sofferenza psichica associata al disturbo alimentare.

Bibliografia

- ¹ Bryant-Waugh RJ, Lask B. *Annotation: eating disorders in children*. J Child Psychol Psychiatry 1995;36:191-202.
- ² Bryant-Waugh RJ, Hankins M, Shafran R, Lask B, Fosson A. *A prospective follow-up of children with anorexia nervosa*. J Youth Adolesc 1996;25:369-38.
- ³ Cooper PJ, Watkins B, Bryant-Waugh R, Lask B. *The nosological status of early onset anorexia nervosa*. Psychol Med 2002;32:873-80.
- ⁴ Fairburn C, Harrison PJ. *Eating disorders*. Lancet 2003;361:407-16.
- ⁵ Fisher M, Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Rees J, Schebendach J, et al. *Eating disorders in adolescents: a background paper*. J Adolesc Health 1995;16:420-37.
- ⁶ Fisher M, Schneider M, Burns J, Symons H, Mandel FS. *Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program*. J Adolesc Health 2001;28:222-7.
- ⁷ Fosson A, Knibbs J, Bryant-Waugh R, Lask B. *Early onset anorexia nervosa*. Arch Dis Child 1987;62:114-8.
- ⁸ Gowers S, Crisp A, Joughin N, Bhat N. *Premenarcheal anorexia nervosa*. J Child Psychol Psychiatry 1991;32:515-24.
- ⁹ Jacobs BW, Isaacs S. *Pre-pubertal anorexia nervosa: a retrospective controlled study*. J Child Psychol Psychiatry 1986;27:237-50.
- ¹⁰ Lask B, Bryan-Waugh R. *Early onset anorexia nervosa and related eating disorders*. J Child Psychol Psychiatry 1992;33:281-300.
- ¹¹ Lee HY, Lee EL, Pathy P, Chan YH. *Anorexia nervosa in Singapore: an eight-year retrospective study*. Singapore Med J 2005;46:275-81.
- ¹² Matsumoto H, Takey N, Kawai M, Saito F, Kachi K, Ohashi Y, et al. *Differences of symptoms and standardized weight index between patients with early and late onset anorexia nervosa*. Acta Psychiatr Scand 2001;104:66-71.
- ¹³ Alessi NE, Krahn D, Brehm D, Wittekindt J. *Prepubertal anorexia nervosa and major depressive disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989;28:380-4.
- ¹⁴ Mouren-Simeoni MC, Fontanon M, Bouvard MP, Dugas M. *L'anorexie mentale chez l'enfant prépubère*. Can J Psychiatry 1993;38:51-5.
- ¹⁵ Walford G, McCune N. *Long term outcome in early-onset anorexia nervosa*. Br J Psychiatry 1991;9:27-40.
- ¹⁶ Heebink DM, Sunday S, Halmi KA. *Anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence. Effects of age and menstrual status on psychological variables*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995;34:378-82.
- ¹⁷ Cole TJ, Freeman JV, Preece MA. *Body mass index reference curves for the UK, 1990*. Arch Dis Child 1995;73:25-9.
- ¹⁸ Chambers WJ, Puig-Antich J, Hirsch M, Paez P, Ambrosini PJ, Tabrizi MA, et al. *The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. Test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children, present episode version*. Arch Gen Psychiatry 1985;42:696-702.
- ¹⁹ Ferguson J. *The eating disorders, a clinical perspective*. Kalamazoo, MI: Upjohn Company 1986.
- ²⁰ Misra M, Aggarwal A, Miller KK, Almazan C, Worley M, Soyka LA, et al. *Effects of anorexia nervosa on clinical, hematologic, biochemical, and bone density parameters in community-dwelling adolescent girls*. Pediatrics 2004;114:1574-83.
- ²¹ Palla B, Litt I. *Medical complications of eating disorders in adolescents*. Pediatrics 1988;81:613-23.
- ²² Rolla M. *Alterazioni dei sistemi neuroendocrini nell'anorexia nervosa: aspetti clinici*. In: Muller EE, Brambilla F, editors. *Disordini del comportamento alimentare: anoressia e bulimia*. Roma-Milano: Pythagora Press 1990.
- ²³ Warren M, Vande Wiele R. *Clinical and metabolic features of anorexia nervosa*. Am J Obstet Gynecol 1973;117:435-49.