

*Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri.*

## Linea guida internazionale per la gestione dell'obesità in età pediatrica

*Commento a cura di Alberto Marsciani*

*U.O. Pediatria, Dipartimento Materno Infantile, Presidio Ospedaliero di Rimini*

L'Endocrine Society, con il supporto dell'European Society of Endocrinology e della Pediatric Endocrine Society, ha pubblicato nel marzo 2017 una linea guida sulla valutazione, il trattamento e la prevenzione dell'obesità in età pediatrica, condizione di grande interesse per la sua elevata prevalenza e le possibili ripercussioni in termini di salute a lungo termine. La parte introduttiva del testo sottolinea sinteticamente, per ciascun argomento trattato, il livello di evidenza scientifica a supporto del grado di raccomandazioni espresse (metodo GRADE): questo approccio facilita indubbiamente l'analisi dell'intero testo, di per sé completo ed esaustivo dei vari aspetti inerenti l'obesità nella età evolutiva. La prima parte della linea guida conferma il BMI quale criterio universalmente condiviso per definire sovrappeso o obeso un soggetto in età pediatrica, ma contestualmente ne sottolinea i limiti (difficoltà a distinguere tra massa grassa e massa magra, differenze etniche, compatibilità delle tavole di riferimento con la popolazione in esame...). Di estrema importanza, anche per le conseguenze clinico-assistenziali che comporta, è la riaffermata inutilità di eseguire accertamenti per escludere cause endocrinologiche, in assenza di una statura inferiore al potenziale genetico e di un rallentamento della velocità di crescita staturale con persistente crescita ponderale. Anche la misurazione dell'insulinemia a digiuno non è raccomandata per l'ampia sovrapposizione dei valori tra i soggetti con o senza insulino-resistenza e per la mancanza di un cut off universalmente riconosciuto in grado di definire la presenza di insulino-resistenza. Vengono invece raccomandati, in presenza di BMI  $\geq 85^{\circ}$  centile, gli accertamenti per escludere possibili comorbilità (pre-diabete, diabete, dislipidemia, ipertensione, steatosi epatica, PCOS, apnea ostruttiva, patologie psichiatriche); sono infine suggerite le indagini genetiche solo in caso di obesità ad esordio precoce (prima dei 5 anni), con fenotipo compatibile con quadri sindromici, ritardo mentale, iperfagia estrema e /o familiarità per obesità severa. Viene proposto a tal fine un completo algoritmo diagnostico in cui sono riassunti in maniera sintetica ed efficace i segni che possono indicare un sospetto di obesità genetica e/o endocrina. In merito alla prevenzione e al trattamento dell'obesità, viene enfatizzata l'importanza di modificare lo stile di vita, non solo del giovane obeso ma di tutto il contesto familiare e sociale, intervenendo anche in ambito scolastico con specifici interventi educativi. Un sano regime alimentare prevede l'eliminazione di alimenti ad alto contenuto energetico e scarsa qualità nutrizionale, quali bevande zuccherate, snack ipercalorici, fast food, alimenti ad alto contenuto di grassi e sale: contemporaneamente va favorito il consumo di alimenti a scarso contenuto energetico e ricchi di fibra, quali frutta e verdura. Vengono inoltre raccomandati la promozione dell'attività fisica, idealmente 60 minuti al giorno a ritmo sostenuto, e la riduzione del tempo trascorso davanti ad uno schermo: con un livello di evidenza minore si sottolinea

l'importanza di garantire un regolare e adeguato riposo notturno. Pur raccomandando l'allattamento al seno, per gli indubbi vantaggi che offre rispetto ad altri tipi di allattamento, viene rimarcato che attualmente non ci sono evidenze validate che confermino il suo ruolo nella prevenzione dell'obesità, così come non è evidente il ruolo della precoce introduzione di alimenti complementari. Nel trattamento del giovane obeso si sottolinea inoltre l'importanza di intervenire con adeguato supporto psicologico in presenza di elementi indicativi di disagio psico-sociale, intra od extra familiare, quali tendenza all'isolamento, bassa autostima, depressione, ansia, abuso di sostanze, disturbi del comportamento alimentare, bullismo. Nella parte finale della linea guida vengono elencate dettagliatamente e discusse le possibili terapie farmacologiche dell'obesità che in età pediatrica e adolescenziale sono da riservare, al di fuori di trial clinici sperimentali, a casi selezionati, di età superiore a 16 anni, e solo dopo il fallimento di un programma intensivo sulle modifiche dello stile di vita. L'eventuale trattamento farmacologico va sempre comunque accompagnato da un programma di intervento intensivo sugli stili di vita e riconsiderato, nella sua durata, alla luce dei risultati raggiunti. A conclusione vengono riportate le varie tecniche di chirurgia bariatrica, con possibili benefici e rischi. Si sottolinea l'importanza di riservare questo tipo di terapia a soggetti motivati, che abbiano raggiunto la statura definitiva, con obesità di grado severo e gravi co-morbilità, solo dopo il fallimento di programmi intensivi sulle modifiche dello stile di vita e/o farmacologici: vanno inoltre esclusi i soggetti scarsamente motivati, con patologie psichiatriche in atto, abuso di sostanze, disturbi del comportamento alimentare o disagio familiare. Si suggerisce di affidarsi esclusivamente a un team di esperti, in grado di garantire la migliore strategia chirurgica e un adeguato follow-up in campo metabolico e psico-sociale.

### Sintesi

1. A distanza di 8 anni dalle loro prima stesura, questa linea guida risulta la più completa e aggiornata tra quelle attualmente disponibili in campo internazionale sull'obesità infantile, condizione di così grande interesse per la sua elevata prevalenza e le possibili ripercussioni in termini di salute a lungo termine. E' per tale motivo un importante e indispensabile punto di riferimento per chi si interessa di tale problematica.
2. Viene confermato, alla luce degli studi epidemiologici più recenti, l'arresto del trend di crescita dell'obesità in età pediatrica: questo dato, pur preliminare e da considerare con cautela, potrebbe indicare un'iniziale inversione di tendenza e un'aumentata sensibilizzazione sociale e familiare su questo tema.
3. Importante la raccomandazione di eseguire eventuali indagini diagnostiche endocrinologiche e genetiche solo dopo un'attenta valutazione clinica: viene quindi giustamente sottolineato il

grande valore che ancora oggi hanno i dati anamnestici e l'esame obiettivo per un corretto inquadramento diagnostico iniziale. Si sottolinea invece l'importanza di eseguire precocemente indagini di screening per una adeguata sorveglianza delle possibili co-morbilità, cercando di identificarle prima che si manifestino clinicamente le complicanze.

4. Viene inoltre confermato, con sempre maggiore evidenza, che la strategia più efficace per prevenire o trattare l'obesità infantile consiste nella promozione di corretti stili di vita e sane abitudini alimentari: viene rinforzato in tal senso l'importanza del counselling motivazionale e di un eventuale supporto psicologico rispetto a schemi standard di dieta e attività motoria, da considerarsi ormai un mero retaggio del passato.

5. Rispetto a quanto affermato fino a pochi anni fa, sono deboli le evidenze in favore dell'allattamento al seno per prevenire l'obesità.

6. Solo in rari casi, ben selezionati, possono essere indicate terapie farmacologiche o chirurgiche. E' comunque da sottolineare che la chirurgia bariatrica rappresenta sempre di più l'unico intervento efficace nei casi di obesità estremamente grave non responsiva al solo trattamento convenzionale e/o farmacologico.

7. La terapia dell'obesità in età pediatrica deve obbligatoriamente prolungarsi nel tempo e richiede un attento follow-up multidisciplinare, con un importante impegno in termini di risorse sanitarie e professionali.

8. Anche per l'obesità, come per altre patologie ad andamento cronico, si pone infine l'importanza di un'adeguata transizione dalla realtà pediatrico-adolescenziale al mondo dell'adulto, al fine di dare continuità all'intervento in atto e di ridurre il rischio di drop out.

### Pediatric Obesity—Assessment, Treatment, and Prevention: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline

Dennis M. Styne,<sup>1</sup> Silva A. Arslanian,<sup>2</sup> Ellen L. Connor,<sup>3</sup> Ismaa Sadaf Farooqi,<sup>4</sup> M. Hassan Murad,<sup>5</sup> Janet H. Silverstein,<sup>6</sup> and Jack A. Yanovski<sup>7</sup>

<sup>1</sup>University of California Davis, Sacramento, California 95817; <sup>2</sup>University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania 15224; <sup>3</sup>University of Wisconsin, Madison, Wisconsin 53792; <sup>4</sup>University of Cambridge, Cambridge CB2 0QQ, United Kingdom; <sup>5</sup>Mayo Clinic, Rochester, Minnesota 55905; <sup>6</sup>University of Florida, Gainesville, Florida 32607; and <sup>7</sup>National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20892

**Cosponsoring Associations:** The European Society of Endocrinology and the Pediatric Endocrine Society. This guideline was funded by the Endocrine Society.

**Objective:** To formulate clinical practice guidelines for the assessment, treatment, and prevention of pediatric obesity.

**Participants:** The participants include an Endocrine Society-appointed Task Force of 6 experts, a methodologist, and a medical writer.

**Evidence:** This evidence-based guideline was developed using the Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation approach to describe the strength of recommendations and the quality of evidence. The Task Force commissioned 2 systematic reviews and used the best available evidence from other published systematic reviews and individual studies.

**Consensus Process:** One group meeting, several conference calls, and e-mail communications enabled consensus. Endocrine Society committees and members and co-sponsoring organizations reviewed and commented on preliminary drafts of this guideline.

**Conclusion:** Pediatric obesity remains an ongoing serious international health concern affecting ~17% of US children and adolescents, threatening their adult health and longevity. Pediatric obesity has its basis in genetic susceptibilities influenced by a permissive environment starting in utero and extending through childhood and adolescence. Endocrine etiologies for obesity are rare and usually are accompanied by attenuated growth patterns. Pediatric comorbidities are common and long-term health complications often result; screening for comorbidities of obesity should be applied in a hierarchical, logical manner for early identification before more serious complications result. Genetic screening for rare syndromes is indicated only in the presence of specific historical or physical features. The psychological toll of pediatric obesity on the individual and family necessitates screening for mental health issues and counseling as indicated. The prevention of pediatric obesity by promoting healthful diet, activity, and environment should be a primary goal, as achieving effective, long-lasting results with lifestyle modification once obesity occurs is difficult. Although some behavioral and pharmacotherapy studies report modest success, additional research into accessible and effective methods for preventing and treating pediatric obesity is needed. The use of weight loss medications during childhood and adolescence should be restricted to clinical trials. Increasing evidence

ISSN Print 0021-972X; ISSN Online 1945-7187  
Printed in USA  
Copyright © 2017 by the Endocrine Society  
Received 30 June 2016; Accepted 10 November 2016  
First Published Online 31 January 2017

**Abbreviations:** ALT, alanine aminotransferase; BMI, body mass index; CDC, Centers for Disease Control and Prevention; CVD, cardiovascular disease; FDA, Food and Drug Administration; GH, growth hormone; HbA1c, hemoglobin A1c; LAGB, laparoscopic adjustable gastric banding; NARGO, neonatal hyperphagia disorder; PCOS, polycystic ovary syndrome; QOL, quality of life; RCT, randomized controlled trial; RYGB, Roux-en-Y gastric bypass; T2DM, type 2 diabetes mellitus; VSS, vertical sleeve gastrectomy; WHO, World Health Organization.

doi: 10.1210/pc.2016-2573

J Clin Endocrinol Metab, March 2017, 102(3):709–757 [press.endocrine.org/journal/jcem](http://press.endocrine.org/journal/jcem) **709**