



Διαβουλιμία: η έγκαιρη διάγνωση σώζει ζωές

1. Εισαγωγή

Τα τελευταία έτη έχει αναγνωριστεί ένας νέος τύπος διατροφικής διαταραχής, για τον οποίο ανεπίσημα χρησιμοποιείται στην αγγλική γλώσσα ο όρος «diabulimia», σύνθετος όρος από τις λέξεις «διαβήτης» και «βουλιμία». Ο όρος επιχειρεί να περιγράψει την κατάσταση κατά την οποία άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1) εσκεμμένα παραλείπουν ή περιορίζουν τη χρήση ινσουλίνης ώστε να χάσουν βάρος.

Είναι γνωστό ότι η έναρξη της ινσουλίνης και η κατάλληλη διατροφή που έπονται της διάγνωσης του ΣΔτ1, προκαλούν αύξηση του σωματικού βάρους. Αυτό όμως φαίνεται ότι δεν ευχαριστεί τα κορίτσια νεαρής ηλικίας που επιθυμούν να διατηρούν χαμηλό βάρος. Αντίθετα, η έλλειψη ινσουλίνης προκαλεί υπεργλυκαιμία, με επακόλουθο την πολυουρία, που με τη σειρά της οδηγεί σε ταχεία απώλεια βάρους. Έτσι η παράλειψη δόσεων ινσουλίνης προκύπτει ως δελεαστική τακτική απώλειας βάρους. Δυστυχώς όμως η έλλειψη ινσουλίνης οδηγεί συγχρόνως στον καταβολισμό του μυϊκού και του λιπώδους ιστού και στην παραγωγή κετονικών σωμάτων, με συνέπεια την απειλητική για τη ζωή διαβητική κετοξέωση. Συνεπώς, η «diabulimia» δεν είναι αθώα.

2. Αίτια και διαστάσεις του προβλήματος

Η «diabulimia» περιγράφεται επίσης με το γενικότερο όρο «διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά». Οι διατροφικές διαταραχές, όπως η ανορεξία, η βουλιμία και τα «επεισόδια υπερφαγίας» (binge eating), αποτελούν σήμερα σοβαρά προβλήματα υγείας.

Οι διαταραχές αυτές προκύπτουν από ακραία συναισθήματα και τρόπους συμπεριφοράς στο πεδίο της διατροφής και του ελέγχου του σωματικού βάρους και προκαλούν σωματικές διαταραχές που μπορεί να αποβούν απειλητικές για τη ζωή των ατόμων.

Έχει φανεί ότι τα κορίτσια με ΣΔτ1 εμφανίζουν στην εφηβεία σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό διατροφικές διαταραχές συγκρινόμενα με κορίτσια της ίδιας ηλικίας που δεν έχουν διαβήτη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών, τα κορίτσια και οι νεαρές γυναίκες με υψηλό BMI είναι επιρρεπή στην εκδήλωση διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς, καθώς στην ηλικία αυτή τους απασχολεί ιδιαίτερα η εικόνα του σώματός τους. Επιπλέον, αν έχουν και ιστορικό διαβήτη, σε σημαντικό ποσοστό τείνουν να παραλείπουν δόσεις ινσουλίνης με στόχο τη μείωση του βάρους τους. Αν και η πλειοψηφία των μελετών αφορά νεαρές γυναίκες, τα αγόρια με διαβήτη φαίνεται ότι επίσης ανησυχούν για το σωματικό τους βάρος σε ποσοστό διπλάσιο σε σύγκριση με αγόρια χωρίς χρόνια νόσο.

Η «diabulimia» δεν είναι ασυνήθης μεταξύ των ατόμων με ΣΔτ1. Υπολογίζεται ότι περίπου το 15% των κοριτσιών με ΣΔτ1 στα μέσα της εφηβείας και το 30% των κοριτσιών προς το τέλος της εφηβείας καθώς και των νεαρών γυναικών παραλείπουν ή μεταβάλλουν τις δόσεις της ινσουλίνης, προσπαθώντας να ελέγξουν το βάρος τους. Σύμφωνα με τη μελέτη AHEAD (Assessing Health and Eating among Adolescents with Diabetes), το 37.9% των κοριτσιών και το 15.9% των αγοριών ανέφεραν μη επιστημονικά αποδεκτές τακτικές ελέγχου του βάρους τους, με το 10.3% των κοριτσιών να παραλείπουν δόσεις ινσουλίνης και το 7.4% των αγοριών να λαμβάνουν λιγότερη ινσουλίνη, για να ελέγξουν το βάρος τους.

Μια πιθανή εξήγηση για την εμφάνιση αυτής της διαταραγμένης συμπεριφοράς μεταξύ των ατόμων με ΣΔτ1 αναζητείται στην ίδια τη φύση της νόσου. Πράγματι ο ΣΔτ1 απαιτεί από νεαρά άτομα να εφαρμόσουν ένα αυστηρό πρόγραμμα που περιλαμβάνει δίαιτα με συνεχή υπολογισμό των προσλαμβανόμενων υδατανθράκων και προσοχή στην άσκηση, συχνή μέτρηση του σακχάρου αίματος και προσαρμογή των απαιτούμενων δόσεων ινσουλίνης. Αυτή η σχέση με τη διατροφή και την ινσουλίνη που αγγίζει τα όρια της «εμμονής» είναι πιθανό να πυροδοτεί διαταραχή στη διατροφική συμπεριφορά σε ορισμένα άτομα με ΣΔτ1 και ιδιαίτερα σε νεαρές γυναίκες. Και τούτο γιατί σε αυτήν την ηλικία η ενασχόληση με την εικόνα του σώματός τους είναι έντονη και τους δυσαρεστεί η απόκτηση βάρους λόγω της χρήσης ινσουλίνης.

3. Επιπτώσεις

Η παράλειψη δόσεων ινσουλίνης συνεπάγεται την υπεργλυκαιμία και προκαλεί βραχυ- και μεσοπρόθεσμα συνεχή δίψα, συχνουρία, υπερβολική όρεξη, αδυναμία, καταβολή, απώλεια βάρους, μυϊκή ατροφία, αφυδάτωση και ηλεκτρολυτικές διαταραχές, κετονουρία, και κετοναιμία με κίνδυνο την απειλητική για τη ζωή κατάληξη σε κετοξέωση. Εκτός από την ακραία αυτή εκδήλωση, τα άτομα που εκδηλώνουν «diabulimia» κινδυνεύουν να αναπτύξουν νωρίτερα τις γνωστές επιπλοκές του διαβήτη και έχουν αυξημένο κίνδυνο θνητότητας σε σύγκριση με τα άτομα που ασχολούνται υπεύθυνα με την παρακολούθηση και ρύθμιση της γλυκόζης τους. Ας μην ξεχνούμε ότι η πτωχή γλυκαιμική ρύθμιση λόγω ελλιπούς χορήγησης ινσουλίνης αυξάνει την επίπτωση των επιπλοκών και τριπλασιάζει τη θνησιμότητα. Σε περίοδο μελέτης 11 ετών, οι γυναίκες που περιορίζαν την ινσουλίνη τους εμφάνισαν μέση ηλικία θανάτου τα 45 έτη, ενώ αυτές που ελάμβαναν κανονικά τις προτεινόμενες δόσεις ινσουλίνης είχαν μέση ηλικία θανάτου τα 58 έτη ($p < 0.01$).

Σύμφωνα με τη μελέτη DCCT (Diabetes Control and Complications Trial), η διατήρηση της γλυκόζης σε επίπεδα κοντά στα φυσιολογικά όρια μπορεί να καθυστερήσει ή και να προλάβει σοβαρές επιπλοκές, όπως η αμφιβληστροειδοπάθεια, η νευροπάθεια και η νεφροπάθεια.

Σύμφωνα όμως με την ίδια μελέτη, μειονέκτημα της εντατικής θεραπείας αποτελεί η σημαντική αύξηση του βάρους. Μεταξύ των νέων που συμμετείχαν στη μελέτη, το 48% αυτών που έλαβαν εντατικοποιημένο σχήμα έγιναν υπέρβαροι συγκρινόμενοι με το 28% αυτών που έλαβαν συμβατική θεραπεία. Κι ενώ γίνονται προσπάθειες ενημέρωσης, δίνοντας έμφαση στη σημασία της καλής γλυκαιμικής ρύθμισης, περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς τελικά δεν επιτυγχάνουν το στόχο της $HbA_{1c} < 7\%$, επειδή η ανησυχία ενδεχόμενης απόκτησης βάρους με το εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλίνης αυξάνει την πιθανότητα διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς.

Για την αδυναμία υιοθέτησης στρατηγικών εντατικής ρύθμισης του διαβήτη έχουν ενοχοποιηθεί επιπλέον πολλοί ψυχο-κοινωνικοί παράγοντες, μεταξύ των οποίων το άγχος και η κατάθλιψη λόγω της νόσου καθώς και ο φόβος της υπογλυκαιμίας.

4. Προειδοποιητικά σημεία

Έχουν περιγραφεί διάφορα προειδοποιητικά σημεία που επιτρέπουν την έγκαιρη διάγνωση, όπως:

- Οι πολύ υψηλές τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA_{1c}), πολύ υψηλότερες από αυτές που θα αναμένονταν σύμφωνα με τις ημερήσιες μετρήσεις που καταγράφονται από τον ασθενή
- Η ανεξήγητη απώλεια βάρους
- Η αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες (τρώει περισσότερο αλλά χάνει βάρος)
- Η αποφυγή παρακολούθησης του σωματικού βάρους ή η έντονη ενασχόληση και το άγχος σχετικά με το βάρος και τη δίαιτα
- Η αυξημένη τάση απομόνωσης, ιδιαίτερα τις ώρες των γευμάτων
- Τα επεισόδια υπερκατανάλωσης φαγητού ή αλκοόλ τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα τους τελευταίους 3 μήνες
- Η εμμονή με τη σωματική άσκηση (άσκηση πολύ περισσότερες ώρες από όσες συνιστώνται για διατήρηση καλής σωματικής κατάστασης)
- Η ευρεία διακύμανση των επιπέδων γλυκόζης αίματος χωρίς προφανή αιτία
- Οι συχνές νοσηλείες λόγω διαβητικής κετοξέωσης
- Η καθυστέρηση της ήβης ή της εμφάνισης των χαρακτηριστικών του φύλου ή οι διαταραχές έμμηνυας ρύσης/αμηνόρροια
- Σοβαρό stress στην οικογένεια



5. Συμπεράσματα

Η εσκεμμένη παράλειψη ή μείωση των αναγκαίων δόσεων ινσουλίνης που με στόχο την απώλεια βάρους φαίνεται ότι είναι αρκετά γνωστή μεταξύ των ατόμων με ΣΔτ1. Δεν είναι όμως οικεία στα άτομα που δεν έχουν τη νόσο και επομένως η αναγνώριση των συμπτωμάτων αυτής της επικίνδυνης συμπεριφοράς δεν είναι εύκολο να επιτευχθεί ούτε από την οικογένεια των ατόμων με διαβήτη, αλλά ενίοτε ούτε από τους θεράποντες ιατρούς. Η έγκαιρη υποψία της διαταραχής αυτής όταν παρατηρηθούν κάποια από τα προαναφερθέντα προειδοποιητικά φαινόμενα σε άτομα με ΣΔτ1 μπορεί να σώσει ζωές. Πράγματι η έγκαιρη αναγνώριση μπορεί να αποτρέψει την πρώιμη εμφάνιση των χρόνιων επιπλοκών της διαβήτη νόσου καθώς και την εκδήλωση διαβητικής κετοξέωσης.

Για τη διάγνωση και την αποτελεσματική αντιμετώπιση της διατροφικής αυτής διαταραχής συνιστάται η συνδυασμένη παρέμβαση ενός συμβούλου ειδικού στις διατροφικές διαταραχές καθώς και του θεράποντος διαβητολόγου. Η κατάλληλη εκπαίδευση των ατόμων με ΣΔτ1 με στόχο την ανάπτυξη υγιούς σχέσης τόσο με το φαγητό όσο και με την ινσουλίνη θα πρέπει να ξεκινά εγκαίρως, κατά το δυνατό ταυτόχρονα με τη διάγνωση του ΣΔτ1, ώστε να προληφθεί η μελλοντική ανάπτυξη επικίνδυνων διατροφικών διαταραχών.

Βιβλιογραφία

1. Anonymous. A battle to overcome "diabulimia". *Am Fam Physician* 2009;15:79:263.
2. Goebel-Fabbri AE, Fikkan J, Franko DL et al. Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2008;31:415-9.
3. Meltzer LJ, Johnson SB, Prine JM et al. Disordered eating, body mass, and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2001;24:678-82.
4. Neumark-Sztainer D, Patterson J, Mellin A et al. Weight control practices and disordered eating behaviors among adolescent females and males with type 1 diabetes: associations with sociodemographics, weight concerns, familial factors, and metabolic outcomes *Diabetes Care* 2002; 25:1289-96.
5. <http://forecast.diabetes.org/magazine/features/dropping-insulin-drop-pounds>
6. http://www.jdrf.org/index.cfm?page_id=107141
7. <http://www.mayoclinic.com/health/diabulimia/MY01793>

1.

Ευανθία Γκούβερη, Νικόλαος Παπάνας

**Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας, Διαβήτη και
Μεταβολισμού, Β΄ Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο
Πανεπιστήμιο Θράκης**

19th European Congress on Obesity (ECO 2012)

9 - 12 Μαΐου 2012

Lyon, France

Πληροφορίες: www.easoobesity.org/eco2012/

**The 5th International Conference on Advanced Technologies
and Treatments for Diabetes (ATTD)**

8 – 11 Φεβρουαρίου 2012

Barcelona, Spain

Πληροφορίες:

<http://www2.kenes2.com/attd/pages/home.aspx>





— ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΗΣ ΕΙΕΠ ΣΕ ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας στο πλαίσιο της συνεχούς παρουσίας της σε επιστημονικές συναντήσεις θα συμμετάσχει με στρογγυλή τράπεζα στις «**Ημερίδες Μεταβολισμού**» που διοργανώνει το **Ελληνικό Κολλέγιο Μεταβολικών Νοσημάτων (Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.)** σε συνεργασία με το **Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ Πειραιά “Τζάνειο”** για 17η χρονιά, 2-5 Μαΐου 2012, στην Αθήνα.

— ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΗΣ ΕΙΕΠ ΣΕ ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας σε συνεργασία με την **Εταιρεία Αθροσκήρωσης Βορείου Ελλάδος** θα παρευρεθεί στο **8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Αθροσκήρωσης** που θα πραγματοποιηθεί 15-17 Μαρτίου 2012 και θα λάβει χώρα στη Θεσσαλονίκη με στρογγυλή τράπεζα με θέμα «Νεώτερα θέματα Παχυσαρκίας».

— 9ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας διοργανώνει το **9ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνεδριό** της στις **1-3 Μαρτίου 2012 στην Αθήνα** στο ξενοδοχείο Divani Caravel.

Διακεκριμένοι επιστήμονες από όλο τον κόσμο θα τιμήσουν με την παρουσία τους το συνέδριο και θα παρουσιάσουν αναλυτικά ενδιαφέροντα επιστημονικά δεδομένα αναφορικά με την παχυσαρκία αποσκοπώντας στην πληρέστερη ενημέρωση των συνέδρων.

Τιμώμενο πρόσωπο του συνεδρίου θα είναι ο διεθνούς φήμης καθηγητής Παθολογίας της Ιατρικής Σχολής του Harvard University και καθηγητής της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Harvard University και εκδότης του περιοδικού “Metabolism”, κύριος **Χρήστος Μαντζώρος**. Την τρίτη ημέρα του συνεδρίου, η ΕΙΕΠ διοργανώνει ημερίδα στην αγγλική γλώσσα με δύο ομιλίες του καθηγητή κ. Χρήστου Μαντζώρου, και ομιλίες κορυφαίων Ελλήνων και ξένων επιστημόνων, καθηγητών των Harvard University και Leipzig University και συνεργατών του τιμώμενου επιστήμονα.

Περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με το πρόγραμμα θα ανακοινωθούν σύντομα.

Τα όρια της παχυσαρκίας για τους μετανάστες από τη Νότιο Ασία

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και η περίμετρος της μέσης (WC) χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό του καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (T2DM). Σκοπός της μελέτης ήταν να καθοριστούν τα κατάλληλα όρια (cut-off) ΔΜΣ και WC σε ένα πληθυσμό μεταναστών από τη Νότιο Ασία.

4.688 λευκοί Ευρωπαίοι και 1.333 άτομα που κατάγονταν από τη Νότιο Ασία και ζουν στο Ηνωμένο Βασίλειο συνολικά, ηλικίας 40-75 ετών ελέγχθηκαν για την ύπαρξη T2DM. Μοντέλα παλινδρόμησης για κάθε έναν από τους παράγοντες γλυκαιμίας, λιπιδίων και αρτηριακής πίεσης, προσαρμοσμένα για την ηλικία και το φύλο χρησιμοποιήθηκαν για τον προσδιορισμό των ορίων ΔΜΣ και WC στους Νοτιο-Ασιάτες σε σχέση με εκείνα που έχουν καθοριστεί για τους λευκούς Ευρωπαίους.

Για τους άνδρες της Νότιας Ασίας, το όριο που αντιστοιχεί σε BMI 30.0 kg/m² των λευκών Ευρωπαίων ήταν 22.6 kg/m² για τον παράγοντα της γλυκαιμίας, 26.0 kg/m² για τον παράγοντα των λιπιδίων και 28.4 kg/m² για τον παράγοντα πίεση του αίματος. Για τη WC, τα αντίστοιχα όρια που αντιστοιχούν στα 102 cm των λευκών Ευρωπαίων ήταν 83.8 cm, 91.4 cm και 99.3 εκατοστά για τους τρεις παράγοντες αντίστοιχα. Παρόμοια χαμηλότερα όρια για το ΔΜΣ και την WC παρατηρήθηκαν και στις γυναίκες της μελέτης.

Συμπερασματικά, σημαντικά χαμηλότερα όρια παχυσαρκίας είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν σε Νότιους Ασιάτες για να ανιχνευθεί ένα ισοδύναμο επίπεδο δυσγλυκαιμίας και δυσλιπιδαιμίας σε σχέση με τους λευκούς Ευρωπαίους.

“Defining obesity cut-off points for migrant South Asians”

PLoS One. 2011; 6 (10): e26464. Epub 19 October 2011

Ρεζιστίνη και αδιπονεκτίνη πλάσματος και κίνδυνος εκδήλωσης συμβάντος κοιλιακής μαρμαρυγής: (Framingham Offspring Study)

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση του κατά πόσον υψηλότερες συγκεντρώσεις της ρεζιστίνης και μικρότερες συγκεντρώσεις της αδιπονεκτίνης σχετίζονται με την εκδήλωση κοιλιακής μαρμαρυγής (KM) και εάν αυτή η συσχέτιση αποδίδεται σε γνωστούς παράγοντες κινδύνου και τη φλεγμονή. Η ρεζιστίνη και η αδιπονεκτίνη είναι λιποκίνες που έχουν συσχετιστεί με πολλαπλούς γνωστούς παράγοντες κινδύνου για κοιλιακή μαρμαρυγή, συμπεριλαμβανομένου του διαβήτη, της παχυσαρκίας, της φλεγμονής και της καρδιακής ανεπάρκειας.

Μελετήθηκαν οι σχέσεις μεταξύ των κυκλοφορούντων συγκεντρώσεων και των δύο αδιποκινών και περιστατικών KM σε συμμετέχοντες της μελέτης Framingham Offspring. Οι συμμετέχοντες (n = 2487) είχαν μέσο όρο ηλικίας 61±10 έτη, και το 54% αυτών ήταν γυναίκες. Κατά τη διάρκεια μιας μέσης παρακολούθησης 7.6 ± 2.0 ετών, 206 (8.3%) άτομα (96 γυναίκες) εκδήλωσαν AF. Οι συγκεντρώσεις της ρεζιστίνης πλάσματος σχετιζόταν σημαντικά με την εκδήλωση επεισοδίου KM (αναλογία κινδύνου: 1.17, 95%CI: 1.02 έως 1.34, P=0.028). Η συσχέτιση ρεζιστίνης-KM εξασθενούσε μετά από την περαιτέρω προσαρμογή για τη C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (HR: 1.14, 95%CI:0.99 έως 1.31, P = 0.073). Οι συγκεντρώσεις της αδιπονεκτίνης δεν σχετιζόταν σημαντικά με τα περιστατικά KM.

Σε αυτήν την μελέτη της κοινότητας, οι ψηλότερες μέσες συγκεντρώσεις της ρεζιστίνης συσχετίστηκαν με την εκδήλωση AF, αλλά η σχέση ήταν εξασθενημένη μετά από την προσαρμογή για τη C-αντιδρώσα πρωτεΐνη. Δεν ανιχνεύθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ αδιπονεκτίνης και KM. Απαιτούνται επιπλέον μελέτες για να διευκρινιστεί ο πιθανός ρόλος των αδιποκινών στην KM και των μηχανισμών που συνδέουν την παχυσαρκία με τα αυτήν.

Plasma resistin, adiponectin, and risk of incident atrial fibrillation: The Framingham Offspring Study.

Am Heart J. 2012 Jan 163 (1) :119-124 e1

Μεταμοσχευμένοι υποθαλαμικοί νευρώνες αποκαθιστούν τη σηματοδότηση της λεπτίνης και βελτιώνουν την παχυσαρκία σε db/db ποντίκια

Τα παλιά και διατηρημένα εξελικτικά, ομοιοστατικά συστήματα του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου και του υποθαλάμου, είναι οργανωμένα σε πυρηνικές δομές ετερογενών και διαφορετικών πληθυσμών νευρώνων. Για να διερευνήσουμε το κατά πόσον αυτά τα κυκλώματα μπορούν να ανασυσταθούν και να είναι λειτουργικά δημιουργήσαμε χιμαιρικούς υποθαλάμους που αποτελούνταν από λεπτινοευαίσθητους νευρώνες σεσημασμένους με πράσινη φθορίζουσα πρωτεΐνη που μικρομεταμοσχεύτηκαν σε υποθαλάμους νεογέννητων ποντικών με αντίσταση στη λεπτίνη (db / db) που ως γνωστόν αναπτύσσουν νοσογόνο παχυσαρκία.

Οι νευρώνες των δοτών διαφοροποιήθηκαν και ενσωματώθηκαν ως τέσσερις ξεχωριστές υποομάδες νευρώνων σχηματίζοντας λειτουργικές διεγερτικές και ανασταλτικές συνάψεις, αποκαθιστώντας εν μέρει την ανταπόκριση στη λεπτίνη, βελτιώνοντας την υπεργλυκαιμία και την παχυσαρκία στα db / db ποντίκια.

Αυτά τα πειράματα χρησιμεύουν ως μια απόδειξη του ότι οι μεταμοσχευμένοι νευρώνες μπορούν λειτουργικά να αντικαταστήσουν πολύπλοκα νευρωνικά κυκλώματα στον εγκέφαλο των θηλαστικών

“Transplanted hypothalamic neurons restore leptin signaling and ameliorate obesity in db/db mice”
Science 2011 Nov 25;334(6059):1133-7.

Μια προοπτική μελέτη κοορτής, συσχέτισης της παχυσαρκίας και του κινδύνου αδενοκαρκινώματος του στομάχου στη μελέτη NIH-AARP

Η συχνότητα εμφάνισης αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου (EAC) έχει αυξηθεί ραγδαία τα τελευταία 40 χρόνια και πολλαπλά δεδομένα συγκλίνουν ότι η παχυσαρκία, όπως αυτή εκφράζεται με το δείκτη μάζας σώματος (BMI), είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Παραμένει ασαφές εάν η κοιλιακή παχυσαρκία σχετίζεται με την ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου και του στομάχου.

Μελετήθηκε η συσχέτιση μεταξύ βάρους σώματος, κοιλιακής παχυσαρκίας και αδενοκαρκινώματος του στομάχου σε 218.854 συμμετέχοντες στην προοπτική μελέτη NIH-AARP. 253 περιστατικά με αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου, 191 με αδενοκαρκίνωμα της καρδιάς και 125 με αδενοκαρκίνωμα του στομάχου διαφορετικής εντόπισης διαγνώστηκαν και συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Ο δείκτης μάζας σώματος σχετιζόταν θετικά με το αδενοκαρκίνωμα του οισοφάγου και της καρδιάς του στομάχου (υψηλότερο $\geq 35 \text{ kg / m}^2$) vs. αναφοράς (18.5 - $<25 \text{ kg / m}^2$), HR:2.11, 95%CI: 1.09 ως 4.09 και HR:3.67, 95%CI: 2.00 – 6.71, αντίστοιχα). Η περίμετρος της μέσης σχετιζόταν επίσης θετικά με τους δύο τύπους αδενοκαρκινώματος (υψηλότερο vs. αναφοράς, HR:2.01, 95%CI:1.35 – 3.00 και HR:2.22, 95% CI:1.43 – 3.47, αντίστοιχα), ενώ η αναλογία μέσης-ισχίων εμφάνιζε θετική συσχέτιση μόνο με τον κίνδυνο εκδήλωσης αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου (υψηλότερο vs. αναφερόμενο, HR:1.81, 95%CI: 1:24 – 2.64) και παρέμενε και σε άτομα με φυσιολογικό BMI. Αντίθετα, η πλειοψηφία των ανθρωπομετρικών μεταβλητών δεν συνδεόταν με το αδενοκαρκινώματα του στομάχου που δεν εντοπιζόταν στην καρδιά.

Συμπερασματικά ο δείκτης μάζας σώματος συσχετίστηκε θετικά με τον κίνδυνο εκδήλωσης αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου και της καρδιάς ενώ η κοιλιακή παχυσαρκία βρέθηκε να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αδενοκαρκινώματος του οισοφάγου ακόμα και σε άτομα με φυσιολογικό ΔΜΣ.

“A prospective cohort study of obesity and risk of oesophageal and gastric adenocarcinoma in the NIH-AARP Diet and Health Study”
Gut 2011 Dec 15. [Epub ahead of print]

Η Epigallocatechin-3-gallate αναστέλλει την παγκρεατική λιπάση και ελαττώνει το σωματικό βάρος σε παχύσαρκα ποντίκια

Το τσάι (*Camellia sinensis*, Theaceae) έχει αποδειχθεί ότι προσφέρει προληπτική δράση στην παχυσαρκία σε εργαστηριακές μελέτες. Υποθέσαμε ότι η διαιτητική epigallocatechin-3-gallate (EGCG) θα μπορούσε να αντιστρέψει το μεταβολικό σύνδρομο σε παχύσαρκα ποντίκια που διατρέφονται με δίαιτα ψηλή σε λιπαρά, και ότι αυτές οι δράσεις σχετιζόταν με την αναστολή της παγκρεατικής λιπάσης (PL).

Μετά τη θεραπεία με EGCG 0.32% για 6 εβδομάδες, παρατηρήθηκε μείωση του σωματικού βάρους (ΣΒ) κατά 44% ($P < 0.01$) στα παχύσαρκα ποντίκια σε σχέση με την ομάδα αναφοράς. Η θεραπεία με EGCG οδήγησε σε αύξηση της περιεκτικότητας των κοπράνων σε λιπίδια κατά 29.4% ($P < 0.05$) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, ενώ *in vitro*, η EGCG ανέστειλε δοσοεξαρτώμενα και μη ανταγωνιστικά την PL.

Η Epicatechin-3-gallate παρουσίασε παρόμοια ανασταλτική δράση, ενώ η μη εστεροποιημένη epigallocatechin, όχι. Εν κατακλείδι, η συμπληρωματική χορήγηση EGCG οδήγησε σε ελάττωση του σωματικού βάρους στα παχύσαρκα ποντίκια και ένας πιθανός μηχανισμός δράσης είναι η αναστολή της PL.

«(-)-Epigallocatechin-3-gallate Inhibits Pancreatic Lipase and Reduces Body Weight Gain in High Fat-Fed Obese Mice»

Obesity, (2 June 2011) | doi:10.1038/oby.2011.139



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Πρόεδρος
Αναχίτ (Αννέτ) Αμπραχαμιάν-Μιχαλάκη

Αντιπρόεδρος
Ανδρέας Μαργιωρής
Γεν. Γραμματέας
Αντώνιος Πολυμέρης

Ταμίας
Ανδριανή Βαζαίου

Μέλη
Δημήτριος Παπάζογλου
Αθανάσιος Παπαρούπας
Μαρία Χασαπίδου



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ



ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ
Περιοδική 3μηνιαία Επιστημονική έκδοση της
Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας

Λ. Κηφισίας 46, 115 26 Αθήνα
Τηλ.: 210 698 5987 - 8, Fax: 210 698 5986

<http://www.eiep.gr>
e-mail: info@eiep.gr

Υπεύθυνοι έκδοσης:
Δημήτριος Παπάζογλου
Θεμιστοκλής Τζώτζας