

VERA ÂNGELO

*Associado Titular
Desde 2003*

Transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE ou ARFID)





Transtorno alimentar restritivo evitativo

VERA LUCIA ÂNGELO ANDRADE

Realização:



Organização:



Apoio:



Gastrenterologista pela Federação de Gastroenterologia

Prof. convidada na pós em Doenças Funcionais Hospital Israelita Albert Einstein

Mestre e Doutora e Patologia Geral UFMG

Responsável técnica pela Clínica NU.V.E.M

CONFLITOS DE INTERESSE



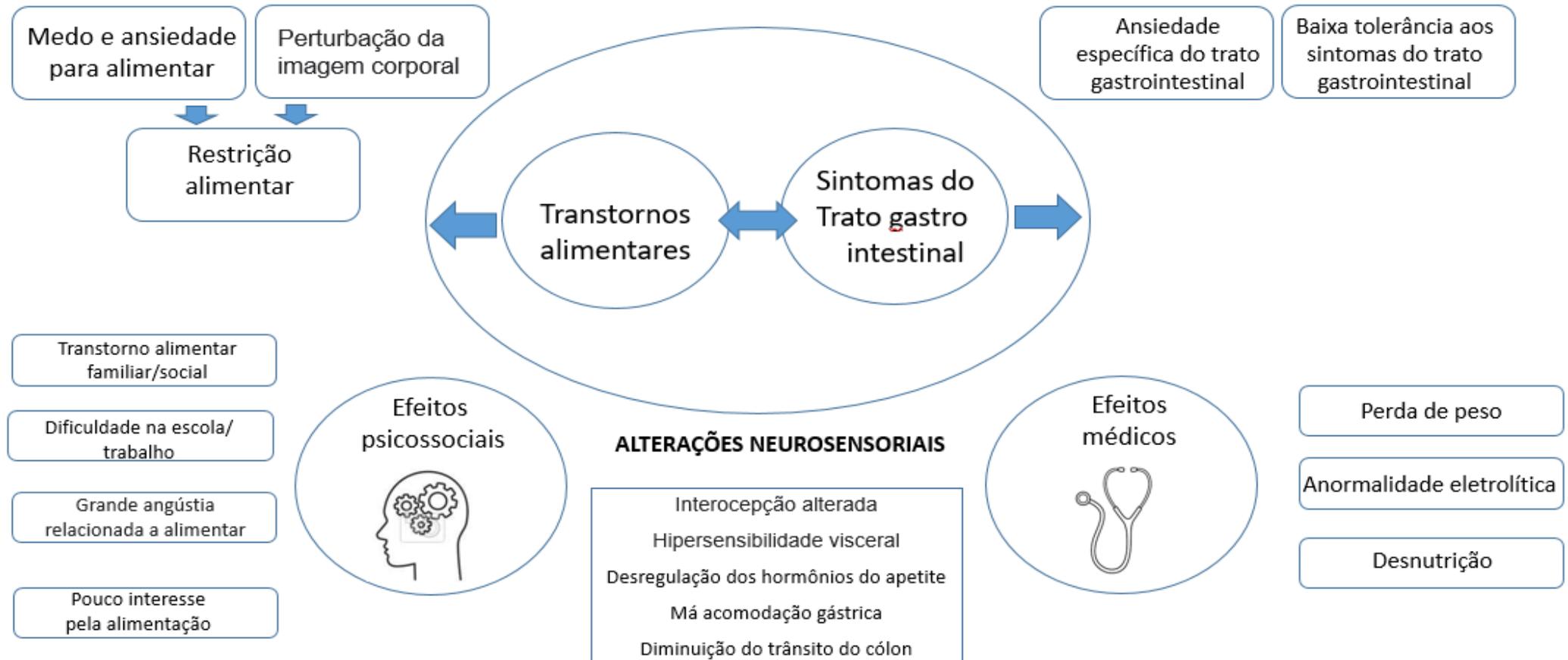
NÃO HÁ CONFLITO DE INTERESSE

Transtornos alimentares

São distúrbios persistentes do comportamento alimentar ou relacionado à alimentação, que resultam em consumo ou absorção alterada de alimentos..
Classificados na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e na 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11).

Hiluy J et al. Os transtornos alimentares nos sistemas classificatórios atuais: DSM-5 e CID-11. Debates em Psiquiatria [Internet]. 30º de setembro de 2019 [acesso junho 2024];9(3):6-13.

Transtornos alimentares e sua interseção com sintomas gastrointestinais



Murray BH, Calabrese S. Identification and Management of Eating Disorders (including ARFID) in GI Patients. Gastroenterology clinics of North America. 2022 Dec; 51:765-783.

Transtornos alimentares (TA)

As três principais categorias de TA em adultos são:

- **Transtorno restritivo/evitativo (TARE) ou ARFID (Incluído na DSM-5 em 2013)**
- Anorexia nervosa (AN)
- Bulimia nervosa (BN)

Transtornos alimentares

Estudo com 309 pacientes em nosso próprio programa de transtorno alimentar, descobriu que dois terços dos pacientes tinham um diagnóstico de Desordem alimentar sem especificação (EDNOS) utilizando os critérios do DSM-IV. Pacientes tiveram diagnóstico específico de AN (193 pacientes), ARFID (60), BN (29) ao utilizar os critérios do DSM-5



ARFID at 10 years: A Review of Medical, Nutritional and Psychological Evaluation and Management

Martin Fisher^{1,2} · Jacqueline Zimmerman^{1,2} · Caroline Bucher^{3,4} · Lauren Yadlosky^{2,3}

Accepted: 11 September 2023 / Published online: 27 September 2023

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2023

Abstract

Purpose of Review Avoidant restrictive food intake disorder (ARFID) is a diagnostic term that was established 10 years ago to describe those patients with an eating disorder, mostly children and adolescents, who have poor nutrition that is not due to body image or weight concerns. This article reviews the diagnosis and subtypes of ARFID, as well as the medical, nutritional and psychological principles of evaluation and management of the disorder.

Recent Findings In the past 10 years, clinicians have refined their approaches to managing the two major subtypes of ARFID: (1) those patients with a longer-term restriction in the amount and/or variety of the foods they eat, and (2) those patients with a shorter-term decrease in eating because of fear of aversive consequences such as vomiting, choking, GI symptoms or an allergic reaction to food. In that same time, the field of psychology has been developing evidence-based approaches to management of ARFID in each of its manifestations.

Summary Each patient with ARFID presents with a unique set of medical, nutritional and psychological factors that requires an individualized and multi-disciplinary approach in the management of this difficult to treat disorder.

TARE

Transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE) ou *avoidant restrictive food intake disorder* (ARFID).

Comportamento alimentar anormal.

Paciente não comem por medo, por fatores neurossensoriais e/ou por falta de apetite,

Pode ocorrer em qualquer idade, porém é mais prevalente entre 11 e 13 anos.

Etiopatogenese não está estabelecida.

Murray BH, Calabrese S. Identification and Management of Eating Disorders (including ARFID) in GI Patients. *Gastroenterology clinics of North America*. 2022 Dec; 51:765-783.

Eddy KT, Thomas JJ, Hastings E, et al. Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *Int J Eat Disord*. 2015;48(5):464–70.

PREVALENCIA DE TARE

A prevalência de ARFID permanece obscura. Pesquisas limitadas sugerem que pode ser tão comum, como outros transtornos alimentares ou alimentares, com estimativas de prevalência variando de 0,3 a 15,5% em amostras não clínicas, 5% a 55,5% em clínicas especializadas em transtornos alimentares, e 32% a 64% em clínicas especializadas em alimentação

10–20% de adolescente que se apresentam em programas de transtorno alimentar teriam TARE

TARE X ANOREXIA NERVOSA

TARE essa restrição é decorrente de fatores como características sensoriais dos alimentos, medo das consequências de ingerir o alimento e/ou falta de interesse na ingestão.

ANOREXIA NERVOSA, a restrição alimentar se dá pelo medo engordar.

Kambanis PE et al. Differential comorbidity profiles in avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa: Does age play a role? *Int J Eat Disord.* 2022; 55(10): 1397–1403.

APRESENTAÇÕES TARE

Três apresentações da ARFID são atualmente reconhecidos, podendo ocorrer independentemente ou em combinação:

- (1) falta de interesse em comer ou comida,
- (2) evitar comer devido a sensações sensoriais/propriedades dos alimentos (por exemplo, textura, cheiro, sabor) e
- (3) evitação de comer devido ao medo de consequências aversivas da alimentação.

DIAGNÓSTICO DE TARE

Na TARE há incapacidade em satisfazer as necessidades nutricionais e/ou energéticas associadas a um ou mais dos quatro itens:

- **Deficiência nutricional significativa**
- **Dependência de alimentação suplementos nutricionais e até enteral**
- **Interferência no funcionamento psicossocial**
- **Perda de peso significativa.**

DIAGNÓSTICO DE TARE

A avaliação médica envolve:*

- a histórico médico padrão (dor abdominal, refluxo, náusea, diarreia ou constipação, perda de peso, baixa densidade mineral óssea, amenorreia, desequilíbrios eletrolíticos, bradicardia e problemas cardíacos)**
- exame físico
- exames laboratoriais em geral e para transtornos

Fisher M, Zimmerman J, Bucher C, Yadlosky L. ARFID at 10 years: A Review of Medical, Nutritional and Psychological Evaluation and Management. *Curr Gastroenterol Rep.* 2023 Dec;25(12):421-429*

Feillet, F. et al & Comité de nutrição da Société française de pediatrie (CNSFP) . (2019). Riscos nutricionais de ARFID . *Arquivos de Pediatria* , **26** (7) , 437-441**

DIAGNÓSTICO DE TARE x TEA TDAH

É muito frequentemente associado ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) e ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Existem três subgrupos com características distintas:

- Recusa alimentar por hiporexia ou desinteresse alimentar e limitada variedade alimentar (menos que 12 alimentos)
- Recusa alimentar devido às propriedades sensoriais do alimento (cor, textura, sabor e cheiro do alimento), com associação frequente TEA e TDAH.
- Recusa alimentar por medo das consequências negativas, assemelha-se a uma fobia alimentar - vomitar, engasgar ou contaminar-se.

DIAGNÓSTICO DE TARE x DGBI

Há altas taxas de sobreposição entre distúrbios da interação intestino-cérebro (DGBI) e transtornos alimentares, em especial TARE.

A comorbidade significativa entre DGBI e TARE destaca sua importância, com 13% a 40% dos pacientes com DGBI atendendo a todos os critérios ou apresentando sintomas clinicamente significativos de TARE

DIAGNÓSTICO DE TARE



HHS Public Access

Author manuscript

Int J Eat Disord. Author manuscript; available in PMC 2021 October 06.

Published in final edited form as:

Int J Eat Disord. 2021 October ; 54(10): 1782–1792. doi:10.1002/eat.23520.

Validation of the Nine Item ARFID Screen (NIAS) subscales for distinguishing ARFID presentations and screening for ARFID

Helen Burton Murray, PhD^{1,2,3,*}, Melissa J. Dreier, AB^{2,*}, Hana F. Zickgraf, PhD⁴, Kendra R. Becker, PhD^{2,3}, Lauren Breithaupt, PhD^{2,3}, Kamryn T. Eddy, PhD^{2,3,**}, Jennifer J. Thomas, PhD^{2,3,*,**}

¹Center for Neurointestinal Health, Gastroenterology, Massachusetts General Hospital, Boston, MA

²Eating Disorders Clinical and Research Program, Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, MA

³Harvard Medical School, Boston, MA

⁴Department of Psychology, University of South Alabama, Mobile, AL

DIAGNÓSTICO DE TARE

Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS) - Child

		Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree
1	I am a picky eater	<input type="radio"/>					
2	I dislike most of the foods that other people eat	<input type="radio"/>					
3	The list of foods that I like and will eat is shorter than the list of foods I won't eat	<input type="radio"/>					
4	I am not very interested in eating; I seem to have a smaller appetite than other people	<input type="radio"/>					
5	I have to push myself to eat regular meals throughout the day, or to eat a large enough amount of food at meals	<input type="radio"/>					
6	Even when I am eating a food I really like, it is hard for me to eat a large enough volume at meals	<input type="radio"/>					
7	I avoid or put off eating because I am afraid of GI discomfort, choking, or vomiting	<input type="radio"/>					
8	I restrict myself to certain foods because I am afraid that other foods will cause GI discomfort, choking, or vomiting	<input type="radio"/>					
9	I eat small portions because I am afraid of GI discomfort, choking, or vomiting	<input type="radio"/>					

TRATAMENTO TARE

Por ser uma entidade patológica recente, ainda não há um esquema terapêutico estabelecido. Enfatizar a questão do sofrimento emocional, preferir alimentos saudáveis. Solicitar se necessário avaliação multiprofissional (fono, nutricionista, psicólogo, nutrólogo).

MEDICAMENTOS:

Ciproheptadina para estimular o apetite.

Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) úteis se a depressão estiver contribuindo para a diminuição do apetite

Olanzapina usada em pacientes que não comem por medo de engasgar ou vomitar.

TRATAMENTO TARE

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA TARE

Cinquenta estudos preencheram os critérios de inclusão; quase metade foram desenhos de estudo de caso único (23 estudos) e a maioria dos estudos relatou intervenções psicológicas para crianças e adolescentes com ARFID (42 estudos). **Intervenções comportamentais** (16 estudos), **terapia cognitivo-comportamental** (10 estudos) e **terapia familiar** (5 estudos), ou **combinações dessas abordagens terapêuticas** (19 estudos). **NÃO HOUE CONSENSO DO MELHOR TRATAMENTO**

TAKE HOME

TARE Comportamento alimentar anormal.

Paciente não comem por medo, por fatores neurossensoriais e/ou por falta de apetite.

Acomete qualquer idade, mais prevalente entre 11 e 13 anos.

Etiopatogenese não está estabelecida.

Tratamento individualizado.

Abordagem multidisciplinar

OBRIGADA



Realização:



Organização:



Apoio:



nuvemmedicina.bio.link