

## **Terapia chirurgica dell'obesità: indicazioni e controindicazioni**

Luca Busetto.

Servizio per la Terapia Medica e Chirurgica dell'Obesità

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche - Università di Padova

### **Introduzione**

La terapia chirurgica della grave obesità (**chirurgia bariatrica**) sta avendo in questi ultimi anni una sempre crescente diffusione. Tale fenomeno è legato probabilmente a due fattori concomitanti: da un lato la presenza di un numero sempre maggiore di casi di grande obesità, dall'altro una crescente accettazione di questa terapia da parte della classe medica.

**L'obesità grave**, definita come una obesità in cui l'indice di massa corporea o Body Mass Index (BMI: ricavato dividendo il peso del paziente per l'altezza elevata al quadrato) è superiore a  $40 \text{ kg/m}^2$ , è senza alcun dubbio un patologia grave. Numerosissimi studi hanno dimostrato come il paziente con obesità grave sia maggiormente colpito da numerose patologie croniche ed invalidanti, come diabete, ipertensione arteriosa, insufficienza respiratoria, apnee notturne, artrosi delle articolazioni, eccetera. Le conseguenze di queste malattie, oltre a determinare sofferenza e a ridurre le capacità lavorative e sociali dell'individuo, comportano anche un rischio maggiore di morte. La mortalità nei pazienti con obesità grave è infatti 2-3 volte più alta che nella popolazione normopeso.

La terapia chirurgica dell'obesità è sicuramente l'unica terapia che al giorno d'oggi può vantare sicure dimostrazioni di **efficacia a lungo termine nel controllo del peso corporeo** nel paziente con obesità grave. Il calo ponderale stabile indotto dall'intervento chirurgico è associato ad indubbi benefici dal punto di vista delle patologie associate all'obesità e del benessere generale del paziente. Tuttavia, la terapia chirurgica è anche associata alla possibile insorgenza di **complicanze specifiche** anche gravi, sia a breve che a lungo termine. La scelta di sottoporsi ad un intervento chirurgico per obesità va quindi attentamente meditata e pesata contro i possibili effetti collaterali e le complicanze che ogni tipo di intervento può portare.

## **Indicazioni e controindicazioni generali**

Le **indicazioni** generali alla terapia chirurgica dell'obesità sono state codificate già nel 1991 da un gruppo internazionale di esperti e possono essere così schematizzate:

- 1) BMI > 40 kg/m<sup>2</sup> (o BMI > 35 kg/m<sup>2</sup> se già in presenza di patologie associate all'obesità);
- 2) Età compresa tra 18 e 60 anni;
- 3) Obesità di durata superiore ai 5 anni;
- 4) Dimostrato fallimento di precedenti tentativi di perdere peso e/o di mantenere la perdita di peso con tecniche non chirurgiche;
- 5) Piena disponibilità ad eseguire controlli medici per tutta la vita dopo l'intervento chirurgico.

Le **controindicazioni** all'approccio chirurgico sono viceversa le seguenti [14]:

- 1) Obesità secondaria a causa endocrinologia suscettibile di trattamento specifico;
- 2) Rischio operatorio troppo alto;
- 3) Presenza di patologie gravi non legate all'obesità;
- 4) Malattie psichiatriche severe;
- 5) Abuso di alcol o di droghe;
- 6) Bulimia Nervosa.

## Tipi di intervento chirurgico

Negli ultimi decenni, numerosissime tecniche chirurgiche sono state proposte nell'ambito della chirurgia dell'obesità grave, ma molte di esse sono state successivamente abbandonate, o per la povertà dei risultati o per l'insorgenza di complicanze. I pochi interventi che hanno superato questo processo di selezione possono essere classificati, a seconda del meccanismo d'azione, in tre gruppi:

- 1) Interventi di **restrizione gastrica** (bendaggio gastrico regolabile, gastroplastica verticale). Agiscono semplicemente riducendo il volume dello stomaco e quindi causando un precoce senso di sazietà ed una riduzione del senso di fame. La digestione e l'assorbimento degli alimenti avviene normalmente. Il paziente deve essere disponibile a seguire una serie di consigli alimentari riguardanti soprattutto il modo di mangiare.
- 2) Interventi di restrizione gastrica con associato by-pass duodeno-digiunale (**bypass gastrico**). Agiscono in parte come i precedenti, ma in questo caso il cibo non transita più nel primo tratto dell'intestino tenue, che viene appunto by-passato chirurgicamente. Questo provoca una maggior riduzione del senso di fame, almeno nel primo anno dopo l'intervento. Il by-pass può interferire con l'assorbimento di alcuni elementi (ferro, calcio) che vanno quindi introdotti come supplementi.
- 3) Interventi di restrizione gastrica con associato **malassorbimento** (diversione biliopancreatica, interventi di "duodenal switch", by-pass bilio-intestinale). In questo caso la riduzione dello stomaco è minore e l'elemento più importante dell'intervento è il by-pass di gran parte dell'intestino. Il meccanismo che provoca il calo di peso è quindi la riduzione dell'assorbimento di quello che il paziente mangia. Il cibo ingerito ma non assorbito viene eliminato per via fecale. Vi sono deficit di assorbimento anche di nutrienti importanti per il benessere fisico (proteine, vitamine, ferro, calcio). Il paziente deve assumere supplementi di tali nutrienti per tutta la vita.

## **Criteri per la scelta dell'intervento e consigli generali**

I vari tipi di intervento, oltre ad avere meccanismo d'azione diverso, forniscono risultati diversi ed hanno complicanze diverse, presentando quindi un rapporto rischi/benefici per molti aspetti diverso. Una **valutazione del rapporto rischi/benefici** in termini generali è quindi estremamente difficile ed in buona parte soggettiva. In linea generale esiste un rapporto inverso tra efficacia dell'intervento in termini di calo di peso e invasività dell'intervento. Gli interventi più invasivi hanno effetti più grandi sul peso, ma hanno anche complicanze più gravi sia a breve che a lungo termine, compresa una maggiore mortalità operatoria.

Mentre come abbiamo visto le indicazioni e controindicazioni generali alla terapia chirurgica dell'obesità sono state da lungo tempo codificate, non vi sono al momento attuale indicazioni altrettanto autorevoli che possano indirizzare nella scelta di uno specifico tipo di intervento. **Non esiste al momento attuale nessun intervento che soddisfi i requisiti dell'intervento ideale**, né vi sono criteri certi ed universalmente accettati sulla possibilità di poter indicare un determinato tipo di intervento come quello sicuramente migliore per una determinata classe di pazienti o per un determinato paziente.

La difficoltà di questa scelta, basata più sull'esperienza clinica individuale che su criteri oggettivi di facile e generale rilevazione, con le possibili conseguenze in termini di successi, fallimenti e complicanze, enfatizza un punto molto importante da tenere in considerazione qualora si consideri la possibilità di sottoporsi ad un intervento chirurgico per obesità: la **necessità di rivolgersi a centri specialistici**. La terapia chirurgica dell'obesità è una terapia difficile, che può dare grandi risultati, ma può anche produrre esiti sfavorevoli. E' una terapia che non può essere improvvisata, banalizzata ed eseguita da chirurghi senza training, esperienza e interesse culturale specifici. Il trattamento dell'obesità grave non si esaurisce inoltre nel semplice atto chirurgico, ma necessita, per essere efficace e sicuro, di una somma di conoscenze specifiche multidisciplinari (dietologiche, internistiche, chirurgiche, psicologiche). Tali conoscenze devono concorrere a formare un **team multidisciplinare** che si possa far carico delle necessità e dei bisogni del paziente per un tempo illimitato. La terapia chirurgica dell'obesità deve essere quindi riservata a centri di riferimento specialistici che possano garantire in modo costante nel tempo questo livello integrato di assistenza.