

Il tema di oggi è l'obesità patologica.

Per obesità patologica si intende una condizione di aumento di peso tale da rappresentare di per sé una vera e propria malattia. Esistono dei criteri precisi per definire l'obesità patologica in base al rapporto tra peso e altezza, dato dall'Indice di Massa Corporea, spesso chiamato con terminologia inglese BMI, e alle condizioni cliniche della persona.

Si definisce obeso patologico il soggetto che abbia un indice di massa corporea pari o superiore a 40 Kg/m² di superficie corporea. E' considerato obeso patologico anche il soggetto che abbia un indice di massa corporea pari o superiore a 35 Kg/m² e che presenti delle comorbidità, ovvero altre patologie che si accompagnano spesso con la condizione di eccesso di peso. Tra queste le più frequenti sono il diabete, l'ipertensione, l'insufficienza respiratoria, le dislipidemie (cioè alterazioni dei grassi disciolti nel sangue), le artropatie, l'insufficienza vascolare, la apnea notturna, tutte le cardiopatie inclusa quella ischemica, l'insufficienza renale.

Noi sappiamo che la condizione di obesità comporta, a lungo andare, proprio l'insorgenza di una o più delle condizioni patologiche menzionate, all'interno di un quadro complesso definito sindrome metabolica. Si sa, anche, che i soggetti obesi hanno una aspettativa di vita ridotta rispetto ai soggetti normopeso, almeno del 10%, e che l'incidenza di tumori in questa categoria di persone è superiore sino a 4 volte sempre rispetto ai soggetti normopeso.

In una situazione di questo tipo è facile comprendere perché l'obesità patologica abbia un impatto forte sul sistema sanitario in quanto la assistenza di questi pazienti risulta complessa sotto il profilo clinico e significativamente

più costosa sotto il profilo economico se confrontata con la spesa per tutte le altre categorie di assistiti.

In Italia la prevalenza della condizione di obesità (di I, II e III grado con quest'ultima che si identifica con la condizione di obesità patologica) è del 10%. Con una variabilità tra regione e regione tra l'8-9% e l'11-12% ed essendo le regioni con incidenza più elevata il Molise, la Basilicata, e la Calabria. Questo significa che in Italia vivono circa 6 milioni di persone nella condizione di obesità. Tra queste, il 25% risulta essere obeso patologico. Si tratta di un numero assai rilevante di soggetti, pari circa a 1,5 milioni, a cui è cruciale offrire una assistenza adeguata e soluzioni terapeutiche efficaci al fine di migliorarne le condizioni non solo di salute ma anche di vita, in termini di qualità e di relativa aspettativa.

Quello che tutti gli studi clinici hanno fatto capire è che non esiste alcun metodo conservativo (misure dietetiche o terapie farmacologiche) che risulti realmente efficace nel trattamento della condizione di obesità patologica a lungo termine.

In effetti, è quasi la norma che soggetti obesi patologici che seguano rigorosi regimi dietetici riescano a dimagrire anche significativamente per poi riguadagnare l'eccesso di peso perduto molto in fretta e in misura anche maggiore per la difficoltà o l'impossibilità di mantenere nel tempo regole di vita precise o seguire per sempre delle restrizioni dietetiche (il così detto effetto fisarmonica). Lo stesso avviene quando si somministrano dei farmaci, la cui assunzione prolungata nel tempo, comunque, può comportare effetti collaterali anche dannosi e la cui interruzione nella somministrazione fa ritornare più o meno rapidamente alle condizioni di eccesso di peso preesistenti.

Molti obesi soffrono di disturbi del comportamento alimentare o hanno condizioni psicologiche che possono in qualche misura portare a disturbi del comportamento alimentare. Si instaura in questi soggetti un circolo vizioso che dal disturbo del comportamento alimentare porta all'obesità, che a sua volta induce un peggioramento delle condizioni psicologiche con conseguente peggioramento delle abitudini alimentari e aggravamento dello stato di obesità e così via. In queste condizioni possono risultare difficili le relazioni sociali, la socializzazione in senso lato negli ambienti lavorativi o nei luoghi pubblici, il praticare attività sportive, non solo per la difficoltà di movimento ma anche per il timore comprensibile di mostrarsi in una condizione fisica così carente.

E' importante, quindi, nella strategia terapeutica interrompere drammaticamente questo circolo vizioso.

Ad oggi, l'unica terapia realmente efficace per curare la condizione di obesità patologica con dei risultati che permangano duraturi quanto più possibile nel tempo è quella chirurgica, cui a volte, dopo una valutazione psicologica che deve essere fatta su tutti i soggetti obesi patologici, si deve associare un supporto psicoterapeutico e, sempre, uno nutrizionistico.

Tutti i soggetti obesi patologici candidati ad un intervento di chirurgia dell'obesità – o chirurgia bariatrica – devono essere studiati sotto il profilo sia clinico che psicologico in modo di farli arrivare all'intervento in condizioni di massima sicurezza e di escludere la presenza di stati patologici che necessitino di terapie ancora più urgenti di quella della condizione di obesità. In particolare, deve essere eseguita una scrupolosa valutazione dei sistemi vitali: dell'apparato cardiocircolatorio e di quello respiratorio. Deve essere studiato l'apparato digerente, principalmente nel suo tratto alto (esofago,

stomaco, duodeno). Deve essere eseguito uno screening ematochimico completo, inclusi i dosaggi ormonali, per valutare il metabolismo del paziente. Come menzionato precedentemente, verrà eseguito un videat psichiatrico per valutare il profilo psicologico dell'obeso, le sue motivazioni, il suo comportamento alimentare.

Quasi tutti gli obesi che giungono all'attenzione di un chirurgo lo fanno dopo un percorso fatto di diete senza risultati stabili. Il contatto con un nutrizionista è importante proprio per valutare le abitudini alimentari e stabilire il percorso dietetico successivo all'intervento

Qualunque chirurgo si occupi di chirurgia dell'obesità non può prescindere dal far eseguire lo studio preoperatorio a cui si è accennato, in modo da garantire la sicurezza dell'intervento e ottenere i migliori risultati.

“Che procedure interventistiche possono essere adottate in alternativa ad un intervento bariatrico vero e proprio?” Questa è una domanda che a volte viene rivolta al chirurgo da soggetti talora timorosi di andare incontro ad un intervento maggiore, altre volte in una condizione di eccesso di peso ai limiti con l'obesità patologica (con un indice di massa corporea tra 35 e 40 Kg/m² o anche inferiore). La risposta è che non esiste nessuna procedura invasiva che possa sostituire un intervento bariatrico validata da studi clinici a medio e lungo termine.

Il posizionamento di palloncini intragastrici può essere indicato in pazienti con obesità di II grado in cui si voglia ottenere una riduzione del peso corporeo e soprattutto rendere più semplice seguire un programma di rieducazione dietetica o in pazienti con obesità di III grado (patologica) in cui si voglia ottenere una iniziale riduzione di peso in preparazione all'intervento definitivo o per confermare l'indicazione ad un intervento bariatrico di tipo restrittivo. I

palloncini intragastrici vengono posizionati endoscopicamente in sedazione con procedura semplice. Oggi sono disponibili palloncini non solo gonfiati con soluzioni liquide ma anche con gas il che rende la loro presenza nello stomaco più confortevole. Non possono, in entrambi i casi, essere mantenuti per più di 5 mesi per possibili complicanze, in particolare ulcerazioni della mucosa gastrica. Anche la rimozione viene eseguita mediante endoscopia e in sedazione. Al loro posizionamento può seguire una riduzione di peso generalmente tra i 10 e i 20 Kg. ma questa è strettamente correlata con la dieta che viene seguita contemporaneamente.

Tutti gli interventi chirurgici per il trattamento dell'obesità vengono eseguiti con tecnica laparoscopica, ovvero senza effettuare delle grosse incisioni addominali, gravate spesso nel soggetto obeso da infezioni della ferita chirurgica e da ernie incisionali postoperatorie, ma solo introducendo attraverso la parete addominale delle cannule del diametro di 5 o 10 mm. Attraverso queste cannule si inseriscono un'ottica collegata con una telecamera per guidare tutte le fasi dell'operazione e gli strumenti di lavoro.

Gli interventi chirurgici per il trattamento dell'obesità si dividono in tre categorie distinte: restrittivi, funzionali e malassorbitivi (vedere "Obesità Interventi").

Fanno parte degli interventi restrittivi il bendaggio gastrico regolabile e la sleeve gastrectomy. Entrambi sono interventi diffusi, in particolare in Europa, con il bendaggio gastrico regolabile che viene sempre più spesso accantonato per eseguire la sleeve gastrectomy. In questa tipologia di interventi il soggetto subirà il restringimento dello stomaco e dimagrirà perché il volume del cibo ingerito durante i pasti sarà molto inferiore, il senso di ripienezza gastrica più precoce e lo stesso stimolo alla fame sarà

minimizzato. La sleeve gastrectomy è generalmente tutti gli interventi restrittivi sono indicati in obesi patologici con BMI inferiore a 50 kg/m², non “sweet-eaters”, ovvero che non mangino prevalentemente dolci, né bulimici compulsivi (soggetti che devono mettere in bocca ed ingerire qualsiasi cibo che vedano a prescindere dal senso di fame e di sazietà).

L'intervento funzionale tipo è il by-pass gastrico su ansa alla Roux. Questo intervento, il più eseguito negli Stati Uniti d'America, è contemporaneamente sia restrittivo che malassorbitivo. Restrittivo perché lo stomaco funzionale è ridotto a una piccola tasca e questo risulta in un minore quantitativo di cibo ingerito. Malassorbitivo perché il circuito digestivo nel suo tratto corpo-antro gastrico e duodeno viene bypassato collegando la tasca gastrica direttamente con l'intestino tenue, riducendo così le capacità di assorbimento del cibo ingerito. Questo intervento è particolarmente efficace e viene generalmente eseguito in tutti i soggetti con un BMI di 50 Kg/m² o maggiore. Sempre nel grande gruppo degli interventi misti o funzionali si trovano interventi introdotti più recentemente quali il Mini Gastric Bypass (tecnicamente definito OAGB – one anastomosis gastric bypass) che semplifica il bypass gastrico tradizionale di cui si è parlato prima (RYGB – Roux-en-Y gastric bypass) necessitando del confezionamento di una sola anastomosi, e la SASI – Single Anastomosis Sleeve Ileal che comporta una bipartizione del transito gastrico che, dallo stomaco ridotto di dimensioni, avverrà parte attraverso il duodeno e parte attraverso la anastomosi neoconfezionata tra antro gastrico e ileo.

Gli interventi totalmente malassorbitivi come la diversione biliopancreatica comportano la riduzione delle capacità di digestione e dell'assorbimento del cibo ingerito, anche in misura particolarmente rilevante. Sono generalmente riservati a soggetti superobesi, possono comportare maggiori effetti collaterali

proprio a causa del malassorbimento che riguarda grassi, zuccheri e proteine. Il soggetto che viene sottoposto a questo tipo di intervento dimagrirà per comunque mangi la percentuale maggiore del cibo assunto non verrà digerita e, di conseguenza, assorbita dall'intestino.

Non esiste quindi un intervento valido in tutti i casi ma è necessario indicare l'intervento più appropriato per raggiungere il risultato desiderato, ovvero una riduzione di almeno l'80% del peso corporeo in eccesso.

Il dimagrimento avverrà gradualmente nel corso del primo anno, durante il quale il paziente dovrà essere seguito dal chirurgo e dal nutrizionista affinché al dimagrimento non si associ uno stato di malnutrizione. In centri che assicurino questo tipo di interventi i risultati sono generalmente estremamente soddisfacenti migliorando significativamente sia lo stato clinico che la qualità di vita del soggetto e risolvendo il quadro di obesità. Ma di estrema importanza è, comunque, la attenzione da parte del soggetto che si è sottoposto a qualsiasi degli interventi citati precedentemente a farsi controllare periodicamente durante tutto il percorso di dimagrimento.