Chirurgia bariatrica: focus sul ruolo dell'endocrinologo

Gloria Guarisco, Danila Capoccia, Frida Leonetti
Dipartimento di Scienze e Biotecnologie Medico-Chirurgiche, Sapienza Università di Roma – Polo Pontino, Latina, Italia
Autore corrispondente:
Frida Leonetti
Indirizzo: UOC Diabetologia Universitaria Ospedale Santa Maria Goretti- Via Guido Reni, 1- 04100 Latina
Tel: 3483824449
e-mail: frida.leonetti@uniroma1.it

Premessa

La chirurgia bariatrica rappresenta l'opzione terapeutica più efficace e duratura per l'obesità patologica e le complicanze metaboliche correlate, soprattutto il diabete. I benefici si manifestano rapidamente già dopo l'operazione e prima del calo ponderale, suggerendo il termine di "chirurgia metabolica". Dopo l'intervento, le comorbilità possono riprestarsi a distanza e pertanto vanno monitorate per tutta la vita, unitamente al corretto apporto di nutrienti e vitamine. L'inquadramento diagnostico e la gestione pre/perioperatoria delle complicanze, nonché la gestione post-chirurgica, richiedono la presenza dell'endocrinologo.

Inquadramento diagnostico

Le linee guida SICOB (Società Italiana Chirurgia Obesità) raccomandano lo screening endocrinologico prima della chirurgia per escludere eventuali endocrinopatie responsabili di obesità secondaria che controindicano l'intervento (1), quali soprattutto tireopatie e ipercortisolismi. In questa fase, la diagnosi di patologie misconosciute ai pazienti, come per esempio il diabete, a lungo asintomatico, o sindromi genetiche che causano obesità severa con endocrinopatie (es. Sindrome di Prader Willi), sono compito dell'endocrinologo. Nel sospetto di diabete è raccomandata la valutazione della HbA1c e se necessario anche l'OGTT (2). L'endocrinologo contribuisce anche alla scelta della procedura chirurgica in base alle comorbilità che spesso emergono solo in fase di screening.

Gestione perioperatoria

I pazienti con diabete/prediabete vengono trattati dall'endocrinologo con un piano di cura individualizzato che includa una dieta ipocalorica e, ove necessario, terapia farmacologica (1,2). Il controllo glicometabolico dovrebbe essere ottimizzato in fase pre-chirurgica con almeno livelli di HbA1c<8%, mentre valori >8% richiedono aggiustamenti terapeutici (3). Qualora i valori bersaglio di HbA1c non fossero raggiungibili, non è consigliato il rinvio della chirurgia bariatrica, raccomandando di evitare iperglicemia preoperatoria anche con trattamento insulinico (2). Nella fase postoperatoria precoce il quadro metabolico tende a riequilibrarsi rapidamente, contribuendo a migliorare gli esiti attesi. Ulteriore compito dell'endocrinologico è la gestione della terapia estrogenica, se già assunta dalle pazienti, dove è raccomandata la sospensione preoperatoria per almeno un mese al fine di ridurre il rischio tromboembolico (2). Prima dell'intervento, inoltre, vanno individuate eventuali carenze nutrizionali, in particolare nei diabetici, quali la carenza di ferro (40%), di tiamina (30%) e di VitD (70%) (4), integrando i nutrienti già in fase preoperatoria.

Gestione del paziente dopo la chirurgia

Dopo l'intervento, l'endocrinologo gestisce le comorbilità metaboliche preesistenti che spesso si risolvono o comunque migliorano anche con il calo ponderale. Dopo 12-18 mesi si presenta in genere lieve rialzo del peso corporeo ("*regain*"), che non raggiunge quasi mai il peso prechirurgico, con possibile ricomparsa delle comorbilità metaboliche che devono comunque essere sempre

monitorate unitamente alle possibili carenze nutrizionali (minerali e vitaminiche) in relazione al tipo di intervento chirurgico effettuato, in particolare nelle procedure malassorbitive. Pertanto, l'adeguata supplementazione evita carenze/insufficienze di micronutrienti, quali vit D, vit B12, acido folico e ferro (6). Nei diabetici, l'endocrinologico in fase post-operatoria precoce, dato l'usuale introito calorico molto ridotto, prevalentemente semiliquido ma accompagnato da scarso apporto di acqua, effettua continui aggiustamenti della terapia ipoglicemizzante. Per evitare ipoglicemie, sulfaniluree o altri secretagoghi sono sconsigliati, così come gli SGLT2-i per una possibile disidratazione. Nessuna raccomandazione particolare per le incretine, salvo evitare in questa fase gli analoghi del GLP1 per gli effetti collaterali come nausea/vomito, mentre la metformina può essere reintrodotta dal terzo giorno post-operatorio, se necessario. Successivamente, dopo almeno il primo mese, è possibile seguire le linee guida standard per il trattamento del diabete tipo 2 con screening/gestione delle complicanze croniche per tutta la vita (3). Se permane la necessità della terapia insulinica, lo stretto monitoraggio glicemico consente di raggiungere il controllo con molte meno unità rispetto alle dosi preoperatorie. Nei casi di *regain* ponderale importante, è necessaria una nuova valutazione endocrinologica anche per contribuire alla decisione di un ulteriore intervento chirurgico bariatrico nell'ambito del gruppo di decisione multidisciplinare (5).

Conclusioni

La figura dell'endocrinologo esperto nella diagnosi e cura dell'obesità patologica è fondamentale in tutte le fasi del percorso diagnostico e terapeutico del paziente candidato alla chirurgia bariatrica, rappresentando una figura clinica di riferimento in ogni fase del suo percorso e affiancando il chirurgo in scelte importanti, compresa quella dell'intervento più adeguato da effettuare (Fig1).

Fig.1 *Ruolo dell'endocrinologo nel percorso del paziente obeso candidato all'intervento di chirurgia*

Conflitti di interesse. Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse
Consenso informato. Lo studio presentato in questo articolo non ha richiesto sperimentazione umana
Studi sugli animali. Gli autori non hanno eseguito studi sugli animali

Letture Consigliate

(1) Foschi D, De Luca M, Sarro G, Bernante P, Zappa M A, Moroni R, Navarra G, Foletto M, Ceriani V,Piazza L, Di Lorenzo N - Line Guida di Chirurgia dell'Obesità S.I.C.O.B - Edizione 2016
(2) AACE: Garber AJ, Handelsman Y, Grunberger G, Einhorn D, Abrahamson MJ, Barzilay JI, Blonde L, Bush MA, DeFronzo RA, Garber JR, Garvey WT, Hirsch IB, Jellinger PS, McGill JB, Mechanick JI, Perreault L, Rosenblit PD, Samson S, Umpierrez GE. CONSENSUS STATEMENT BY THE AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS AND AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY ON THE COMPREHENSIVE TYPE 2 DIABETES MANAGEMENT ALGORITHM - *2020 EXECUTIVE SUMMARY*. EndocrPract. 2020 Jan;26(1):107-139. doi: 10.4158/CS-2019-0472. PMID: 32022600.
(3) Busetto L, Dicker D, Azran C, Batterham RL, Farpour-Lambert N, Fried M, Hjelmesæth J, Kinzl J, Leitner DR, Makaronidis JM, Schindler K, Toplak H, Yumuk V. Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management. Obes Facts. 2017;10(6):597-632. doi: 10.1159/000481825. Epub 2017 Dec 6. PMID: 29207379; PMCID: PMC5836195.
(4) Mechanick JI. Bariatric surgery and the role of the clinical endocrinologist: 2011 update. EndocrPract. 2011 Sep-Oct;17(5):788-97. doi: 10.4158/EP11105.RA. PMID: 21742603.
(5) Capoccia D, Guida A, Coccia F, Guarisco G, Testa M, Leonetti F, Silecchia G. Weight Regain and Diabetes Evolution After Sleeve Gastrectomy: a Cohort Study with over 5 Years of Follow-Up. ObesSurg. 2020 Mar;30(3):1046-1051. doi: 10.1007/s11695-019-04350-0. PMID: 31853861.
(6) Capoccia D, Coccia F, Paradiso F, Abbatini F, Casella G, Basso N, Leonetti F. Laparoscopic gastric sleeve and micronutrients supplementation: our experience. J Obes. 2012;2012:672162 doi: 10.1155/2012/672162. Epub 2012 Mar 22. PMID: 22545207; PMCID: PMC3321468.)