

Chirurgia bariatrica e diabete mellito: gestione pratica

Vinciguerra Federica¹, Roberto Baratta², Frittitta Lucia¹

¹ *Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Catania, Catania*

² *Endocrinologia, ARNAS Garibaldi, Catania*

La chirurgia bariatrica determina un significativo decremento ponderale e un netto miglioramento del controllo metabolico del diabete tipo 2 (DT2). I principali meccanismi alla base dell'effetto sul controllo glicometabolico sembrano essere solo in parte dipendenti dalla perdita di peso e coinvolgono la sensibilità insulinica e della funzione beta cellulare, la risposta incretinica, il metabolismo degli acidi biliari e il microbiota intestinale. È stata dimostrata, inoltre, una riduzione delle complicanze micro- e macrovascolari e della mortalità cardiovascolare nei pazienti con DT2. Le linee guida suggeriscono tale strategia terapeutica nei pazienti diabetici con obesità di III grado (BMI >40 kg/m², indipendentemente dal loro compenso glicemico, e nei pazienti con obesità di II grado (BMI 35-40 kg/m²) con scarso controllo glicemico nonostante lo stile di vita e la terapia medica ottimale (1,2). La chirurgia bariatrica può essere presa in considerazione anche nei pazienti con obesità di I grado (BMI 30-35 kg/m²) e scompenso glicemico persistente, nonostante un trattamento medico ottimale (3). Non esistono dati certi sui fattori predittivi di remissione del DT2, tuttavia gli studi suggeriscono che più alti tassi di remissione e minore rischio di recidiva di DT2 sono associati alla minore durata del DT2, al migliore controllo glicemico preoperatorio, alla terapia ipoglicemizzante orale rispetto a quella insulinica e al maggiore decremento ponderale.

VALUTAZIONE PREOPERATORIA

In tutti i pazienti è raccomandato un'adeguata valutazione nutrizionale (4), un buon controllo della glicemia pre e post-intervento e un attento monitoraggio glicemico fino a che le abitudini alimentari e l'assunzione di cibo non si siano stabilizzate. Al fine di ridurre le complicanze perioperatorie legate all'iperglicemia è raccomandata l'ottimizzazione del compenso glicemico preoperatorio, dando la preferenza alle classi di farmaci con maggiore effetto sul calo ponderale. Il trattamento con metformina deve essere sospeso 24 ore prima dell'intervento.

PERIODO POSTOPERATORIO

Gli obiettivi glicemici nel post-operatorio sono compresi tra 80 e 120 mg/dl a digiuno e inferiori a 180 mg/dl in fase postprandiale.

In caso di valori glicemici non adeguati, è possibile riprendere la terapia con metformina a partire dal terzo giorno dall'intervento, a dosaggio ridotto rispetto al

preoperatorio per l'aumentata disponibilità biologica del farmaco a seguito dell'intervento. Nel primo periodo postoperatorio è sconsigliato l'uso di sulfaniluree per l'aumentato rischio di ipoglicemia e degli inibitori del trasportatore SGLT2 per l'eventuale disidratazione e comparsa di chetosi conseguenti rispettivamente alla riduzione fisiologica dell'introito idrico e calorico. Per i pazienti che necessitino ancora di terapia insulinica durante il periodo post-operatorio, l'insulina basale deve essere proseguita dopo la dimissione con monitoraggio glicemico rigoroso.

I pazienti con buon controllo metabolico (glicemia <100 mg/dl, HbA1c<6%) e che non necessitino di farmaci ipoglicemizzanti per almeno un anno dopo l'intervento sono considerati in remissione completa ma devono essere sottoposti a follow-up per escludere recidive e a screening delle complicanze croniche come previsto nei soggetti con DT2. Nei casi di remissione prolungata (> 5 anni) possono essere presi in considerazione screening a frequenza ridotta a seconda della presenza e della gravità di ciascuna complicanza cronica (3).

BIBLIOGRAFIA

1. Standard italiani per la cura del diabete mellito AMD-SID 2016.
2. Standard Italiani per la cura dell'obesità. SIO-ADI. 2016-2017;
3. Position statement: diabete e chirurgia bariatrica SID-SIO-SICOB 2017;
4. Frittitta L, Vinciguerra F. Gestione del soggetto sottoposto a chirurgia bariatrica. L'Endocrinologo (2018) 19 (Suppl 1): 34 DOI 10.1007/s40619-018-0433-4