

## OBESITÀ E DIABETE: QUALE TERAPIA?

Responsabile Editoriale  
Vincenzo Toscano

La **terapia chirurgica dell'obesità** è oggi il **trattamento più efficace per ridurre il peso e migliorare le patologie correlate all'obesità stessa**; secondo le più recenti linee guida (1), la chirurgia bariatrica trova **indicazione** in pazienti **con BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> o con BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> e una o più comorbidità obesità-correlate**.

Sulla base dei dati che emergono da una **recente revisione** (2), l'approccio chirurgico potrebbe essere preso in considerazione **anche nei pazienti diabetici o con intolleranza glicidica e con BMI compreso fra 30 e 35 kg/m<sup>2</sup>**, nei quali la terapia chirurgica sembrerebbe determinare maggiore riduzione ponderale e miglior controllo glicemico rispetto a quella non chirurgica (dieta, correzione dello stile di vita e terapie farmacologiche a eccezione dell'insulina).

### Criteri di inclusione ed esclusione degli studi analizzati

Nella revisione sono stati inclusi i dati provenienti da studi pubblicati fra il 1985 e il 2012, nei quali i due diversi trattamenti erano stati paragonati fra loro in termini di riduzione ponderale e miglioramento del controllo glicemico in popolazioni composte da pazienti obesi (BMI compreso fra 29 e 37 kg/m<sup>2</sup>) e con diabete o intolleranza glicidica. Sono stati esclusi gli studi condotti su meno di tre pazienti, con *follow-up* < 1 anno e nei quali erano state applicate tecniche chirurgiche non convenzionali rispetto a quelle comunemente usate negli USA o comunque considerate "sperimentali" (ad esempio la *sleeve gastrectomy* con interposizione ileale o il *by-pass* duodeno-digiunale).

Dall'analisi dei dati provenienti dagli studi inclusi emerge che:

- l'**approccio chirurgico** è associato a **maggiore riduzione ponderale e miglior controllo glicemico** rispetto a quello non chirurgico nei pazienti con BMI compreso fra 30 e 35 kg/m<sup>2</sup> e concomitante diabete o intolleranza glicidica;
- il **by-pass gastrico** è più **efficace del bendaggio gastrico** nel determinare miglioramento del profilo glicemico e riduzione ponderale;
- il **miglioramento del profilo glicemico** è presente già nel primo periodo post-operatorio, **prima della riduzione ponderale e indipendentemente dalla sua entità**, a sottolineare l'indipendenza dei due parametri, ed è in parte dovuto probabilmente alle profonde modifiche che la chirurgia determina a livello della secrezione insulinica e dei peptidi intestinali, come il GLP-1.

Nonostante questi **dati** siano estremamente significativi, **non sono sufficienti** per definire il trattamento più adeguato nella popolazione di pazienti con BMI fra 30 e 35 kg/m<sup>2</sup> e con diabete o intolleranza glicidica in quanto:

- non sono stati inclusi studi con *follow-up* a lungo termine (almeno > 2 anni);
- molti degli studi inclusi sono stati condotti da singoli chirurghi operanti in strutture altamente specializzate e quindi potrebbero non rispecchiare del tutto la situazione reale;
- in nessuno degli studi inclusi sono stati valutati il decorso delle complicanze micro e macrovascolari propri del diabete, né la durata nel tempo dei benefici ottenuti sul piano glicemico in seguito alla terapia chirurgica; è da tenere in considerazione che il miglioramento del profilo glicemico sembrerebbe permanere a 5 anni dalla chirurgia solo nel 65% dei pazienti secondo quanto riportato in un recente articolo (3) e che, d'altra parte, numerosi studi, condotti su ampie popolazioni e con lungo *follow-up*, hanno già evidenziato gli effetti benefici a lungo termine propri dell'approccio non chirurgico;
- nonostante gli studi inclusi riportino un basso tasso di complicanze maggiori e di mortalità nel post-operatorio, la popolazione analizzata è solo una piccola parte, peraltro non del tutto rappresentativa, di quella che normalmente si sottopone a chirurgia bariatrica.



Benedetta Zampetti ([benedettazampetti@yahoo.it](mailto:benedettazampetti@yahoo.it))  
Endocrinologia, Ospedale Niguarda, Milano

A cura di:  
Renato Cozzi

**In conclusione:**

- **la terapia chirurgica è associata a maggiore riduzione ponderale, miglior controllo glicemico e lipidico e miglior profilo pressorio** rispetto a quella non chirurgica nei pazienti con BMI compreso fra 30 e 35 kg/m<sup>2</sup> e concomitante diabete o intolleranza glicidica;
- mancando dati a lungo termine, **non è possibile però dare indicazioni conclusive sul metodo più adeguato** da offrire a questa specifica popolazione; la scelta dell'uno o dell'altro trattamento va quindi per il momento **ponderata caso per caso, possibilmente in ambito multi-disciplinare**;
- sono **necessari ulteriori studi**, condotti su ampie popolazioni e con appropriato *follow-up* a lungo termine, che diano indicazioni precise sul **trattamento più adeguato in questi pazienti**.

**Bibliografia**

1. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, et al; American Association of Clinical Endocrinologists. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Obesity (Silver Spring)* [2013, 21 suppl 1: S1-27.](#)
2. Maggard-Gibbons M, Maglione M, Livhits M, et al. Bariatric surgery for weight loss and glycemic control in nonmorbidly obese adults with diabetes: a systematic review. *JAMA* [2013, 309: 2250-61.](#)
3. Adams TD, Davidson LE, Litwin SE, et al. Health benefits of gastric bypass surgery after 6 years. *JAMA* [2012, 308: 1122-31.](#)