

CHIRURGIA BARIATRICA: MIGLIORE SCELTA PER PREVENIRE IL DANNO MACRO-VASCOLARE IN OBESITÀ SEVERA E DM2?

Responsabile Editoriale
Renato Cozzi

Le complicanze macro-vascolari sono una causa determinante di morbidità e mortalità nei pazienti con diabete tipo 2 (DM2). Le modificazioni dello stile di vita e il trattamento medico possono risultare inefficaci nel ridurre tale rischio.

Obiettivo dello **studio retrospettivo** di Fisher et al (1) è stato esaminare la relazione tra chirurgia bariatrica e incidenza di eventi macro-vascolari (coronaropatia e malattie cerebro-vascolari) in **5301 pazienti** (età 19-79 anni) **con obesità severa** ($BMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$) **e DM2**. I pazienti, afferenti a 4 sistemi sanitari integrati statunitensi, sottoposti a chirurgia bariatrica (*bypass gastrico Roux-en-Y* – RYGB – 76%, *sleeve gastrectomy* 17% e bendaggio gastrico regolabile 7%) tra il 2005 e il 2011, sono stati **confrontati con 14.934 pazienti di controllo**, simili per età, sesso, BMI, HbA1c, uso di insulina e durata del DM2.

All'inizio dello studio, l'età media di tutta la popolazione in esame era 50 anni, il BMI medio era 44.7 nel gruppo chirurgico e 43.8 nel gruppo di controllo e le donne rappresentavano il 76% dei pazienti sottoposti a chirurgia e il 75% dei controlli.

Outcome primario: tempo necessario per la comparsa della malattia macro-vascolare, definita come primo episodio di coronaropatia (infarto acuto del miocardio, angina instabile, angio-plastica coronarica o *by-pass* coronarico) o eventi cerebro-vascolari (*ictus* ischemico o emorragico, applicazione di *stent* carotideo o endoarteriectomia).

Outcome secondari: cardiopatia ischemica ed eventi cerebro-vascolari, esaminati separatamente.

Sono state analizzate le curve di sopravvivenza fino a 7 anni.

Risultati

Al termine del periodo di studio si sono verificati 106 eventi macro-vascolari (37 cerebrali e 78 coronarici) nel gruppo chirurgico (osservazione media 4.7 anni, *range* 3.2-6.2) vs 596 eventi (227 cerebrali e 398 coronarici) nei pazienti di controllo (osservazione media 4.6 anni, *range* 3.1-6.1).

L'**incidenza** di eventi macro-vascolari **a 5 anni** è stata **minore nel gruppo chirurgico**, per quanto riguarda **eventi complessivi** (2.1% vs 4.3%, HR 0.60, IC95% 0.42-0.86) **e coronarici** (1.6% vs 2.8%, HR 0.64, IC95% 0.42-0.99), ma non per gli eventi cerebrali (0.7% vs 1.7%, HR 0.69, IC95% 0.38-1.25).

Sebbene altri meccanismi, oltre al calo ponderale, possano spiegare il minor rischio di malattie CV, i pazienti sottoposti a RYGB, che è la metodica associata con la maggiore perdita di peso iniziale, hanno presentato un maggior miglioramento del controllo glicemico e delle varie componenti della sindrome metabolica (trigliceridi, colesterolo HDL e pressione arteriosa) rispetto a quelli sottoposti a *sleeve gastrectomy* o a bendaggio gastrico.

Commento

Anche altri studi hanno prodotto risultati in linea con questo studio, che è quello meglio strutturato e con risultati più chiari. Da notare che, a differenza di quanto dimostrato con la chirurgia, gli RCT (studio Look AHEAD *in primis* – 2) non hanno dimostrato una relazione significativa tra perdita di peso intenzionale, indotta con il cambiamento dello stile di vita ed eventi CV o mortalità prematura.

In **conclusione**, lo studio dimostra che la chirurgia bariatrica induce un minore rischio di sviluppare eventi macro-vascolari, anche se tali risultati richiedono conferma da parte di RCT. I pazienti con DM2 e obesità severa dovrebbero essere informati di tali risultati, per poter condividere le decisioni in merito al miglior trattamento per prevenire gli eventi macro-vascolari nel DM2.

Bibliografia

1. Fisher DP, Johnson E, Haneuse S, et al. Association between bariatric surgery and macrovascular disease outcomes in patients with type 2 diabetes and severe obesity. JAMA [2018, 320: 1570-82](#).
2. Wing RR, Bolin P, Brancati FL, et al. Look AHEAD research group. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. N Engl J Med [2013, 369: 145-54](#).



Giovanni De Pergola (gdepergola@libero.it) & Marco Troisi

Ambulatorio di Nutrizione Clinica, UOC di Oncologia Medica, Dipartimento di Medicina Interna e Oncologia Umana (DIMO), Università degli Studi Aldo Moro, Policlinico di Bari