Chirurgia bariatrica e metabolica

L'Obesità diventa malattia quando ad essa si associano patologie invalidanti che riducono la qualità e la durata della vita. La terapia chirurgica bariatrica rappresenta oggi la metodica più efficace per curare l'obesità patologica.

Abbiamo intervistato il Dott. Marco Anselmino, specialista in Chirurgia bariatrica e del metabolismo.

L'obesità talora richiede trattamenti drastici come la chirurgia, ma quando si ricorre al chirurgo bariatra? *L'intervento chirurgico bariatrico si rende necessario quando l'obesità diventa patologica, cioè quando il cosiddetto Body Mass Index - BMI, Indice di Massa Corporea - è superiore a 40 oppure a 35 in presenza anche di una sola delle cosiddette patologie associate come il diabete, l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia intesa come un aumento del colesterolo e/o dei trigliceridi, la sindrome delle apnee notturne (OSAS), il sovraccarico articolare sulla colonna vertebrale, sulle anche o sulle ginocchia. Oggi siamo in grado, con pochi esami, di stabilire se siamo in presenza di un rischio cardiovascolare elevato. Questa circostanza impone il ricorso alla chirurgia bariatrica che attraverso il calo di peso migliora o risolve le suddette co-morbosità, riducendo il rischio di morte per infarto del miocardio, ictus, insufficienza respiratoria.*

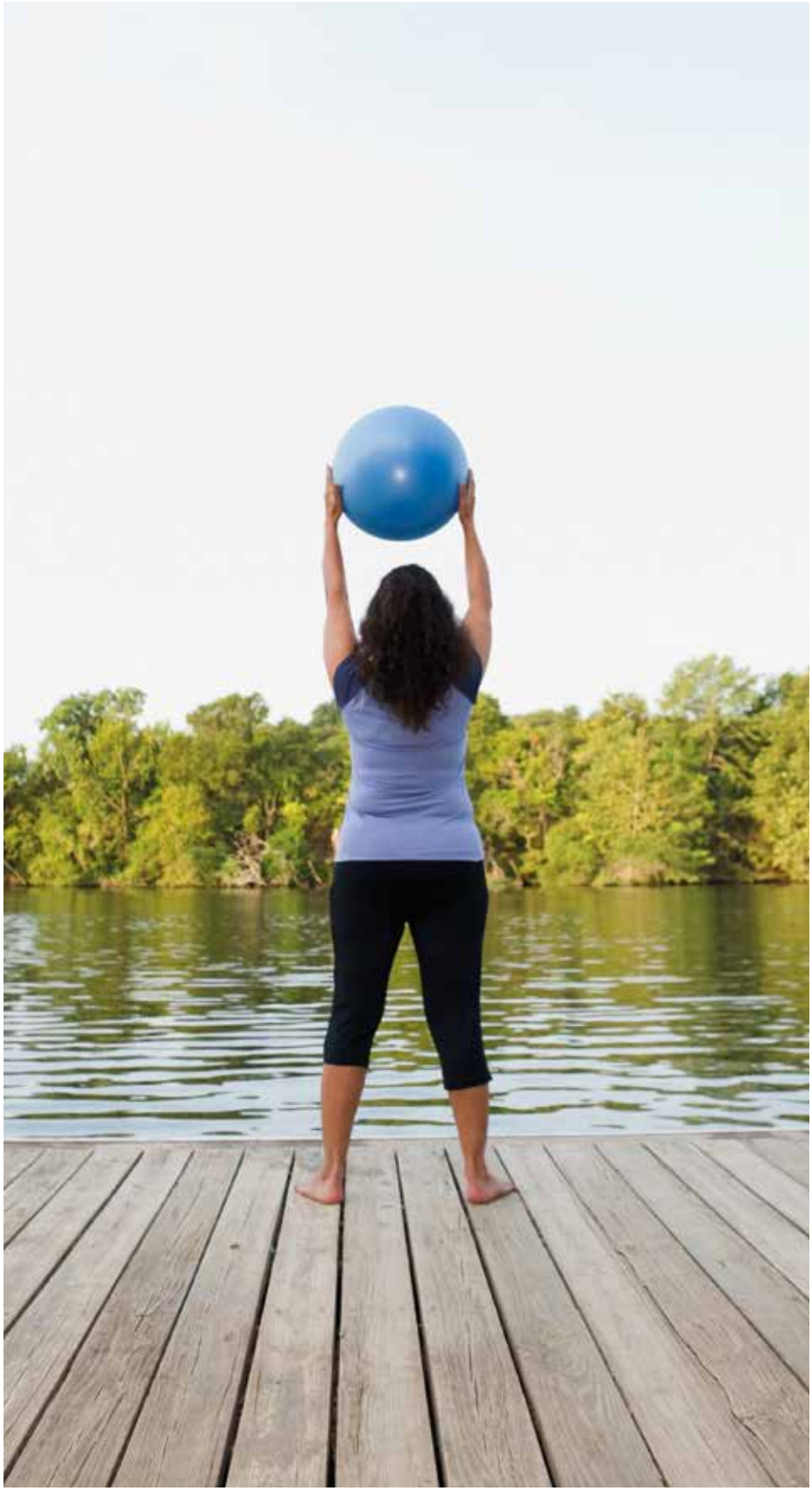
Quali sono le diverse tipologie di intervento? *La chirurgia bariatrica si esegue quasi esclusivamente attraverso un accesso chirurgico mini-invasivo come la laparoscopia o procedure altamente poco-invasive e reversibili come il bendaggio gastrico ed il by-pass gastrico ma esistono anche interventi irreversibili come la gastrectomia verticale (sleeve gastrectomy) e la diversione bilio-pancreatica con/senza duodenal switch. Ognuno di questi interventi incide con diversa efficacia sul calo di peso e pertanto anche sulla risoluzione delle co-morbosità. La decisione di eseguirne uno piuttosto che un altro deriva dall'accurata valutazione della tipologia di obesità (ginoide/viscerale), del BMI, delle abitudini alimentari del paziente, e quindi della presenza o meno di gravi disturbi del comportamento alimentare, oltre che della presenza di patologie associate come il Diabete Mellito di tipo 2.*

Qual è il risulto atteso dopo le diverse procedure? *Con gli interventi cosiddetti restrittivi - come il bendaggio gastrico o la sleeve gastrectomy -che riducono la capacità volumetrica dello stomaco, l'eccesso di peso cala a 5 anni di circa il 50% con punte anche del 60-70% per la sleeve gastrectomy, in cui l'asportazione di parte dello stomaco riduce la secrezione di sostanze che stimolano l'appetito. Nel by-pass gastrico, che porta in genere ad un perdita del 60-70% dell'eccesso di peso, il chirurgo associa ad una riduzione del volume dello stomaco un più o meno importante malassorbimento esclusivo per la componente carboidratica e grassa degli alimenti. La diversione bilio-pancreatica, in cui si raggiunge una perdita dell'80-90% dell'eccesso di peso, rappresenta l'intervento malassorbitivo puro e comporta la necessità di eseguire integrazioni post-operatorie di microelementi come calcio e ferro, proteine e alcuni complessi vitaminici, questi ultimi necessari anche in caso di gastrectomia verticale e by-pass gastrico. Gli effetti benefici delle procedure bariatriche sulle patologie associate, dove il calo di peso gioca un ruolo fondamentale, sono evidenti. Ad esempio, gli effetti curativi del by-pass gastrico e della diversione bilio-pancreatica sul diabete di tipo 2 sono percentualmente maggiori e quasi sempre indipendenti dal calo di peso, mediati da proteine gastrointestinali che si comportano*

da veri e propri ormoni migliorando il metabolismo glucidico.

Ma quali sono i rischi e le complicanze per il paziente? *Sia il rischio operatorio che le complicanze variano a seconda del tipo di paziente. Lo studio pre-operatorio valuta la severità delle patologie associate e inquadra i pazienti ad alto rischio che grazie a terapie eseguite prima dell'intervento, come la C-PAP nel paziente affetto da sindrome delle apnee notturne o la dieta ipolipidica nel paziente con grave epatomegalia steatosica, riducono il rischio peri-operatorio di complicanze non solo tipo cardio-respiratorio ma anche chirurgico, come le fistole anastomotiche. La Casa di Cura San Rossore dispone di una Unità di Terapia Intensiva dove la maggior parte dei pazienti bariatrici viene seguita per il tempo necessario dopo l'intervento. La sorveglianza post-operatoria riduce significativamente l'insorgenza di complicanze di tipo medico e garantisce una terapia immediata qualora si sviluppino.*

Quali sono le restrizioni dietetico-alimentari cui il paziente è sottoposto dopo l'intervento bariatrico? *Tranne nel caso della diversione bilio-pancreatica, in cui il paziente viene stimolato ad assumere una dieta ricca di proteine privilegiando carne, pesce e formaggi, oltre all'elevato apporto vitaminico e di microelementi, tutti gli interventi bariatrici impongono delle restrizioni alimentari. Laddove si impongono, le restrizioni sono di tipo quantitativo e raramente di tipo qualitativo, anche se dopo il bendaggio gastrico i cibi di consistenza superiore - come pasta e carne - necessitano di una maggiore frantumazione da parte dell'apparato masticatorio del paziente. Dopo un intervento di chirurgia bariatrica il paziente deve comunque seguire una dieta bilanciata con ridotto apporto di monoe disaccaridi (glucosio).*



Chirurgia Bariatrica

segreteria prenotazioni visite mediche
tel +39 050 586217

Lun-Ven: 09:00-13:00 / 15:00-18:30
sab: 09:00-13:00