



Quando il sovrappeso diventa malattia

di Luigi Angrisani e Rodolfo Vincenti

L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo ed è la seconda causa di morte dopo il fumo di sigaretta. Interferisce negativamente con la qualità della vita della persona ed è un importante fattore di rischio per la salute perché può essere causa di malattie. Inoltre, il soggetto obeso si trova a combattere una serie di difficoltà nell'integrazione sociale e affettiva, una costante discriminazione nell'inserimento nel mondo del lavoro, fino al configurarsi di un quadro di vera e propria emarginazione.

Le malattie derivate dall'obesità interessano il sistema cardiocircolatorio e osteoarticolare. Sono frequenti i casi di diabete mellito di tipo 2, iperlipidemie, calcoli biliari e i problemi respiratori oltre a una maggiore incidenza di sviluppo di alcuni tumori, soprattutto a stomaco, colon, mammella, colecisti ed endometrio.

In Italia 4 milioni di persone adulte sono obese, con un incremento stimato del 25% rispetto al 1994. Un adulto su tre è in condizione di sovrappeso, il 9,1% è obeso. Dal punto di vista socio-economico sono le fasce più povere della popolazione a registrare le percentuali più elevate, laureati o diplomati riportano, infatti, percentuali molto più contenute rispetto a chi non è andato oltre la scuola elementare. In ambito regionale le percentuali più elevate di obesi trovano in testa il Molise (12,9%), seguito da Campania (11,9%) e Puglia (11,3%).

Il problema interessa in maniera sempre più rilevante anche i bambini e gli adolescenti. In Italia quasi un bambino su quattro è in sovrappeso o obeso. La distribuzione geografica dell'obesità infantile rispecchia fedelmente quella degli adulti. Infatti, il fenomeno interessa maggiormente il Sud Italia, e la Campania è la

regione con la percentuale più alta: ben il 36% della popolazione di età compresa tra i 6 e i 17 anni è in eccesso di peso ponderale.

Diverse possono essere le cause, abitudini alimentari sbagliate e stile di vita sedentario sembrano essere i fattori che contribuiscono maggiormente al suo sviluppo. In particolare, lo **stile di vita originato dal rapido processo di urbanizzazione** delle nostre società ha portato a un **consumo eccessivo di alimenti ad alta densità energetica**, come i cibi già pronti ricchi in grassi, più appetibili e, soprattutto, a basso costo. Parallelamente a uno **stile di vita sempre più sedentario** che ha ridotto notevolmente il consumo calorico pro-capite a fronte di un introito calorico medio che negli anni è più che raddoppiato.

Una regolare attività fisica e una dieta variegata sono il presupposto fondamentale per la prevenzione dell'obesità, soprattutto in età pediatrica.

Allo stato attuale, nessuno studio ha evidenziato la reale efficacia terapeutica di un regime dietetico ipocalorico rispetto a un altro nel lungo termine. **Quando l'obesità è insorta il trattamento va diversificato in base alla gravità della condizione del soggetto.**

Luigi Angrisani

Direttore della Scuola Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche "Umberto Parini", Napoli.

Secretary Treasurer "International Federation for Surgery of Obesity and metabolic disorders" IFSO.

www.sicob.org

Rodolfo Vincenti

Presidente ACOI

Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani, Roma.

www.acoi.it



PAROLE CHIAVE: chirurgia dell'obesità • formazione • obesità • salute •

CHIRURGIA DELL'OBESITÀ – COSA È E IN COSA CONSISTE

Nasce negli USA sul finire degli anni '60 e, da allora, ha visto un costante incremento delle procedure effettuate. Una vera e propria esplosione si è avuta negli anni '90 quando l'avvento della **tecnica laparoscopica**, con l'utilizzo di strumenti chirurgici miniaturizzati e telecamere, ha garantito l'esecuzione di tecniche chirurgiche sempre più complesse attraverso piccole incisioni cutanee, minore dolor post-operatorio e una più rapida guarigione del paziente. A oggi si stima che più di 350.000 interventi chirurgici per obesità vengano effettuati in tutto il mondo.

Esistono differenti tipologie di intervento, così come sono diversi gli stadi di malattia dell'obesità e le indicazioni sulla base delle caratteristiche del paziente.

Il **pallone intragastrico BIB®** (Fig. 2) è un dispositivo in silicone impiantato endoscopicamente all'interno della cavità gastrica e riempito con circa 500cc di soluzione fisiologica e blu di metilene in grado di indurre una riduzione dell'introito alimentare. Questo dispositivo va rimosso dopo un trattamento di massimo sei mesi per cui, attualmente, è utilizzato come procedura temporanea per la perdita di peso, propedeutico a procedure bariatriche in grado di stabilizzare il peso ottenuto.



Fig. 2. Pallone intragastrico.

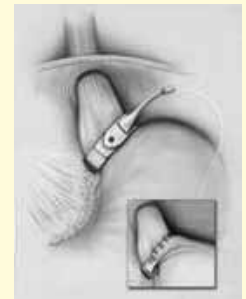


Fig. 3. Bendaggio gastrico.

Il **bendaggio gastrico** regolabile (Fig. 3) è un dispositivo in silicone impiantato chirurgicamente in prossimità della regione cardiaca dello stomaco. Questa procedura è di tipo puramente restrittivo e la velocità del transito alimentare dalla piccola tasca gastrica (del volume di circa 30-40cc) posta superiormente al bendaggio, allo stomaco rimanente è regolato da un sistema pneumatico collegato a un port posto sottocute. Il bendaggio è la tecnica chirurgica attualmente più effettuata in Italia per la sua facilità di esecuzione e per il basso numero di complicanze intra e postoperatorie. L'efficacia in termini di calo ponderale è in relazione al grado di collaborazione nutrizionale e motoria del paziente.

Il **bypass gastrico** (Fig. 4) è un intervento in grado di indurre una perdita di peso durevole nel tempo in circa il 96% dei casi. Eseguito con il moderno approccio laparoscopico, è un intervento dalla elevata complessità tecnica ma dagli effetti metabolici immediati. Il confezionamento di una piccola tasca gastrica, con effetto restrittivo sull'introito alimentare, e l'esclusione di un tratto variabile di intestino dal transito alimentare, con il conseguente relativo malassorbimento, sono alcuni dei meccanismi implicati nella perdita di peso indotta dall'intervento. A questi meccanismi, infatti, si aggiunge un incremento in circolo di secretina, enterormone in grado di aumentare la produzione di insulina da parte del pancreas endocrino e indurre una stabilizzazione dei livelli glicemici nei pazienti con alterato equilibrio glucidico, con una remissione del diabete mellito tipo 2.

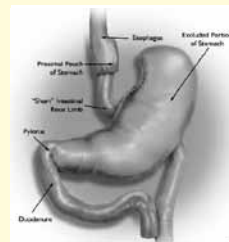


Fig. 4. Bypass gastrico.

La **gastrectomia verticale** (Fig. 5) è una delle più moderne procedure utilizzate per la cura dell'obesità. Consiste nell'asportazione di circa l'80% del volume gastrico con la confezione di un piccolo tubulo di stomaco dal volume residuo di 100-150cc. Oltre al limitato introito calorico, l'asportazione della porzione corpo-fundica dello stomaco porta a una diminuzione dei livelli ematici di grelina, enterormone implicato nella regolazione del senso di fame cerebrale. Originariamente questo intervento era stato ideato per il trattamento di pazienti super-obesi, cioè pazienti a elevato rischio chirurgico e anestesilogico, seguito successivamente da una seconda procedura anti-obesità a effetto malassorbitivo come il bypass gastrico o il duodenal switch. Recentemente, visti gli ottimi risultati sull'induzione della perdita di peso, questo intervento è stato anche proposto come unica procedura anti-obesità per pazienti con un grado di obesità inferiore. Tuttavia non esistono dati in letteratura che comprovino l'efficacia sulla stabilizzazione del peso perso a un medio-lungo termine.



Fig. 5. Gastrectomia verticale.

La **diversione bilio-pancreatica** (Figg. 6a e 6b) è l'intervento per il trattamento dell'obesità in grado di indurre calo ponderale nonostante un sostenuto introito calorico. È un intervento fortemente malassorbitivo, soprattutto per la componente lipidica ed è uno dei più efficaci nell'indurre calo ponderale e remissione di comorbidità quali diabete mellito tipo 2.

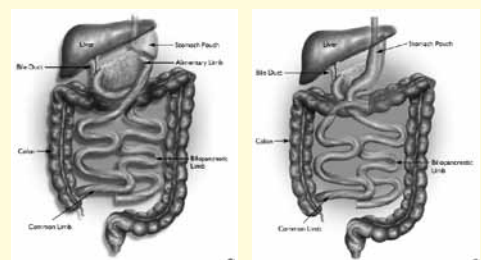


Fig. 6. Diversione bilio-pancreatica: a) versione sec. Scopinaro; b) Duodenal-Switch.

Come si misura la gravità della condizione di obesità

Così come altre malattie, anche l'obesità ha una classificazione per stadi che ne indica la gravità. L'**Indice di Massa Corporea** (BMI, Body Mass Index) è il parametro con cui si stadia l'obesità e corrisponde al rapporto tra peso in kg e altezza in metri al quadrato (Fig. 1). Si parte da una condizione di sovrappeso ($25 < \text{BMI} < 29,9$), dove una dieta ipocalorica e un'attività fisica regolare rappresentano il trattamento più adeguato fino ad arrivare a una condizione di obesità ($\text{BMI} > 30$), dove è necessario un intervento integrato (dieta ipocalorica, farmacoterapia, terapia comportamentale ed esercizio fisico). La terapia farmacologica può essere efficace ma bisogna tenere conto della risposta individuale del paziente e della sua capacità a modificare sostanzialmente abitudini alimentari e stili di vita. Questo è uno dei problemi più sentiti nella pratica clinica.

BMI e Stadiazione dell'obesità	
Sottopeso	BMI < 18,5
Normopeso	BMI tra 18,5 e 25
Pre-obesità	BMI tra 25 e 30
Obesità	BMI \geq 30
I grado	BMI tra 30 e 34,99
II grado	BMI tra 35 e 39,99
III grado	BMI \geq 40
IV grado (Super)	BMI \geq 50
V grado (Super-super)	BMI \geq 60

Fig. 1. Stadiazione dell'obesità secondo la World Health Organization (WHO). Modificata da WHO 1995, WHO 2000 e WHO 2004, ASMBS 2008.

Quando è indicata la chirurgia dell'obesità

Il fallimento di ripetuti tentativi dieto-terapici e il raggiungimento di un secondo stadio di obesità sono le indicazioni incontrovertibili per l'intervento chirurgico. Anche un'obesità iniziale, laddove siano già presenti gravi malattie legate all'eccesso di adipe come diabete mellito tipo 2, osteoartrite, sindrome delle apnee notturne, gravi disco-artropatie.

La **chirurgia dell'obesità a oggi rimane l'unico tipo di trattamento in grado di garantire risultati sulla perdita di peso durevoli nel tempo**. È in grado, quindi, di diminuire il rischio di mortalità per diabete e per cancro. Notevoli sono anche i risultati a lungo termine sulle malattie associate all'obesità come ipertensione, diabete, dislipidemie.

Dati molto significativi ci vengono forniti da uno studio effettuato in Svezia e pubblicato sulla prestigiosa rivista medica *New England Journal of Medicine* (1), dove una popolazione di più di 4000 ammalati obesi, metà dei quali sottoposta a intervento chirurgico per la perdita di peso, è stata osservata per un periodo di più di venti anni. La popolazione obesa non sottoposta a chirurgia aveva presentato, infatti, una mortalità per cancro di frequenza doppia rispetto agli operati. L'intervento chirurgico, oltre a garantire un peso

medio a lungo termine notevolmente inferiore alla popolazione di controllo, abbassava significativamente il rischio di malattie cardiovascolari e il diabete.

L'attuale approccio della terapia chirurgica del paziente obeso, ovvero con una malattia ad andamento cronico e dal tasso di recidiva elevato, è un **trattamento ritagliato sulle caratteristiche del paziente, in relazione all'eccesso di peso preoperatorio**. Per pazienti con elevato BMI preoperatorio e, di conseguenza, con maggiore rischio di complicanze chirurgiche, è previsto un trattamento multifasico, in grado di apportare un decremento ponderale graduale con una serie di interventi sequenziali dal basso tasso di morbilità e mortalità. ■

TECNICA E FORMAZIONE DEL CHIRURGO

Come risulta chiaro dalla differenziata offerta terapeutica medico-chirurgica e dalla difficoltà tecnica correlata, il problema della formazione specifica del chirurgo è prioritario. Per tali motivazioni l'**Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI)** e la **Società Italiana per la Chirurgia della Obesità e delle Malattie Metaboliche (SICOB)** si sono federate per fornire ai chirurghi un percorso formativo completo teorico-pratico all'interno della già esistente **Scuola Speciale "Umberto Parini" per la Chirurgia della Obesità**.

Bibliografia

1. Lars Sjöström et al. *Effects of Bariatric Surgery on Mortality in Swedish Obese Subjects*. *N Engl J Med* 2007;357:741-52. Copyright © 2007 Massachusetts Medical Society. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa066254>