

# Sommario Rassegna Stampa

Pagina	Testata	Data	Titolo	Pag.
	<b>Rubrica</b>		<b>Alimentazione e salute</b>	
36	Corriere della Sera	20/07/2014	<i>QUALI POSSIBILITA' COME CURA DEL DIABETE 2 (R.r.)</i>	2
36	Corriere della Sera	20/07/2014	<i>UNA BARRIERA NELL'INTESTINO CONTRO L'OBESITA' GRAVE (R.Renzi)</i>	3

**Indicazione** Buoni risultati preliminari

## Quali possibilità come cura del diabete 2

**T**ra gli effetti della metodica Endobarrier sono stati riscontrati significativi miglioramenti dei valori glicemici, tanto che viene presa in considerazione l'ipotesi che il diabete di tipo 2, più che l'obesità (condizione che spesso si accompagna alla malattia), possa diventare l'indicazione principale del nuovo trattamento.

«Questa tecnica ha diversi vantaggi rispetto alla chirurgia tradizionale dell'obesità, — dice la professoressa Cecilia Invitti, diabetologa, direttrice del Dipartimento di scienze mediche e riabilitative dell'Istituto Auxologico di Milano — ma se confrontiamo i risultati con la chirurgia più diffusa, il bypass gastrico (RYGB), vediamo che il calo di peso è un po' inferiore, mentre il miglioramento glucidico è uguale, se non superiore».

«Ecco perché è interessante per la cura del diabete di tipo 2 — prosegue la specialista —. La chirurgia dell'obesità è molto impegnativa e indicata per grandi obesi. Ed è in genere poco gradita dai diabetici, che difficilmente vi ricorrono. Ma questa può essere una via intermedia adatta al loro stato. Si potrebbero trattare pazienti fortemente scompensati, che faticano a tenersi sotto controllo con i farmaci, anche se non sono grandi obesi, anche con un BMI (indice di massa corporea) inferiore a 30. Dai dati finora disponibili si sono

notati poi due aspetti positivi dell'Endobarrier in relazione al diabete: si ottiene un buon compenso della malattia già dopo poche settimane dall'intervento e, in secondo luogo, si è visto che il miglioramento viene mantenuto anche dopo che il dispositivo viene tolto. Anche se, a questo proposi-

”

**Nell'arco  
di osservazione  
per ora possibile  
la glicemia  
ha «risposto» bene**

to, disponiamo di una documentazione che riguarda soltanto un periodo di sei mesi».

Non è ancora chiaro agli scienziati il motivo per cui la riduzione dell'assorbimento gastrico in quel tratto di intestino stimoli la produzione di insulina e aiuti quindi a tenere il diabete sotto controllo. A parte la riduzione di peso, che è sempre positiva per chi soffre di diabete, si ipotizza un "effetto creatinico" (la creatina è un ormone naturale che stimola appunto la produzione di insulina) attraverso un meccanismo ancora sconosciuto, ma confermato dai risultati della chirurgia bariatrica.

**R. R.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Chirurgia** Nuovo intervento, reversibile e meno invasivo. Negli Usa però la sua approvazione «ufficiale» non c'è ancora

## Una barriera nell'intestino contro l'obesità grave

Allo scopo di ridurre l'assorbimento, viene introdotto per via endoscopica un dispositivo, che può essere rimosso dopo un anno (o anche prima)

**L'**idea terapeutica è semplice, una strada già nota e già percorsa: per ridurre l'obesità basta diminuire l'assorbimento del cibo che transita nelle vie gastro-intestinali.

Su questo principio si basa da tempo, per esempio, la metodica del "by pass" gastrico, una tecnica chirurgica che intervenendo sullo stomaco in pratica fa "saltare" al cibo un tratto gastrico riducendone l'assorbimento.

Ora però lo sviluppo delle tecniche endoscopiche e dei materiali permette una soluzione ancora più semplice basata sulla stessa idea.

Si tratta di un dispositivo chiamato *Endobarrier*, in pratica un tubo di materiale plastico, che viene introdotto nel primo tratto del duodeno, subito dopo lo stomaco, e che costituisce appunto una barriera interna tra il cibo e la mucosa intestinale.

Questa specie di manicotto, di circa 60 centimetri, viene ancorato con dei ganci alla parete e resta in sede per un anno. Si tratta di una tecnica, in questo momento alla prova in tutto il mondo, che promette non soltanto buoni risultati contro l'obesità, ma anche di essere un possibile valido strumento per curare il diabete di tipo 2.

«Questa metodica ha molti vantaggi rispetto alle altre tecniche di chirurgia dell'obesità — dice Andrea Formiga, responsabile dell'unità chirurgica Capitanio dell'Istituto Auxologico Italiano, uno dei primi in Italia con la sua équipe ad aver sperimentato l'Endobarrier —. Prima di tutto è una procedura totalmente endoscopica: in sostanza il dispositivo viene introdotto in anestesia totale per via naturale, dalla bocca e attraverso lo stomaco, e il paziente può lasciare l'ospedale entro 48/72 ore. In secondo luogo si tratta di un intervento reversibile: l'obiettivo è di lasciare nell'intestino per un anno il dispositivo, che però può essere rimosso in qualsiasi momento. Infine è una tecnica meno costosa, il che non guasta, rispetto alla chirurgia tradizionale per l'obesità, per la ridotta degenza e il risparmio sui farmaci».

L'uso della nuova "barriera" è stato autorizzato in Europa e infatti gran parte degli oltre 2.500 interventi fin qui eseguiti sono stati praticati nel nostro continente, in particolare in Belgio, Svizzera, Spagna e Gran Bretagna.

In Italia questa pratica è solo agli inizi, con 10 interventi fino a oggi, 3 presso l'Auxologico di Milano, un centro di eccellenza per tutti i tipi di te-

rapie dell'obesità, e 7 all'Ismett di Palermo.

Negli Stati Uniti però questa nuova pratica endoscopica non è stata ancora autorizzata, dall'Fda, che attende di esaminare i risultati degli interventi fin qui effettuati, raccolti in un registro internazionale. Anche in Italia manca ancora una validazione ufficiale e quindi l'intervento non è rimborsato per ora dal Servizio Sanitario.

Ma quali sono, ad oggi, i risultati ottenuti?

«Nei pazienti trattati si ottiene già nelle prime settimane una significativa riduzione di peso — dice Formiga — e complessivamente un calo del 30-35% del peso in eccesso. Si registra anche una diminuzione del senso di fame. Per quel che riguarda altri valori metabolici, abbiamo registrato un calo medio di due punti dell'emoglobina glicata e una riduzione del 7 per cento della glicemia, che sono gli indicatori più importanti relativi al diabete».

Questi gli effetti. E i difetti? «Il problema più comune fin qui riscontrato è dovuto all'infiammazione, talvolta il sanguinamento, causato dai ganci che servono ad ancorare il dispositivo in sede. Sono stati segnalati anche pochi casi di ostruzione intestinale. Anche per questo al paziente viene raccomandata una dieta ipocalorica, e soprattutto di

utilizzare cibo frammentato, ben cotto e ben masticato».

«Abbiamo iniziato un anno fa, nell'ambito di uno studio di confronto tra questa tecnica e il "palloncino"» dice Mario Traina, responsabile di endoscopia digestiva all'Ismett di Palermo, che sta curando la sperimentazione della nuova tecnica assieme ad Anna Casu, diabetologa dello stesso Centro siciliano.

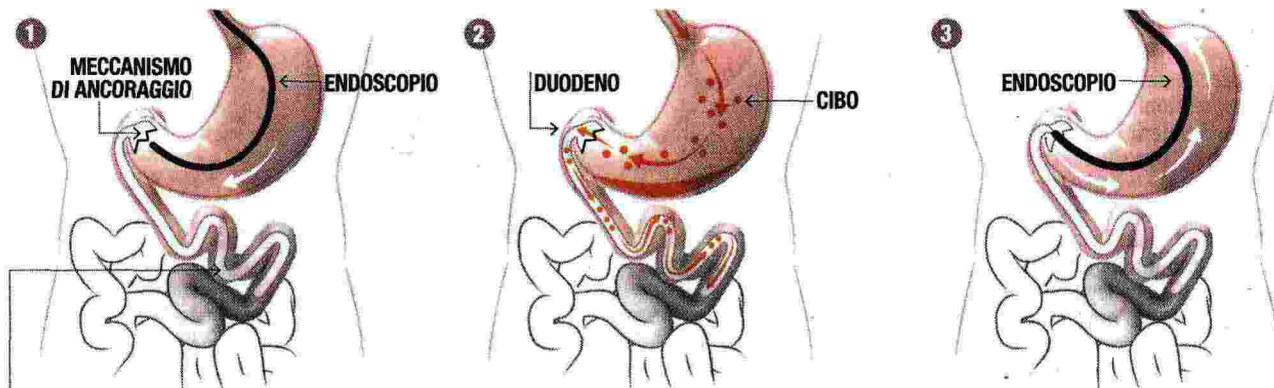
Traina conferma i dati dei colleghi di Milano: «Abbiamo fatto sette interventi per ora (per cinque di loro disponiamo dei dati a nove mesi), senza problemi e complicanze, anche perché selezioniamo attentamente i pazienti. Questo è l'unico limite: l'intervento non è indicato in chi ha già avuto interventi allo stomaco o un'ulcera duodenale e anche in chi è in terapia anticoagulante, il che purtroppo è frequente nei diabetici con problemi cardiaci. Per il resto è una tecnica relativamente semplice, che comporta rischi e complicazioni certamente inferiori a quelli degli altri tipi di chirurgia bariatrica».

«È fondamentale, infine, — aggiunge Traina — che i pazienti siano selezionati e seguiti da un gruppo multidisciplinare, da tutti gli specialisti che sono coinvolti nelle problematiche dell'obesità e delle malattie connesse».

**Riccardo Renzi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“L'operazione viene eseguita in anestesia totale, senza nessun taglio, usando la bocca come «porta di accesso»



Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

1 **MECCANISMO DI ANCORAGGIO** ← **ENDOSCOPIO**  
 Attraverso la bocca, con un **endoscopio**, viene inserito nel **duodeno** (la parte iniziale dell'intestino) un **tubo di materiale plastico morbido**, che si fissa con un meccanismo di ancoraggio a molla, in modo che non possa risalire nello stomaco

2 **DUODENO** ← **CIBO**  
 Attraverso il tubo **passa il cibo** in arrivo dallo stomaco, che salta così una porzione intestinale importante per l'assorbimento degli alimenti

3 **ENDOSCOPIO**  
 Sempre attraverso l'endoscopio è possibile chiudere il dispositivo che fissa il tubo allo stomaco ed **estrarlo** attraverso la bocca

**Differenze**

**Le tecniche che vengono già utilizzate**

La chirurgia dell'obesità cerca di ottenere la riduzione di peso con diversi metodi. Con il bendaggio gastrico, lo stomaco viene "strozzato" con una benda di lunghezza regolabile, mentre con la gastropastica verticale lo stomaco viene diviso in due parti comunicanti con uno stretto passaggio. Più radicali le tecniche che, oltre a ridurre lo stomaco, diminuiscono l'assorbimento del cibo in un tratto dell'intestino: con il bypass gastrico si crea una piccola tasca che sostituisce lo stomaco e la si collega all'intestino tenue, "saltando" stomaco e duodeno. Oltre al nuovo Endobarrier esiste poi un altro metodo endoscopico, in cui attraverso la bocca e l'esofago si introduce nello stomaco, per un periodo di circa 6 mesi, il cosiddetto "palloncino".

**La strategia**

L'obiettivo è diminuire tempo e superficie di contatto fra cibo e mucosa



Nel mondo ad oggi il metodo è stato utilizzato su 2.500 pazienti. In Italia, soltanto su dieci



Il trattamento non è rimborsato dal Servizio sanitario perché è ancora sperimentale

