

IDabstract

14

Speaker

Rahimi

Farnaz

under40



ARGOMENTO

Weight Regain

TITOLO DEL LAVORO

What predicts the unsuccess of bariatric surgery? An observational retrospective study Cosa predice il fallimento della chirurgia bariatrica? Uno studio osservazionale retrospettivo

AUTORI

Chiara D'Eusebio 1 , Stefano Boschetti 2 , Farnaz Rahimi 2 , Giovanni Fanni 1 , Antonella De Francesco 2, Mauro Toppino 3 , Mario Morino³ , Ezio Ghigo 1 , Simona Bo 1

1 Department of Medical Sciences, University of Turin, Turin, Italy

2 Dietetic Unit, Città della Salute e della Scienza Hospital, Turin, Italy

3 Department of Surgical Sciences, University of Turin, Turin, Italy

RELATORE

INTRODUZIONE

La chirurgia bariatrica (CB), nonostante sia la terapia di scelta per l'obesità morbigena, è comunque gravata da un'alta percentuale di insuccesso. In letteratura esistono dati contrastanti sui fattori che predicano l'insuccesso, anche perchè non vi è un accordo sulla definizione di successo di CB. La percentuale di peso in eccesso perso (%EWL), calcolato come la differenza tra il peso di partenza ed il peso ideale, espressa in percentuale, è uno dei criteri universalmente più accettati. Il cutoff $\geq 50\%$ è stato dimostrato essere un criterio specifico e sensibile per definire il successo della CB. La media di %EWL a 10 anni varia da intervento a intervento, risultando essere di 45,9%, 56,7%, 58,3% e 74,1% per il bendaggio gastrico regolabile (LAGB), il bypass gastrico (GBP), la sleeve gastrectomy (SG) e la diversione biliopancreatica, rispettivamente. Diverse caratteristiche del paziente, come la glicemia a digiuno, un basso indice HOMA e un alto valore di circonferenza vita, sono state associate ad uno scarso calo ponderale. Anche l'andamento ponderale precoce nel periodo post chirurgia, si è dimostrato predire la perdita di peso. Al contrario, l'associazione tra BMI pre-bariatrico e perdita di peso dopo CB è contraddittoria, in quanto sono state riportate sia correlazioni dirette, che inverse, che mancanti. Allo stesso modo, il calo ponderale è stato correlato all'età, al sesso ed alla presenza di patologie psichiatriche come disturbi della personalità o disturbi del comportamento alimentare in alcuni studi ma non in altri. Definire le cause di insuccesso della CB è una priorità al fine di ottimizzare l'accesso a tali procedure e quindi le risorse sanitarie. L'obiettivo di questo studio retrospettivo osservazionale è di valutare quali caratteristiche antropometriche e/o cliniche dei pazienti che si sottopongono a GBP o SG si associano a una scarsa %EWL dopo 12 e 24 mesi di follow-up.

METODI

Il presente è uno studio osservazionale retrospettivo. Sono stati raccolti i dati dei primi 300 pazienti sottoposti a CB presso l'Ospedale Città della Salute e della Scienza di Torino, dal 01/01/2016.

Presa in carico pre-operatoria:

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad una visita dietologica, durante la quale sono stati indagati aspetti relativi le comorbidità, il comportamento alimentare ed eventuali precedenti tentativi di perdita di peso. A tutti i pazienti è stata prescritta una dieta Mediterranea personalizzata ipocalorica con una restrizione di 500-1000 kcal calcolata sul fabbisogno calorico individuale.

Chirurgia bariatrica:

I pazienti considerati nel presente studio sono stati sottoposti a SG o GBP laparoscopiche. La scelta del tipo di chirurgia si è basata su caratteristiche del paziente quali: BMI, età, sesso, presenza di DMT2, ernia iatale, MRGE, aspettativa del paziente riguardo l'intervento, presenza di terapia di lunga data per una patologia coesistente per la quale l'assorbimento di farmaci fosse un elemento di importanza principale.

Management post-operatorio: Alla dimissione è stato indicato ai pazienti di seguire una dieta liquida/morbida per il primo mese e successivamente di incrementare la

consistenza verso alimenti solidi/semi-solidi in base a tolleranza individuale. La percentuale di peso corporeo in eccesso perso (%EWL) è stata calcolata come: $(\text{peso pre-CB} - \text{peso al momento della visita}) / (\text{peso pre-CB} - \text{peso ideale}) \times 100$. Il peso ideale è stato considerato come quello a cui corrisponde un BMI=25 kg/m². Un calo ponderale insufficiente è stato definito come %EWL < 50%.

Analisi statistica

I pazienti sono stati divisi secondo la %EWL < 50 o ≥ 50% dopo 12 e 24 mesi di follow-up. Attraverso analisi logistica univariata sono state individuate le variabili associate a fallimento di calo ponderale a 12 e 24 mesi dopo CB. Le variabili risultate significative in questo primo modello sono state inserite in un modello di regressione logistica

RISULTATI

La maggior parte dei pazienti è risultata essere di sesso femminile (89,4%) e la procedura più eseguita la SG (77,7%). Nessuno dei pazienti è stato perso al follow-up. La percentuale di pazienti con perdita di peso insufficiente (EWL < 50%) è progressivamente diminuita dal 2° al 12° mese dopo CB, essendo 97%, 41%, 17% a 2, 6 e 12 mesi dopo CB, rispettivamente. A 24 mesi, la prevalenza di %EWL < 50% non si è ulteriormente ridotta (19%). I valori mediani (media ± SD) di %EWL sono risultati essere 22,9 (24,0 ± 18,8), 54,4 (54,8 ± 33,0) e 71,2 (68,9 ± 55,1) a 2, 6 e 12 mesi, rispettivamente. A 24 mesi, la prevalenza di %EWL non si è ridotta ulteriormente essendo 73,3 (72,6 ± 38,8). I pazienti sono stati divisi in base alla loro %EWL a 12 e a 24 mesi e la media delle caratteristiche antropometriche e cliniche dei pazienti confrontati tra i due gruppi. Età, circonferenza collo e prevalenza di apnee ostruttive del sonno (OSA) sono risultati significativamente maggiori e colesterolo totale e %EWL a 6-mesi significativamente minori nei pazienti con %EWL < 50% a 12-mesi. Età, circonferenza del collo, sesso maschile e presenza di OSAS sono significativamente maggiori e %EWL a 6-mesi minore in pazienti con %EWL < 50% a 24 mesi. Nel modello di regressione multipla, l'età (OR=1,076; 95% CI 1,029–1,125; p=0,001; OR=1,066; 1,027–1,107; p<0,001) e %EWL a 6 mesi (OR=0,876; 0,840–0,913; p<0,001; OR=0,950; 0,928–0,972; p<0,001) sono stati associati con %EWL < 50% sia a 12 che a 24 mesi, rispettivamente, e la circonferenza del collo (OR=1,142; 1,011–1,289; p=0,032) con %EWL < 50% a 24 mesi.

Il rischio di insuccesso di CB si è dimostrato essere quasi il doppio per ogni decade di età crescente (OR = 1,82; 95% CI 1,27–2,59, p < 0,001).

DISCUSSIONE

Una maggior età e una minore %EWL a 6 mesi sono risultate essere significativamente associate ad insuccesso della CB sia a 12 che a 24 mesi, mentre una più ampia circonferenza del collo è associata con insuccesso a 24 mesi. Quasi il 90% dei pazienti con insufficiente calo ponderale a 24 mesi mostrava già uno scarso calo ponderale a 6 mesi. Questo risultato suggerisce che i pazienti a rischio di fallimento possono essere individuati nei primi 6 mesi post CB. Il fattore maggiormente legato all'entità del %EWL precoce è probabilmente l'adesione alle raccomandazioni riguardanti la modifica dello stile di vita. Inoltre, la responsività alla CB dipende anche da fattori genetici ed ormonali individuali.

Il ridotto calo ponderale legato all'età potrebbe essere dovuto ad un ridotto metabolismo basale nell'anziano, a sua volta dovuto a riduzione della massa magra, presenza di processi termogenici adattativi, presenza di comorbidità, riduzione di attività fisica ed ridotta predisposizione ad accogliere indicazioni sul cambiamento dello stile di vita.

Una maggior circonferenza del collo, dato correlato alla presenza di OSA ed alla sindrome metabolica, predice un minor calo ponderale a 24 mesi. Il dato rimane significativo anche nel modello multivariato, dopo aggiustamento per il sesso e presenza di OSA, suggerendo il ruolo di questa semplice ed economica misurazione nel predire outcome primari come la mortalità cardiovascolare.

In conclusione è possibile affermare che pazienti che presentano queste tre caratteristiche (scarso calo ponderale a 6 mesi, età avanzata e ampia circonferenza del collo) potrebbero beneficiare di un intervento intensificato che prevede follow up più ravvicinati e raccomandazioni personalizzate. Sono necessari studi più ampi e più estesi per confermare questi risultati.

BIBLIOGRAFIA

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Non ancora definito

Note

--