

Cognitività, sindrome metabolica e ricaduta sul percorso bariatrico

¹⁻²***Sami Schiff**

¹Clinica Medica 5, Ospedale - Università di Padova,

²Dipartimento di Medica – DIMED, Università di Padova

*Psicologo - Delegato SICOB Regione Veneto

L'**obesità grave** è spesso associata a diverse **complicanze mediche** (diabete, ipertensione, dislipidemia, NAFLD, OSAS, infiammazione e problemi cardiovascolari, ecc...) e alla **sindrome metabolica**

Queste **patologie nel tempo** possono essere causa di varie **disturbi** a carico **del sistema nervoso centrale** (ictus, malattie neurodegenerative come la demenza d'Alzheimer, le demenze vascolari ecc...), e favorisce lo sviluppo del cosiddetto **decadimento cognitivo obesità-correlato**

La letteratura suggerisce che l'eccesso di grasso e le disfunzioni metaboliche favoriscono la presenza di alterazioni **neurocognitive** a carico:

- Della **corteccia prefrontale (PFC)** e delle **funzione esecutiva (FE)**
- Delle strutture del **lobo temporale mediale** e della **memoria**
- Del sistema **dopaminergico meso-cortico-limbico** coinvolto nella **valutazione della ricompensa (reward sys)** e nella formazione in memoria di **associazioni stimolo-risposta (S-R)** stabili

Queste alterazioni sono in gran parte indipendenti l'una dall'altra, ma interagiscono nel determinare il comportamento del paziente

Si ritiene che questi deficit cognitivi derivino principalmente da cambiamenti fisiologici associati a:

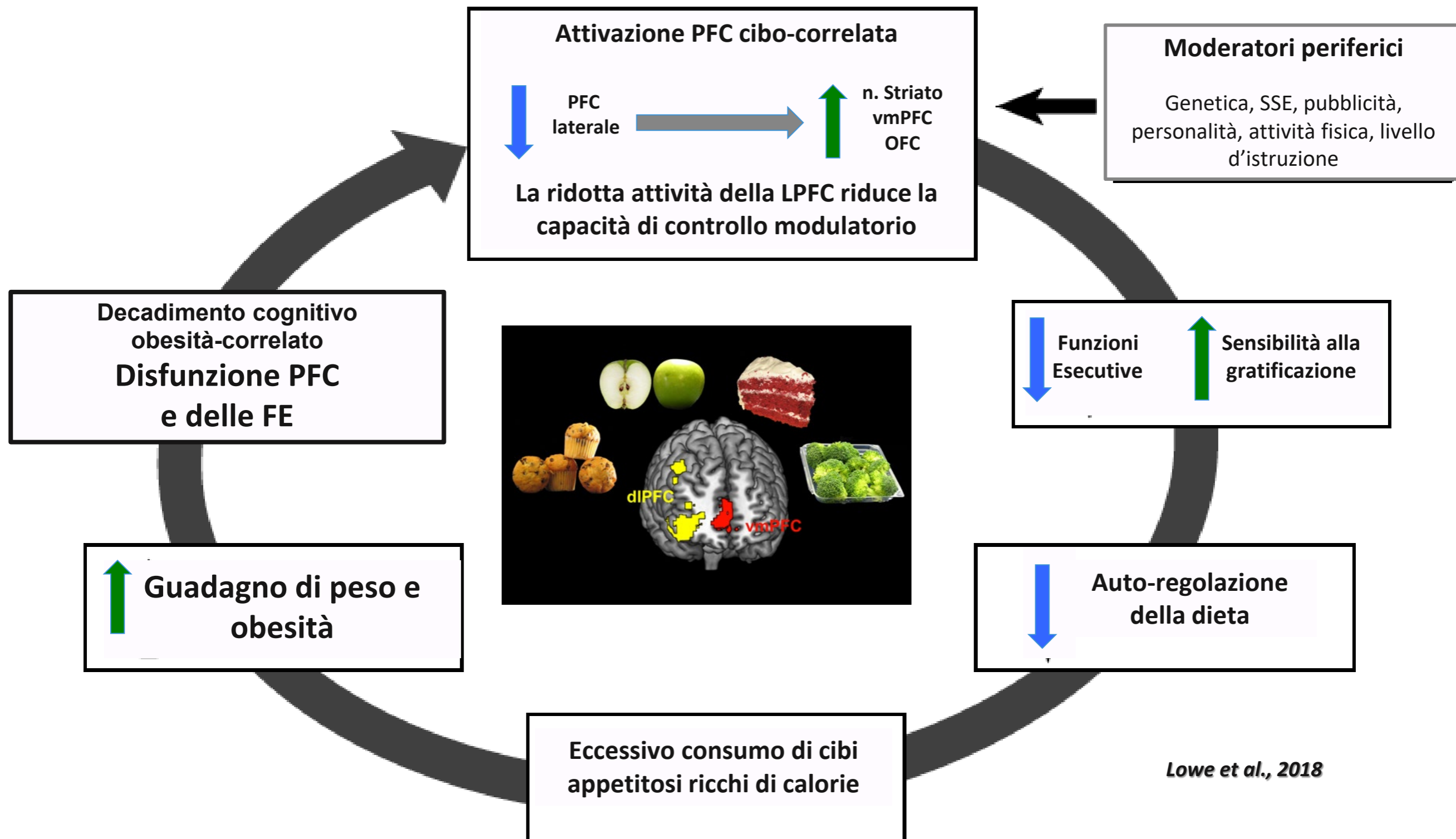
- Infiammazione
- vascolarizzazione
- e allo stress ossidativo

E' molto probabile che le differenze individuali del **funzionamento cognitivo** svolgano un ruolo **nelle scelte comportamentali** e sullo **stile di vita**, e a loro volta, portano a un aumento dell'adiposità e della disfunzione metabolica associate, e quindi possono **perpetuare e aumentare il declino cognitivo**

Farrugai & Small, 2019

Alcuni studi suggeriscono che la presenza disturbi cognitivi associati alla **condizione di obesità severa**, in particolari quelli a carico della **FE**, siano associati ad una peggiore qualità di vita, alla presenza di sintomi depressivi e ad una minore capacità di **autoregolazione nelle scelte alimentari** e influenzare **l'aderenza al percorso bariatrico stesso**

Galioto et al., 2013; Spitznagel 2013



La **chirurgia bariatrica**, come **la dieta** che comporta una sostanziale **perdita di peso**, sembra avere **effetti benefici** sia a livello strutturale che funzionale indipendentemente dal tipo di procedura chirurgica:

Prehn et al., 2020

- ❑ **Aumento attività metabolica** delle aree cerebrali associate alle **funzioni esecutive (EF)**

Ochner et al., 2011

- ❑ **Riduzione della reattività** agli stimoli cibo **del sistema dopaminergico della gratificazione**

Dunn et al., 2010

- ❑ **Miglioramento** del funzionamento cognitivo, in particolare a carico:

- **dell'attenzione**, della **memoria** e delle **funzioni esecutive**

Spitznagel et al., 2015

Tuttavia, il numero di studi longitudinali che hanno indagato le funzioni cognitive dopo chirurgia bariatrica sono ancora limitati

Gli studi suggeriscono che le capacità cognitive del paziente bariatrico possono avere vari effetti negativi sul percorso, influenzando:

- La **comprensione delle informazioni** ricevute dai sanitari
- E l'**aderenza alle indicazioni dietologiche e al cambiamento dello stile di vita pre-operatorio** (memoria di lavoro)

Spitznagel et al., 2013; Walø-Syversen et al., 2019

Inoltre, lo **status cognitivo** al momento dell'intervento (capacità di controllo inibitorio), è in grado di **predire la perdita di peso ad un anno dall'intervento**

Spitznagel et al., 2015; Walø-Syversen et al., 2019

test psicometrici standardizzati¹⁰. Sono considerati ostativi all'intervento: abuso di sostanze stupefacenti in atto, schizofrenia non stabilizzata, disturbo bipolare non stabilizzato, storia di tentativi di suicidio, oligofrenia grave (IQ inferiore a 50), deficit **cognitivi** acquisiti nelle diverse forme, abuso di alcolici, insufficiente comprensione della procedura chirurgica, storia documentata di scarsa aderenza ai programmi terapeutici. I disturbi d'ansia e/o di depressione in atto, quelli dell'umore endogeni o reattivi alla condizione di obesità in atto, quelli della condotta alimentare (Binge Eating Disorder, Night Eating Syndrome, Bulimia Nervosa, Disturbi Alimentari con perdita di controllo [LOC]), e i Disturbi di Personalità sono considerati controindicazioni relative suscettibili di rivalutazione dopo terapia adeguata^{11,12} (LIVELLO DI EVIDENZA: 1,2; GRADO DI RACCOMANDAZIONE: A).

In conclusione

Il funzionamento del **sistema cognitivo** ha **ruolo centrale** nel determinare il **comportamento alimentare**, la **qualità di vita**, la **perdita di peso** e l'**aderenza** al cambiamento di **stile di vita**...

... quindi è di fondamentale importanza **valutare** con più attenzione questi aspetti soprattutto nei **pazienti adulti che soffrono di molteplici disturbi associati alla sindrome metabolica** e che hanno una **status socio-economico** particolarmente **disagiato**

Tuttavia comprendere il **funzionamento cognitivo** del paziente candidato a chirurgia bariatrica richiede una competenza professionale specifica nella **valutazione neuropsicologica**

1222 · 2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

GRAZIE

sami.schiff@unipd.it