

IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELL'OBESITA'

Recentemente nelle linee guida sull'obesità sono state introdotte le metodologie chirurgiche che agiscono in modo diverso sull'apparato digerente, come trattamento efficace nei soggetti obesi di classe III in cui tutte le altre misure, come diete, esercizio fisico, variazioni delle misure comportamentali e trattamento farmacologico, si siano rivelate inefficaci o sconsigliate.

Negli Stati Uniti dove la chirurgia dell'obesità è molto più diffusa che in Italia, una selezione di 136 studi che includevano 22.094 pazienti, in maggioranza donne, con un'età media di 39 anni e un IMC di 46,9, ha dimostrato che la perdita di peso è stata del 61,2%, con una mortalità del tutto trascurabile.

I più comuni interventi chirurgici sono:

- **stimolazione gastrica impiantabile (IGS)**, che consiste nella trasmissione di segnali elettrici di lieve intensità alla parete dello stomaco. Il sistema IGS è costituito da uno stimolatore impiantabile, da un programmatore, da un rilevatore e un *software*, qualcosa di molto simile ad un *pacemaker* cardiaco;
- **bendaggio gastrico regolabile**, che consiste nell'applicazione di una protesi di silicone attorno alla parte craniale dello stomaco, che assume una forma a clessidra: tale nastro che può essere gonfiato o sgonfiato a seconda delle esigenze di ogni singolo paziente;
- **palloncino intragastrico Bioenterics**, che consiste in un palloncino morbido ed espansibile riempito con una soluzione fisiologica, che determina un senso di sazietà al soggetto che lo usa;
- **gastroplastica**: intervento che riduce la capacità gastrica eseguendo una tubulizzazione della piccola curvatura gastrica, dal cardias all'antro, che rallenta il transito alimentare, preservando la funzione pilorica e il *feed-back* ormonale;
- **by-pass digiuno ileale**: metodica che oggi ha significato puramente storico in quanto abbandonato per le gravi complicazioni che ne derivavano;
- **diversione bilio-pancreatica**: intervento parzialmente demolitivo e irreversibile consistente, in pratica, nel creare due intestini paralleli, in uno dei quali passa il cibo, mentre nell'altro i succhi gastrici e la bile, due tratti che si ricongiungono a poca distanza dal colon;
- **by-pass gastrico**: consiste nella creazione di una piccola tasca gastrica separata dalla restante porzione di stomaco; questo intervento rappresenta una buona possibilità terapeutica perché poco invasivo, con buoni risultati a breve e medio termine, con ridotto numero di complicanze;
- **resezione gastrica**: ripartizione dello stomaco in due tasche: una prossimale di piccole dimensioni e una distale più ampia, comunicanti attraverso un piccolo stoma. Intervento analogo al più recente bendaggio gastrico regolabile.

Permangono alcuni problemi aperti, quali: l'efficacia in classi di popolazione differenti dalle donne giovani; gli effetti collaterali nel tempo (deficit di vitamine, diarrea, reinterventi); l'affidabilità delle procedure nelle persone anziane.

Le tecniche chirurgiche summenzionate potrebbero essere sostituite un dispositivo, simile a un pacemaker, attualmente in fase di sperimentazione. Tale apparecchio, denominato *VBloc*, viene impiantato con chirurgia laparoscopica sul nervo vago in prossimità della bocca dello stomaco. Tale nervo svolge un ruolo cruciale nella digestione: invia allo stomaco l'ordine di dilatarsi, di contrarsi, di spingere il cibo nell'intestino; regola la secrezione degli acidi gastrici e degli enzimi digestivi; è coinvolto nella trasmissione degli stimoli della fame e della sazietà. Le scariche elettriche ad alta frequenza blocca temporaneamente la sua funzione, producendo un precoce senso di sazietà e un minore assorbimento dei nutrienti.