

CHIRURGIA BARIATRICA: INSODDISFACENTE REMISSIONE A LUNGO TERMINE DEL DM2

In un recente commento su *The Journal of Endocrinology and Metabolism*, Kratz (1) pone l'attenzione sul noto fatto che, dopo chirurgia bariatrica, il tasso di remissione a lungo termine del diabete mellito tipo 2 (DM2) si dimostra più basso di quanto ci si potrebbe aspettare a fronte della rilevante perdita di peso corporeo. L'autore prende spunto da un recente studio randomizzato controllato (2), che ha paragonato i risultati sulla remissione del DM2 dopo *bypass* gastrico Roux-en-Y (RYGB), bendaggio gastrico (LAGB) e interventi sullo stile di vita: a 5 anni il 56% degli obesi sottoposti a RYGB e il 45% di quelli sottoposti a LAGB non avevano necessità di terapia medica per il DM2, rispetto allo 0% di quelli non trattati chirurgicamente. Gli autori concludevano pertanto per la maggiore efficacia della terapia chirurgica. Come già altri autori avevano evidenziato in precedenza in pazienti obesi sottoposti a vari tipi di interventi di chirurgia bariatrica (3-5), anche Corcoulas et al hanno però osservato che, **nonostante il calo di peso si mantenga sostenuto, il tasso di remissione del DM2** (inteso come HbA1c < 6.5% e glicemia a digiuno ≤ 125 mg/dL in assenza di farmaci per il diabete) **si riduce nel tempo** (2):

- dopo LAGB: 29% a 1 anno vs 19% a 5 anni;
- dopo RYGB: 60% a 1 anno vs 30% a 5 anni, con solo un caso di remissione completa (intesa come HbA1c < 5.7% e glicemia a digiuno ≤ 100 mg/dL in assenza di farmaci per il diabete).

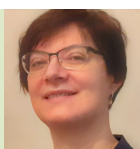
Per commentare questo fenomeno, Kratz postula l'intervento di vari fattori: microbioma intestinale, metabolismo degli acidi biliari, segnali incretinici, infiammazione cronica, riduzione dell'introito calorico. Quest'ultima può produrre effetti benefici sul metabolismo glucidico anche per 1-2 anni (chiamando in causa la riduzione dei depositi lipidici a livello pancreatico ed epatico), per poi ridursi nel tempo quando l'introito calorico torna a superare il dispendio energetico (6-8). La ricomparsa del DM2 nel tempo sarebbe la dimostrazione di come la chirurgia bariatrica non possa essere considerata l'unica risposta per la duplice epidemia di obesità e diabete, considerati anche i potenziali possibili effetti collaterali segnalati (malnutrizione, suicidi, alcolismo) (9-11).

Nonostante sia ormai stabilito che i programmi sugli stili di vita al momento non sono in grado di ottenere la remissione del DM2, per Kratz è essenziale che siano effettuate ulteriori ricerche per comprendere come la composizione della dieta possa migliorare l'omeostasi glucidica ed energetica, sia per migliorare i tassi di remissione del DM2 dopo chirurgia bariatrica, sia per trattare in maniera più appropriata il DM2 e magari riuscire anche a prevenirne l'insorgenza.

In **conclusione**, l'obesità con tutte le sue complicanze, compreso il DM2, è una malattia cronica e il suo trattamento deve coinvolgere tutti gli aspetti di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Essenziale si dimostra quindi l'adozione di politiche sociali che conducano ad adottare stili di vita più salutari per la popolazione in ogni fascia di età, in particolare per bambini e adolescenti (12), promuovendo uno stile di vita sano, caratterizzato da regolare attività fisica e migliori scelte dietetiche, individualizzate ove necessario, per ridurre la massa grassa. Risulta fondamentale l'attenta selezione del paziente da inviare a chirurgia bariatrica, così come è essenziale che il paziente sia seguito nel lungo termine anche nel post-intervento da un *team* multidisciplinare dedicato.

Bibliografia

1. Kratz M. Long term diabetes remission rates after bariatric surgery: surprisingly low in spite of sustained weight loss. *J Clin Endocrinol Metab* [2020, 105: e2291-3](#).
2. Courcoulas AP, Gallagher JW, Neiberg RH, et al. Bariatric surgery vs lifestyle intervention for diabetes treatment: 5-year outcomes from a randomized trial. *J Clin Endocrinol Metab* [2020, 105: 866-76](#).
3. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, et al, for the STAMPEDE Investigators. Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes- 5-year outcomes. *N Engl J Med* [2017, 376: 641-51](#).
4. Ikramuddin S, Korner J, Lee WJ, et al. Lifestyle intervention and medical management with vs without Roux-en-Y gastric bypass and control of hemoglobin A1c, LDL cholesterol, and systolic blood pressure at 5 years in the diabetes surgery study. *JAMA* [2018, 319: 266-78](#).



5. Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, et al. Bariatric-metabolic surgery versus conventional medical treatment in obese patients with type 2 diabetes: 5 year follow-up of an open-label, single-centre, randomised trial. *Lancet* [2015, 386: 964-73](#).
6. Affinati AH, Esfandiari NH, Oral EA, et al. Bariatric surgery in the treatment of type 2 diabetes. *Curr Diab Rep* [2019, 19: 156](#).
7. Jackness C, Karmally W, Febres G, et al. Very low-calorie diet mimics the early beneficial effect of Roux-en-Y gastric bypass on insulin sensitivity and β -cell function in type 2 diabetic patients. *Diabetes* [2013, 62: 3027-32](#).
8. Taylor R, Al-Mrabeh A, Zhyzhneuskaya S, et al. Remission of human type 2 diabetes requires decrease in liver and pancreas fat content but is dependent upon capacity for β cell recovery. *Cell Metab* [2018, 28: 667](#).
9. Patel JJ, Mundi MS, Hurt RT, et al. Micronutrients deficiencies after bariatric surgery: an emphasis on vitamins and trace minerals. *Nutr Clin Pract* [2017, 32: 471-80](#).
10. Castaneda D, Popov VB, Wander P, et al. Risk of suicide and self-harm is increased after bariatric surgery - A systematic review and meta-analysis. *Obes Surg* [2019, 29: 322-33](#).
11. Azam H, Shahrestani S, Phan K. Alcohol use disorders before and after bariatric surgery - A systematic review and meta-analysis. *Ann Transl Med* [2018, 6: 148](#).
12. Cuttica CM. Trattamento dell'obesità nell'adolescente. *AME Flash* [5/2020](#).