

## CHIRURGIA BARIATRICA: *UPDATE* SUGLI EFFETTI A LUNGO TERMINE

Responsabile Editoriale  
Vincenzo Toscano

Questo commento fa riferimento a due recenti studi pubblicati su *JAMA Surgery*, relativi alla chirurgia bariatrica e alle sue conseguenze a lungo termine.

Il primo studio ha esaminato nei pazienti obesi la possibile relazione tra l'adozione di un intervento laparoscopico di chirurgia bariatrica e il rischio di sviluppare in prospettiva "dipendenza da sostanze" (1). Lo studio ha preso origine dall'affascinante "teoria della sostituzione dei sintomi", secondo la quale l'eliminazione di un sintomo, non associata alla contemporanea cura della causa che lo ha generato, favorisce la comparsa di un nuovo sintomo, in sostituzione del precedente. Su tale base, gli autori hanno ipotizzato che la scomparsa dell'iperalimentazione mediante chirurgia bariatrica possa indurre un aumento dell'uso di "sostanze" (droghe, alcool e fumo), se non viene eliminata la motivazione psicologica. A livello cerebrale, il cibo stimola risposte simili a quelle di droghe e alcool, e tale premessa rende credibile l'ipotesi degli autori; inoltre, i pazienti obesi affetti da *binge eating disorder* (BED) hanno tratti di personalità molto simili a quelli degli individui predisposti all'uso di "sostanze". Numerosi studi trasversali sembrano sostenere l'ipotesi degli autori. I partecipanti allo studio (n = 155), indirizzati ad eseguire il *by-pass* gastrico Roux-en-Y (RYGB) (n = 100) o il bendaggio gastrico regolabile (n = 55), hanno compilato questionari concernenti il comportamento alimentare e l'uso di droghe (*Compulsive Behaviors Questionnaire*), sia prima che dopo 1, 3, 6, 12 e 24 mesi dall'intervento. I pazienti hanno presentato un significativo aumento della frequenza dell'uso complessivo di sostanze (droghe, alcool e fumo) dopo 2 anni dall'intervento. L'originalità dello studio sta nell'essere il primo longitudinale ad avere dimostrato l'associazione tra chirurgia bariatrica ed uso di sostanze. In particolare, i pazienti sottoposti a RYGB hanno manifestato un significativo incremento del consumo di alcool. In sintesi, lo studio di Conason e collaboratori suggerisce fortemente che se **la valutazione psichiatrica del paziente candidato alla chirurgia bariatrica è necessaria, lo è altrettanto dopo l'intervento**, per avere la possibilità di individuare la comparsa del nuovo sintomo, ossia l'insorgenza o l'aumento del desiderio per droghe e/o alcool e/o fumo, permettendo di predisporre le adeguate strategie di prevenzione o terapia.

Il secondo studio (2) ha esaminato l'ipotesi che la chirurgia bariatrica possa ridurre i costi della gestione e delle complicanze dell'obesità a lungo termine. A tale scopo, sono stati esaminati 29.820 pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica tra il 1 Gennaio 2002 e il 31 Dicembre 2008; un numero identico di pazienti che non hanno subito un trattamento chirurgico dell'obesità, è stato valutato quale gruppo di controllo. Tutti i soggetti erano dotati di un'assicurazione sanitaria privata. La principale e originale conclusione dello studio è che, indipendentemente da temporanei periodi di riduzione o incremento della spesa, **la chirurgia bariatrica non riduce i costi sanitari complessivi indotti dall'obesità dopo 6 anni dall'intervento**. Inoltre non c'è alcuna evidenza che una tipologia di intervento sia economicamente vantaggiosa rispetto ad altre. Pertanto se vogliamo identificare le motivazioni per scegliere la strategia chirurgica, dobbiamo concentrare l'attenzione sul miglioramento dello stato di salute, in generale o per alcuni aspetti specifici, più che sui vantaggi economici.

### Bibliografia

1. Conason A, et al. Substance use following bariatric weight loss surgery. *JAMA Surg* [2013, 148: 145-50](#).
2. Weiner JP, et al. Impact of bariatric surgery on health care costs of obese persons. A 6-Year follow-up of surgical and comparison cohorts using health plan data. *JAMA Surg* [2013, 148: 555-61](#).