



PEGASO

Università Telematica

**“SOGGETTO OBESO TRATTATO CON
CHIRURGIA BARIATRICA”**

PROF. GIOVANNI ATTANASIO

Indice

1	PRESENTAZIONE DEL CASO CLINICO	3
2	VALUTAZIONE INIZIALE	7
3	CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	18
	BIBLIOGRAFIA	20



Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

1 Presentazione del caso clinico

Il caso clinico riguarda un soggetto di sesso femminile di anni 45, coniugata senza figli, che ha presentato nel corso della sua vita uno stato di sovrappeso ingravescente fino ad una condizione di grave obesità. Da sottolineare che in famiglia non si rilevano stati di obesità e che genitori, fratello e parenti prossimi, presentano normopeso o lieve sovrappeso. La disfunzione, in questo caso specifico, è dovuta ad una scorretta abitudine alimentare con un atteggiamento bulimico in gran parte scatenato da fattori psicologici-affettivi: la perdita precoce del padre, per patologia neoplastica, e la presenza di una madre convivente eccessivamente premurosa, a volte invadente. E' chiaro che la bulimia era riferita soprattutto ai carboidrati e che le abitudini alimentari non tenevano conto della corretta distribuzione dei pasti e della adeguata assunzione di acqua. Nel corso degli anni i vari tentativi di diete dal "Fai da te" ad altre svariate adesioni a programmi dietetici pubblicitari (giornali e mass media), oppure prescritte da medici e dietologi con o senza integratori o sostituti di pasti a basso contenuto calorico non hanno mai prodotto un risultato utile e duraturo se non periodi brevi di scarso calo ponderale ed effetto "ping pong" con stato clinico di astenia fisica e calo di umore e reattività che negli anni era diventato un "modus vivendi" avvertito soggettivamente come malattia. Per questo motivo veniva presa in considerazione una soluzione chirurgica bariatrica essendo presenti anche i requisiti richiesti per un tale metodica; infatti affinché sia indicata la terapia chirurgica nell'obesità grave occorrono precise indicazioni codificate già nel 1991 da un gruppo di esperti che sono le seguenti:

- BMI > 40 Kg/m² (o BMI > 35 Kg/m² se già presenti patologie associate all'obesità)
- Eta compresa tra 18 e 60 anni
- Obesità superiore ai 5 anni
- Dimostrato fallimento di precedenti tentativi di perdere peso con tecniche non chirurgiche

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

- Piena disponibilità ad eseguire controlli medici per tutta la vita dopo l'intervento chirurgico

Le controindicazioni all'approccio chirurgico sono le seguenti:

- Obesità secondaria a causa endocrinologica suscettibile di trattamento specifico
- Rischio operatorio troppo alto
- Presenza di patologie gravi non legate all'obesità
- Malattie psichiatriche severe
- Abuso di alcol o di droghe
- Bulimia nervosa

Nel caso specifico dobbiamo affermare che non era presente alcuna patologia o altra controindicazione e che tutti gli esami ematochimici e strumentali eseguiti nel corso degli anni non avevano mai mostrato alterazioni se non una graduale riduzione dei valori di sideremia e ferritina e relativa lieve anemia come conseguenza di una non corretta alimentazione.

Pertanto veniva programmato(per metà anno 2015) un tipo d'intervento di *"Restrizione gastrica con gastrectomia verticale parziale "* per ottenere un controllo efficace del peso corporeo a lungo termine, agendo solo sulla riduzione del volume dello stomaco causando un precoce senso di sazietà e riduzione del senso di fame, senza interferire su processi funzionali di assorbimento dei nutrienti (tipo diversione bilopancreatica; interventi di duodenal switch; by-pass bilio-intestinale).

SCELTA TRA 3 TIPOLOGIE DI TECNICHE CHIRURGICHE

1

Interventi gastrorestrittivi

riduzione del cibo con prevalente azione meccanica



Bendaggio gastrico regolabile



Gastroplastica verticale Mason/McLean



Gastroplastica verticale Magenstrasse/Mill



Gastrectomia verticale parziale (Sleeve gastrectomy)

2

Interventi misti

Abbinano le due componenti: gastrorestrizione e malassorbimento



Bypass gastrico



Bypass gastrico funzionale su gastroplastica verticale (Amenta-Cariani)



Bypass gastrico funzionale su bendaggio gastrico



Mini Bypass gastrico

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

3

Interventi malassorbitivi

Riducono l'assorbimento del cibo e quindi di energia



Diversione
bilio-pancreatica
(Scopinaro, Marceau,
Vassallo)



Diversione
bilio-pancreatica
con duodenal switch



Diversione
bilio-pancreatica
con conservazione
dello stomaco
(Vicenza-Padova)

PEGASO

Università Telematica

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

2 Valutazione iniziale

Nel corso della sua storia clinica è venuta all'osservazione e quindi studiata con esame BIA nell'anno 2014: era letteralmente distrutta da un punto di vista psicologico perché aveva provato di tutto, secondo la sua opinione ,in modo più o meno corretto ,senza nessun risultato concreto; dall'anamnesi nutrizionale si evidenziavano i chiari errori alimentari sia per scelta di tipologia di alimento che per distribuzione dello stesso, inoltre beveva poco, faceva uso di bevande zuccherate e quando assumeva acqua sceglieva di solito acqua gasata, introduceva poca frutta e verdura e prediligeva i carboidrati. Il peso rilevato al momento della visita, Kg 154 ed un'altezza di cm 170. Gli altri dati antropometrici evidenziati nel test rendono idea dell'aspetto e dello stato clinico:

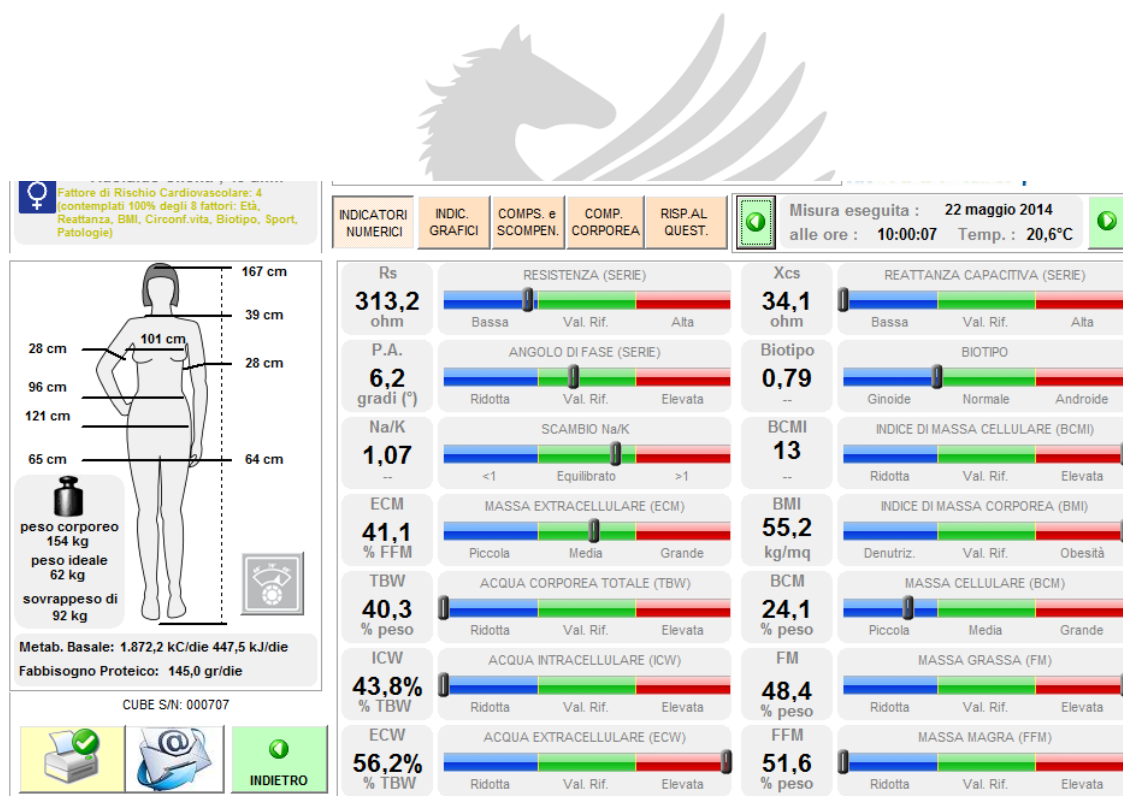


FIG.1 ANNO 2014

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

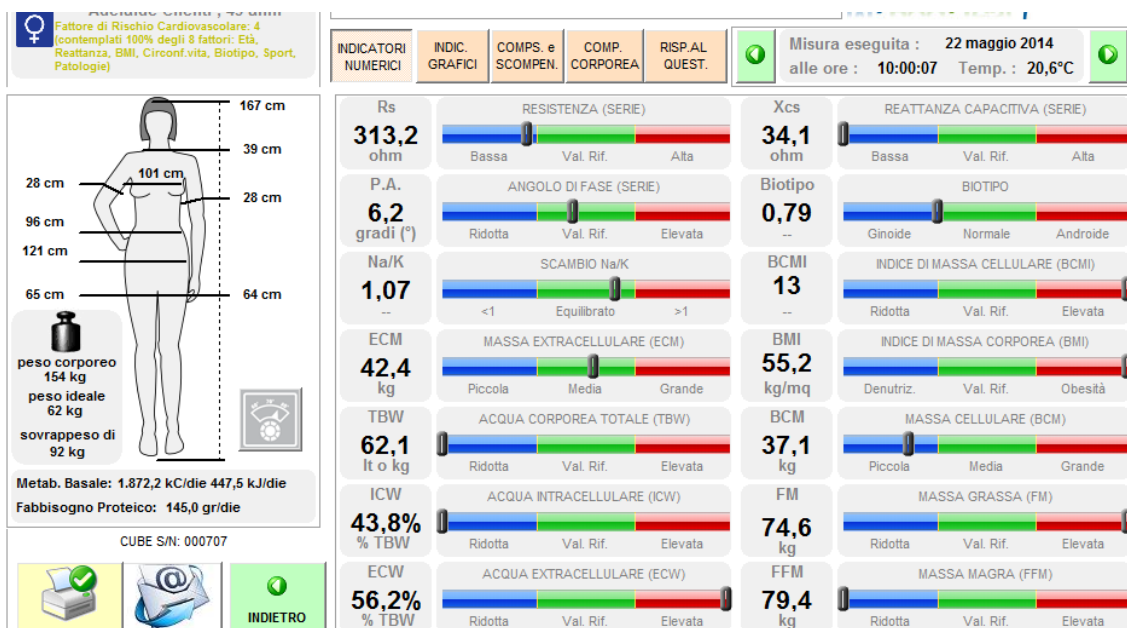


FIG.2 ANNO 2014

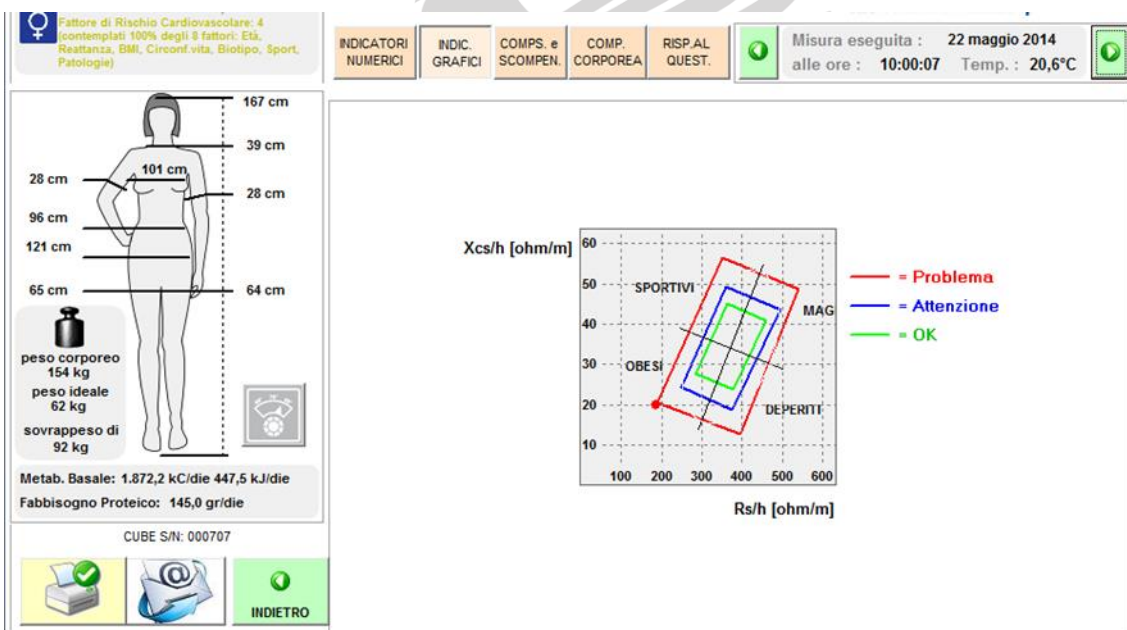


FIG.3 ANNO 2014

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

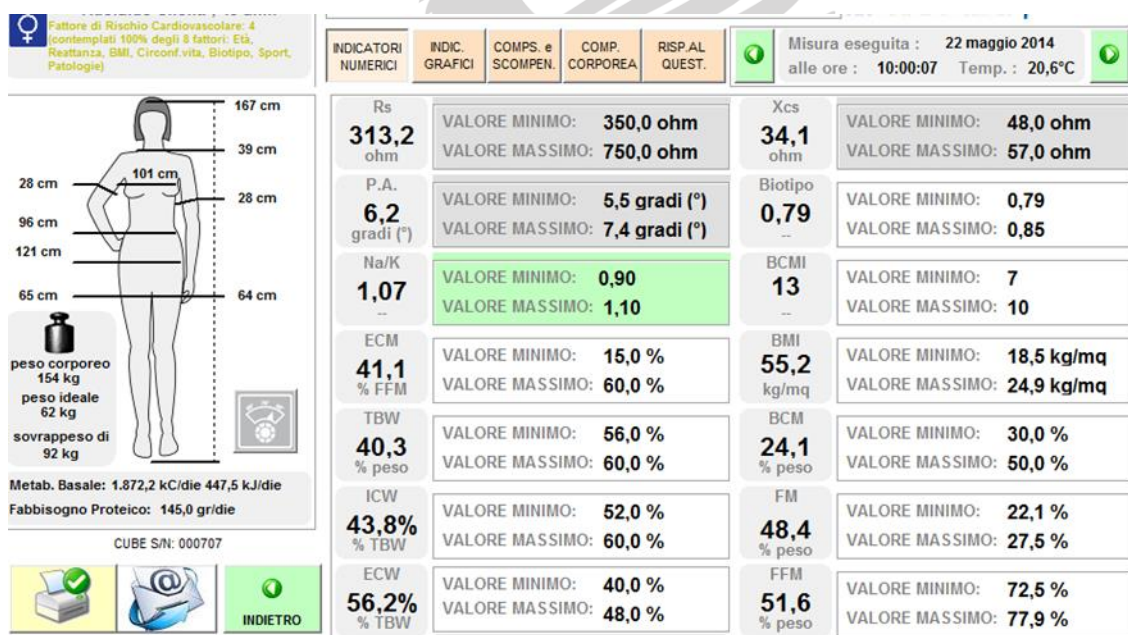
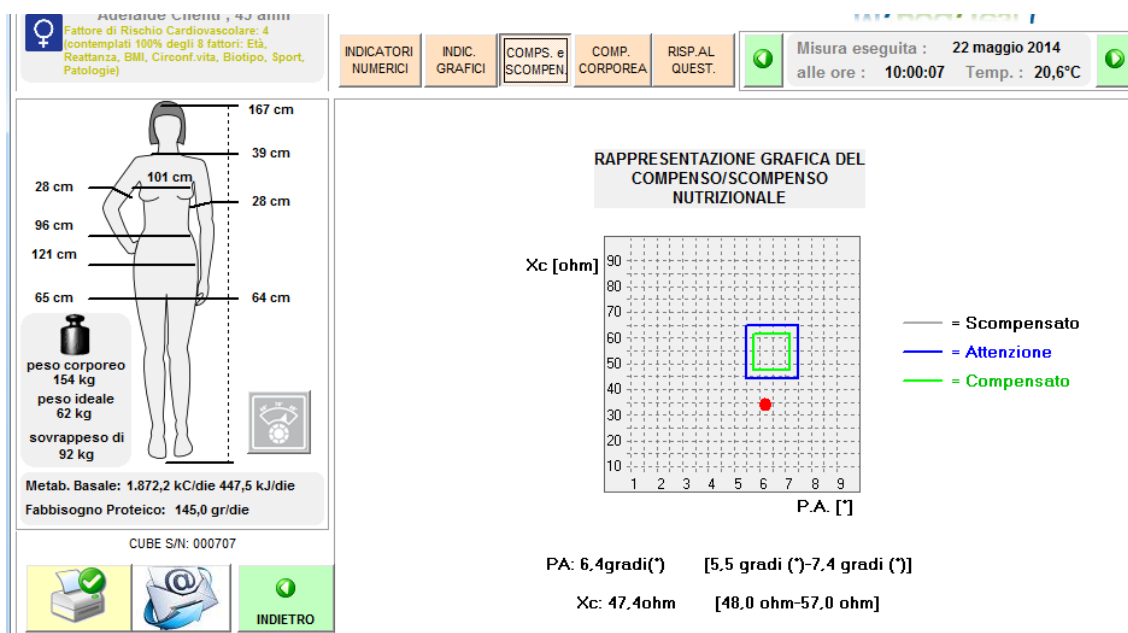


FIG.5 ANNO 2014

Questo primo test evidenziava il chiaro quadro di obesità con una Reattanza bassa, stato di ipoidratazione con acqua totale ridotta e stato di ritenzione con acqua extracellulare (ECW) elevata

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

,acqua intracellulare ridotta e massa cellulare(BCM) bassa. In questa fase il soggetto in esame stanco e demotivato , dopo i vari tentativi di perdita di peso, chiedeva soluzioni sicure e decisive e già accarezzava l'idea dell'intervento chirurgico bariatrico.

Per questo motivo risultava perdente un'ulteriore tentativo di approccio dietologico, per cui veniva consigliato un atteggiamento alimentare corretto con distribuzione dei pasti in tre principali + due spuntini ed aumento dell'assunzione di acqua e sali minerali, una quota glicidica e lipidica ridotta ed un apporto appropriato di proteine, in attesa di un controllo chirurgico per la programmazione di un intervento chirurgico.

L'intervento chirurgico veniva eseguito nel mese di luglio 2015.

A controllo clinico a circa sei mesi dell'intervento, l'aspetto esteriore era decisamente migliorato (Peso Kg 112), anche se appariva un po' stanca e pallida; gli esami ematochimici quasi tutti nella norma tranne un'anemia sideropenica con eritrociti intorno ai 3.300.000 ed un emoglobina intorno ai 10 g/dl; non stava assumendo integratori proteici, ma solo un polivitaminico del complesso B. Atteggiamento psicologico nettamente migliorato, era più sorridente e fiduciosa anche se dai suoi discorsi, il cibo era il nemico da sconfiggere e da tenere in stretta sorveglianza; affermava di aver rifiutato un integratore proteico in polvere preferendo assumere cibi abituali.

Di seguito il relativo test BIA :



Fig 1 Gennaio 2016

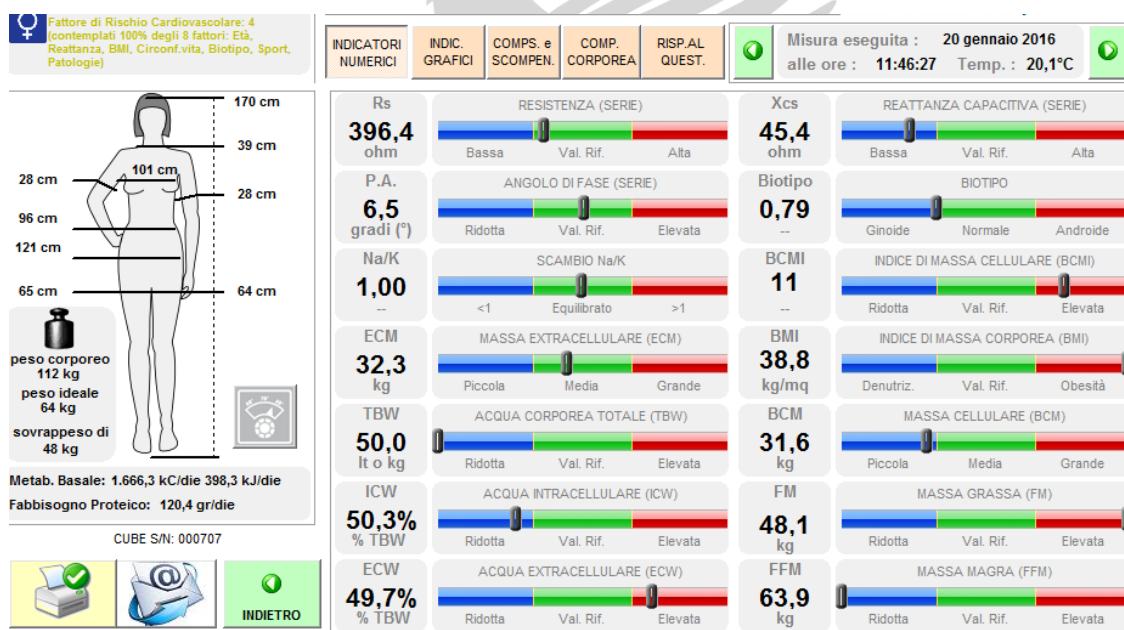
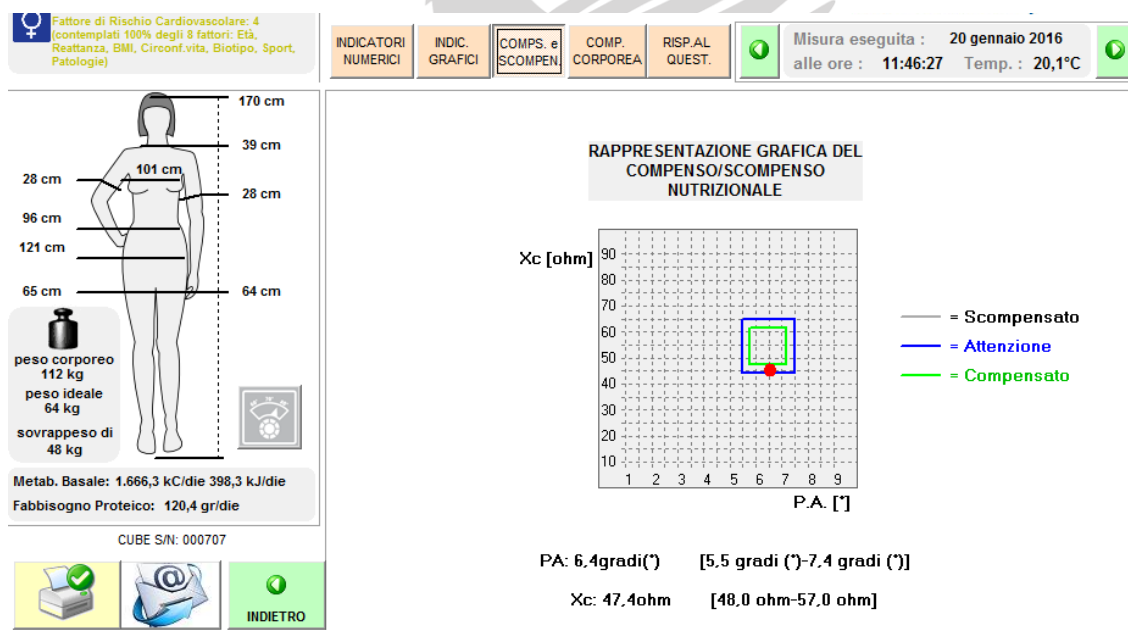
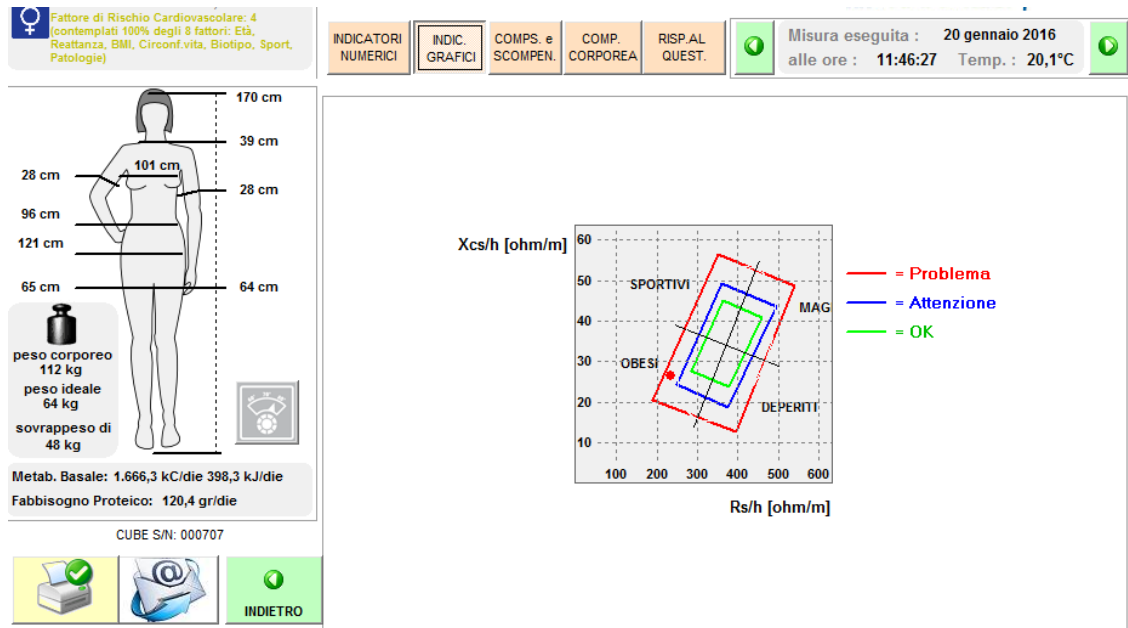


Fig 2 Gennaio 2016

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)



Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

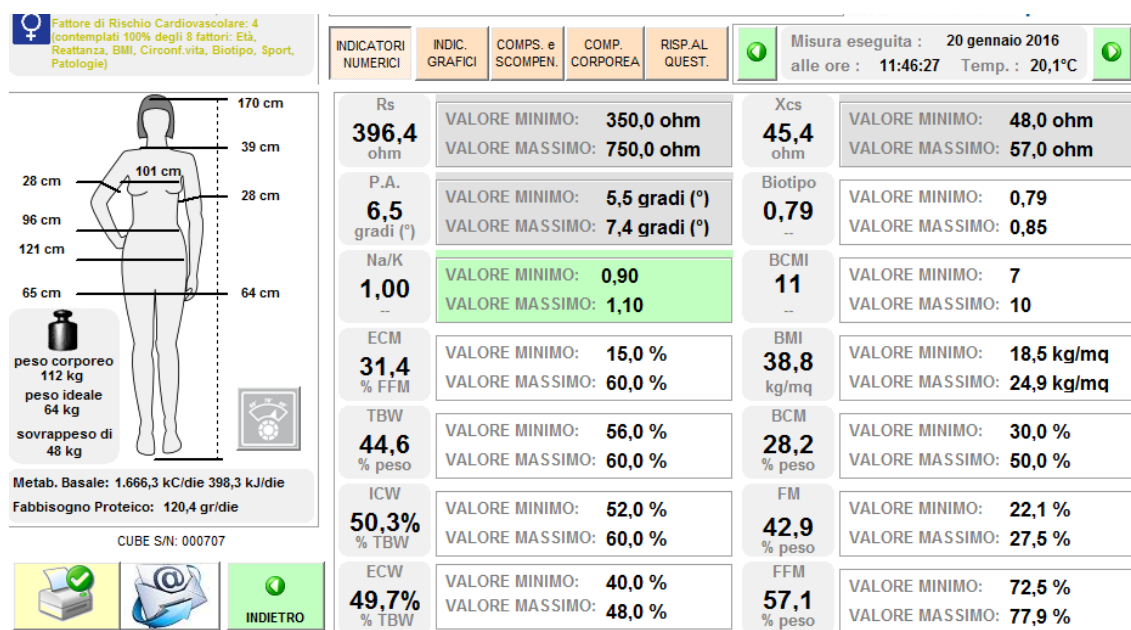


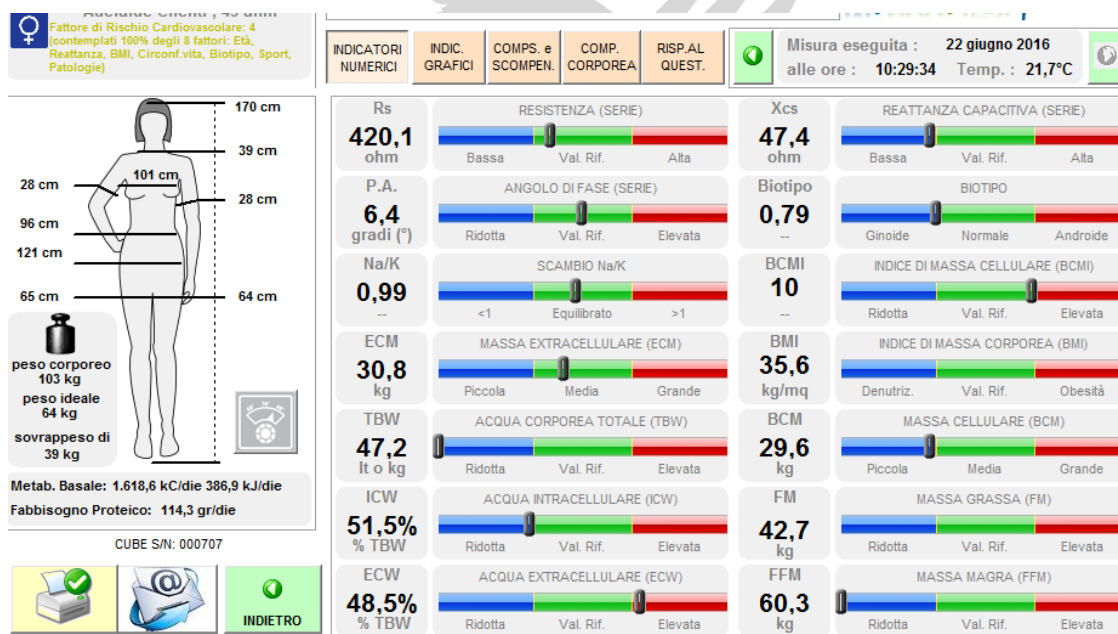
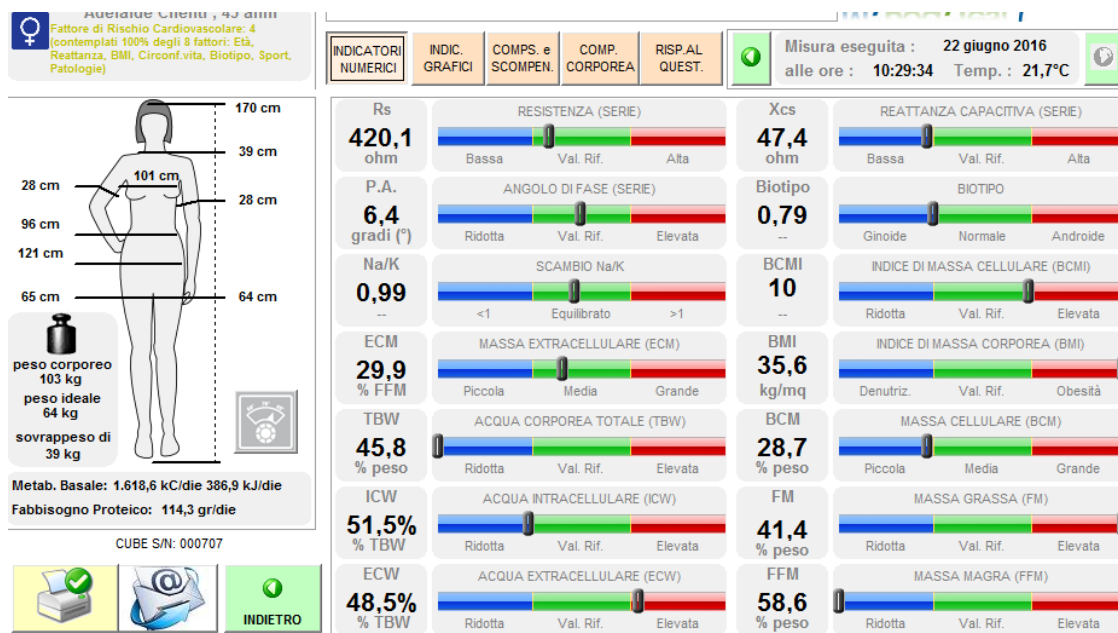
Fig.5 Gennaio 2016

I risultati BIA mostravano un netto miglioramento dello stato nutrizionale: si notava un aumento della Reattanza; un aumento dell'acqua totale con tendenza al riequilibrio dell'acqua intra/extracellulare; una massa cellulare (BCM) in aumento, una massa extracellulare che tendeva a ridursi e a meglio rapportarsi con la massa cellulare, per cui si aveva un angolo di fase in miglioramento con diminuzione dello stato ossidativo ed infiammatorio sistemico, come era possibile osservare dal grafico Compenso /Scompenso.

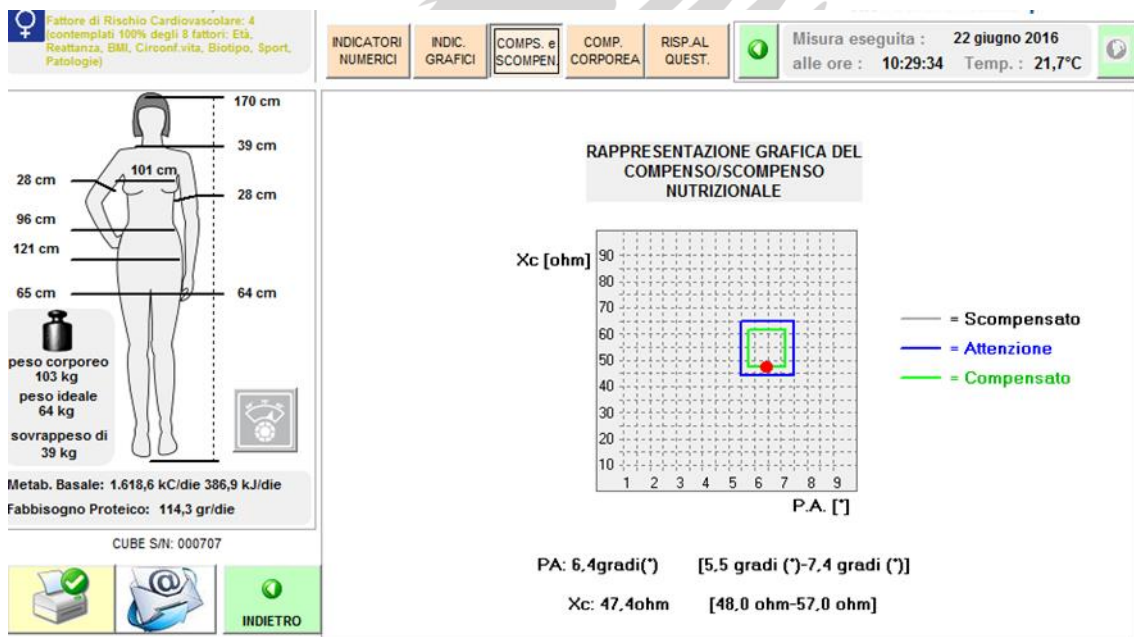
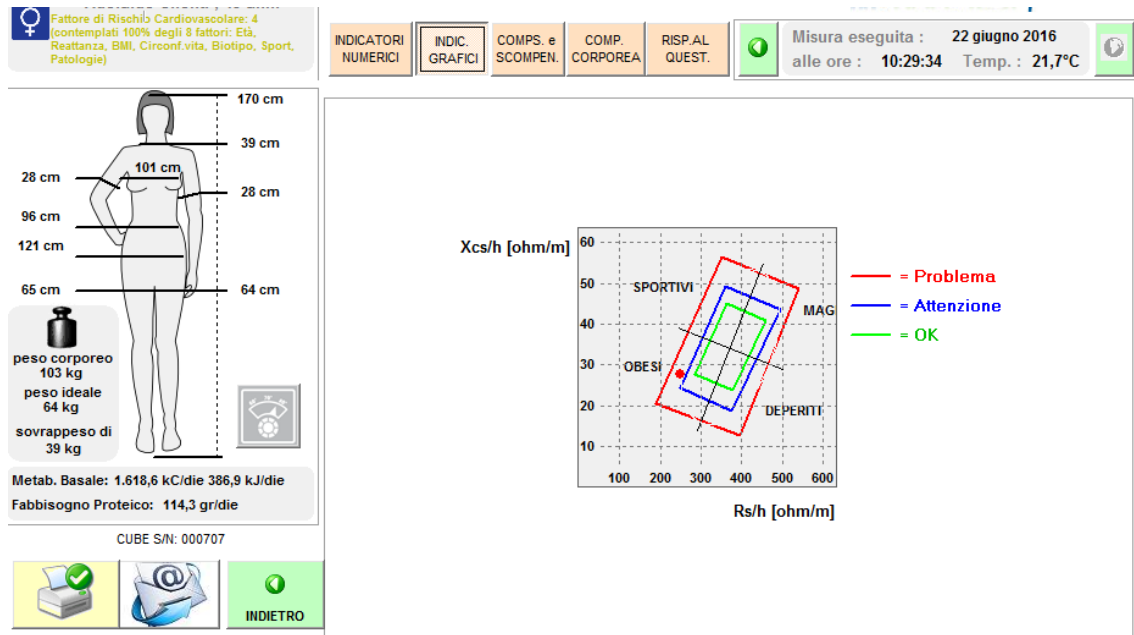
Quindi non si era a livelli di normalità, ma si notava tendenza a migliorare.

Ad undici mesi dall'intervento chirurgico le condizioni cliniche risultavano ulteriormente migliorate; peso Kg 103 ed i parametri BIA erano i seguenti:

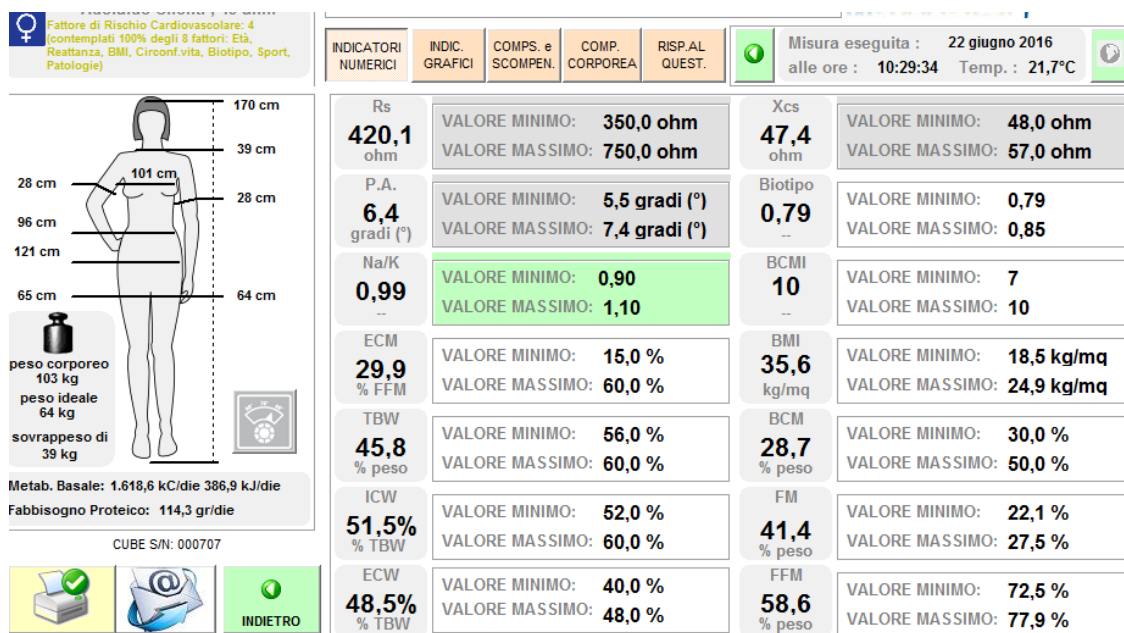
Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)



Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)



Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)



Si notava un netto miglioramento dello stato idrico con un rientro ai limiti dell'acqua extracellulare, la Reattanza restava comunque bassa cos  come la Massa Cellulare, segno di un apporto proteico non ottimale, tuttavia un buon rapporto tra Massa Extracellulare e Massa Cellulare, assicuravano un angolo di fase accettabile con uno stato ossidativo/infiammatorio sotto controllo ;infatti il grafico Compenso/Scompenso indicava una situazione ai limiti del compenso.

TABELLA RIASSUNTIVA DEI VALORI BIA :

	RES.(R)	REA T.(Xc)	A	E CM	T BW	I CW	E CW	B CM
	312, 2 ohm	34, 1 ohm	,2	4 2,4 Kg	6 2 Kg	4 3,8%	5 6,2%	3 7,1 Kg
	396, 4 ohm	45, 4 ohm	,5	3 2,3 kg	5 0 Kg	5 0,3%	4 9,7%	3 1,6 Kg

Attenzione! Questo materiale didattico   per uso personale dello studente ed   coperto da copyright. Ne   severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

	420,	47,		3	4	5	4	2
	1 ohm	4 ohm	,4	0,8 Kg	7,2 Kg	1,5%	8,5%	9,6 Kg



Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

3 Considerazioni conclusive

Il ricorrere alla terapia chirurgica bariatrica nei casi di insuccesso dell'approccio dietologico nell'obesità grave è senz'altro una metodica valida e risolutiva non scevra comunque da pericoli o complicanze che vanno da quelle relative all'atto chirurgico in fase acuta, a quelle a distanza nei casi in cui si adottino tecniche che influenzano l'assorbimento dei nutrienti. Uno però degli aspetti più importanti resta l'aspetto psicologico del soggetto, il suo atteggiamento di autostima e quello verso il cibo. Nella pratica clinica, dopo il penoso periodo prechirurgico fino alla decisione dell'intervento, e nell'immediato dopo intervento, i risultati relativi alla veloce perdita di peso innescano un meccanismo di netto miglioramento dell'umore e dell'autostima: il soggetto tende a guardarsi con occhio diverso, pieno di speranza e comincia a rivolgersi intorno fiducioso del futuro; questo è uno dei risultati più importanti che se associato ad un corretto stile di vita e di ritrovato sano e corretto equilibrio nutrizionale, assicura il successo pieno ed auspicabile. Spesso però questa fase di grande positività ed ottimismo comincia ad associarsi ad una considerazione del cibo quale nemico da controllare e da sconfiggere, piuttosto che il nuovo alleato con cui iniziare un nuovo cammino. Per questo motivo si comincia ad autoridurre l'alimentazione e a boicottare indicazioni dietetiche che prevedono quantità adeguate ed integrazioni, sicuri di poter raggiungere risultati ancora migliori e più rapidi, ma causando di fatto uno stato di deperimento organico e sfociando in un atteggiamento "ANORESSICO".

Questo è quanto si è verificato nel soggetto in esame che non ha rispettato i consigli nutrizionali dopo l'intervento e ha progressivamente ridotto l'apporto nutrizionale proteico, e non ha rispettato la distribuzione dei pasti giornalieri; ha rifiutato inoltre ogni tipo di integrazione convinta in questo modo di accelerare il calo ponderale e raggiungere un peso ottimale. Diventa estremamente importante in questa fase l'utilizzo della BIA per controllare l'effettivo stato nutrizionale e per convincere il soggetto ad aderire ai consigli alimentari al fine di evitare uno stato

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

non di dimagrimento ma di deperimento organico con stato ossidativo/infiammatorio ed aumentato rischio di patologia e danno d'organo .



Bibliografia

- Fonte dispositivo My Body Test Cube



Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)