

Factsheet

Chirurgia bariatrica – visite di controllo

Creato da: Corinne Chmiel

Ultima revisione: 01/2023 / **Ultima modifica:** 01/2023

PDF erstellt am: 02.03.2024

Link: <https://www.medix.ch/it/conoscenza/linee-guida/chirurgia-bariatrica-visite-di-controllo/>

1. Introduzione

Esistono numerose linee guida internazionali e nazionali, alcune delle quali presentano notevoli differenze. La SMOB (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders/Società Svizzera per lo Studio dell'obesità morbosa e dei Disturbi Metabolici) ha redatto delle linee guida per l'assistenza post-bariatrica in Svizzera. Secondo queste linee guida, i centri bariatrici sono obbligati a garantire ai loro pazienti un'assistenza di follow-up per tutta la vita. Tuttavia, spesso i pazienti preferiscono farsi seguire dal medico di famiglia, soprattutto a medio termine. E quindi importante che i medici di base dispongano di un modello di follow-up basato sull'evidenza. Questo foglio informativo ha lo scopo di garantirlo.

2. Controlli regolari

I controlli clinici in caso di decorso senza problemi variano un po' a seconda del centro, di solito due, quattro, otto e dodici settimane post-operatorie, poi ogni tre mesi. Nel secondo anno post-operatorio ogni sei mesi, poi annualmente, più frequentemente e in modo specifico se ci sono problemi. Le visite di follow-up comprendono non solo un controllo di laboratorio, compresi i nutrienti (tabella 2), ma anche il controllo del peso e della pressione sanguigna, l'aggiustamento dei farmaci in base alle comorbidità e i consigli su dieta ed esercizio fisico. Sebbene le istruzioni nutrizionali dettagliate e la valutazione della situazione dei micronutrienti siano standard già prima della chirurgia bariatrica, è importante monitorare regolarmente anche in seguito.

Lista di controllo per controlli regolari

Suture	<ul style="list-style-type: none"> Rimozione di solito 10–14 giorni dopo l'operazione, come indicato nella scheda di dimissione
Generale	<ul style="list-style-type: none"> La profilassi della trombosi è raccomandata per 3 settimane dopo l'intervento, poi a seconda della mobilità e dei fattori di rischio Sviluppo del peso Adattamento dei farmaci in caso di malattie concomitanti Valutazione del comportamento alimentare e consulenza appropriata, partecipazione agli appuntamenti con la consulenza alimentare? Motivare per attività sportiva Incoraggiamento a partecipare a gruppi di auto-aiuto Screening delle malattie mentali, compreso il comportamento di dipendenza Controllare l'integrazione per prevenire carenze dovute a malnutrizione o malassorbimento Controlli di laboratorio specifici vedi tabella 2
Disturbi gastrointestinali	<ul style="list-style-type: none"> Domande mirate sui sintomi: dolore addominale, vomito, movimenti intestinali, reflusso, sintomi di dumping Poiché fino a ¼ dei pazienti post-bariatrici sviluppa un'ulcerazione gastrica, si raccomanda l'uso di inibitori della pompa protonica (40 mg/giorno) per almeno 6 mesi dopo qualsiasi intervento chirurgico, seguito da una lenta riduzione in base ai sintomi A causa della composizione biliare alterata e della rapida perdita di peso, i calcoli biliari sintomatici sono comuni. Pertanto, si raccomanda la somministrazione profilattica di acido ursodesossilico 300mg 2 volte al giorno per 6 mesi se è presente la cistifellea
Diabete mellito Ipertensione arteriosa	<ul style="list-style-type: none"> Il calo della pressione arteriosa e della glicemia dopo la chirurgia bariatrica è intenzionale e prevedibile, per cui si rende necessario un attento follow-up con eventuale aggiustamento della terapia farmacologica fissa
Anticoagulazione orale (OAC)	<ul style="list-style-type: none"> Dopo la sovrapposizione dell'eparinizzazione adattata al peso (LMWH), la terapia con antagonisti della vitamina K (VKA, fenprocoumon/Marcoumar®) è preferibile alla nuova OAC diretta (dati insufficienti e migliore monitorabilità in caso di assorbimento fortemente modificato e variazione di peso) Dopo l'intervento, l'INR deve essere monitorato attentamente e la dose deve essere adattata alla situazione nutrizionale. Nelle prime 6 settimane è tipico un ridotto fabbisogno di VKA; nel corso del tempo, il dosaggio torna solitamente al livello preoperatorio
Contracezione	<ul style="list-style-type: none"> E raccomandato la contraccezione per un totale di 2 anni dopo l'intervento. La gravidanza prima non è raccomandata Bypass gastrico: a causa dell'incerto assorbimento si consigliano contraccettivi parenterali o intrauterini (consultarsi con la ginecologa) Gastrectomia a manica: non è necessario alcun adeguamento (contraccezione orale okay)
Farmaci con un range terapeutico ristretto (ad es. litio, anticonvulsivi)	<ul style="list-style-type: none"> Tutti gli interventi bariatrici alterano l'assorbimento e la biodisponibilità dei farmaci, perciò ci vuole un attento monitoraggio dei livelli
Osteodensitometria (densità ossea, misurazione DXA)	<ul style="list-style-type: none"> I controlli DXA di routine vengono spesso eseguiti nei centri a intervalli regolari (ad es. 2, 5 e 10 anni postop). Il beneficio di questi controlli <u>non</u> è dimostrato. In ogni caso, l'osteodensitometria viene eseguita alla visita iniziale (preop)

3. Gestione nutrizionale compreso i micronutrienti

Integrazione

- A causa delle dimensioni ridotti dei pasti e del malassorbimento esiste il rischio di carenza di micronutrienti e proteine dopo un intervento bariatrico. Pertanto, per tutti i pazienti può essere

opportuno consumare degli integratori alimentari, di solito con un **preparato multivitaminico minerale** (preparato MVM)

- Il calcolo esatto del fabbisogno di integrazione dipende anche dalle abitudini alimentari del paziente. Il calcolo del fabbisogno è di competenza della consulenza nutrizionale. La tabella 1 mostra i valori della linea guida
- Le raccomandazioni riguardano la **profilassi di una carenza**. In caso di carenza accertata o di sintomi corrispondenti, è necessario adeguare il dosaggio
- Non ci sono dati o raccomandazioni sulla durata della supplementazione profilattica dopo **LAGB (Laparoscopic Adjustable Gastric Banding) o SG (stomaco tubolare)**
- Per tutti i **bypass** si dovrebbe somministrare un'**integrazione a vita**. A seconda della dieta e delle procedure chirurgiche, è possibile fornire un'integrazione almeno parziale di macro- e micronutrienti
- **Integrazione standard**
 - **Preparato MVM 1 x/giorno** (non coperto dall'assicurazione malattia, ad es. Supradyn[®], FitForMe[®])
 - **1'200–1'500 mg di calcio al giorno** (cibo e integratore calcolati insieme): inizialmente 2 volte al giorno Calcimagon D3 (500 mg di calcio) in caso di ridotto assorbimento postoperatorio e di abitudine alimentari cambiate; a partire da 3 mesi dopo l'intervento determinare l'apporto di calcio con gli alimenti e adeguare la supplementazione
 - **3'000 UI di vitamina D**, adeguare in base ai livelli plasmatici vedi tabella 2.

Tabella 1: Integrazione profilattica dopo chirurgia bariatrica o metabolica

	SG	pRyGB	BPD-DS
Proteine	> 60 g/d	> 60 g/d	> 90 g/d
Acido folico	Preparato MVM 2 x/d	600 mcg	
Vitamina B1	Preparato MVM, nessuna raccomandazione sul dosaggio		
Vitamina B12	Via orale: 1'000 mcg/d Intramuscolare: 1'000–3'000 mcg ogni 3–6 mesi		
Vitamina A	Preparato MVM 2 x/d	1 x 10'000 UI/d	
Vitamina D	Almeno 3'000 UI/d, concentrazione sierica > 30 ng/ml		
Vitamina E, K	Preparato MVM 2 x/d, nessuna raccomandazione sul dosaggio		
Calcio citrato	1'800–2'400 mg/d		
Ferro	Preparato MVM 2 x/d	50 mg/d	2 x 100 mg/d
Magnesio citrato	200 mg/d		
Zinco	Preparato MVM 2 x/d	8–15 mg/d	
Rame Selenio	Nessuna raccomandazione	Preparato MVM 2x/d con 2 mg/d di rame	
Preparato MVM = Preparato multivitaminico minerale. Scegliere un preparato con abbastanza micronutrienti SG: stomaco tubolare; pRYGB = bypass gastrico Roux-en-Y; BPD-DS = diversione biliopancreatica con switch duodenale			

Monitoraggio

- Poichè i **sintomi di carenza non sono rari** nonostante la supplementazione, si raccomanda il monitoraggio dei micronutrienti a determinati intervalli e seconda del metodo chirurgico. L'entità di questi controlli varia notevolmente in base alle varie linee guida nazionali ed internazionali. Tuttavia, pochi di questi controlli raccomandati sono basati sull'evidenza!
- Oltre al **costo considerevole** di un'ampia e non mirata analisi regolare dei micronutrienti, si deve anche considerare la **limitata validità** dei bassi livelli plasmatici nel rilevare vere carenze di micronutrienti. Ad esempio, è noto che bassi livelli plasmatici di zinco, magnesio o selenio non sempre riflettono una carenza intracellulare
- Si raccomandano solo controlli standard dei seguenti micronutrienti a intervalli regolari con almeno qualche evidenza scientifica (tabella 2): **calcio sierico, ferritina, vitamina B1 e B12, vitamina D e acido folico**
- **I controlli dei micronutrienti rimanenti** dovrebbero essere eseguiti **solo in base ai sintomi clinici** con qualsiasi evidenza di carenza di nutrienti e controllati individualmente in base alle abitudini alimentari
- Alcuni di questi sintomi possono essere lievi, come la perdita della visione notturna o i problemi di memoria e di cognizione. Altri sintomi di carenza sono più evidenti, ad esempio la fragilità delle unghie

o la perdita di capelli. Le indicazioni di carenze specifiche sono riportate nella tabella 3.

Tabella 2: Controlli di laboratorio postoperatori in corso non complicato

	SG	pRYGB	BPD-DS
	Dopo 6 e 12 mesi, poi annualmente	Dopo 3, 6 e 12 mesi, poi annualmente (semestralmente per i bypass distali)	
Emocromo/CRP	✓	✓	✓
Hba1c	Se inizialmente patologico e in base del profilo di rischio individuale (vedi GL Check-up*)		
Valori epatici	Se inizialmente patologico e in base del profilo di rischio individuale		
Creatinina	Se inizialmente patologico e in base del profilo di rischio individuale		
Lipidi	In base del profilo di rischio individuale (vedi GL Check-up*)		
Calcio	✓	✓	✓
Acido folico	✓	✓	✓
Ferritina	✓	✓	✓
25-OH-Vit D	✓	✓	✓
Vitamina B1	✓	✓	✓
Vitamina B12	✓	✓	✓
Proteine			
Vitamina E	Se desidera una gravidanza		
Vitamina K			
Vitamina A	Se desidera una gravidanza		
Rame			
Selenio			
Zinco			
Paratormone			
INR/Quick	Se desidera una gravidanza		
Densità ossea (DXA)	Solo in caso di rischio individuale particolare		
Nota: gli esami in grassetto sono obbligatori, gli altri sono facoltativi/individuali			
SG = stomaco tubolare; pRYGB = bypass gastrico Roux-en-Y; BPD-DS = diversione biliopancreatico con switch duodenale			

* [GL Check-up](#)

Tabella 3: Indicazioni cliniche dei sintomi da carenza dopo la chirurgia bariatrica

Sostrato	Sintomi/conseguenze
Vitamina D	Ipocalcemia, osteomalacia, crampi, dolori muscolari, rischio di fratture aumentato, tendenza a cadere
Vitamina B12	Anemia megaloblastica, polineuropatia, problemi di concentrazione
Acido folico	Anemia macrocitica, rischio di spina bifida
Ferro	Anemia, perdita di capelli, stanchezza, ragadi agli angoli della bocca, alterazioni delle unghie
Zinco	Disturbi della guarigione delle ferite, difetti della mucose, eruzioni cutanee, impotenza, funzione immunitaria alterata, alterazioni delle unghie
Vitamina A	Xeroftalmia, cecità notturna, perdita del gusto (raramente dopo BPD)
Vitamina E	Oftalmoplegia, neuropatia periferica, emolisi (raramente dopo BPD)
Vitamina K	Disturbi della coagulazione (raramente dopo BPD)
Vitamina B1	Intorpidimento/formicolio delle estremità, vomito, confusione, atassia, encefalopatia di Wernicke, Beri Beri
Vitamina B6	Acne, ragadi agli angoli della bocca
Selenio	Disfunzione muscolare scheletrica, cardiomiopatia
Rame	Anemia normocromica normocitica, neutropenia, atassia

4. Controlli strumentali

A seconda del metodo chirurgico, alcuni centri raccomandano controlli radiologici o endoscopici approfonditi in intervalli regolari, come l'ecografia addominale, il pap test, l'esofagogastroduodenoscopia ecc. Questa procedura **non** è basata sull'evidenza. Perché le complicanze sono rare*, i controlli strumentali dovrebbero essere presi in considerazione **solo in caso di sintomi individuali**.

* Incidenza: nelle mani di chirurghi esperti nei centri, il numero di complicanze intraoperatorie e postoperatorie gravi è basso

- Tasso di complicanze intraoperatorie 0,69–5 %
- Tasso di complicanze precoci 0,2–10 %
- Tasso di mortalità perioperatoria 0,08 %
- Tasso di riammissione precoce 2,75 %
- Tasso di rioperazione precoce 0,7–7,6 %.

5. Situazioni particolari (complicanze)

5.1. Emergenze legate all'intervento chirurgico -> reparto di emergenza

Diagnosi	Sintomi	Caratteristiche particolari
Insufficienza della sutura	Dolore addominale acuto, calo dell'emoglobina	Di solito 10–14 giorni postoperatorio
Infezione della ferita	Dolore da pressione o indurimento nella zona dei trocar	Arrossamento e ipertermia sono spesso assenti all'inizio a causa dell'obesità
Stenosi gastroenterostomatica dopo bypass gastrico	Assunzione di cibo non possibile, in casi estremi anche di liquidi	Di solito 4–6 settimane postoperatorio, ma può verificarsi anche anni più tardi
Ernia interna	Dolore addominale persistente di tipo colico	Può verificarsi in qualsiasi momento, in particolare anche anni più tardi

5.2. Complicanze legate all'alimentazione -> invio tempestivo al centro per l'obesità

Diagnosi	Sintomi	Caratteristiche particolari
Sindrome di dumping	Nausea, diarrea, cefalea, vampate di calore, tachicardia	Si verifica in circa il 50 % dei pazienti dopo un intervento chirurgico, soprattutto se non si attengono alle istruzioni dietetiche postoperatorie
Sviluppo di intolleranze alimentari, malassorbimento	Flatulenza, diarrea, dolore addominale/colica, steatorrea	
Aumento di peso secondario		Frequente a partire da 2 anni postop
Nefrolitiasi	Dolori al fianco e alla schiena	Più comune con la chirurgia malassorbitiva (BPD; bypass distale) Spesso interpretata erroneamente come sindrome spondilogenica vertebrale

5.3. Complicanze psichiatriche -> invio tempestivo al centro per l'obesità e/o al servizio di consultazione psichiatrica

Diagnosi	Sintomi	Caratteristiche particolari
Psicofarmacoterapia	Peggioramento della malattia mentale, comparsa di effetti collaterali	Se necessario, aggiustare la dose e determinare i livelli plasmatici, eventualmente cambiare i farmaci
Sintomi depressivi	Mancanza di gioia e di interesse, disturbo pulsionale, alterazioni del sonno e dell'appetito, pensieri suicidi	Può portare ai problemi di aderenza, soprattutto in caso di perdita di peso insufficiente
Peggioramento di malattie mentali preesistenti, autolesionismo, suicidio	Deve essere indagato attivamente e regolarmente. Rischio di suicidio aumentato (4 volte superiore a quello nella popolazione normale)	Suicidalità spesso 2–3 anni postoperatorio e in caso di perdita di peso insufficiente
Disturbi da uso di sostanze (alcol e altre sostanze)	Segni di intossicazione	Possibile sviluppo rapido di un uso dannoso o di una malattia da dipendenza Osservare i parametri di laboratorio
Abbuffate, perdita di controllo dell'alimentazione	Perdita di peso insufficiente, complicazioni somatiche (vedi sopra)	Spesso più tardi nel corso dell'evoluzione

6. Bibliografia

1. S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen. 02/2018.
2. Gebhart, M: Nachsorge von bariatrischen Patienten. *Therapeutische Umschau* (2019), 76(3), 154–160
<https://doi.org/10.1024/0040-5930/a001078>.
3. Hamad G: Bariatric surgery: postoperative and long-term management of the uncomplicated patient. *UpToDate*, aufgerufen 12/2022.
4. Kushner RF, et al.: Bariatric surgery: postoperative nutritional management. *UpToDate*, aufgerufen 01/2023
5. Fink J, et al.: Adipositaschirurgie: Gewichtsverlust, metabolische Veränderungen und Nachsorge. *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119:70-80; DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0359.
6. Ernst B, Schultes B. Mikronährstoffe bei Adipositas und nach bariatrischer Chirurgie. *Gynäkol. Endokrinol. CH*. 2021;24(3):128–37. German. doi: 10.1007/s41975-021-00207-x. Epub 2021 Aug 31. PMID: PMC8406383.
7. Geir Bjørklund, et al.: Follow-up after bariatric surgery: A review. *Nutrition*, Volume 78, October 2020.
8. Widhalm K, Fallmann K: Bariatrische Chirurgie, Mikronährstoffe und Mikrobiota. *Journal für Ernährungsmedizin*, März 2020.

7. Informazioni legali

Questa linea guida è stata creata nel gennaio 2023.

© Verein mediX schweiz

Editrice

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Redazione

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Dr. med. Felix Huber

Dr. med. Uwe Beise

Dr. med. Maria Huber

Autore

Prof. Dr. med. Corinne Chmiel

Questa linea guida è stata preparata senza influenze esterne con la collaborazione di tutte le reti mediche regionali mediX e delle reti mediche associate in Svizzera. Non vi sono dipendenze finanziarie o di contenuto dall'industria o da altre istituzioni o gruppi di interesse.

Le guidelines mediX contengono raccomandazioni terapeutiche per specifici disturbi o situazioni di trattamento. Tuttavia, ogni paziente deve essere trattato in base alla sua situazione individuale.

Sebbene le guidelines mediX siano sviluppate e controllate con grande cura, l'associazione mediX schweiz non può assumersi alcuna responsabilità per la loro correttezza, in particolare per quanto riguarda le informazioni sul dosaggio.

Tutte le guidelines mediX su Internet al indirizzo www.medix.ch

L'associazione mediX schweiz è un'associazione di reti di medici e di medici in Svizzera.

Associazione mediX schweiz, Sumatrastr.10, 8006 Zurigo

Si prega di inviare un feedback a: uwe.beise@medix.ch