

ADI Flash N. 23

La dieta chetogenica in preparazione ad intervento di chirurgia bariatrica

Dott. Stefano Pintus

Dirigente Medico UOC di Chirurgia Bariatrica dell'Azienda Ospedaliera Brotzu - Cagliari

Introduzione

La chirurgia bariatrica si sta affermando sempre di più come terapia di scelta nei quadri di grave obesità non risolvibili con la sola terapia dietetica. È rivolta ad individui con IMC > 40 o > di 35 se in presenza di comorbidità quali diabete, ipertensione, OSAS o artropatie peso-correlate. In questi soggetti, la marcata presenza di grasso viscerale rende spesso difficile l'intervento laparoscopico per il ridotto spazio a disposizione. La densità epatica è poi ridotta dalla frequente presenza di una grave steatosi epatica, che rende il fegato oltre che più ingombrante, molto friabile quando toccato dagli strumenti chirurgici. Per tale scopo è ormai invalso l'uso di sottoporre i pazienti nel periodo preoperatorio ad una dieta fortemente ipocalorica al fine di migliorare tali parametri, permettendo di abbreviare i tempi chirurgici e riducendo il rischio operatorio. Tra le diete più utilizzate si sta fortemente affermando la variante chetogenica della classica VLCD, chiamata VLCKD.

Ultimi dati in letteratura consolidati

Studi randomizzati hanno evidenziato come una dieta fortemente ipocalorica prima dei più diffusi interventi di chirurgia bariatrica (Roux-en-Y gastric bypass e sleeve gastrectomy) modifica positivamente numerosi parametri quali glicemia, PCR, HDL, VLDL, trigliceridi, insulinemia basale, HOMA Index¹⁻⁶. Tali studi hanno inoltre evidenziato che il miglior controllo glicemico raggiunto con una dieta fortemente ipocalorica riduce la probabilità di complicanze post-intervento nei soggetti diabetici⁷. La riduzione del grasso viscerale e della steatosi epatica migliora gli outcomes chirurgici rendendo più semplici gli interventi. Alcuni studi hanno inoltre evidenziato come esista una correlazione tra la percentuale di perdita di peso e i livelli di chetonuria presenti nel soggetto durante la dieta, con una maggior perdita di peso pari al 2% per ogni mg/dl di aumento della chetonuria⁸. Altri studi hanno evidenziato come il miglioramento della resistenza insulinica valutata come HOMA Index e al HbA1C migliorano maggiormente in individui sottoposti a VLCKD rispetto a VLCD⁹. Quando sono stati comparati soggetti sottoposti a VLCKD rispetto a VLCD per tre settimane prima di una Sleeve Gastrectomy, al tempo 0 si è avuta una maggior riduzione del lobo epatico sn e del grado di steatosi rilevata ecograficamente. Il tempo di intervento (95 min vs 1029 ed il liquido di drenaggio post intervento (220 ml vs 335 ml) erano ridotti pur in maniera non significativa. La facilità di accesso era valutata migliore nel gruppo VLCKD così come la manipolabilità del fegato¹⁰.

Rapporto tra Highlights dietetico-clinico-nutrizionali del tema e ricaduta pratica clinica

La dieta chetogenica è ancora spesso vista sotto una luce negativa, soprattutto quando la sua applicazione travalica quello che sono le norme per un uso corretto. Spesso è diventata sinonimo di dieta iperproteica, di dieta costosa e di difficile applicazione nella pratica clinica, prestandosi a numerose varianti più o meno esoteriche. Se applicata in modo corretto e seguita con un attento follow-up può invece avere un suo posto nel corredo del nutrizionista, particolarmente in diete finalizzate ad obiettivi precisi e di breve periodo. I risultati sul controllo glicemico e sul grasso viscerale sono probabilmente i maggiori vantaggi in vista di una chirurgia particolare come quella bariatrica. Questi aspetti hanno infatti portato la Società Italiana della Chirurgia dell'Obesità (SICOB) a suggerire nelle linee guida pubblicate ad ottobre 2016 questo tipo di strategia per 15-30 giorni prima di un eventuale intervento.

Considerazioni conclusive

La chirurgia bariatrica viene spesso praticata su pazienti fragili, con diverse comorbidità tra cui diabete, ipertensione, NASH, NAFLD e con enormi quantità di grasso viscerale. Qualunque pratica in grado di ridurre i tempi operatori e di ridurre le complicanze peri e post-operatorie deve quindi essere valutata con attenzione. Se a ciò si aggiunge il miglioramento metabolico che si ottiene con queste procedure il loro uso va ulteriormente preso in considerazione. Nella pratica clinica del nostro Centro Bariatrico di Eccellenza dell'AOB Brotzu di Cagliari questo tipo di dieta è stata applicata in oltre 300 casi con ottimi risultati sia in termini di perdita di peso che di riduzione delle comorbidità, con un chiaro apprezzamento dei chirurghi che trovano il loro lavoro decisamente facilitato. Ritengo pertanto utile alla luce dei dati di letteratura e della esperienza personale consigliare ai centri che si occupano di chirurgia bariatrica l'inserimento di questa procedura nel proprio bagaglio terapeutico.

Bibliografia

- Stephens DJL, Saunders JK, Belsey S et al. Surg Obes Relat Dis 2008;4:408-15
- Adiranzen Vargas M, Cassinello Fernandez M, Ortega Serrano J. Nutr Hosp 2011;26:1227-30
- Leonetti F, Campanile FC, Coccia F et al. Obes Surg 2015;25:64-71
- Hession M, Rolland C, Kulkarni U et al. Obes Rev 2009;10:36-50
- Feinman RD, Volek JS. Scand Cardiovasc J 2010; 20:249-57
- Lankinen M, Schwab U, Gopalacheryulu PV et al. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2010;20:249-57
- Kwon S, Thompson R, Dellinger P et al. Ann Surg 2013; 257:8-14
- Faria SL, Faria OP, Almeida Cardeal M et al. Surg Obes relat Dis 11(2015) 230-37
- Goday A, Bellido D, Sajoux I, Burguera B et al. Nutrition & Diabetes (2016); 6: 1-7
- Giardiello C, Schiano di Cola R, Silvestri E et al. Surg Obese Relat Dis 11 (2015) 137-138