

Obesità e Chirurgia Bariatrica: aspetti psichiatrici

Riassunto

La valutazione psichiatrica al paziente candidato a chirurgia bariatrica viene oggi largamente riconosciuta come elemento fondamentale di un approccio multidisciplinare, permettendo di evidenziare differenti outcome metabolici in pazienti sani e con psicopatologie. Risulta fondamentale, oltre al colloquio clinico strutturato, la somministrazione di test psicologici per valutare i livelli motivazionali e di consapevolezza relativi alla scelta di sottoporsi a intervento chirurgico. Ciò diventa indispensabile per capire i fattori che possono predisporre al successo o all'insuccesso nella perdita di peso. In questo lavoro è stato studiato come l'intervento di carattere psicologico diventa indispensabile prima di avviare il paziente obeso ad un percorso di chirurgia bariatrica.

Introduzione

L'obesità, al giorno d'oggi, rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale. Caratteristica di questa patologia, oltre all'aumento del peso e della massa grassa, è il rischio di sviluppare malattie croniche e potenzialmente mortali, quali ipertensione, diabete, dislipidemie, apnee notturne (OSAS) e altre ancora¹. Essa grava sulla qualità di vita dei pazienti, funzionalmente limitati nelle proprie attività quotidiane, rappresentando anche una importante fonte di spesa economica per il Sistema Sanitario Nazionale che dovrà farsi carico di tutte le patologie croniche cui il soggetto obeso andrà incontro.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), già nel 1997, aveva riconosciuto l'obesità come una vera e propria epidemia globale e stima che oggi oltre 600 milioni di pazienti in tutto il mondo siano obesi, con un tasso che supera il 10% della popolazione mondiale.

I numeri più alti si registrano nei paesi occidentali, dove l'industrializzazione e il benessere hanno consentito un più facile accesso a cibi grassi e ipercalorici. Tra questi primeggiano gli USA che, dagli anni '90 a oggi, hanno triplicato i propri tassi di obesità, passando dal 10 al 30% della popolazione². Alla stregua della maggior parte delle patologie croniche, l'obesità presenta una eziologia multifattoriale in cui fattori genetici, ambientali, sociali, psicologici e altri ancora intervengono combinandosi in vario modo nella genesi del quadro clinico.

Sono oltre 40 i geni implicati nella patogenesi della malattia e sono distribuiti in quasi tutti i cromosomi. La maggior parte di essi influisce modificando i caratteri antropometrici, come la distribuzione del grasso corporeo; altri, invece, hanno vari effetti sulla modulazione della secrezione di leptina (ormone rilasciato dalle cellule adipose importante nella regolazione della spesa energetica) o sull'espressione di geni in grado di regolare positivamente l'accumulo di grasso di riserva.

Marco Di Mauro¹, Eugenio Aguglia²,
Enrica Fazio², Antonella Venuti³,
Carmelo D'Urso³, Gianluca Di Mauro⁴,
Francesco Basile⁴, Maurizio Di Mauro³

¹ Dipartimento di Scienze Biomediche e Biotecnologiche,
² UOC Psichiatria, ³ UOC Andrologia ed Endocrinologia,
⁴ UOC Clinica Chirurgica, AOU Policlinico "V. Emanuele",
Università di Catania

Parole chiave

Obesità
Chirurgia Bariatrica
Valutazione Psichiatrica

Indirizzo per la corrispondenza

MARCO DI MAURO
marco.dimauro@unict.it

Tuttavia, se i geni svolgono un ruolo fondamentale, anche il cambiamento delle abitudini alimentari, avvenuto sin dal dopo guerra nei paesi industrializzati, si è reso responsabile del consolidamento di una dieta a maggior consumo di cibi grassi e ipercalorici. Il contestuale cambiamento degli stili di vita, improntati sempre più ad attività sedentarie con scarsa o nulla attività fisica, ha contribuito ad aggravarne il quadro.

In un substrato già così ricco di elementi causali, inoltre, non può non essere preso in considerazione il ruolo della psiche e dei fattori personali nella modifica dei comportamenti alimentari e, di conseguenza, del peso³: i disturbi dell'alimentazione da un lato e il potere mediatico di un'informazione sempre più globalizzata dall'altro, attraverso un consolidamento di falsi miti sull'aspetto esteriore da raggiungere, sono molto spesso responsabili dell'alterata percezione della propria immagine corporea. Ciò ha portato, soprattutto negli ultimi decenni, allo sviluppo di patologie "dei nostri tempi" come l'anoressia, la bulimia e il *binge eating disorder*.

In un quadro così complesso, la diagnosi di obesità diventa dunque rilevante ai fini della classificazione e delle strategie terapeutiche da adottare.

La rilevazione del peso e dell'indice di massa corporea (BMI, *Body Mass Index*) sono i parametri indispensabili per la diagnosi, la classificazione e per la valutazione della risposta ad eventuali trattamenti.

Il trattamento dell'obesità consta di differenti approcci sulla base della gravità del quadro e della presenza di eventuali comorbidità. Il primo approccio si basa sulla correzione degli stili di vita e, quindi, nell'introduzione di una dieta ipocalorica e personalizzata associata ad una corretta attività fisica. Successivamente, in caso di fallimento di tali strategie, si può procedere con la terapia farmacologica e, solo in ultima analisi, all'intervento chirurgico.

La chirurgia bariatrica, dal greco βαρέως (*barus*, "pesante") + ιατρός (*iatros*, "dottore"), o chirurgia dell'obesità, rappresenta attualmente il trattamento a lungo termine più efficace nella cura dell'obesità grave: oltre a una riduzione costante di peso, i benefici derivanti dall'intervento comprendono il miglioramento delle condizioni mediche correlate, l'incremento del tono dell'umore e della qualità di vita.

Gli interventi vengono distinti in non demolitivi, come nel caso del bendaggio gastrico o dell'introduzione del palloncino in cui non si altera la normale struttura intestinale, e interventi demolitivi in cui si ha la riduzione della superficie di assorbimento che viene eliminata definitivamente. Le tecniche più utilizzate sono il *bypass Gastrico Roux en-Y*, la gastrectomia parziale e la *sleeve gastrectomy*.

L'approccio multidisciplinare

L'intricata multivariata natura della patologia ha imposto la necessità di una valutazione multidisciplinare del paziente obeso

candidato a chirurgia bariatrica. Infatti oltre alla natura tipicamente internistico-endocrinologica assume un rilievo fondamentale l'aspetto psico-comportamentale per la particolare complessità dell'intervento e delle irreversibili ripercussioni che esso può comportare sia sull'aspetto esteriore che sull'aspetto interiore del soggetto.

Dal 1991, infatti, secondo le Linee Guida rilasciate dal National Institute of Health⁴, ciascun candidato alla chirurgia bariatrica viene sottoposto ad approfondite valutazioni condotte in équipe dallo specialista del metabolismo, dallo psichiatra e dal chirurgo, al fine di valutare non solo le condizioni clinico-metaboliche pre-operatorie ma anche lo stato mentale.

La valutazione psichiatrica dei soggetti candidati all'intervento di chirurgia bariatrica, infatti, viene largamente riconosciuta come elemento fondamentale di un approccio multidisciplinare⁵. Fondamentali sono un colloquio clinico strutturato e la somministrazione di una batteria di test psicologici, al fine di valutare non solo i livelli motivazionali e di consapevolezza relativi alla scelta di sottoporsi a intervento chirurgico, ma anche i fattori che possono predisporre al successo o all'insuccesso nella perdita di peso a medio e lungo termine.

Tra questi si possono annoverare la storia alimentare nelle diverse fasi di vita, il rapporto con l'alimentazione e con il corpo, la percezione soggettiva del paziente e l'eteropercezione; tutti aspetti fondamentali in grado di influenzare il raggiungimento dell'obiettivo di dimagrimento prefissato.

Disturbi psicotici maggiori (schizofrenia e disturbo bipolare), delirium, disturbi cognitivi gravi e del comportamento alimentare in atto o pregressi (BED, NES, ecc.), rappresentano, infatti, controindicazioni assolute al trattamento chirurgico. Caso per caso vanno valutati i soggetti con basso livello motivazionale e progettuale, bassa autostima, mancata o scadente costruzione dell'identità e dell'autonomia personale, pazienti con rigidità cognitiva e comportamentale.

Dopo la valutazione complessiva, metabolica, psicologica e psichiatrica, viene consegnata al chirurgo una relazione finale, in cui viene espresso il parere circa l'idoneità psicofisica del paziente al trattamento chirurgico.

Psicopatologia e perdita di peso

Non esistono molti dati della letteratura che valutino come fattori psicopatologici e di personalità possano influenzare la riuscita dell'intervento in pazienti candidati a intervento di chirurgia bariatrica, sia in termini di perdita di peso che di massa corporea, partendo proprio da una valutazione psichiatrica e dalla rilevazione dei parametri psico-comportamentali.

In un'esperienza multidisciplinare effettuata da un'équipe di esperti (diabetologi, internisti, psichiatri e chirurghi) dell'Azienda Ospedaliera Policlinico "Vittorio Emanuele" di Catania sono stati valutati i parametri relativi al BMI, alla perdita di peso rispetto alla rilevazione preoperatoria (*Weight Loss*, WL) e alla perdita di

peso in eccesso dopo chirurgia bariatrica (*Excess Weight Loss*, EWL) (dati non pubblicati). Il BMI è stato il principale parametro utilizzato per la valutazione del peso corporeo.

L'assetto della personalità e la diagnosi di eventuali disturbi psichiatrici sono stati valutati dallo psichiatra, in collaborazione con lo psicologo, mediante una valutazione psichiatrica e la somministrazione di tre diversi test psicometrici, l'EDI-2 (*Eating Disorder Inventory*)⁶, il BDI (*Beck Depression Inventory*)⁷ e l'MMPI-2 (*Minnesota Multi Phasic Inventory*)⁸.

I parametri presi in considerazione sono stati la percentuale media di riduzione dell'indice di massa corporea (Δ BMI), la percentuale di WL e la riduzione percentuale di EWL dopo intervento chirurgico per i soggetti risultati idonei.

I dati psicometrici riguardanti l'EDI-2, il BDI e l'MMPI-2 sono stati analizzati come indici predittivi di outcome post-chirurgia bariatrica.

Casistica

Sono stati presi in esame 87 pazienti obesi di cui 72 di grado severo ($BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$) e 15 di grado moderato ($BMI \geq 35 \leq 40 \text{ kg/m}^2$) sottoposti a varie procedure di chirurgia bariatrica.

I criteri di inclusione, in accordo al National Institutes of Health (NIH 1992), sono stati $BMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$ con comorbidità legate all'obesità (dislipidemia, DMT2, OSAS, ecc.) ed età 19-65 anni (media $40,5 \pm 11,4$).

Il BMI medio al reclutamento era di $41,1 \pm 3,6 \text{ kg/m}^2$, la dieta era ipocalorica controllata, ma con una mancanza di perdita di peso previsto, capacità di comprendere i processi coinvolti e motivazione per la chirurgia.

I criteri di esclusione sono stati i disturbi psichiatrici maggiori (come la schizofrenia, altri disturbi psicotici, disturbo bipolare e abituale consumo di alcool, pregressi disturbi gravi della condotta alimentare).

Dei partecipanti allo studio, 43 erano di sesso femminile casalinghe (49,4%), 16 disoccupati (19,4%), 9 impiegati (10,3%), 9 autisti (10,3%), 4 artigiani (4,6%), 3 operai (3,4%), 1 insegnante (0,8%), 1 professionista (0,8%) e 1 pensionato (0,8%) (Tab. I).

Di questi, 64 erano coniugati (73,6%), 17 non coniugati (20%), 5 separati (5,9%) e 1 vedovo (0,5%) (Tab. II).

Per quanto riguarda il grado di istruzione, 62 pazienti avevano la licenza media inferiore (50,9%), 23 la licenza media superiore (45,2%) e 2 la laurea (3,9%) (Tab. III).

Cinque degli 87 pazienti hanno riferito familiarità per patologie psichiatriche; 14 (16%) sono stati valutati non idonei al trattamento chirurgico e per 4 di loro è stato espresso un parere limite sconsigliando l'intervento di tipo demolitivo (4,6%). I restanti pazienti (73) sono stati valutati idonei al trattamento chirurgico (79,4%) e, di questi, 37 (53,7%) sono stati operati.

I rimanenti 32 pazienti (46,3%) non sono andati all'intervento per la presenza di patologie occorse prima dell'intervento o per ripensamento personale.

Tabella I.

Caratteristiche del campione	N	%
Casalinghe	43	49,4
Disoccupati	16	19,4
Impiegati	9	10,3
Autisti	9	10,3
Artigiani	4	4,6
Operai	3	3,3
Insegnanti	1	0,8
Professionisti	1	0,8
Operai	1	0,8
Totale	87	100

Tabella II.

	N.	%
Coniugati	64	73,6
Non Coniugati	17	20
Separati	5	5,9
Vedovi	1	0,5
Totale	87	100

Tabella III.

	N.	%
Licenza media inferiore	62	50,9
Licenza media Superiore	23	45,2
Laurea	2	3,9
Totale	87	100

Sono stati eseguiti quattro diversi tipi di interventi chirurgici, tra cui *Sleeve Gastrectomy* o gastrectomia a manica (48,6%), *Roux en-Y Gastric Bypass Surgery* (37,8%), bendaggio gastrico (8,1%) e omega GBP o mini bypass (5,5%).

Risultati

I risultati ottenuti hanno evidenziato una perdita di peso statisticamente significativa dopo 6 e 12 mesi dall'intervento di chirurgia bariatrica (Fig. 1), confermando così dati di una meta-analisi riguardante la perdita di peso e la sua influenza sulle comorbidità (DMT2, dislipidemie, ipertensione e OSAS)⁹. Tuttavia in questo studio sono state prese in considerazione soltanto le

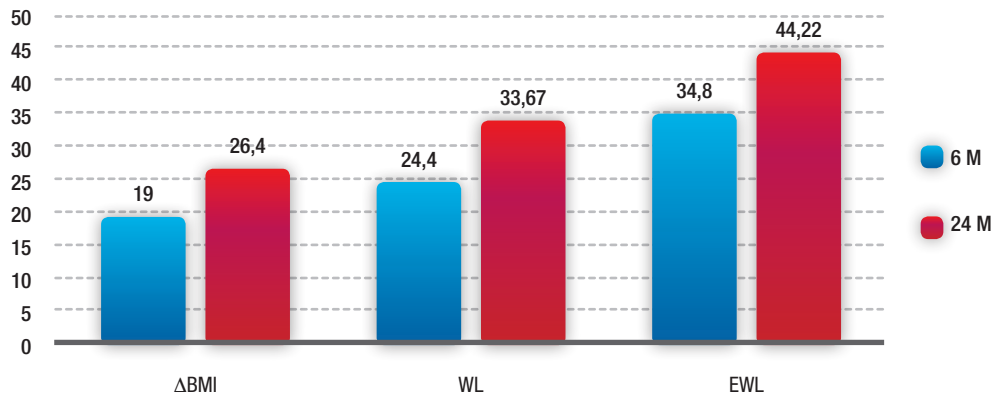


Figura 1.

Variatione in percentuale di ΔBMI, WL e EWL a 6 e 12 mesi.

varianti psicopatologiche rispetto alle comorbidità, allo scopo di comprendere la relazione tra i risultati ottenuti all'EDI, al BDI, al MMPI e valutando l'outcome in termini di perdita di BMI.

È stato rilevato che la percentuale media di perdita di massa corporea (ΔBMI) era strettamente correlata con gli effetti dell'intervento chirurgico, essendo tale perdita significativa al 6° e al 12° mese.

In linea con i precedenti dati, anche la percentuale di WL e la percentuale di perdita di EWL hanno subito variazioni positive dopo l'intervento al 6° e 12° mese rispetto al baseline (Fig. 1). Questi risultati sono in linea con quelli di una precedente *review* in cui era stata stimata una perdita di peso dopo chirurgia bariatrica nei primi 12 mesi⁹.

Considerando le variabili psicopatologiche pre-chirurgiche, questo studio ha messo in evidenza che i soggetti con punteggi più alti alle scale "Impulso alla Magrezza" (IM) e "Immagine del Corpo" (IC) relativi all'EDI, avevano un outcome peggiore nella riduzione del BMI rispetto a soggetti negativi per le stesse scale (Figg. 2, 3).

Nei soggetti con depressione, valutati attraverso il BDI, la riduzione del BMI a 6 mesi è stata meno significativa rispetto alla riduzione del BMI nei non patologici.

A 12 mesi dall'intervento, invece, la riduzione di massa corporea (BMI) era paragonabile a quella dei soggetti non patologici (Fig. 4).

Per quanto riguarda l'MMPI-2, soggetti con score sopra il cut-off nelle scale di ansietà (ANX) ed isteria (Hy), hanno dimostrato una

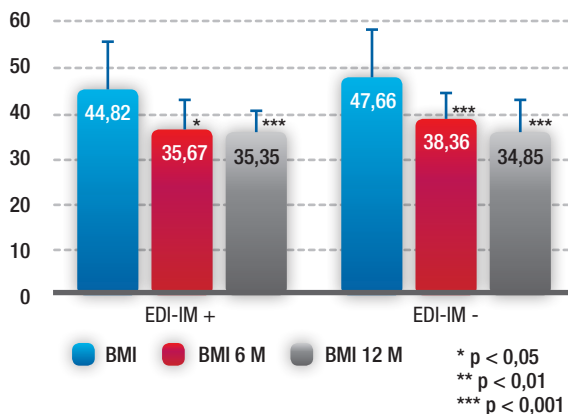


Figura 2.

Differenti outcome di BMI in pazienti positivi e negativi all'EDI-IM.

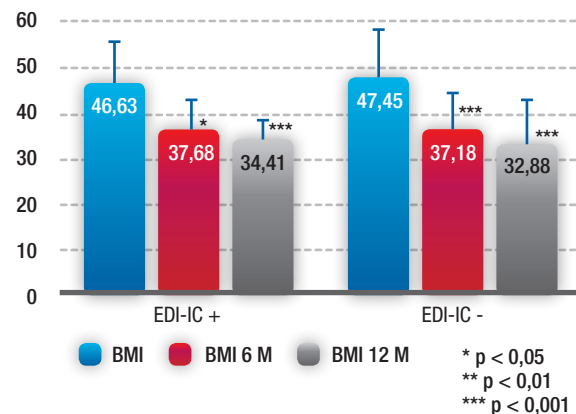
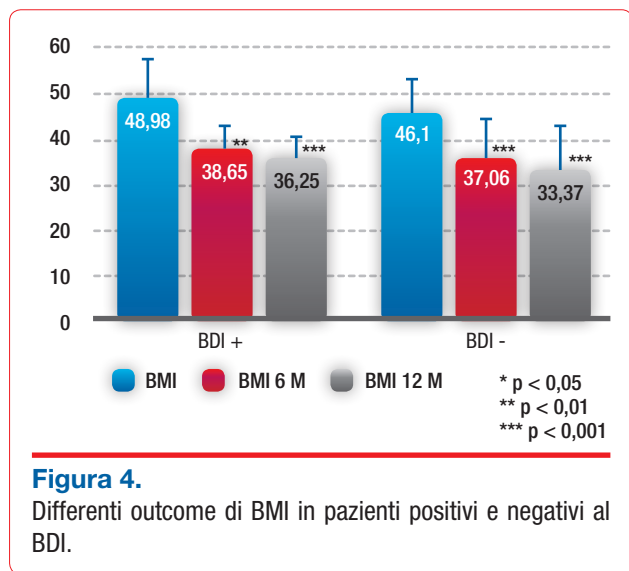


Figura 3.

Differenti outcome di BMI in pazienti positivi e negativi all'EDI-IC.



importante riduzione del BMI, ma tuttavia non significativa dal punto di vista statistico (Figg. 5, 6).

Discussione

Alcuni studi hanno dimostrato come lievi o moderati livelli di ansia possano essere predittivi di un buon *outcome* dopo l'intervento chirurgico¹⁰. I dati di questo studio sono tuttavia parzialmente difformi probabilmente legati alle difformi sensazioni corporee.

In relazione ai livelli di depressione, invece, i dati ottenuti in questo studio risultano in linea con la maggior parte degli studi che suggeriscono come bassi livelli di depressione siano correlati con una maggiore perdita di peso^{10 11}. Ciò è in contrasto con uno studio condotto da Averbuck et al. nel 2003, che associa la presenza di alti livelli di depressione ad un buon outcome post chirurgia bariatrica¹².

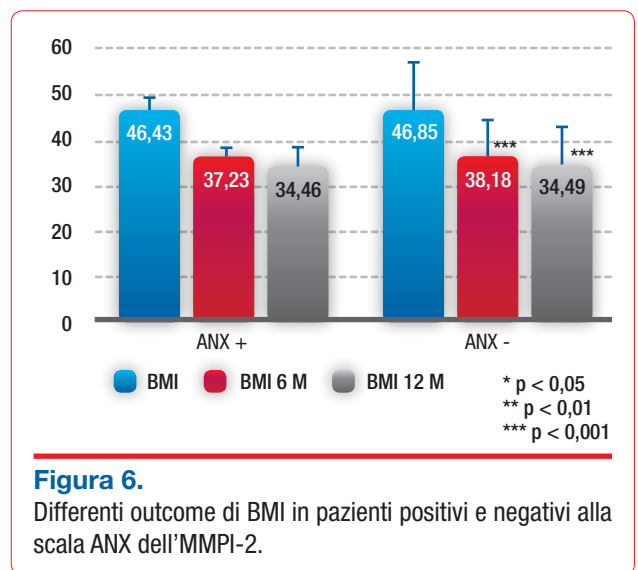
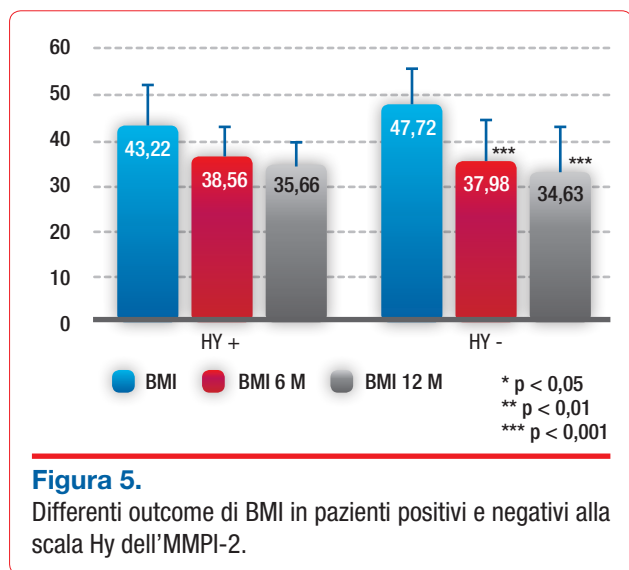
Anche se i dati ottenuti a 12 mesi (breve termine) non sono sufficienti alla comprensione del rapporto tra riduzione del peso dopo chirurgia bariatrica e alterazioni psicopatologiche, sono serviti a capire il rapporto tra alterazioni psicopatologiche e perdita di peso post intervento e gli effetti della stabilizzazione del peso a distanza dall'intervento.

È pertanto necessario comprendere cosa avviene nei soggetti con alterazioni psicopatologiche nel lungo termine (a 2 e a 4 anni) riguardo alla modifica del peso.

È altresì possibile ipotizzare che la riduzione della massa corporea, dopo chirurgia bariatrica, possa influenzare non solo le comorbidità come DMT2, ipertensione, dislipidemie, OSAS, ecc. ma anche la variazione dei risultati ai test psicometrici.

Essendo l'obesità una malattia multifattoriale, è necessario non solo un trattamento multidisciplinare ma anche un'attenta analisi dei complessi problemi psicopatologici che possono essere presenti prima e dopo l'intervento.

L'intervento di carattere psicologico diventa pertanto indispensabile prima di avviare il paziente obeso ad un percorso di chirurgia bariatrica al fine di ridurre disturbi come ansia e depressione, migliorare l'outcome di perdita di massa corporea, le alterazioni psicopatologiche e le rispettive comorbidità.



Bibliografia

- ¹ Haslam DW, James WP. *Obesity*. Lancet 2005;366:1197-209.
- ² World Health Organization (WHO). *Technical report series 894: Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization 2000.
- ³ Aveni F, Caputo G, Cuzzolaro M. *La dimensione psichica del soggetto obeso*. In: Bosello O, editor. *Obesità, un trattato multidimensionale*. Milano: Kurtis 1998, p. 493-7.
- ⁴ *Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity*. NIH Consensus Statement 1991;9:1-20.
- ⁵ Snyder AG. *Psychological Assessment of the Patient Undergoing Bariatric Surgery*. Ochsner J 2009;9:144-8.
- ⁶ Garner DM, Olmstead M, Polivy J. *Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia*. Int J Eat Dis 1983;2:15-34.
- ⁷ Beck AT. *Depression Inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy 1978.
- ⁸ Hathaway SR, McKinley JC. *MMPI-2 – Minnesota Multiphasic Personality Inventory–2*. Firenze: Organizzazioni Speciali 1997.
- ⁹ Ricci C, Gaeta M, Raussa E, et al. *Early impact of bariatric surgery on type 2 diabetes, hypertension and hyperlipidemia: a systematic review meta-analysis and meta-regression on 6587 patients*. Obes Surg 2014;24:522-8.
- ¹⁰ Aguera Z, García-Ruiz-de-Gordejuela A, Vilarrasa N, et al. *Psychological and personality predictors of weight loss and comorbid metabolic changes after bariatric surgery*. Eur Eat Disord Rev 2015;23:509-16.
- ¹¹ Kinzl JF, Schrattenecker M, Traweger C. *Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery*. Obes Surg 2006;16:1609-14.
- ¹² Averbukh Y1, Heshka S, El-Shoreya H, et al. *Depression score predicts weight loss following Roux-en-Y gastric bypass*. Obes Surg 2003;13:833-6.

Link di riferimento

- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgd_c.pdf
<http://www.sicob.org>



SEZIONE DI AUTO VALUTAZIONE

Secondo le linee guida del *National Institutes of Health*, quali tra le seguenti sono indicazioni alla chirurgia bariatrica?

- Obesità di grado severo con BMI ≥ 40 kg/m²
- Obesità di grado moderato con BMI ≥ 35 kg/m²
- Obesità di grado moderato con BMI ≥ 35 kg/m² in presenza di complicanze (ad es. diabete)
- Le risposte A e C

Quali tra i seguenti rappresenta una controindicazione assoluta al trattamento chirurgico demolitivo in pazienti candidati a chirurgia bariatrica?

- Disturbi d'ansia
- Bulimia
- Rigidità cognitiva
- Basso livello motivazionale

Alla valutazione multidisciplinare per l'approccio alla chirurgia bariatrica prendono parte le seguenti figure tranne una:

- Psichiatra
- Neurologo
- Internista
- Chirurgo

Nello studio in oggetto, i dati hanno messo in mostra che:

- Soggetti con disturbi d'ansia avrebbero una perdita di peso a 12 mesi maggiore rispetto ai soggetti non ansiosi
- Soggetti con positività per la scala "impulso alla magrezza" avrebbero una perdita di peso maggiore a 6 e 12 mesi rispetto ai soggetti non positivi per la stessa scala
- Soggetti con disturbi depressivi avrebbero una perdita di peso meno significativa a 6 mesi rispetto ai soggetti non depressi
- Nessuna delle precedenti



PACINI
EDITORE
MEDICINA

Verifica subito le risposte on line www.diabete-rivistamedia.it