



ANNI DI OAGB

MATURITÀ RAGGIUNTA? CORSO LIVE
SU TECNICA, GESTIONE, CURIOSITÀ E
SUL "PERCHÉ IO LO FACCIO COSÌ"

LATINA, Venerdì 27 Giugno 2025

Direttore del Corso: Prof Angelo Iossa
Presidente onorario: Prof Giuseppe Cavallaro

COMITATO SCIENTIFICO

Giuseppe Cavallaro
Lavinia Clemente
Ilenia Coluzzi
Francesco De Angelis
Sara Giovampietro
Angelo Iossa
Giulio Lelli
Alessandra Micalizzi
Stefano Nuzzo
Emanuela Paone

IL RUOLO DELLA FARMACOTERAPIA NEL WEIGHT REGAIN

Dott.ssa Gloria Guarisco

*UOC Diabetologia Universitaria
Ospedale SM Goretti – Latina*

g.guarisco@ausl.latina.it



CONGRESSO REGIONALE
SICOB LAZIO

WEIGHT REGAIN

Il recupero ponderale è genericamente definito come un progressivo aumento di peso che avvenga dopo il raggiungimento di un calo ponderale soddisfacente attraverso la chirurgia bariatrica.



*L'insuccesso della chirurgia bariatrica è definito dal mancato raggiungimento dell'obiettivo terapeutico, sia che si tratti di mantenimento del calo ponderale sia che si tratti di mancata o parziale risoluzione delle comorbidità preesistenti, oppure dalla comparsa di complicanze maggiori e/o recidiva delle comorbidità preoperatorie
(LIVELLO DI EVIDENZA: 3; GRADO DI RACCOMANDAZIONE: B).*

DEFINIZIONE NON STANDARDIZZATA

*I criteri di selezione per definire l'inefficacia dell'intervento sono molteplici e non standardizzati.
Per il calo ponderale/ripresa di peso il più utilizzato è Excess Weight Percent Loss (EW%L)*

Weight Regain and Insufficient Weight Loss After Bariatric Surgery: Definitions, Prevalence, Mechanisms, Predictors, Prevention and Management Strategies, and Knowledge Gaps—a Scoping Review

Obesity Surgery (2021) 31:1755–1766
<https://doi.org/10.1007/s11695-020-05160-5>

Walid El Ansari^{1,2,3}  • Wahiba Elhag⁴

Due tipi di fallimento della perdita di peso: IWL e WR

INSUFFICIENT WEIGHT LOSS (IWL)

(EWL%) of < 50% 18 months
post-BS

WEIGHT REGAIN (WR)

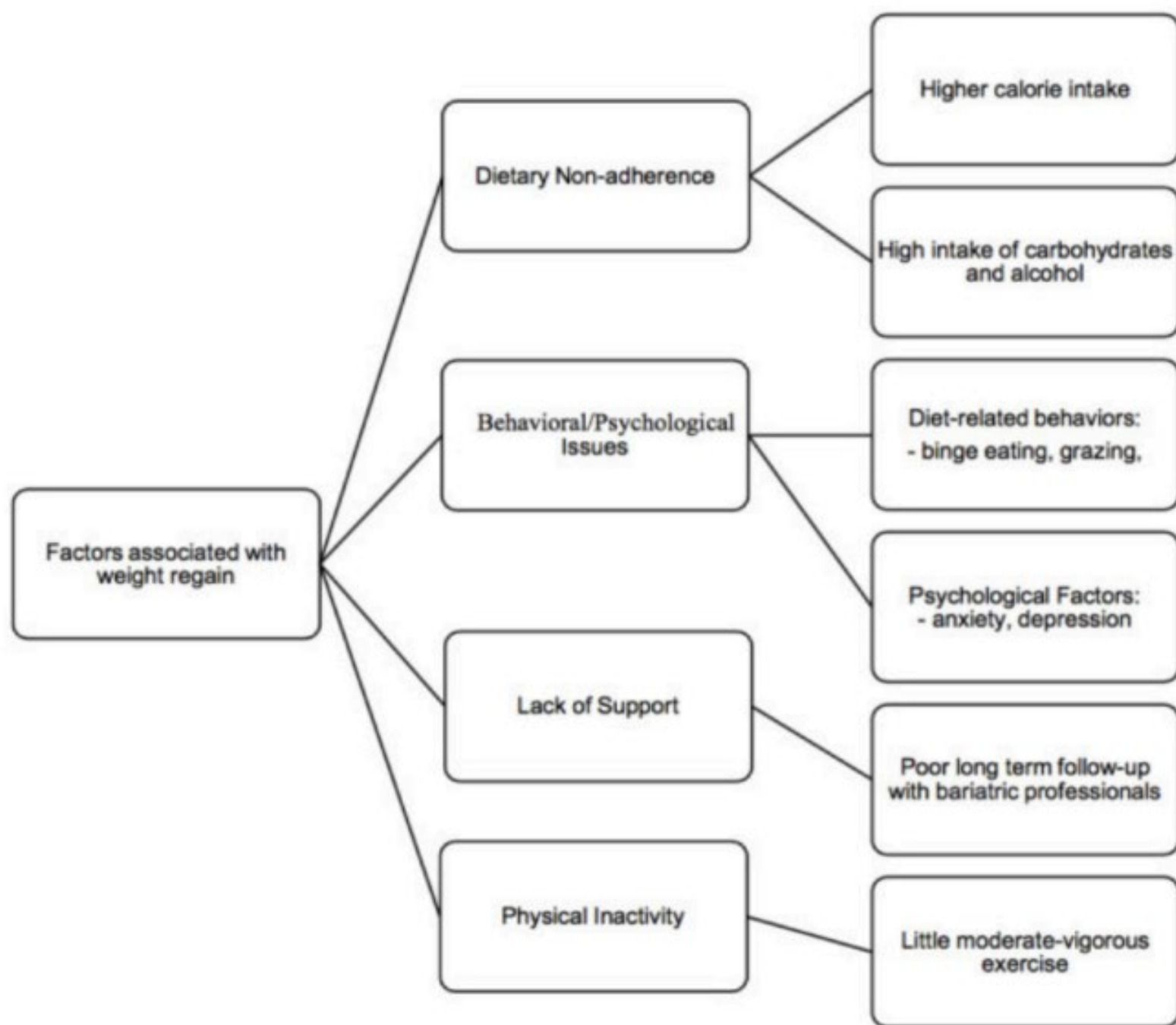
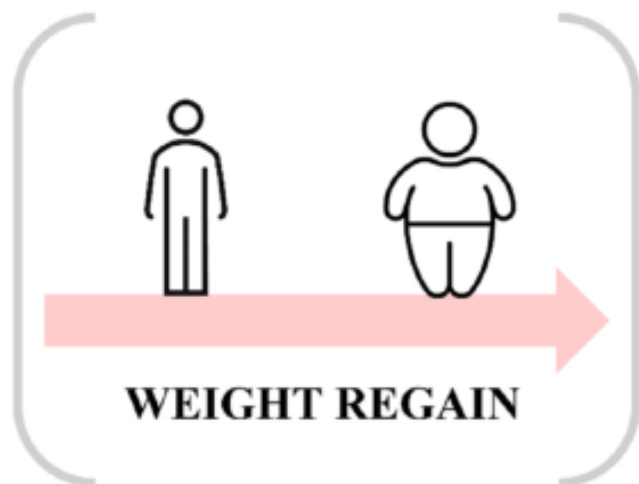
Progressive weight regain that occurs after
achievement of an initial successful weight
loss (defined as EWL>50%)

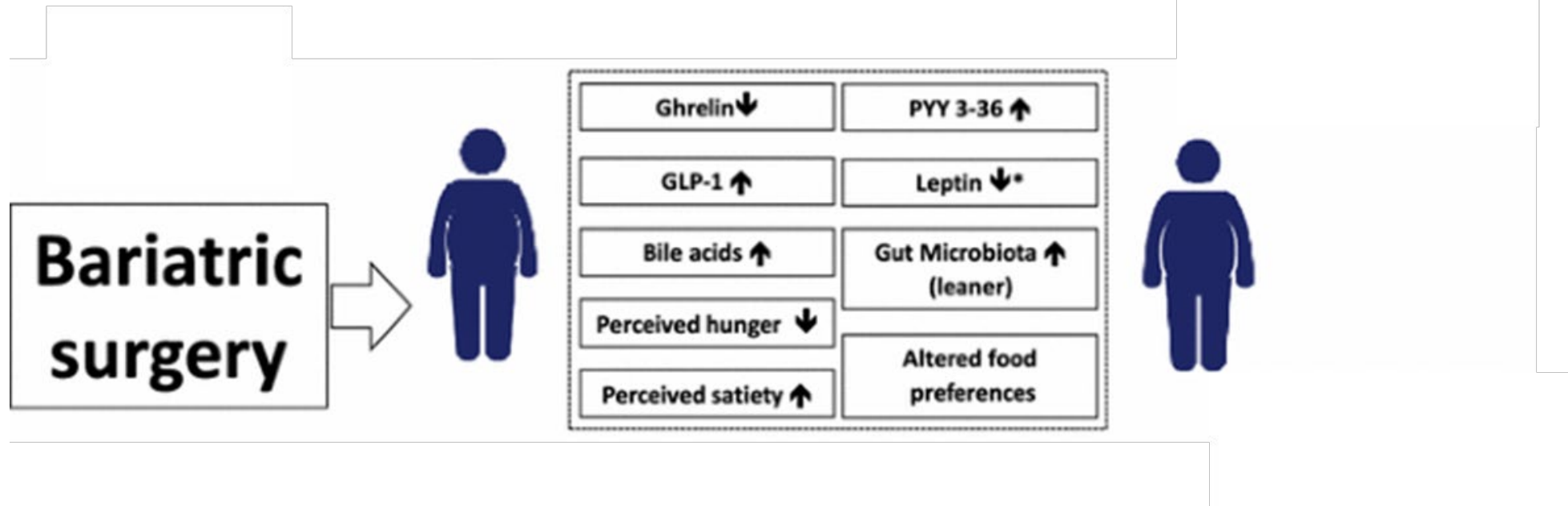
Table 1 Selected examples of definitions and prevalence of WR and IWL after BS

Characteristic	Unit/component/s	Examples
Definition		
WR	Using EWL%	> 25% EWL from nadir [17–19]
	Using nadir weight %	≥ 10% [8, 20] or > 15% of nadir weight [8, 9, 21, 22]
	Using nadir weight kg	≥ 10 kg from nadir [8, 21–23]
	Using maximum WL	≥ 10% [8, 24], ≥ 20 [8, 25] or ≥ 25 [8, 26] of maximum WL
	Using pre-surgery weight	≥ 10% WR of pre-surgery weight [8, 27]
	Using any WR after remission	Any WR after T2DM remission [28]
	Using any WR	Any WR [29]
	Using BMI	≥ 5 BMI kg/m ² points from nadir [30] Increase in BMI > 35 kg/m ² after successful WL [31]
IWL	Using EWL%	EWL of < 50% at 18 months [16]
Prevalence^a		
WR		Post-LAGB [2]; post-LSG [32]; post-RYGB [33]
IWL		After LAGB (3%) [17, 35]; after LSG (28%) [36]; after RYGB (4%) [36]

Approximately 20–25% of patients undergoing bariatric surgery experience weight regain after reaching the nadir of weight loss, which typically occurs between 18 and 24 months after surgery.

^a Prevalence of WR are different depending on choice of BS procedure, varied assessment methods (EWL, weight from Nadir), and various follow-up periods





Weight Regain After Gastric Bypass: Influence of Gut Hormones

OBES SURG (2016) 26:919–925
DOI 10.1007/s11695-015-1908-z

Marco Aurelio Santo¹ • Daniel Riccioppo¹ • Denis Pajeccki¹ • Flavio Kawamoto¹ •
Roberto de Cleve¹ • Leila Antonangelo^{1,2} • Lia Marçal^{1,2} • Ivan Cecconello¹

24 pazienti

RYGB

Follow up: 27-59 mesi

- **Gruppo A:** controllo del peso soddisfacente
- **Gruppo B:** recupero di peso significativo (>50% del peso perso)



Ghrelin, GIP, GLP-1 e leptina

a digiuno e dopo un pasto standard a intervalli di 30, 60, 90 e 120 minuti

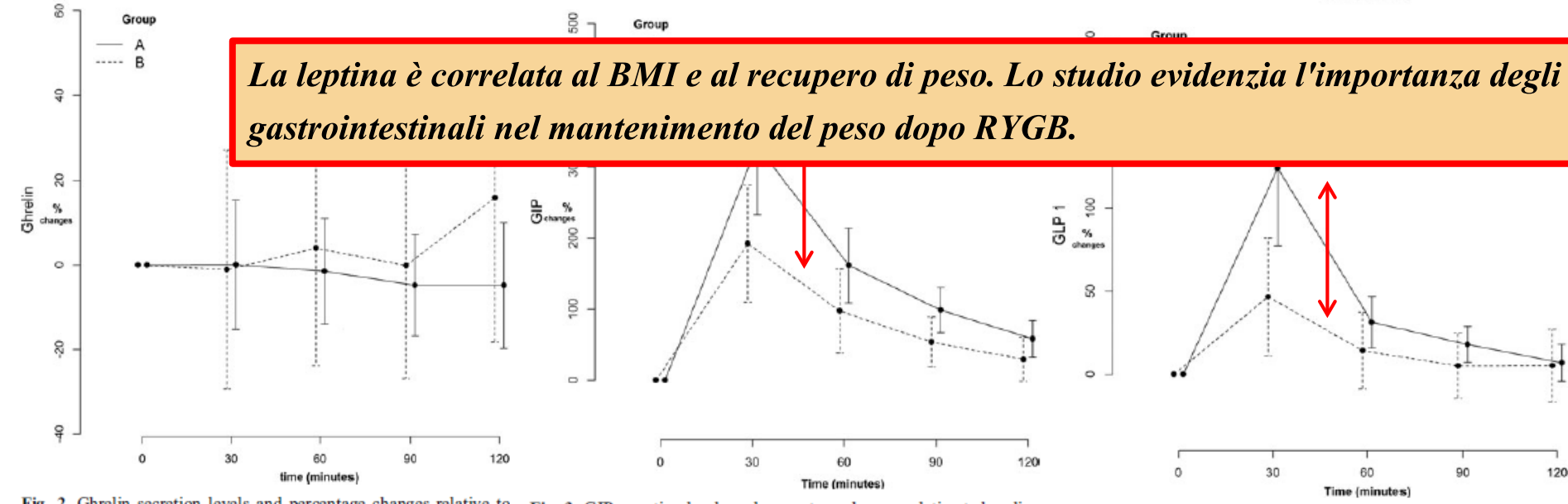
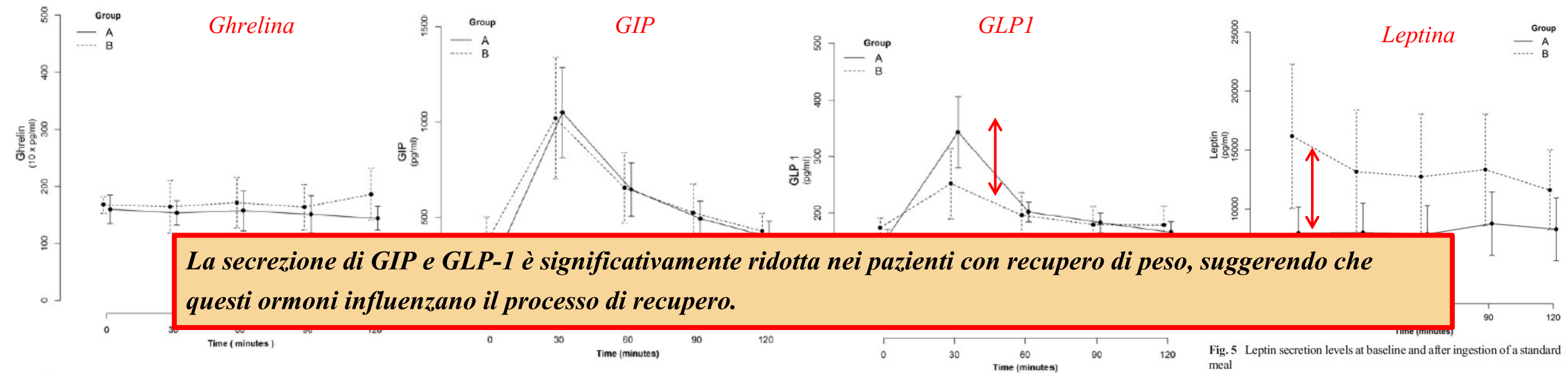


Fig. 5 Leptin secretion levels at baseline and after ingestion of a standard meal

GIP:
 ↑ gruppo A > B a 30'

GLP-1:
 ↑ gruppo A > B a 30'

Leptina:
 Livelli basali gruppo B > A

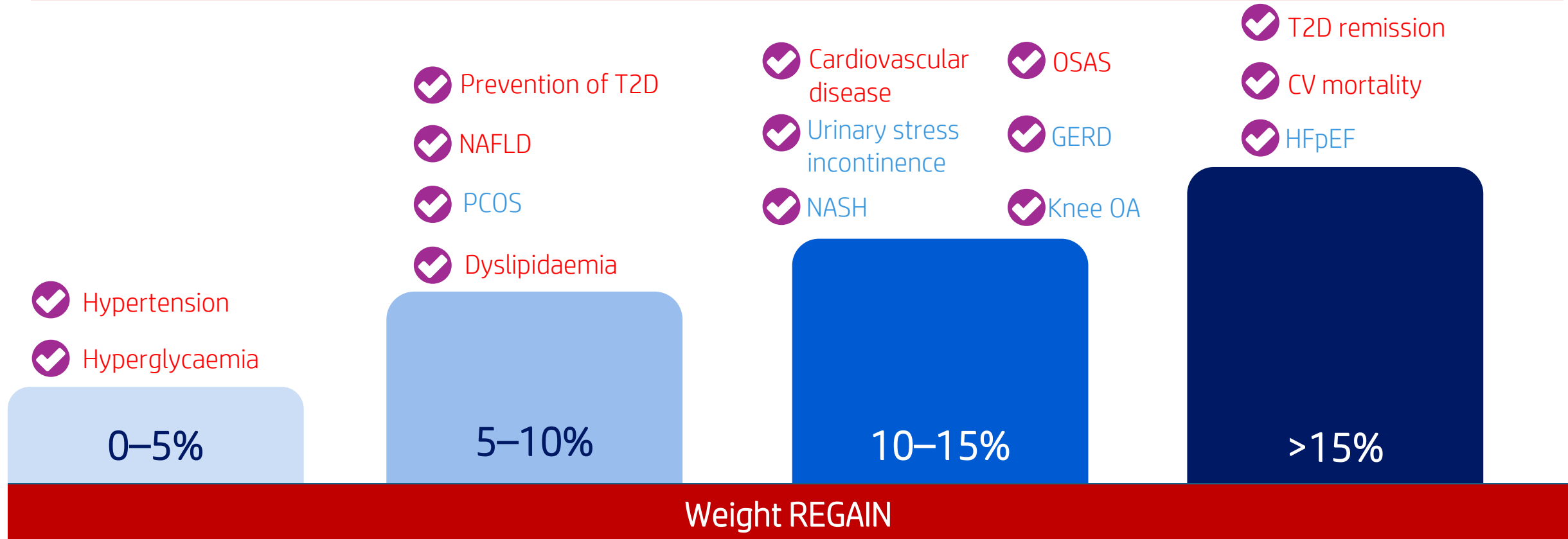
Fig. 2 Ghrelin secretion levels and percentage changes relative to baseline levels after ingestion of a standard meal

Fig. 3 GIP secretion levels and percentage changes relative to baseline levels after ingestion of a standard meal

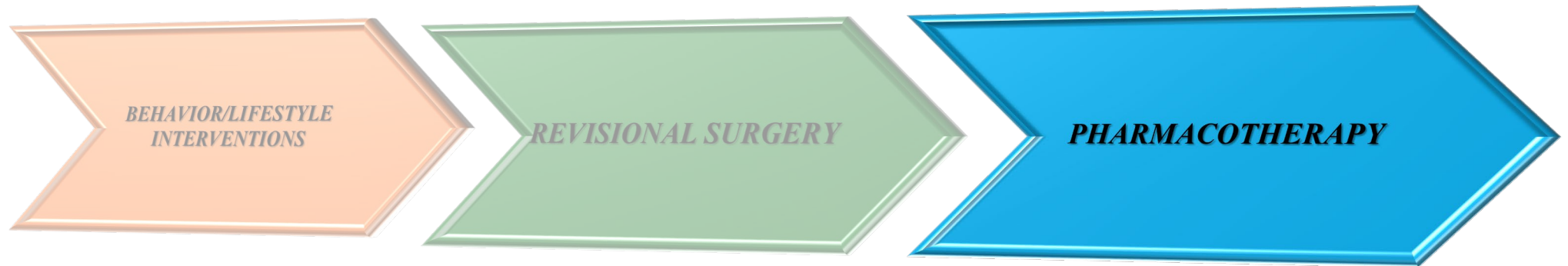
Fig. 4 GLP-1 secretion levels and percentage changes relative to baseline levels after ingestion of a standard meal

Greater weight loss leads to improved health outcomes

Towards a WEIGHT REGAIN and a general WORSENING of health



QUALI SONO LE STRATEGIE PER CONTRASTARE IL WEIGHT REGAIN?



Medications for Obesity A Review

JAMA August 20, 2024

Kimberly A. Gudzone, MD, MPH; Robert F. Kushner, MD, MS

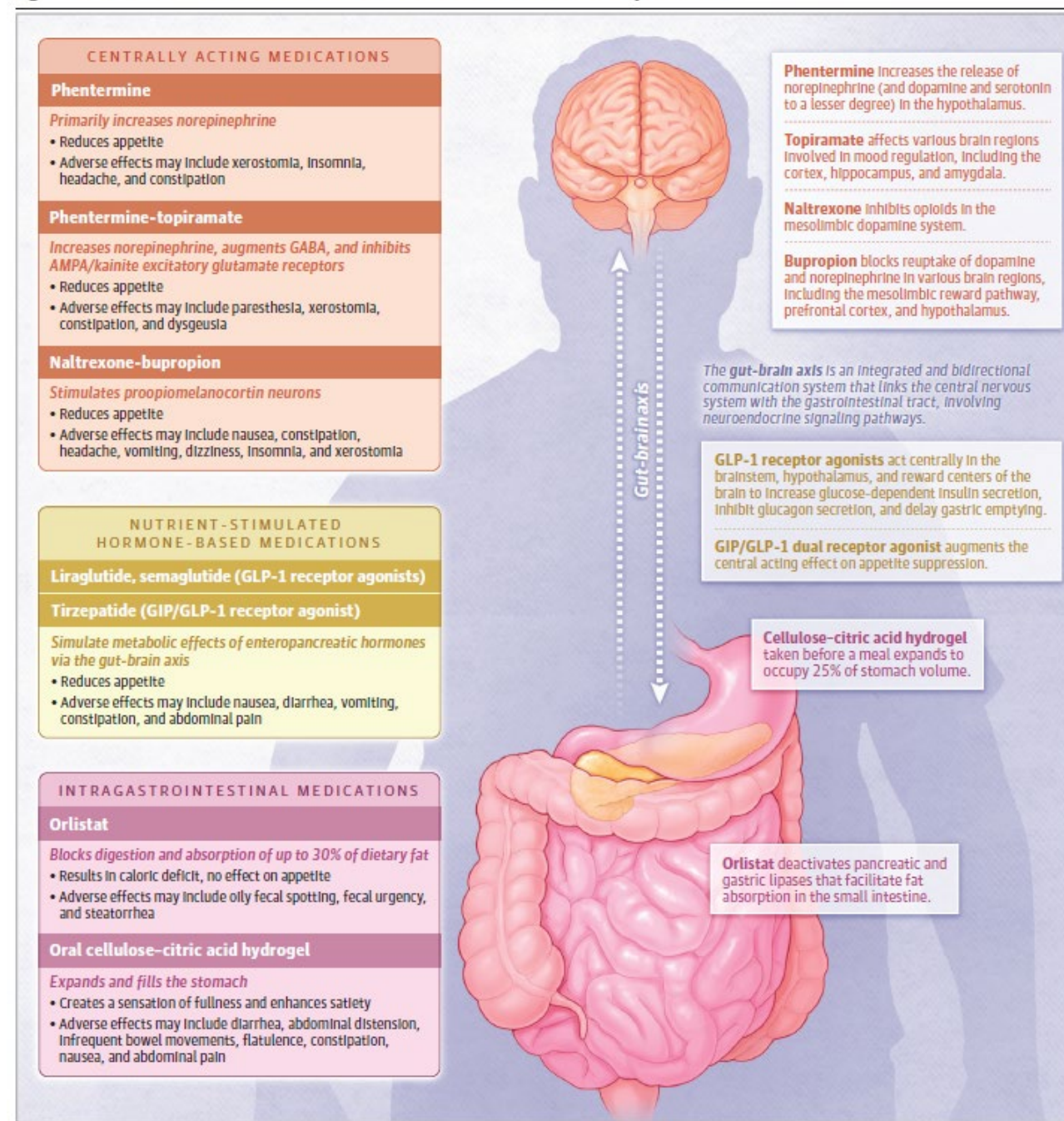
I farmaci per il trattamento dell'obesità attualmente disponibili si dividono in 3 gruppi in base al loro meccanismo d'azione sull'assorbimento gastrointestinale di grassi:

- **Orlistat** ■ ■
- Farmaci ad azione centrale:
 - Fentermina,
 - Fentermina-topiramato
 - **Naltrexone-bupropion** ■ ■
- Farmaci a base di ormoni stimolati dai nutrienti :
 - **Liraglutide** (GLP1 ra) ■ ■
 - **Semaglutide** (GLP1 ra) ■ ■
 - **Tirzepatide** (GIP/GLP1) ■ ■

Indicazioni:

- adulti con un BMI ≥ 30
o BMI ≥ 27 + comorbidità legate al peso
- adolescenti (di età pari o superiore a 12 anni) con BMI ≥ 95° percentile per età e sesso

Figure 1. Mechanisms of Action and Common Adverse Effects of 3 Classes of Antiobesity Medication



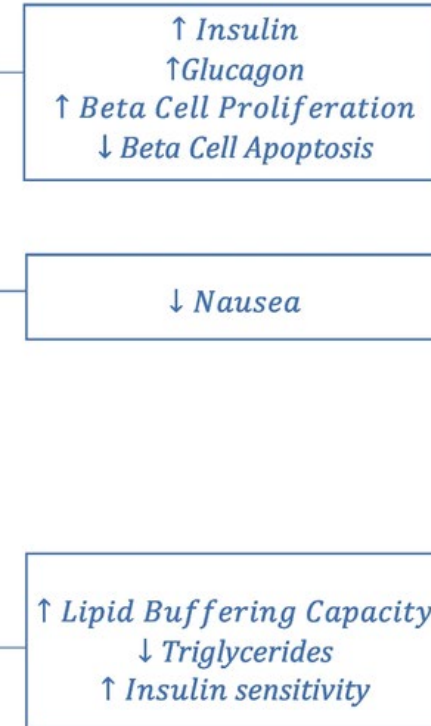
Farmaci a base di ormoni stimolati dai nutrienti (GLP1ra o GIP/GLP1ra): meccanismo d'azione

Secreto dalle cellule ileocoliche

Effects of GLP1

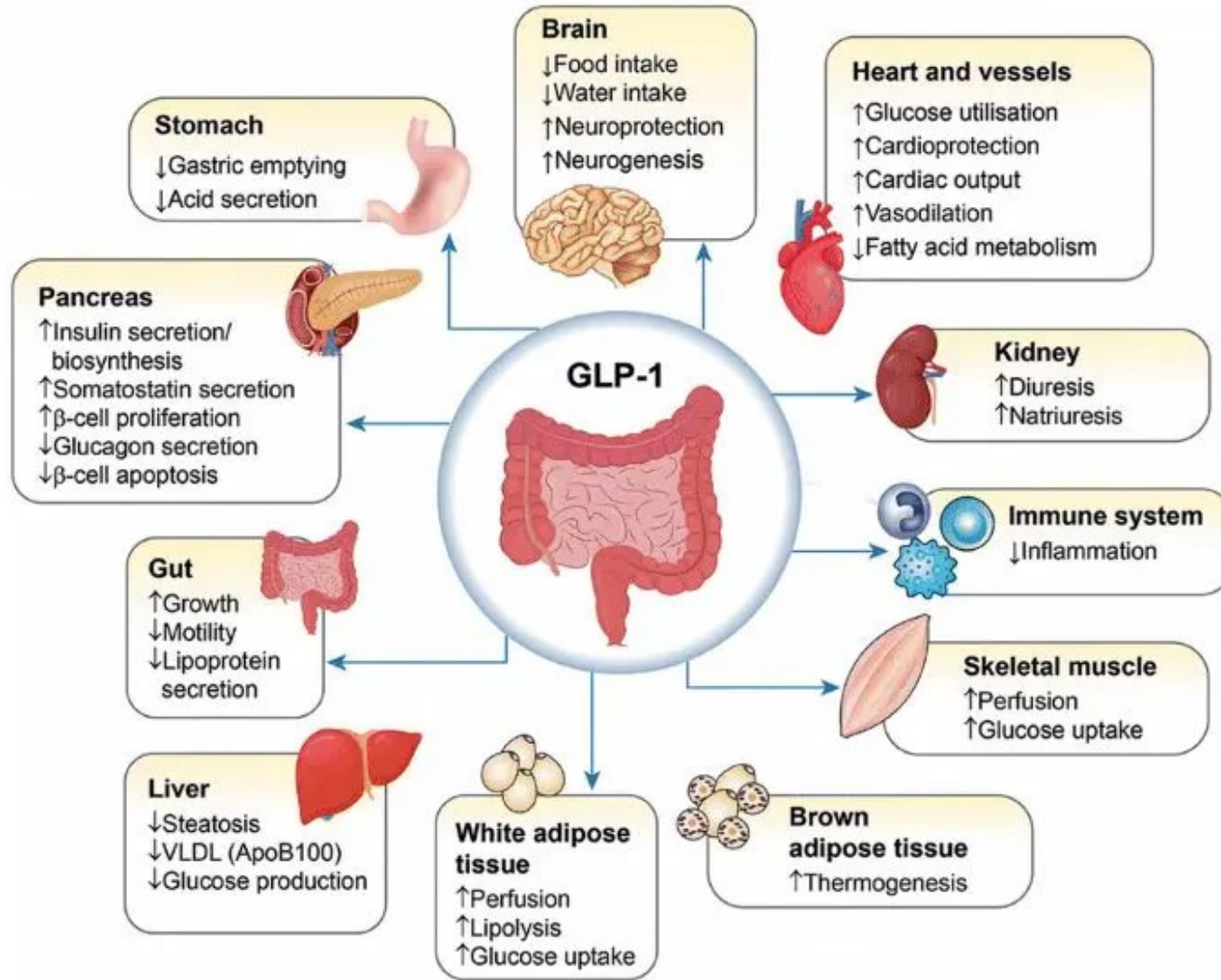


Effects of GIP



Secreto dalle cellule duodenodigiunali

GLP1ra : unici che hanno dimostrato beneficio cardiovascolare



RIDUZIONE

- *Fattori di rischio CV (ipertensione arteriosa, dislipidemia, aterosclerosi, iperglicemia/DM2)*
- *Rischio di eventi CV maggiori (AOCP, IMA, stroke)*
- *Infiammazione sistemica*
- *MAFLD/MASH*
- *Progressione della malattia renale cronica*



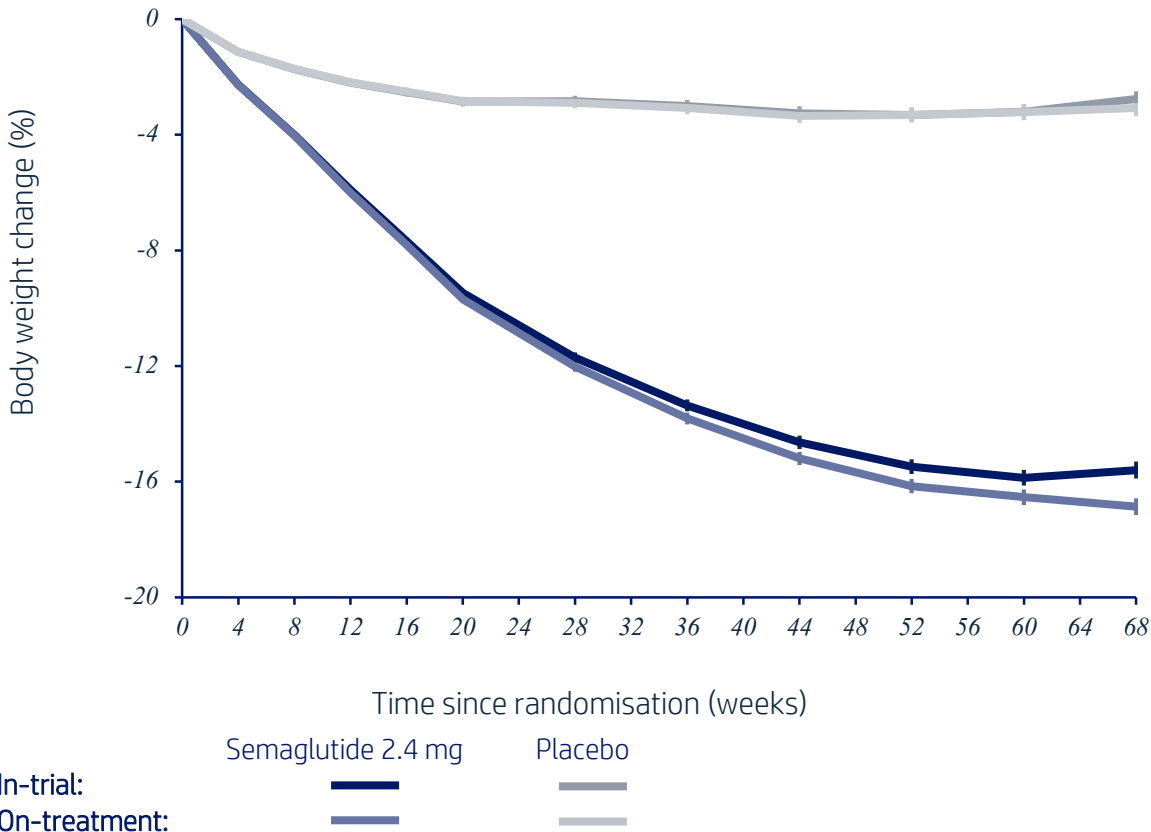
SEMAGLUTIDE 2.4 mg

Change in body weight

STEP 1

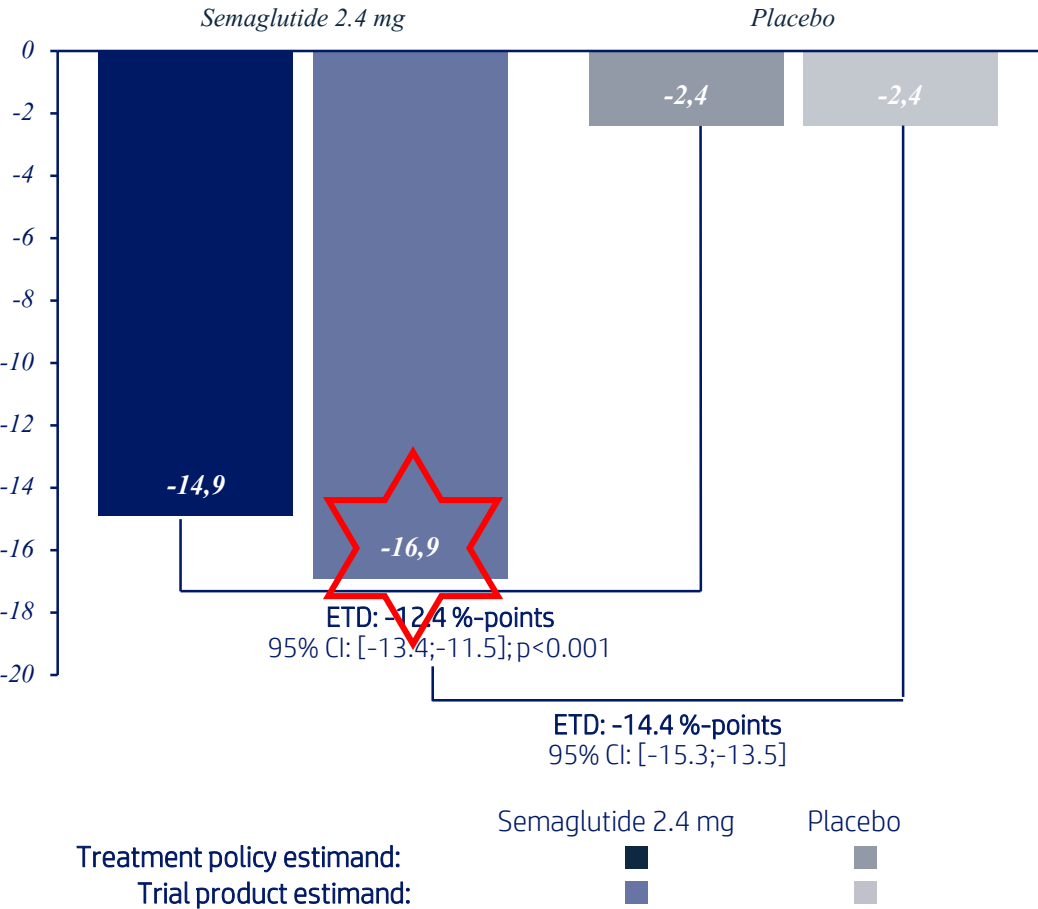
Observed body weight change over time

(Mean at baseline: 105.8 kg)



Error bars are +/- standard error of the mean.
CI, confidence interval; ETD, estimated treatment difference.
Wilding et al. N Engl J Med 2021;384:989-1002; *Novo Nordisk, data on file.

Estimated change from baseline to week 68

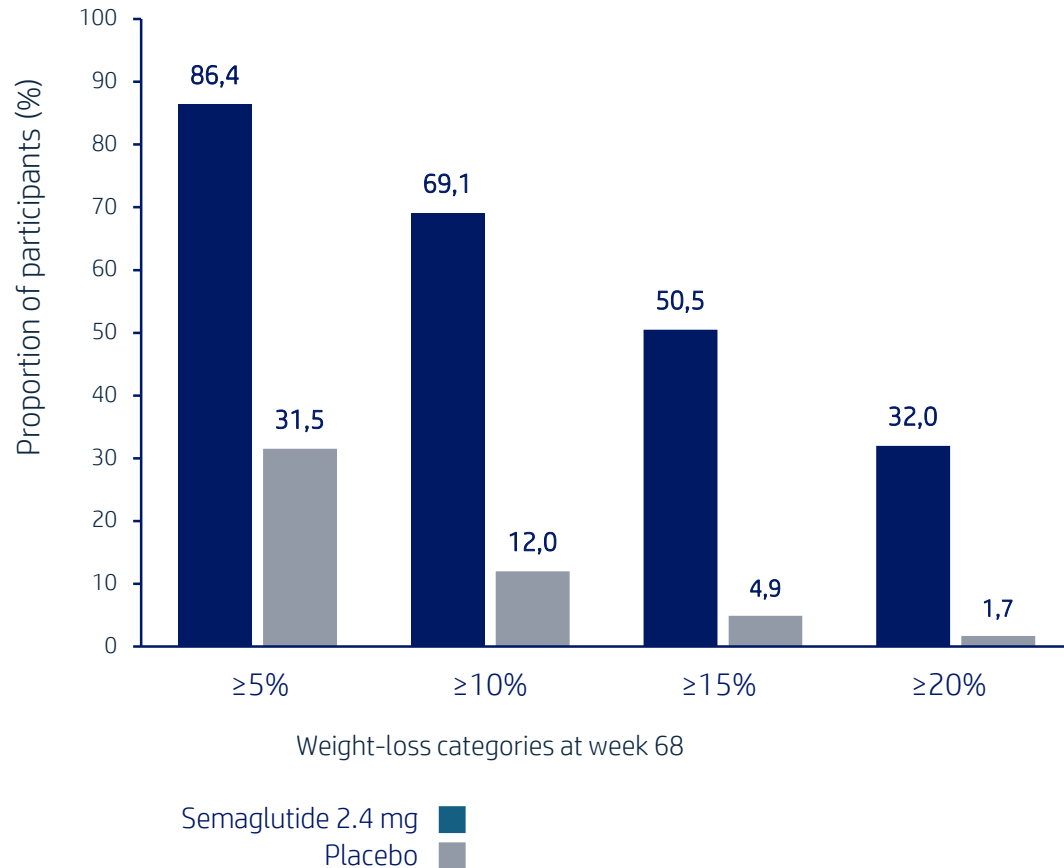


Categorical body weight loss

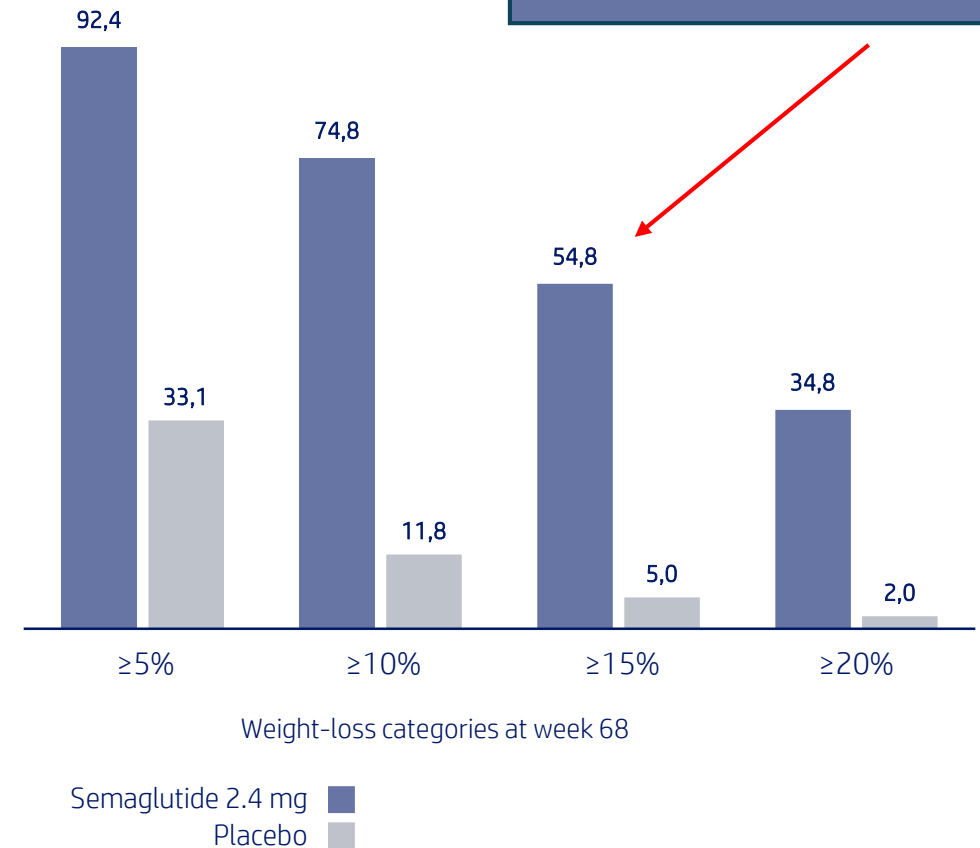
STEP 1

SEMAGLUTIDE 2.4 mg

In-trial



On-treatment

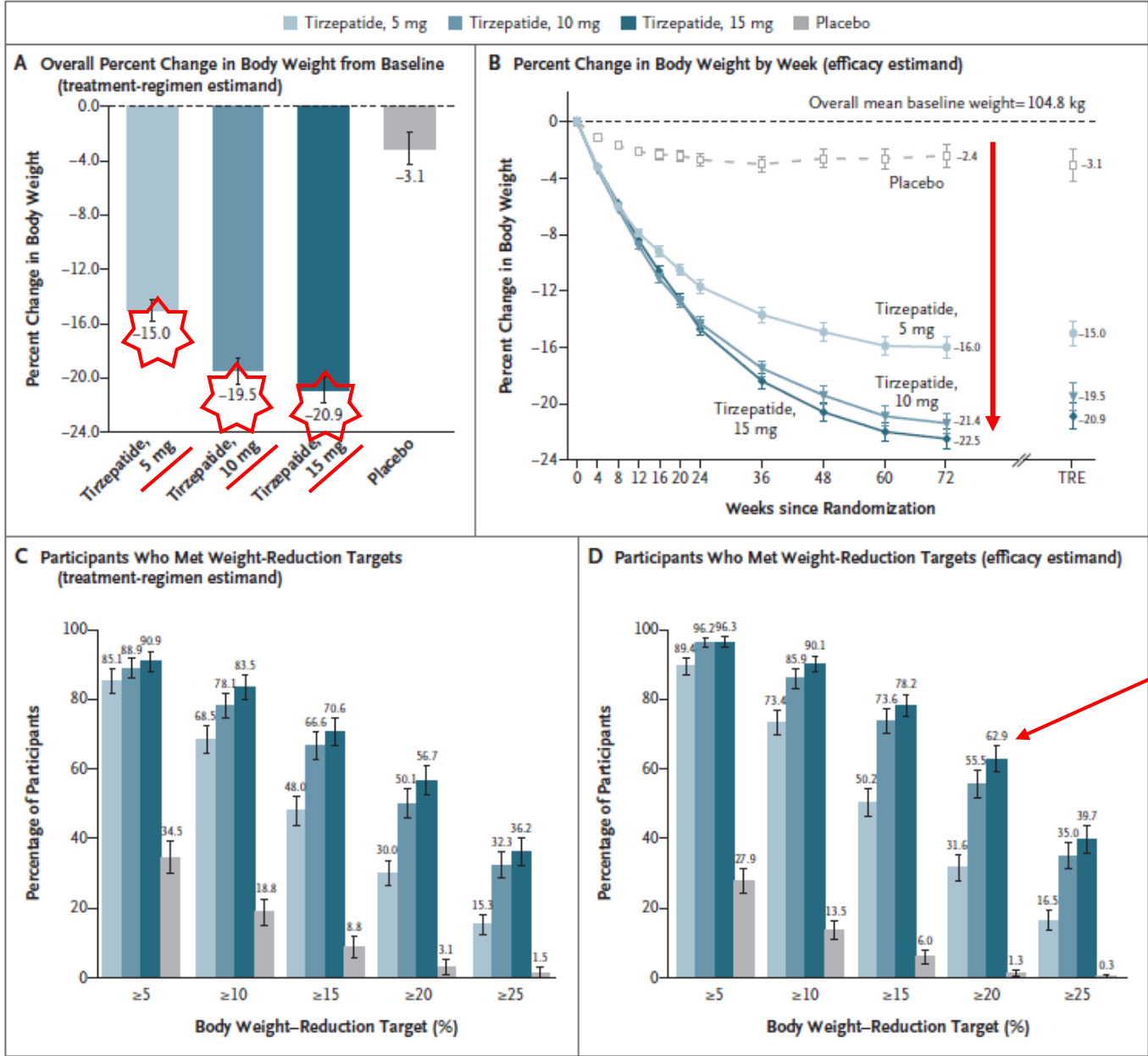


Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity

N ENGL J MED 387;3 NEJM.ORG JULY 21, 2022 SURMOUNT-1

TIRZEPATIDE 15 mg

SURMOUNT - 1



-22%

Oltre il 50% dei pazienti ha un calo ponderale superiore al 20%

USO DI FARMACI ANTI-OBESITA' DOPO CHIRURGIA BARIATRICA?

Adjunctive liraglutide treatment in patients with persistent or recurrent type 2 diabetes after metabolic surgery

(GRAVITAS): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial

Studio randomizzato controllato

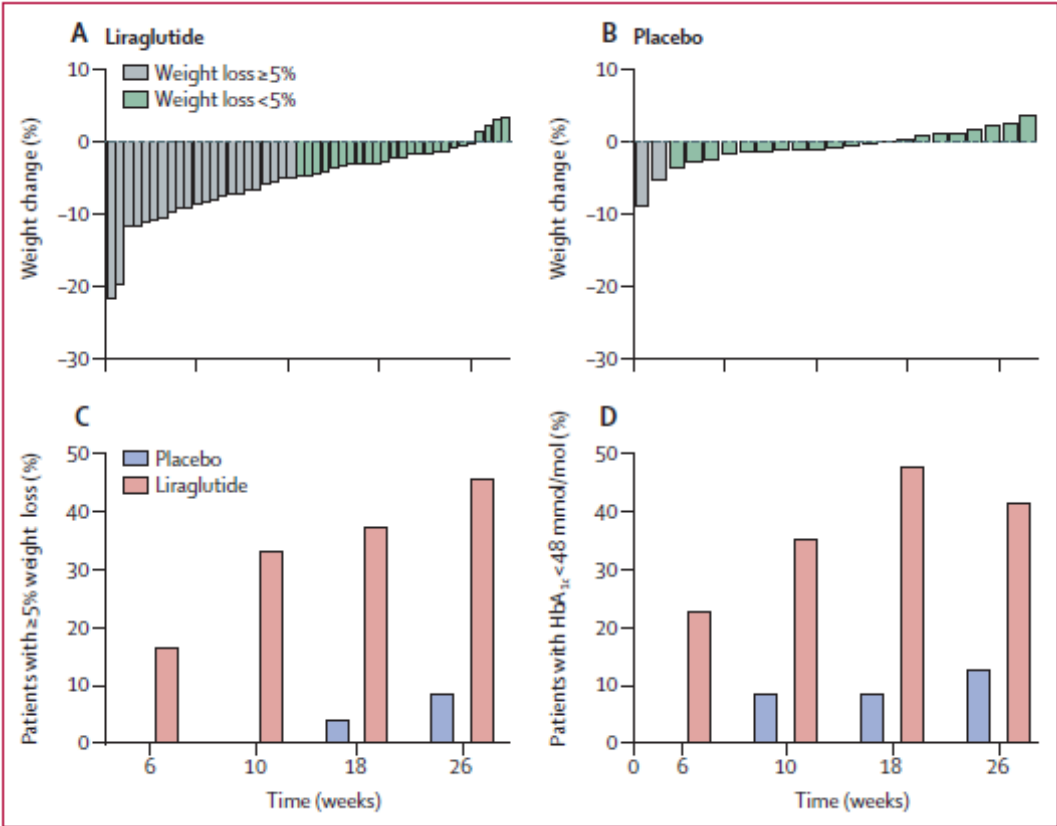
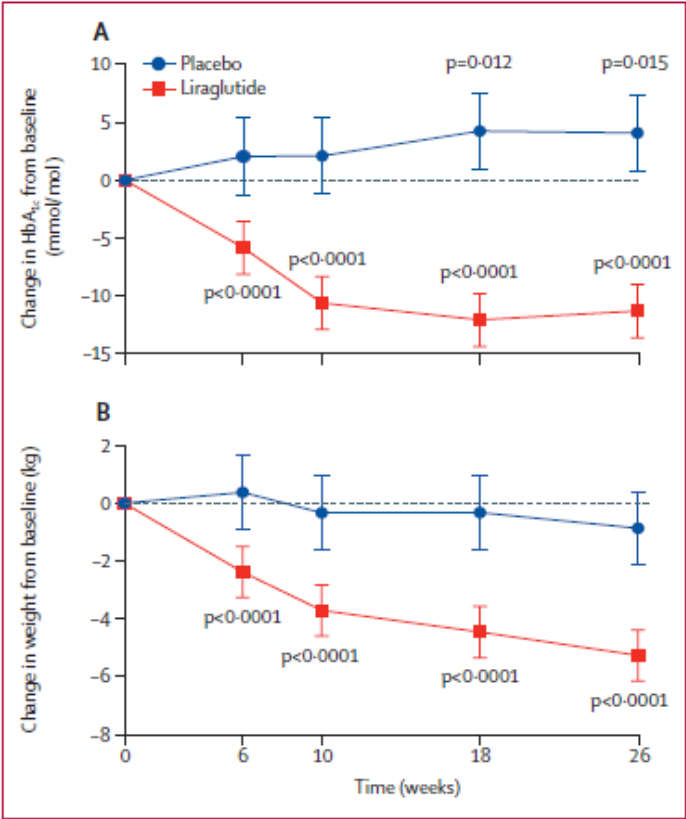
Effetto di liraglutide 1,8 mg sulla persistenza o recidiva di diabete post chirurgia bariatrica

80 pazienti
HbA1c >6.5%

53 liraglutide
27 placebo

Il trattamento con liraglutide ha consentito una riduzione, riduzione di 3,4 % rispetto al placebo dei valori di Hb glicata

46% dei pazienti perdeva almeno il 5% del peso corporeo nel gruppo in liraglutide e solo del 9% nel gruppo in placebo



Questi risultati, pur ottenuti in uno studio con outcome primario diverso e utilizzando dosaggi di liraglutide inferiori a quelli consigliati per massimizzare l'effetto del farmaco sul calo ponderale, sembrano confermare l'utilità del trattamento farmacologico post-chirurgico.

Glucagon-like peptide-1 receptor agonists for the treatment of suboptimal initial clinical response and weight gain recurrence after bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis

METHOD

19 studi
1290 pazienti sottoposti a BS
(AGB-BPD- OAGB - RYGB-SG)
Con risposta subottimale o weight regain
Sottoposti a trattamento con GLP1ra > 3 mesi
- Liraglutide (13 studi)
- Semaglutide (5 studi)
- Tirzepatide (1 studio)
- after bariatric surgery used GLP-1 RAs > 3 months for treatment.

Primary outcomes: %TWL, weight loss
Secondary outcomes: Change in biochemical markers, incidence of adverse events

RESULTS

Significant weight loss outcomes after treatment

A

Study	Total	Proportion	95%-CI	%TWL	Weight
Liraglutide					
Poulsen 2012	15	7.40	[4.01; 10.79]	8.1%	8.1%
Rye 2018	20	10.40	[8.30; 12.42]	4.0%	4.0%
Wortman 2019	117	5.50	[4.28; 6.61]	5.2%	5.2%
Holter 2020	38	15.58	[12.12; 19.04]	4.1%	4.1%
Hakio 2021	23	17.70	[10.82; 24.57]	2.3%	2.3%
Erag 2022	119	6.50	[5.00; 8.29]	5.2%	5.2%
Murawski 2023	42	14.90	[13.01; 16.79]	4.9%	4.9%
Colabrese 2023	68	5.30	[2.54; 8.36]	5.0%	5.0%
Mok 2023	52	8.82	[7.11; 10.53]	5.0%	5.0%
Murvelashvili 2023(cohort1)	30	8.77	[7.67; 9.67]	5.0%	5.0%
Vinciguerra 2023	59	8.40	[7.48; 9.32]	5.3%	5.3%
Jamal 2024(1)	67	6.20	[4.64; 7.76]	5.1%	5.1%
Vinciguerra 2024	119	8.30	[6.65; 9.95]	5.0%	5.0%
Random effects model	817	8.24	[7.40; 11.07]	50.9%	50.9%
Heterogeneity: $I^2 = 90\%$, $\tau^2 = 10.0813$, $p < 0.01$					
Semaglutide					
Louderbach 2022	44	10.20	[8.07; 11.90]	5.0%	5.0%
Borrelli 2023	36	8.80	[7.98; 11.66]	4.9%	4.9%
Louderbach 2023	29	14.70	[11.45; 17.94]	4.2%	4.2%
Murvelashvili 2023(cohort2)	115	12.52	[11.22; 14.12]	5.2%	5.2%
Jamal 2024(2,cohort1)	70	10.30	[8.50; 11.68]	5.1%	5.1%
Random effects model	298	11.38	[9.79; 12.97]	26.4%	26.4%
Heterogeneity: $I^2 = 77\%$, $\tau^2 = 2.4195$, $p < 0.01$					
Tirzepatide					
Jamal 2024(2,cohort2)	45	15.50	[13.68; 17.94]	4.9%	4.9%
Other GLP-1 RAs model					
Jeon 2021	50	8.47	[6.15; 10.79]	4.7%	4.7%
Garcia 2021	84	8.90	[7.30; 10.44]	5.1%	5.1%
Random effects model	134	8.77	[7.49; 10.02]	9.0%	9.0%
Heterogeneity: $I^2 = 0\%$, $\tau^2 = 0.0$, $p < 0.01$					
Random effects model	1290	10.93	[9.64; 11.41]	100.0%	100.0%
Heterogeneity: $I^2 = 81\%$, $\tau^2 = 3.9800$, $p < 0.01$					
Test for subgroup differences: $\chi^2 = 37.96$, $df = 3$ ($p < 0.01$)					

B

Study	Total	Mean	95%-CI	Weight loss (kg)	Weight
Liraglutide					
Poulsen 2012	15	7.50	[5.50; 9.60]	5.0%	5.0%
Rye 2018	20	12.30	[10.33; 14.43]	5.1%	5.1%
Wortman 2019	117	4.30	[3.40; 5.20]	5.5%	5.5%
Holter 2020	34	13.00	[10.31; 15.69]	4.6%	4.6%
Erag 2022	119	7.64	[5.69; 9.39]	5.5%	5.5%
Colabrese 2023	68	5.20	[3.00; 7.40]	5.0%	5.0%
Mok 2023	52	8.50	[7.23; 11.57]	5.0%	5.0%
Murvelashvili 2023(cohort1)	30	10.64	[8.90; 11.18]	5.6%	5.6%
Vinciguerra 2023	59	8.50	[7.22; 9.78]	5.9%	5.9%
Jamal 2024(1)	67	5.64	[4.00; 7.58]	5.3%	5.3%
Vinciguerra 2024	119	9.40	[6.53; 10.27]	5.7%	5.7%
Random effects model	732	8.56	[7.15; 9.98]	58.0%	58.0%
Heterogeneity: $I^2 = 90\%$, $\tau^2 = 4.8552$, $p < 0.01$					
Semaglutide					
Louderbach 2022	44	7.80	[6.04; 9.56]	5.9%	5.9%
Borrelli 2023	36	11.60	[9.54; 13.66]	5.1%	5.1%
Louderbach 2023	29	13.40	[10.40; 17.39]	5.2%	5.2%
Murvelashvili 2023(cohort2)	115	14.20	[12.67; 16.31]	6.4%	6.4%
Jamal 2024(2,cohort1)	70	9.10	[7.80; 10.30]	5.5%	5.5%
Random effects model	294	11.62	[9.77; 14.46]	26.5%	26.5%
Heterogeneity: $I^2 = 94\%$, $\tau^2 = 9.8565$, $p < 0.01$					
Tirzepatide					
Jamal 2024(2,cohort2)	45	12.60	[10.73; 14.45]	5.3%	5.3%
Other GLP-1 RAs model					
Jeon 2021	44	11.20	[9.21; 13.19]	5.1%	5.1%
Jeon 2023	50	8.75	[7.82; 11.60]	5.2%	5.2%
Random effects model	134	10.44	[9.82; 11.66]	10.3%	10.3%
Heterogeneity: $I^2 = 7\%$, $\tau^2 = 0.0140$, $p = 0.30$					
Random effects model	1265	8.78	[8.51; 11.07]	100.0%	100.0%
Heterogeneity: $I^2 = 80\%$, $\tau^2 = 7.2622$, $p < 0.01$					
Test for subgroup differences: $\chi^2 = 12.61$, $df = 3$ ($p < 0.01$)					

CONCLUSION

Weight Gain Bariatric Surgery Weight Gain Recurrence

GLP-1RAs GIP/GLP-1RAs

Efficacy:
1.Considerable %TWL and weight loss
2.Improved biochemical markers

Safety:
Mild gastrointestinal adverse events with acceptable incidence

Calo ponderale complessivo ottenuto dopo 3 mesi di trattamento:

- Liraglutide -9,24% (8,6Kg),
- Semaglutide -11,38% (11,6 kg)
- Tirzepatide - 15,50% (12,6 kg)

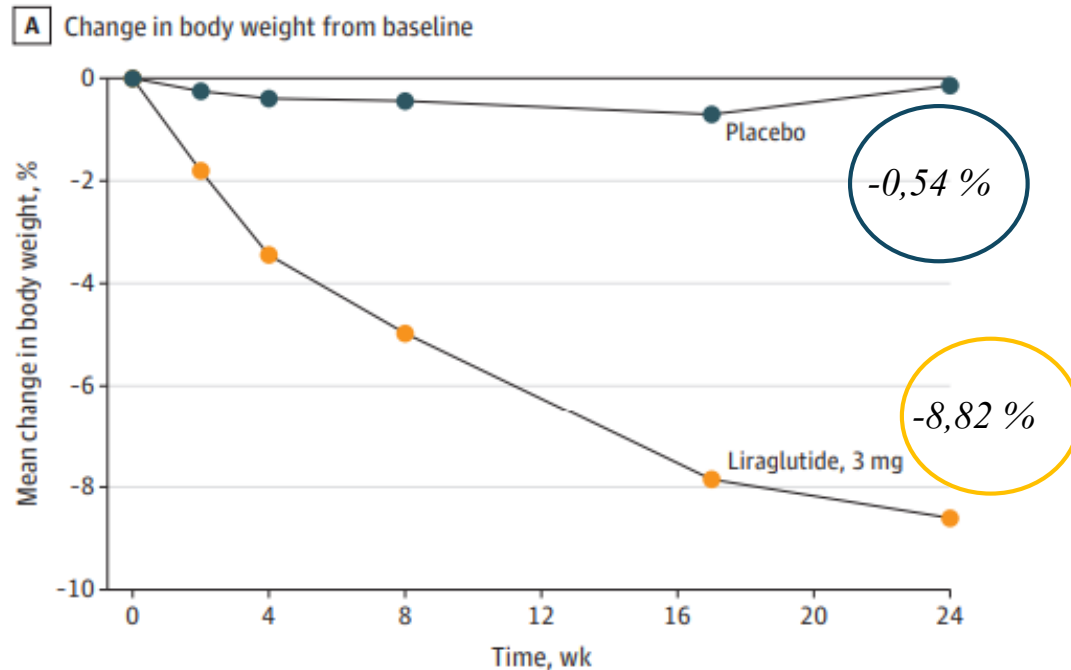
Obesity Surgery (2025) 35:808–822

The BARI-OPTIMISE trial

RCT (2018-2020, London - University College London Hospital e Homerton University Hospital)

Liraglutide 3.0 mg

Figure 2. Effect of Liraglutide, 3.0 mg, Once Daily vs Placebo Over Time



Trial in doppio cieco, randomizzato, controllato vs placebo a gruppi paralleli che ha reclutato pazienti con scarsa perdita di peso e una risposta del GLP-1 stimolata dai nutrienti subottimale almeno 12 mesi dopo RYGB primario o SG

70 partecipanti randomizzati:

35 terapia con liraglutide 3.0 mg die + stile di vita

35 placebo + stile di vita

Dopo 24 settimane è stata osservata una maggiore riduzione percentuale del peso corporeo nel gruppo trattato con liraglutide 3,0 mg, rispetto al gruppo placebo.

Efficacy of 12 months therapy with glucagon-like peptide-1 receptor agonists liraglutide and semaglutide on weight regain after bariatric surgery: a real-world retrospective observational study

Jensen et al. BMC Endocrine Disorders (2025) 25:93

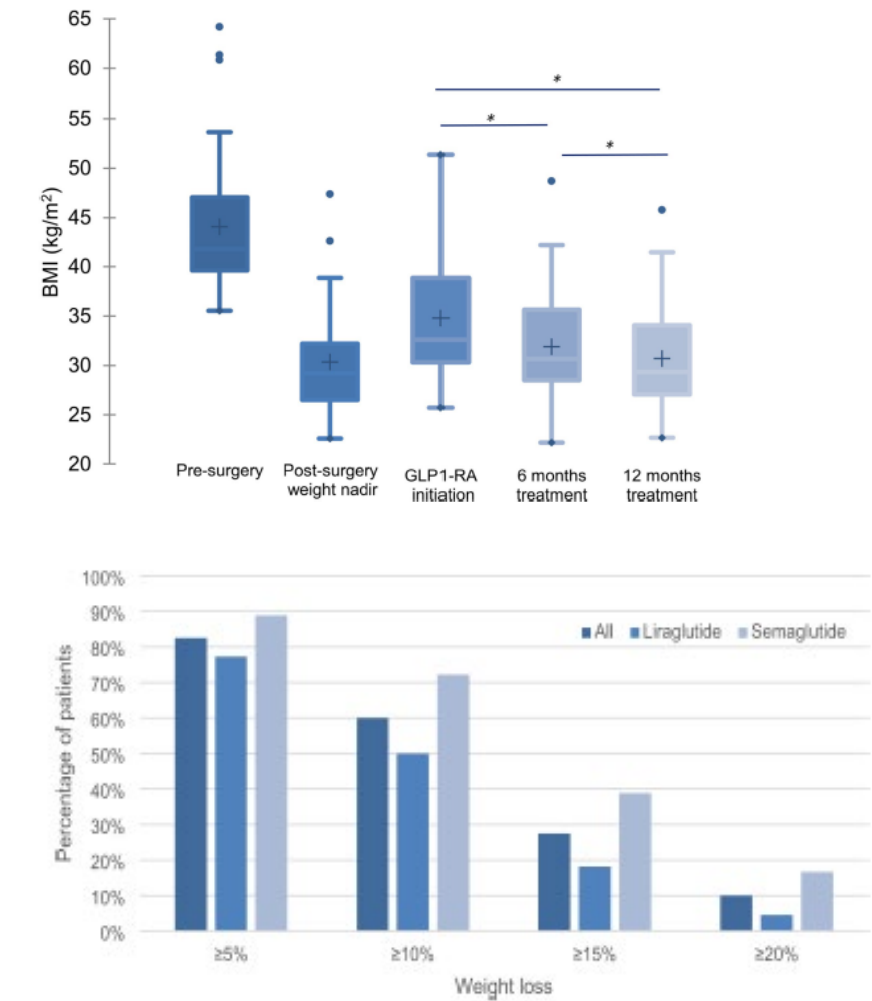
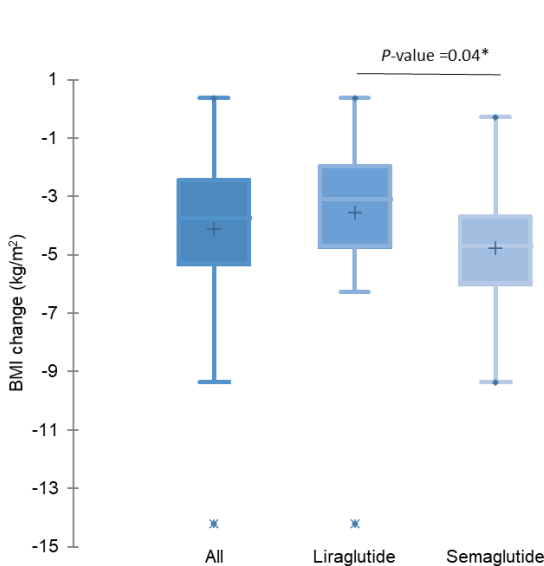


Table 1 Patient characteristics before bariatric surgery, at weight nadir, at initiation, 6 and 12 months of GLP1-RA treatment

Characteristics	Pre-surgery	Post-surgery weight nadir	GLP1-RA initiation	6 months treatment	12 months treatment
Age, yrs	43.0 (39.8, 52.5)	44.5 (41.0, 53.8)	50.0 (45.5, 58.5)	51.0 (46.0, 61.0)	51.5 (46.5, 59.5)
Time after BS, mo	-	17.0 (12.0, 25.3)	74.5 (51.0, 108.3)	77.0 (51.0, 108.0)	86.5 (65.0, 121.0)
Weight, kg	115.0 (106.5, 127.1)	80.9 (74.0, 89.2)	92.0 (82.5, 104.6)	81.6 (75.7, 94.4)	80.3 (73.5, 92.5)
BMI, kg/m²	41.8 (39.6, 47.1)	29.2 (26.5, 32.2)	32.6 (30.3, 38.9)	30.7 (28.5, 35.6)	29.3 (27.1, 34.1)
T2D, n (%)	10 (25.0)	5 (12.5)	9 (22.5)	8 (24.2) ^c	9 (22.5)
HbA1c, n (%) ^a	7.4 (7.0, 8.1)	6.8 (6.5, 7.1) ^b	7.1 (6.6, 7.7) ^b	6.3 (6.3, 6.5) ^d	5.9 (5.6, 6.3) ^d
OAD, no ^a	-	1.0 (1.0, 2.0)	1.0 (1.0, 2.0)	1.0 (1.0, 1.3)	1.0 (1.0, 1.5)
Insulin, n (%) ^a	5 (12.5)	0	1 (11.1)	1 (12.5)	0
Dyslipidaemia, n (%)	6 (15.0)	5 (12.5)	8 (20.0)	7 (21.2)	8 (20.0)
Hypertension, n (%)	17 (42.5)	6 (15.0)	6 (15.0)	6 (18.2)	7 (17.5)

If not otherwise specified data are median values with interquartile range in brackets. Data are based on 40 patients, except at 6 months treatment (n=33)
BMI, body mass index; BS, bariatric surgery; HbA1c, glycated haemoglobin A1c; mo, months; No, number of; OAD, oral antidiabetic drugs; T2D, type 2 diabetes; yrs, years; ^a In patients with T2D. ^b information missing in one patient ^c information missing for seven patients ^d information missing in three patients



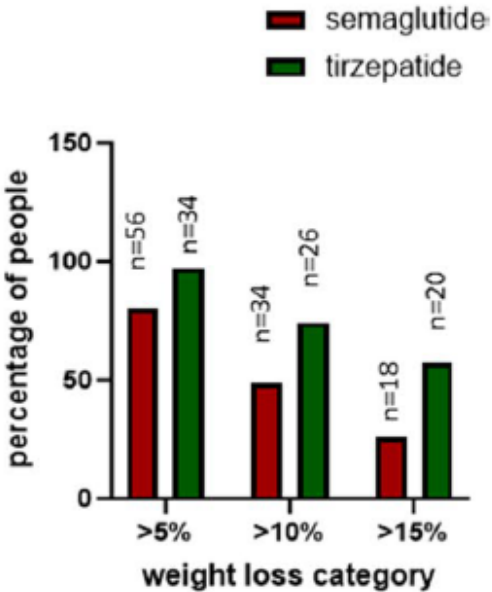
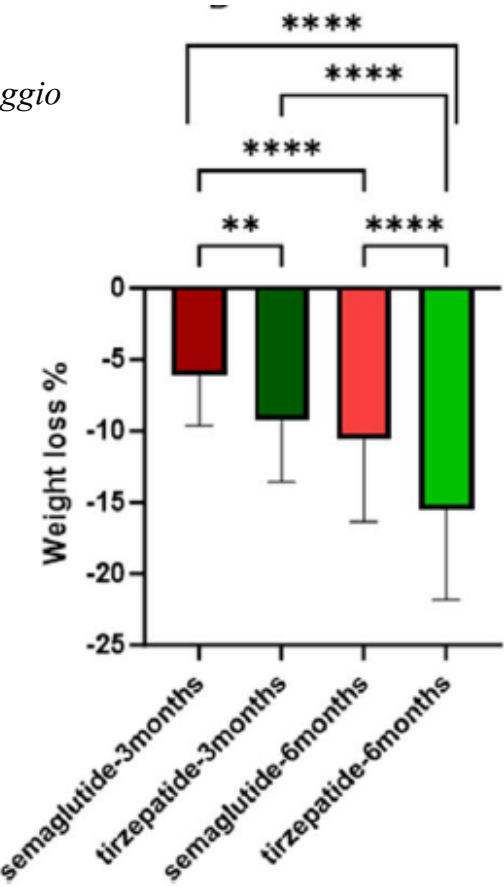
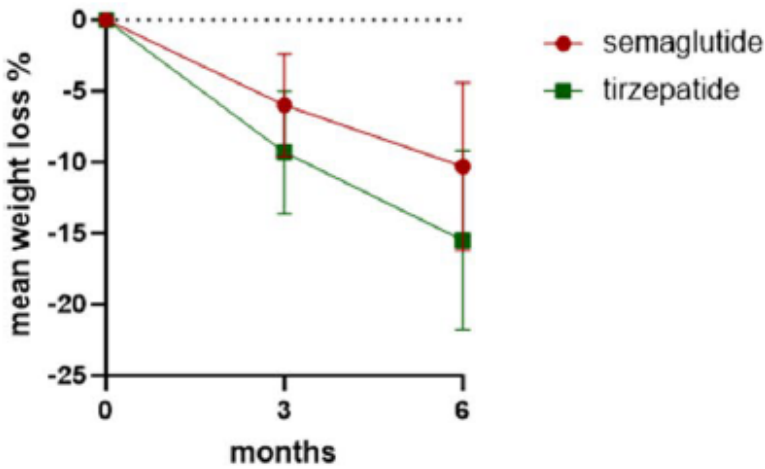
Single-center retrospective observational study in the obesity outpatient reference center at the Cantonal Hospital of St. Gallen, Switzerland.

Semaglutide and Tirzepatide for the Management of Weight Recurrence After Sleeve Gastrectomy: A Retrospective Cohort Study

SG tra gennaio 2008 e agosto 2022 e trattati per il **recupero ponderale** con semaglutide o tirzepatide da gennaio 2022 in poi presso un'unica clinica privata in Kuwait.

115 pazienti (BMI ≥ 30 kg/m² o ≥ 27 kg/m² + comorbidità)
70 trattati con semaglutide e 45 trattati con tirzepatide in un regime di dosaggio crescente a partire da 0,25 mg e 2,5 mg, rispettivamente)

recupero del peso $\geq 10\%$ rispetto al nadir post-SG.



La percentuale di perdita di peso nei pazienti trattati con tirzepatide a 3 e 6 mesi è stata significativamente maggiore rispetto ai pazienti trattati con semaglutide a 3 mesi e 6 mesi, con una riduzione di peso statisticamente significativa tra i 3 e i 6 mesi di durata del trattamento in entrambi i gruppi.





*Lorenzo, 48 aa - **Prima visita 21/01/2025***

Inviato dai colleghi dell'Endocrinologia U per obesità (da cui è seguito per tireopatia nodulare in tiroidite di Hashimoto)

A familiare: madre deceduta per k cerebrale nel 2017 diabetica, padre deceduto per IMA a 49 anni. 2 figli in abs.

A. remota: tunnel carpale bilaterale, colecistectomia 25 anni fa, frattura metatarsale piede sx.

Da sempre tendenza all'eccesso ponderale, ha praticato attività sportiva intensa fino a 25 anni, diverse diete con amfetamine all'età di 30 anni, dieta chetogenica prima della chirurgia bariatrica.

Nel 2018 RYGB, peso pre intervento 145 kg, peso minimo raggiunto 106 kg dopo 1 anno e mezzo.

*CPAP prima dell'intervento. **Regain ponderale completo.** Mangia anche durante la notte, spizzica durante il giorno snack salati e dolci. Pasti abbondanti.*

Fumatore di circa 4/5 sig die

Ernia ombelicale.

Da circa 1 anno sintomatologia compatibile con OSAS

***Ipertensione arteriosa** non trattata (valori domiciliari sempre intorno a 150/110 mmHg)*

ASSETTO VITAMINICO	
Ac.folico	3.9 mcg/l (3.1-20.5)
Vit B12	156 ng/l (187-883)

TERAPIA DOMICILIARE
Ha assunto Multicentrum per solo 3 mesi dopo intervento
Non assume terapie attualmente

Descrizione ⓘ	2025
	21/01
▾ Nessun sottogruppo	
Peso [kg]	150,00
Altezza [cm]	182
CIRCONFERENZA ADDOMINALE [cm]	136,00
BMI [Kg/m ²]	45,3
Pressione Sistolica [mmHg]	150
Pressione Diastolica [mmHg]	110
Emoglob.Glicata HbA1c [mmol/mol]	38
Emoglob.Glicata HbA1c [%]	5,6
Colesterolo [mg/dl]	278
Colesterolo HDL [mg/dl]	51
Trigliceridi post 12h dig. [mg/dl]	183
Colesterolo LDL (calc) [mg/dl]	190,4
Creatinina [mg/dl]	0,90
Ac. Urico [mg/dl]	
Filtrato glomerulare MDRD (calc) [ml/min/1.7]	96,13
Azotemia [g/l]	
SGOT [UI/L]	
GPT [UI/L]	
Gamma GT [UI/L]	37
Vit. D (Sie) [ng/ml]	
Ab antitiroglobulina [U/ml]	172,00
Ab antimicrosoma/perossidasi [UI/ml]	731
FT3 [pmol/l]	1,83
FT4 [pmol/l]	4,50
TSH [mUI/ml]	79,000
Colesterolo non HDL (calc) [mg/dl]	227
Variazione perc. Colesterolo LDL [%]	

1) Inizia Levotiroxina 100 mcg 1 cp al mattino 30 minuti prima di fare colazione

2) Inizia Acido folico 5 mg 1 cp a cena

3) Inizia Vitamina B12 1000 mg 1 volta al mese intramuscolo

4) inizia Rosuvastatina 10 mg 1 cp dopo cena

5) inizia Olmesartan/Idroclorotiazide 20/12.5 mg

6) inizia TIRZEPATIDE 2.5 mg 1 volta a settimana per via sottocutanea per 4 settimane, poi aumenta a 5 mg

1 volta a settimana fino al controllo

7) si consiglia visita chirurgica (ICOT- Prof Iossa)

Controllo 2/4/2025

Calo ponderale di 27 kg e riduzione delle CV di 17 cm

↓LDL ↓PA : rosuvastatina e olmesartan/idroclorotiazide sospesi dal MMG.

Ha iniziato attività fisica.

Ha effettuato visita di chirurgia bariatrica ma al momento si è deciso di soprassedere all'intervento di revisione.

ASSETTO VITAMINICO	
Ac.folico	16.9 mcg/l (3.1-20.5)
Vit B12	314 ng/l (187-883)
Ferro	85 mcg/l (65-175)
Ferritina	68.99 mcg/l (22-275)
VitD	13 ng/ml

1) Inizia Calcifediolo 0,266 mcg/mese

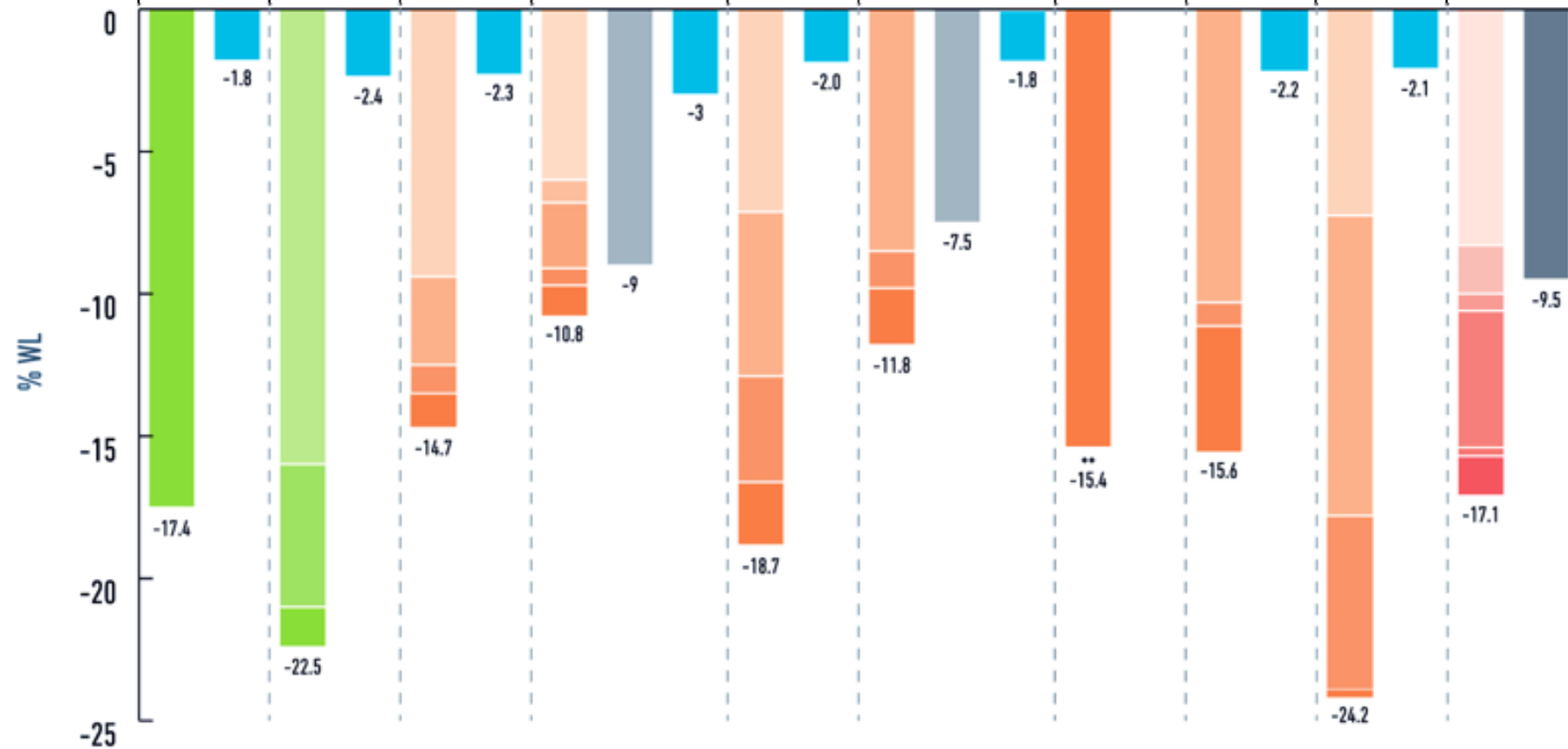
2) Continua Tirzepatide 5 mg

To be continued....

What is the pipeline for future medications for obesity?

Eka Melson ^{1,4}, Uzma Ashraf^{1,4}, Dimitris Papamargaritis ^{1,2,3} ^{3a} and Melanie J. Davies ^{1,2}

	Oral Semaglutide ^A	Tirzepatide ^A	Orfoglipron ^A	Cagrilintide ^A	Survodutide ^A	Efinopegdutide ^B	Mazdutide ^C	Pemvidutide ^A	Retatrutide ^A	CagriSema ^B
Dose and frequency	50mg OD	5/10/15mg OW	12/24/36/45mg OD	0.3/0.6/1.2/2.4/4.5mg OW	0.6/2.4/3.6 4.8mg OW	5/7.4/10mg OW	9mg OW	1.2/1.8/2.4mg OW	1/4/8/12mg OW	0.16/0.3/0.6/ 1.2/2.4/4.5 +SEMA 2.4mg OW
Route	PO	SC	PO	SC	SC	SC	SC	SC	SC	SC
Mechanism of action	GLP-1	GLP-1 + GIP	GLP-1	Amylin	GLP-1 + GCG	GLP-1 + GCG	GLP-1 + GCG	GLP-1 + GCG	GLP-1 + GIP + GCG	GLP-1 + Amylin
Number of participants	667	2539	272	706	387	474	80	391	338	95
Timepoint (weeks)	68	72	36	26	46	26	24	48	48	20
Baseline weight (kg)	105.4	104.8	108.7	107.4	105.7	113.3	96.9	104	107.7	95.7 - 99.6
Comparator	PBO	PBO	PBO	LIRA 3.0mg / PBO	PBO	LIRA 3.0mg / PBO	PBO	PBO	PBO	PBO+SEMA 2.4mg



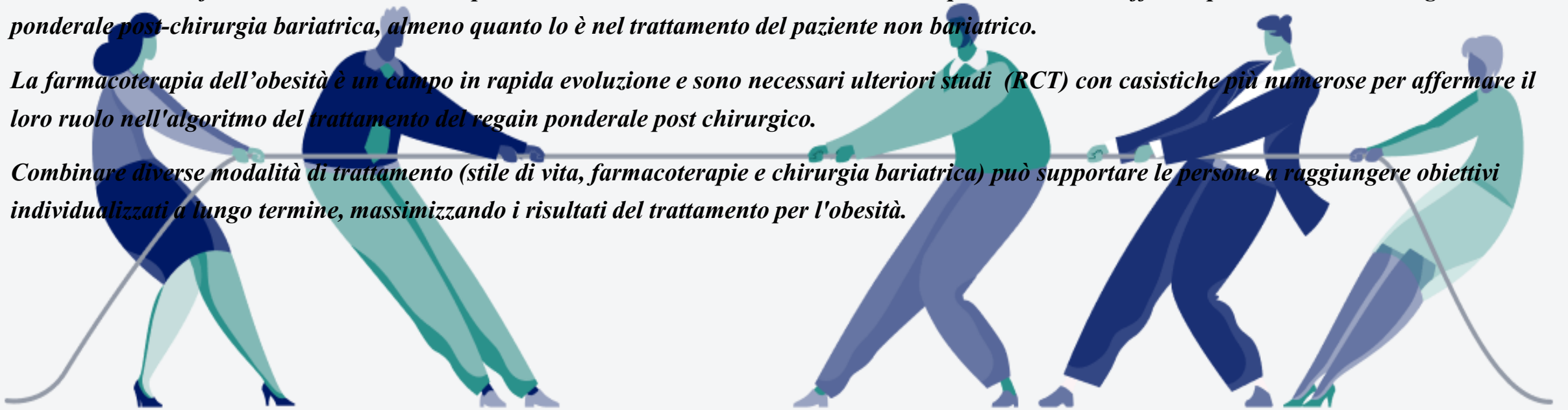
KEY:

- Phase 3
- Phase 2
- Phase 1
- Placebo
- Active
- Comparator

- Lowest dose
- Highest dose

Take-home message

- *Sebbene la chirurgia bariatrica rimanga la misura più efficace per il trattamento dell' obesità, il recupero del peso o l'insufficiente calo ponderale è una preoccupazione comune nel follow-up a lungo termine, con tassi di fallimento che variano dal 5% al 30%.*
- *Il trattamento con farmaci anti-obesità ed in particolare con i GLP1ra, sembra essere un'opzione sicura ed efficace per il controllo del regain ponderale post-chirurgia bariatrica, almeno quanto lo è nel trattamento del paziente non bariatrico.*
- *La farmacoterapia dell'obesità è un campo in rapida evoluzione e sono necessari ulteriori studi (RCT) con casistiche più numerose per affermare il loro ruolo nell'algoritmo del trattamento del regain ponderale post chirurgico.*
- *Combinare diverse modalità di trattamento (stile di vita, farmacoterapie e chirurgia bariatrica) può supportare le persone a raggiungere obiettivi individualizzati a lungo termine, massimizzando i risultati del trattamento per l'obesità.*



Weight loss

Weight regain

Time to Rethink the Approach to Treating Obesity

JAMA Surgery August 2024

