

33° CONGRESSO
NAZIONALE SICOB
SORRENTO

29 · 31 OTTOBRE
2 0 2 5



HILTON
SORRENTO
PALACE

TERAPIA ANTIDIABETICA NEL PERIOPERATORIO: UN CASO CLINICO

Dr.ssa Marialucia Pellegrino

Medico specialista in Scienza dell'Alimentazione

Dirigente Medico - Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni

Introduzione

Epidemiologia

Il diabete tipo 2 è presente nel 20 - 40% dei candidati a chirurgia bariatrica. La gestione farmacologica perioperatoria rappresenta una fase critica per sicurezza e outcome metabolici.

Obiettivo

Analizzare il percorso terapeutico di una paziente con DM2 e obesità patologica sottoposta a sleeve gastrectomy, evidenziando la gestione dei farmaci antidiabetici nel perioperatorio.



Caso clinico

Paziente donna, 40 anni.

Aprile 2025: I visita presso il nostro CMO, inviata dal Centro Diabetologico Territoriale.

Anamnesi patologica prossima e remota: DM2 dal 2022 (NO complicanze micro e macrovascolari), pregressa gastrite da Hp, obesità EOSS 2, MASLD.

Anamnesi farmacologica:

- **Metformina 850 mg** 1 cp x 2/die
- **Dapagliflozin 10 mg** 1 cp/die
- **Semaglutide orale 14 mg** 1 cp/die
- **Insulina glargine U300** 10 UI alle ore 22
- **Olmesartan 10 mg** 1 cp/die
- **Rosuvastatina/ezetimibe 10/10 mg** 1 cp/die

Parametri antropometrici e di laboratorio:

Peso corporeo 132 kg, altezza 165 cm, BMI 48 kg/mq. EOSS 2

CV 140 cm

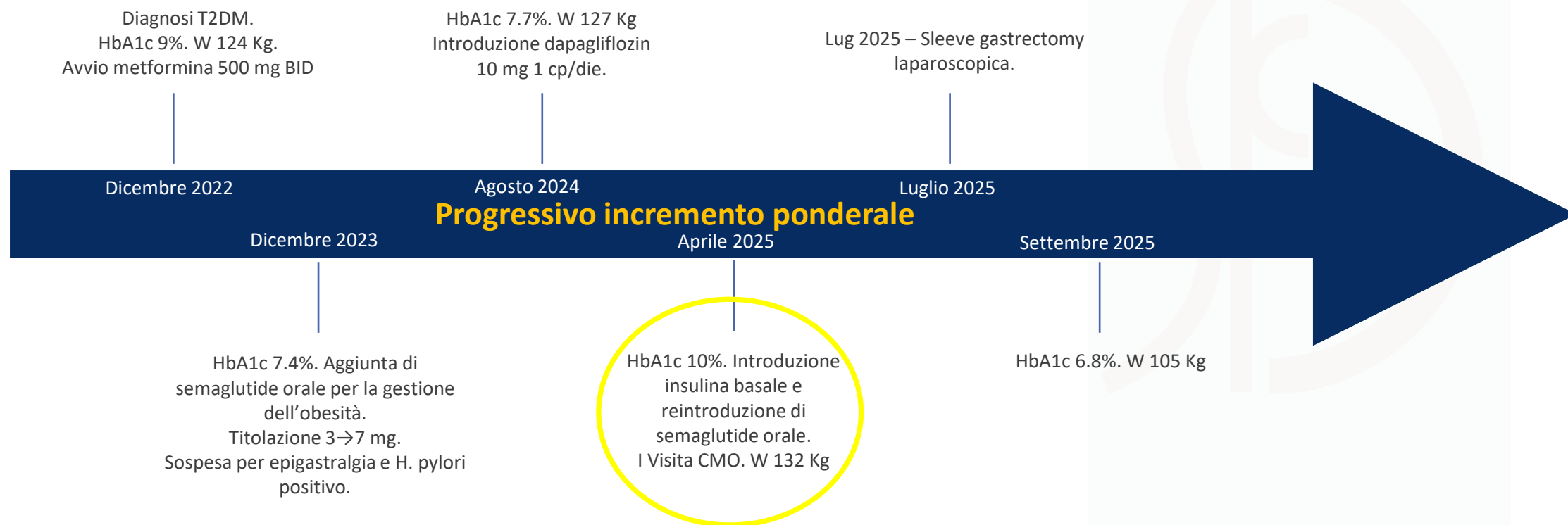
WHtR: 0.8

Emoglobina glicosilata 10%

Avviata alla chirurgia bariatrica



Caso clinico



Gestione pre-operatoria

OBIETTIVI

- Prevenire ipoglicemia ed iperglicemia perioperatoria → L'iperglicemia preoperatoria si associa a maggior rischio di tutte le complicanze nel post-operatorio: rischio infettivo, aumento dei tempi di degenza e rischio di riammissione.
- Ridurre il rischio di complicanze (euDKA da SGLT2i, ritardato svuotamento gastrico da GLP1RAs)
- Ottimizzare outcome metabolici post-MBS



Gestione pre-operatoria

Metformina 850 mg 1 cp x 2/die

Dapagliflozin 10 mg 1 cp/die

Semaglutide orale 14 mg 1 cp/die

Insulina glargine U300 10 UI alle ore 22



- Sospensione del farmaco 24 h prima dell'intervento
- Sospensione fino a dieta solida
- Nb.: funzione renale.
eGFR < 30 ml/min → acidosi lattica
- Monitoraggio degli effetti avversi gastrointestinali.

Morey-Vargas OL, Gossmann M, Ketz JM, Abdelmalak BB. Managing noninsulin glucose-lowering medications before surgery: A comparison of clinical practice guidelines. Cleve Clin J Med. 2025 Jul 1



Gestione pre-operatoria

Metformina 850 mg 1 cp x 2/die

Dapagliflozin 10 mg 1 cp/die

Semaglutide orale 14 mg 1 cp/die

Insulina glargine U300 10 UI alle ore 22



- Sospensione del farmaco 24-72 h prima dell'intervento. Ertu 4 giorni prima. Fino a dieta solida.
- Rischi:
 - Ipovolemia
 - euDKA
 - iperkaliemia, nb IRe
- Se SCC, proseguire fino al giorno prima con monitoraggio dei corpi chetonici.

Morey-Vargas OL, Gossmann M, Ketz JM, Abdelmalak BB. Managing noninsulin glucose-lowering medications before surgery: A comparison of clinical practice guidelines. Cleve Clin J Med. 2025 Jul 1



Gestione pre-operatoria

Metformina 850 mg 1 cp x 2/die

Dapagliflozin 10 mg 1 cp/die

Semaglutide orale 14 mg 1 cp/die

Insulina glargine U300 10 UI alle ore 22



- Rischio correlato a rallentato svuotamento gastrico (da valutare, sintomi o ecografia):
 - reflusso GE
 - Ab ingestis
- Formulazione orale: sospendere 24 ore prima
- Formulazione sc: 7 giorni
- Fino a dieta solida
- Monitoraggio degli effetti avversi GI

AGA, ASMBS, ASA, ISPCPO, SAGES. Multisociety clinical practice guidance for the safe use of glucagon-like peptide-1 receptor agonists in the perioperative period. Surg Obes Relat Dis.



Gestione pre-operatoria

Metformina 850 mg 1 cp x 2/die

Dapagliflozin 10 mg 1 cp/die

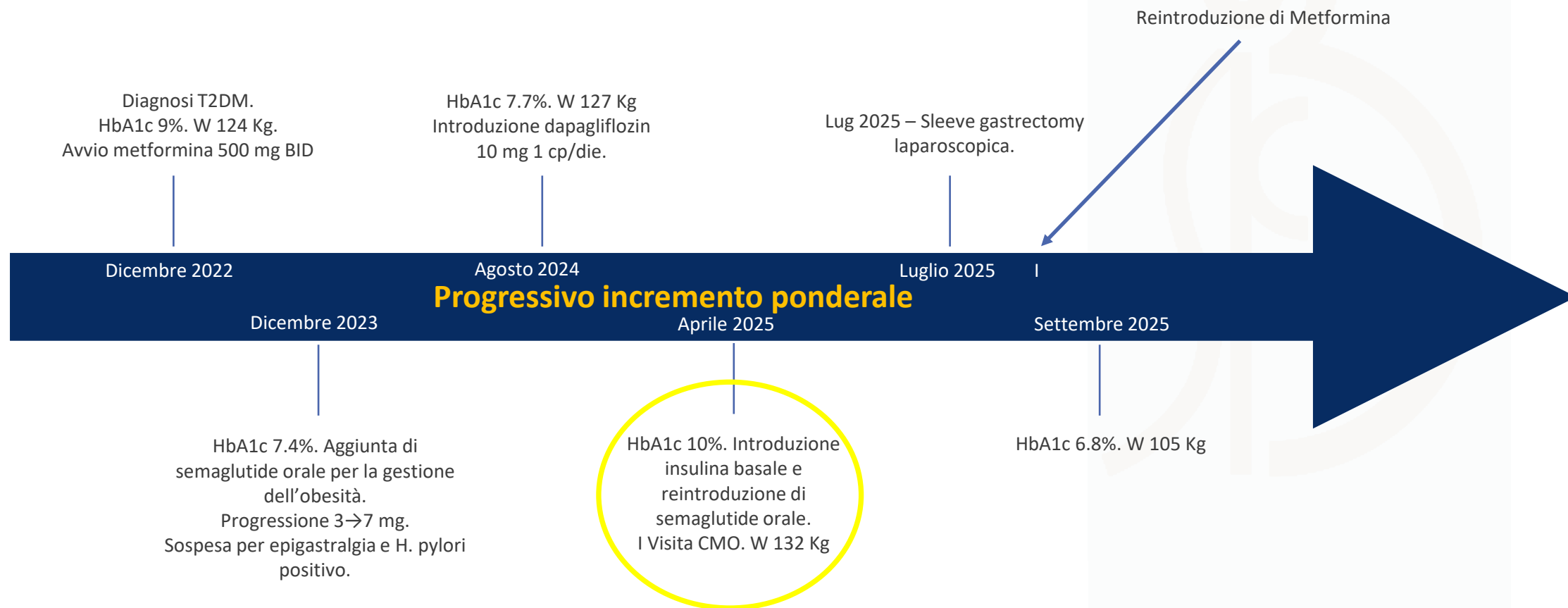
Semaglutide orale 14 mg 1 cp/die

Insulina glargine U300 10 UI alle ore 22 →

- Terapia da proseguire
- Aggiunta di insulina rapida a correzione delle glicemie
- Se somministrata la mattina oppure se microinfusore → ridurre del 20%
- Se CGM → considerare lag-time.
- In fase intra-operatoria: glucosata 5% 100 ml/h + potassio 10 mEq/500 cc di SG 5%.
- Obiettivo glicemico: 140-180 mg/dL.



Caso clinico



Conclusioni

1. La MBS deve essere considerata parte di un percorso terapeutico globale nella gestione di obesità e diabete, ed ogni fase medica, nutrizionale e chirurgica, contribuiscono ad obiettivo metabolico comune.
2. La terapia antidiabetica e anti-obesità nel periodo preoperatorio possono migliorare il controllo glicemico, ridurre il rischio anestesilogico e favorire una migliore risposta chirurgica e metabolica.
3. L'integrazione tra farmacoterapia e chirurgia deve proseguire nel tempo, con un follow-up multidisciplinare volto a consolidare la perdita di peso, mantenere la remissione metabolica del diabete e prevenire le recidive.



33° CONGRESSO
NAZIONALE SICOB
SORRENTO

29 · 31 OTTOBRE
2 0 2 5



HILTON
SORRENTO
PALACE

Grazie