



SICOB EVENTI

6 - 7 MARZO 2025



RESP. SCIENTIFICI **LUIGI ANGRISANI**



MARIO MUSELLA



VINCENZO PILONE

NAPOLI, 6 - 7 MARZO 2025

1° INTERNATIONAL BARIATRIC MEETING

**Bariatric Surgery and Pharmacological approach
to Morbid Obesity: An open debate**

QUALE DIETA PER IL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON FARMACI ANTI OBESITA'

MARIA GRAZIA CARBONELLI

**Dir. UO Dietologia e Nutrizione
Azienda Ospedaliera San Camillo
Forlanini Roma**

Consigliere Fondazione Sicob

Vice segretario ADI

TERAPIA FARMACOLOGICA DELL'OBESITA'

LA STORIA

FINO AGLI ANNI 90



UTILIZZO DI FARMACI
CON EFFETTI COLLATERALI ANORESSIZZANTI

PREPARATI GALENICI

ANNI 90

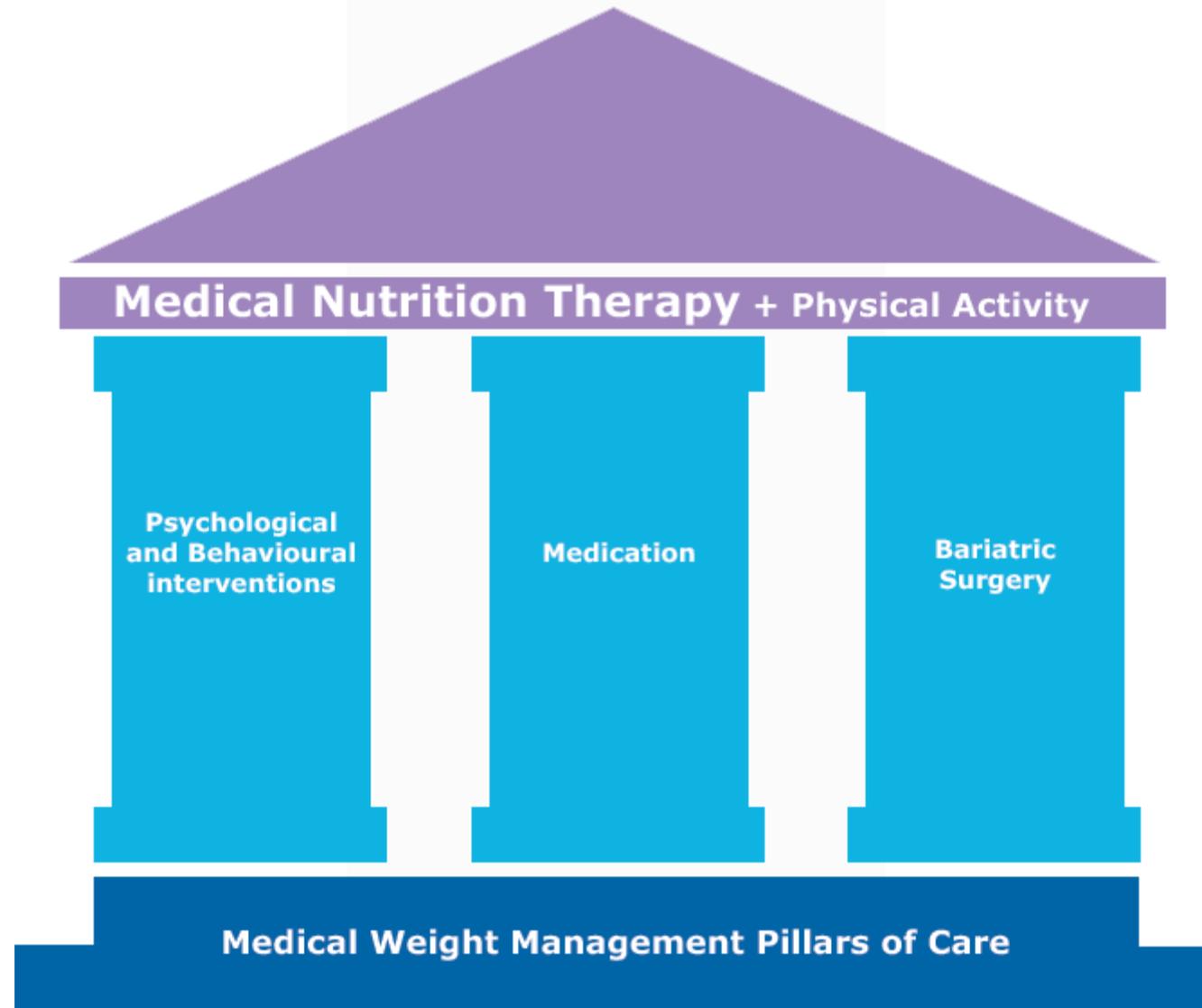


SIBUTRAMINA
RIMONABANT

ANNI 2000



NALTREXONE/BUPROPIONE
LIRAGLUTIDE
SEMAGLUTIDE
TIRZEPATIDE



OMA's 4 Pillars of Clinical Obesity Treatment

Jan 1, 2021

Diete a basso o bassissimo contenuto calorico e diete chetogeniche

Pur avendo in comune un basso apporto di CHO, si differenziano per l'entità della restrizione calorica e per la quantità di proteine e grassi

LCD
low calorie diet

diete a basso contenuto calorico → **800-1500 kcal**

VLCD
very low calorie diet

diete a bassissimo contenuto calorico → **< 800 kcal (400-800 kcal)**
con CHO < 50 g/die

VLCKD
very low calorie
ketogenic diet

diete chetogeniche a bassissimo contenuto calorico → **≤ 800 kcal/die**
con CHO < 30 g/die

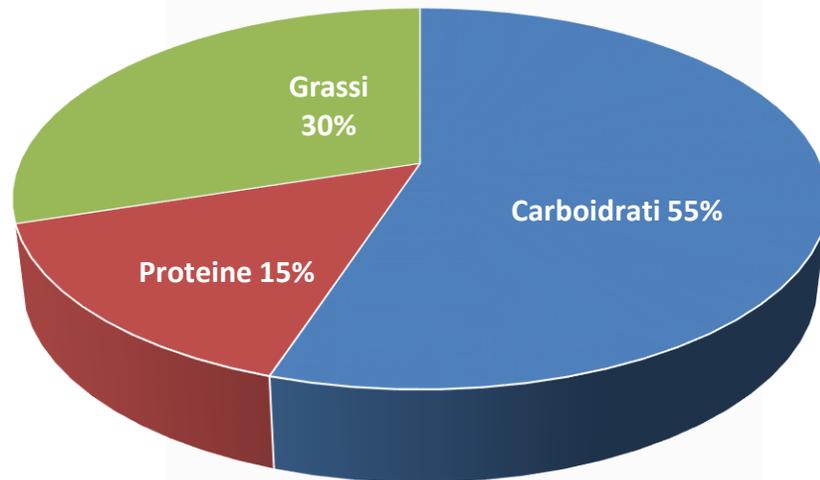
Caratteristiche

- ❖ Strategie terapeutiche efficaci in pazienti ben selezionati e motivati
- ❖ Devono sempre essere prescritte e somministrate da un'equipe di esperti
- ❖ Richiedono uno stretto controllo medico
- ❖ Prevedono la supplementazione di macro- e micro-nutrienti per evitarne la carenza man mano che diminuiscono in numero di calorie

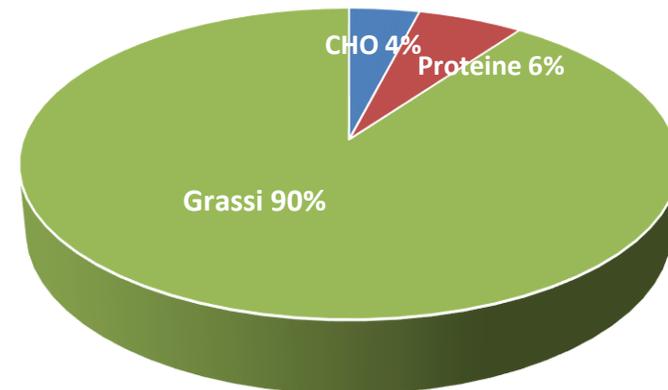


LCD – VLCD – VLCKD E DIETA NORMOCALORICA STANDARD A CONFRONTO

Normocalorica standard (2100-2300 kcal)

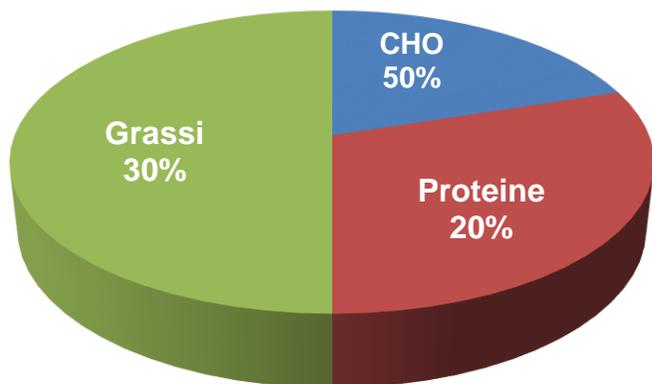


Chetogenica classica



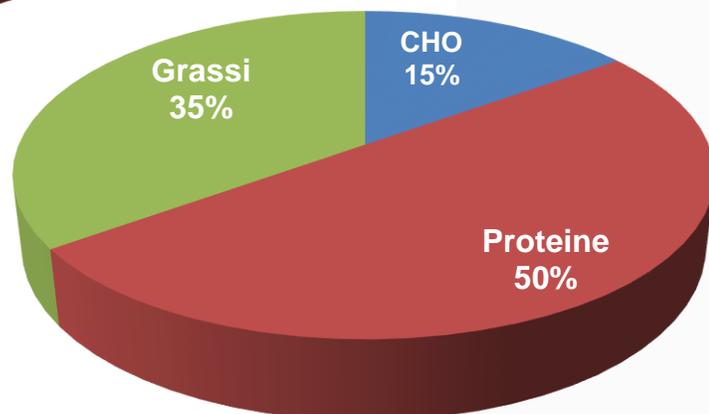
800 -1500 Kcal

LCD

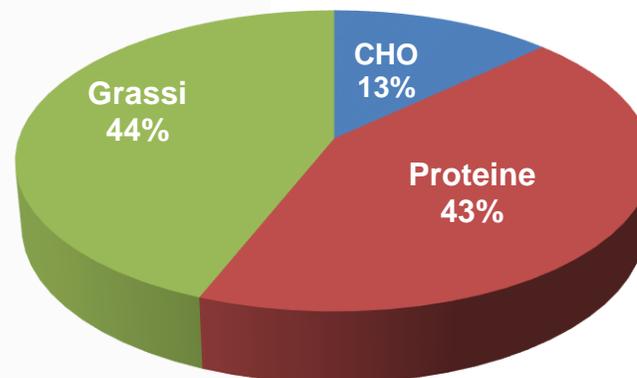


< 800 kcal (400-800 kcal)

VLCD

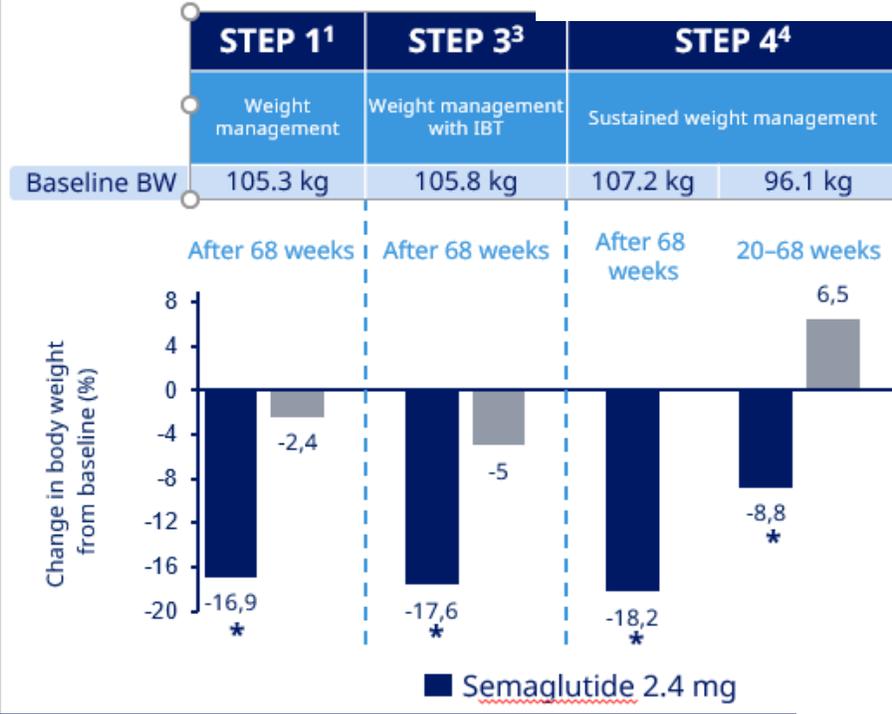


VLCKD

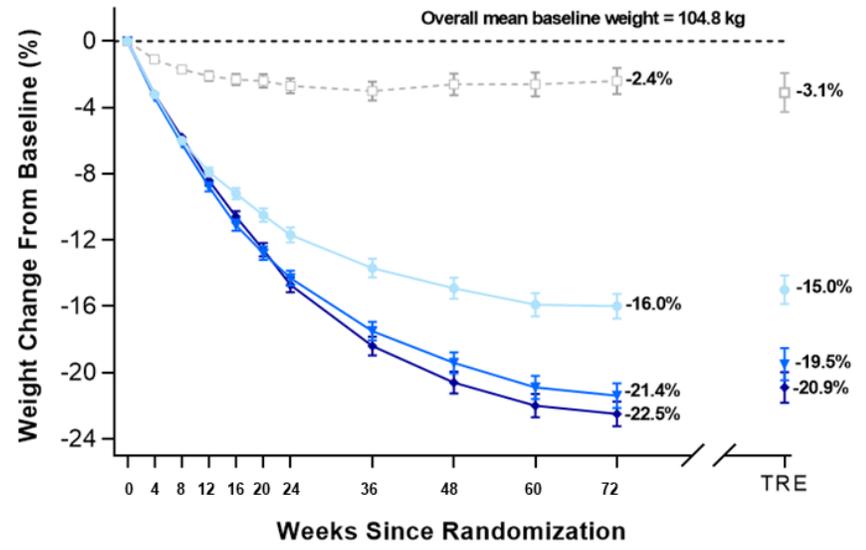


≤ 800 kcal/die con
CHO < 30 g/die

Semaglutide 2.4 mg



	TZP 5 mg vs PBO*	TZP 10 mg vs PBO	TZP 15 mg vs PBO
ETD (%) (95% CI)	-13.5 (-14.6 to -12.5)	-18.9 (-20.0, -17.8)	-20.1 (-21.2, -19.0)
P value	<.001		



TERAPIA DIETETICA BILANCIATA : LOW CALORIE DIET LCD

- Riduzione di circa il 10 % del peso iniziale da 4 a 6 mesi (obesità di I e II grado)
- Riduzione maggiore del 10% del peso iniziale da 4 a 6 mesi (obesità di III grado)
- La stabile perdita del 10% del peso corporeo iniziale , ottenuta con perdita prevalente di tessuto adiposo, è adeguata a cercare di correggere la componente morbigena dovuta all'obesità.
- Ogni intervento dietetico non dovrebbe mai tralasciare una componente di semplice ma completa informazione ed educazione alimentare.
- In caso di un evidente sospetto di disturbo della condotta alimentare correlabile ad un disturbo della personalità vi è l'indicazione ad un intervento clinico-diagnostico di tipo psicoterapico.

DIETA A DEFICIT CALORICO BILANCIATO QUANTE CALORIE?

- Valutare il dispendio energetico (LARN)
- Valutare coesistenza di disturbo del comportamento alimentare
- Definire il tempo di raggiungimento degli obiettivi

<u>Deficit calorico</u>	<u>Perdita di peso</u>
300-500 kcal	250-500 g/settimana
500-1000 kcal	500-1000 g/settimana

1200-1500 kcal/die (*donna attiva*)

1500-2000 kcal/die (*uomo attivo*)

DIETA A DEFICIT CALORICO BILANCIATO: OTTIMIZZARE LA COMPLIANCE

- adattare la dieta al paziente, e non viceversa
- prevedere da 3 a 5 pasti al giorno, secondo esigenze individuali
- prevedere la possibilità di consumare i pasti fuori casa
- limitare il più possibile la necessità di pesare gli alimenti (unità di misura casalinghe)
- dare la massima possibilità di sostituzioni ed equivalenze

DIETA A DEFICIT CALORICO BILANCIATO: OTTIMIZZARE LA COMPLIANCE

- provvedere esempi di ricette di facile esecuzione
- inserire se e quando necessario alimenti “atipici” (es. modica quantità di vino, dolci o cioccolata)
- dare tutto il tempo necessario per le spiegazioni ed essere disponibili per futuri chiarimenti
- integrare la terapia dietetica con counselling nutrizionale e diario di autosservazione (incl. attività fisica)

DIETA A DEFICIT CALORICO BILANCIATO: COMPOSIZIONE NUTRIZIONALE

Calorie	500-1000 kcal/die inferiore al dispendio energetico		
Lipidi totali	30% delle calorie totali:	saturi 10%	
		monoinsaturi	fino al
		10% polinsaturi	fino al
		10%	
Proteine	0,8-1g /Kg peso accettabile (BMI 22,5)	Non superare i 2,5g die di grassi	
Carboidrati	55% delle calorie di cui zuccheri semplici max 10-12%	trans	
Fibre	30 g/die		
Colesterolo	< 300 mg/die		
Cloruro di sodio	non più di 100 mmol/die (circa 2.4g di sodio o 6 g di cloruro di sodio)		
Calcio	1000-1500 mg/die		

Esempio di dieta VLCD

- 1) Latte parz scremato 150 cc
- 2) Fette biscottate g 15
- 3) carne magra g 150
- 4) Pesce g 200
- 5) Ortaggi g 500
- 6) Frutta g 300
- 7) Pane g 50
- 8) Olio d'oliva g 25

**NB : la dieta è carente in calcio
calcio**

**Cal.1050
Prot. G 83
Lip 37 g
Glic g .93**

INTERVENTO DIETETICO

basso contenuto di
grassi

basso contenuto di
carboidrati

Dieta Mediterranea

Effetti a medio e lungo
termine comparabili

Con pasto sostitutivo

basso carico
glicemico

Trattamento adeguato a:

- controllo delle condizioni di comorbidità
- preferenze e necessità del paziente

Is There an Ideal Diet? Some Insights from the POUNDS Lost Study

by George A. Bray ^{1,*} ✉, Lu Qi ² ✉ and Frank M. Sacks ³ ✉

¹ Department of Clinical Obesity, Pennington Biomedical Research Center, Louisiana State University, Baton Rouge, LA 70808, USA

² Department of Epidemiology, School of Public Health and Tropical Medicine, Tulane University, New Orleans, LA 70112, USA

³ Department of Nutrition, Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, MA 02115, USA

* Author to whom correspondence should be addressed.

Nutrients **2024**, *16*(14), 2358; <https://doi.org/10.3390/nu16142358>

Submission received: 16 June 2024 / Revised: 9 July 2024 / Accepted: 17 July 2024 / Published: 20 July 2024

(This article belongs to the Special Issue Dietary Patterns and Clinical Health Outcomes)

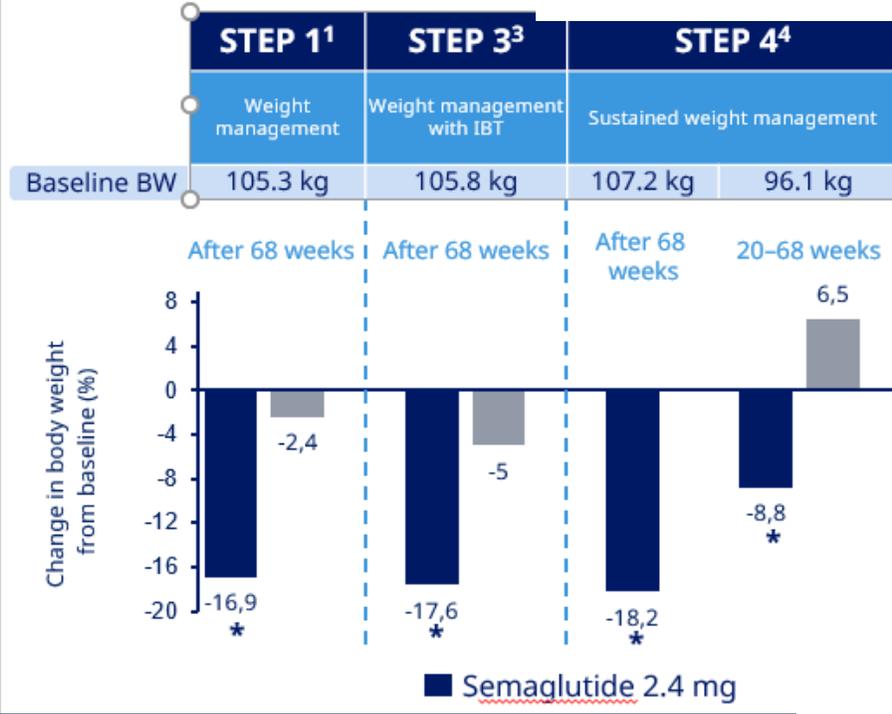
Non tutte le diete sono uguali Un nuovo studio, pubblicato su *Nutrients*, affronta una questione chiave: **esiste una dieta ideale per la perdita di peso?**

Gli autori hanno analizzato i dati del *POUNDS Lost Study*, confrontando diete con diverse percentuali di grassi, proteine e carboidrati. I risultati hanno mostrato una significativa variabilità: alcuni partecipanti hanno perso oltre il 20% del peso corporeo, mentre altri hanno guadagnato peso.

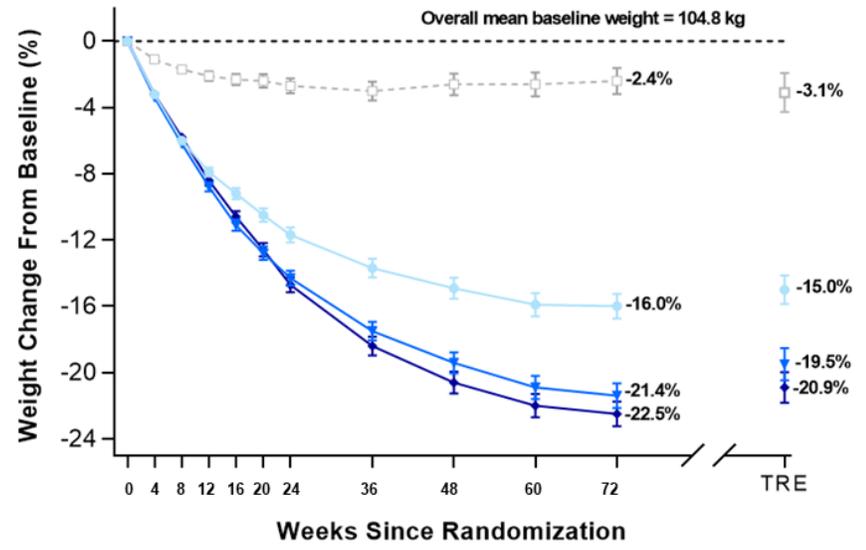
Lo studio conferma che **le risposte alle diete variano da individuo a individuo a causa di fattori genetici e comportamentali**, come l'assunzione adeguata di fibre, l'attività fisica e la qualità del sonno.

La chiave del successo sembra essere quella di
trovare una dieta, e quindi uno stile di vita, sostenibile per ogni persona

Semaglutide 2.4 mg



	TZP 5 mg vs PBO*	TZP 10 mg vs PBO	TZP 15 mg vs PBO
ETD (%) (95% CI)	-13.5 (-14.6 to -12.5)	-18.9 (-20.0, -17.8)	-20.1 (-21.2, -19.0)
P value	<.001		



Prevalence and predictors of postoperative thiamine deficiency after vertical sleeve gastrectomy.

Tang L¹, Alsulaim HA², Canner JK³, Prokopowicz GP⁴, Steele KE⁵.

“La sarcopenia è considerata una delle principali cause di fragilità

La prevalenza della sarcopenia :
8% nel pre intervento salita a 1/3 dei pazienti ad un anno dalla sleeve gastrectomy

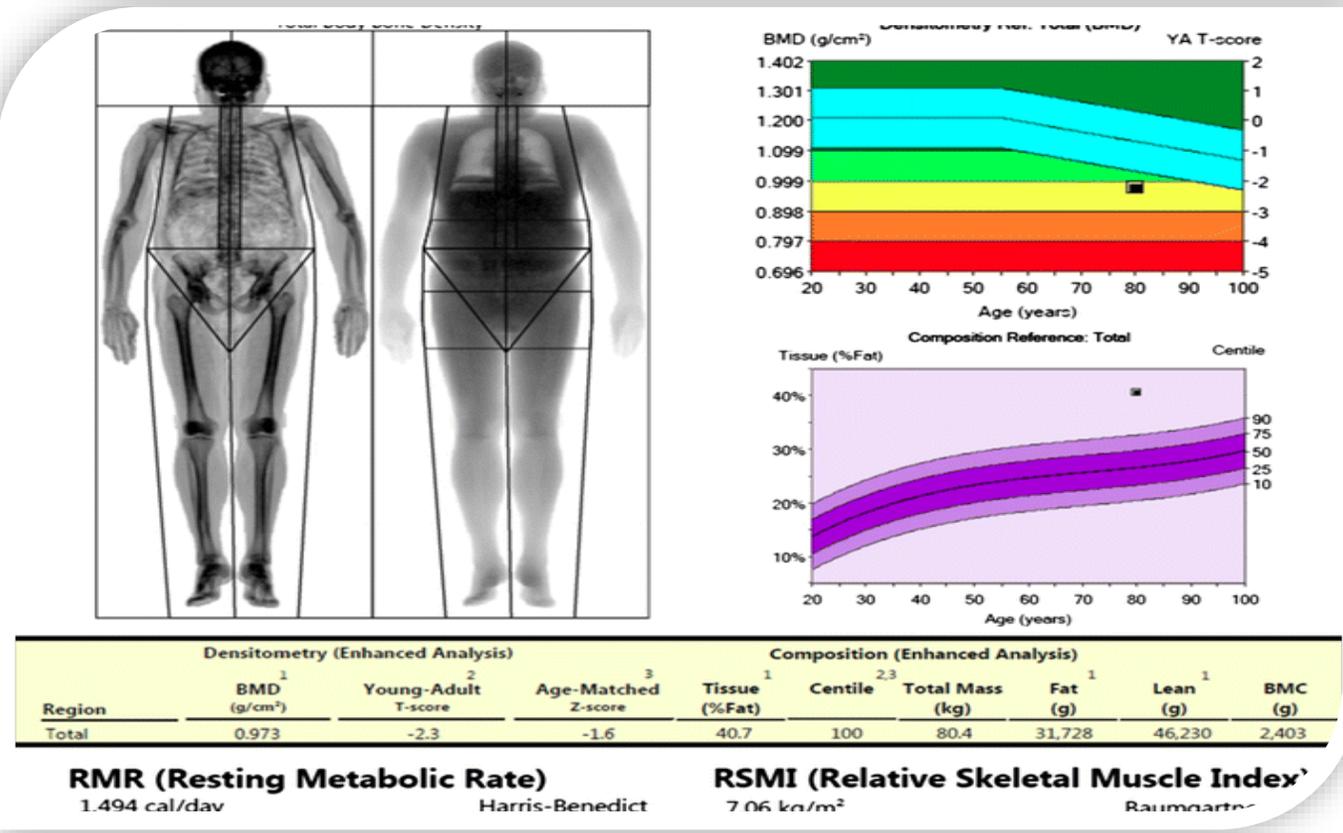


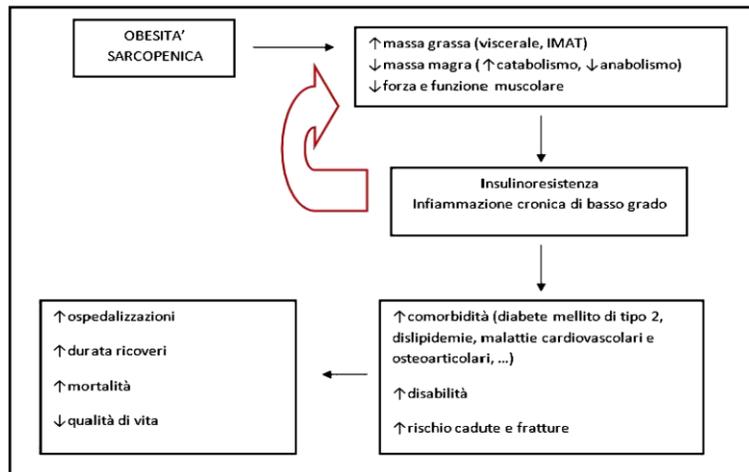
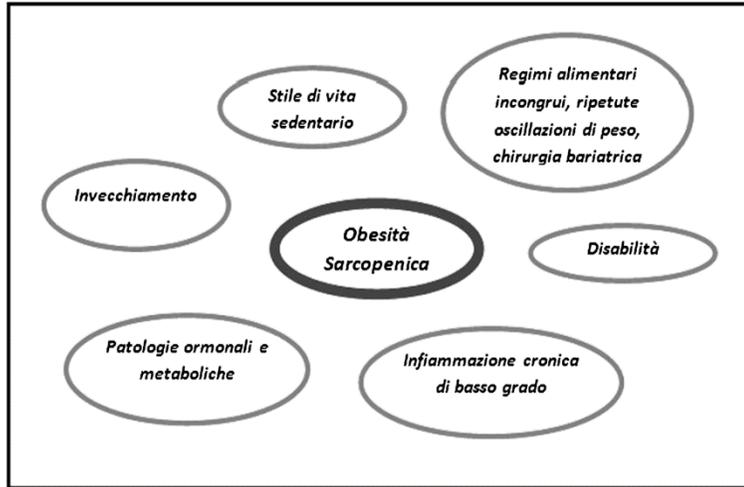
Table 1. Methods for measurement of muscle mass, muscle strength, and physical performance

Muscle mass	Muscle strength	Physical performance
Anthropometry	Handgrip strength	Short physical performance battery
Computed tomography	Knee flexion/extension	Usual gait speed
Magnetic resonance imaging		Timed get-up-and-go test
Dual energy X-ray absorptiometry		
Bioimpedance analysis		

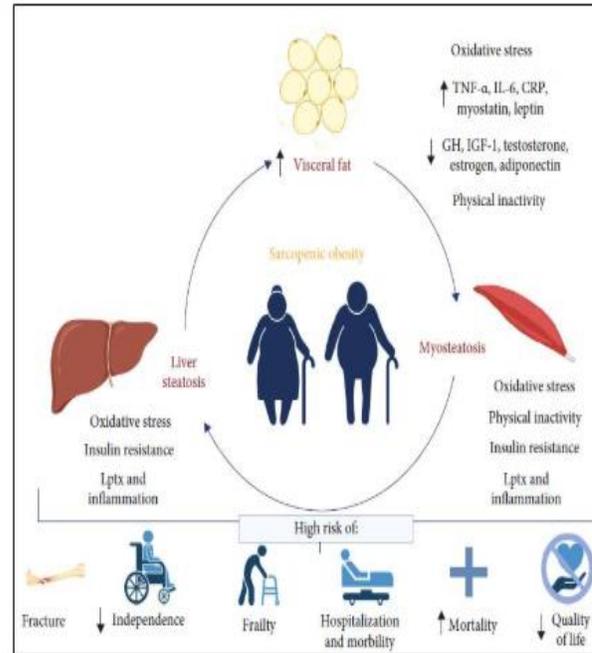


Obesità sarcopenica

Edda Parrinello¹ · Lorenzo M. Donini¹



OBESITA' SARCOPENICA



- Elevato BMI (classe II e III sec WHO)
 - Perdita di massa muscolare scheletrica
- ↓
- Perdita di funzionalità e peggioramento della qualità di vita
 - Aumento della mortalità

Gonzalez et al, *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, Oct 2021

Definition and Diagnostic Criteria for Sarcopenic Obesity: ESPEN and EASO Consensus Statement

... Co-existence of excess adiposity and low muscle mass/function is referred to as sarcopenic obesity (SO)



REPORT

Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis

Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People

ALFONSO J. CRUZ-JENTOFT¹, JEAN PIERRE BAUYENS², JÜRGEN M. BAUER³, YVES BOIRIE⁴, TOMMY CEDERHOLM⁵, FRANCESCO LANDI⁶, FINBARR C. MARTIN⁷, JEAN-PIERRE MICHEL⁸, YVES ROLLAND⁹, STÉPHANE M. SCHNEIDER¹⁰, EVA TOPINKOVÁ¹¹, MAURITS VANDEWOUDE¹², MAURO ZAMBONI¹³

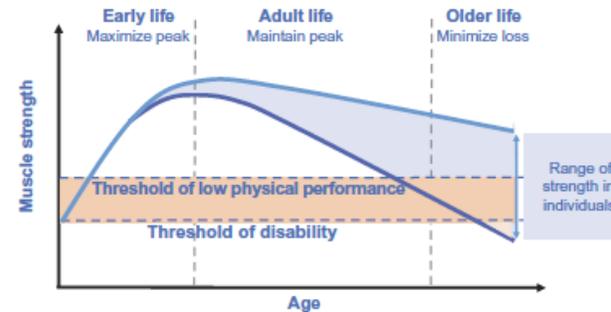


Figure 3. Muscle strength and the life course. To prevent or delay sarcopenia development, maximise muscle in youth and young adulthood, maintain muscle in middle age and minimise loss in older age

Aging	<ul style="list-style-type: none"> • Age-associated muscle loss
Disease	<ul style="list-style-type: none"> • Inflammatory conditions (e.g., organ failure, malignancy) • Osteoarthritis • Neurological disorders
Inactivity	<ul style="list-style-type: none"> • Sedentary behavior (e.g., limited mobility or bedrest) • Physical inactivity
Malnutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Under-nutrition or malabsorption • Medication-related anorexia • Over-nutrition/obesity

Figure 4. Factors that cause and worsen muscle quantity and quality, sarcopenia, are categorised as primary (ageing) and secondary (disease, inactivity, and poor nutrition). Because a wide range of factors contribute to sarcopenia development, numerous muscle changes seem possible when these multiple factors interact.

SARCOPENIA : LA TERAPIA

ELSEVIER

The American Journal of Clinical Nutrition



PMC full text:

[Am J Clin Nutr. 2023 Nov; 118\(5\): 852–864.](#)

Published online 2023 Aug 30. doi: [10.1016/j.ajcnut.2023.08.015](#)

► Copyright/License [Request permission to reuse](#)

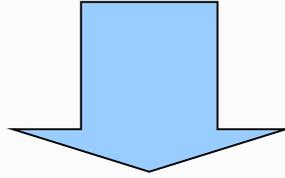
<< Prev FIGURE 3 Next >>

FIGURE 3

Dietary patterns	Mid-adulthood (<60 years)	Young-older adulthood (60-70 years)
	<ul style="list-style-type: none"> Few prospective observational studies Some evidence for benefits of higher quality diets for physical performance decades later 	<ul style="list-style-type: none"> More evidence available from prospective studies Good evidence of links between habitual diets of higher quality and better muscle strength and physical performance at follow-up
Whole foods 	<ul style="list-style-type: none"> Modest evidence for benefits of higher intake of fruits and vegetables for later physical performance 	<ul style="list-style-type: none"> Some evidence of benefits of higher intake of fruits and vegetables for later physical performance Mixed evidence for animal protein foods; potential harmful effects of processed meats
Nutrients Protein Vitamin D Antioxidants Minerals 	<ul style="list-style-type: none"> Some evidence of benefits of protein supplementation but only when combined with exercise training Inconsistent evidence for vitamin D Very limited evidence for antioxidant nutrients 	<ul style="list-style-type: none"> Higher habitual protein intakes not shown to slow declines in muscle function in prospective studies Limited evidence for benefits of protein supplementation when combined with exercise training, but not protein alone

Summary of evidence from prospective studies and intervention trials for the effects of nutrition in mid- and young-older adulthood (<70 y) on later muscle mass, function, and physical performance.

Contenuto proteico di diete ipocaloriche nel range di 1,2/1,6 g di proteine Kg/Peso corporeo/ die



**20-30 g di proteine
ad ogni pasto principale
Di origine animale contenenti
Leucina
(effetto anabolico)**

Tuttavia è necessario valutare attentamente l'assunzione di proteine e AA come di solito effettuato per grassi e CHO considerando la quantità ma anche qualità, digeribilità, tempi di distribuzione giornaliera, composizione del pasto, caratteristiche individuali della massa magra, totale assunzione giornaliera di energia, malattie concomitanti, ecc

Table 1 Nutritional and physical activity recommendations for bone and muscle health and reduction/maintenance of body weight*

Affected tissue	Condition	Possible nutritional interventions/treatments	Possible exercise interventions/treatments	Underlying mechanism of benefit
Bone, muscle and adipose tissue	Osteosarcopenic obesity	<ul style="list-style-type: none">• Calcium: 1,200 mg/d¹⁰¹• Magnesium: meet RDA (320 mg/d for women)¹⁰²• Vitamin D: 800 IU/d¹⁰³• Vitamin D: serum level >20 ng/mL¹⁰³• High protein diet: 1.4–1.6 g/kg/d• Omega-3 PUFA (especially long-chain EPA and DHA) – at least 1 g/d EPA + DHA and >1 g ALA^{62,77}• Fiber: meet RDA (25 g/d for women)⁶⁴	<ul style="list-style-type: none">• Comprehensive exercise program should include aerobic, strength, flexibility and balance training and 300 minutes moderate-intensity exercise per week (60 min ×5 days/wk) to optimize the impact of exercise on weight^{82,83}• Weight-bearing physical activity 2–3 times/wk^{82,83}• Exercise to match ability – as ability improves the intensity of exercises can increase¹⁰⁴• 300 minutes moderate-intensity exercise per week (60 min ×5 days/wk) to optimize the impact of exercise on weight¹⁰⁹	<ul style="list-style-type: none">• Bone, muscle mass/quality and adipose tissue are interrelated. Bone loss (osteoporosis or osteopenia) can be accompanied with an increase in the fat mass (obesity) or fat's infiltration into the bone and similarly, sarcopenia can be accompanied with increase in infiltration of fat into muscle¹

Notes: *The recommendations are given for each basic condition: osteoporosis, sarcopenia and overweight/obesity, from which osteopenic obesity and sarcopenic obesity could be extrapolated. The osteosarcopenic obesity contains the most comprehensive recommendations encompassing those for each condition.

Abbreviations: RDA, recommended dietary allowances; PUFA, polyunsaturated fatty acids; EPA, eicosapentaenoic acid; DHA, docosahexaenoic acid; ALA, alpha linolenic acid.

JafariNasabian P, Inglis JE, Kelly OJ, Ilich JZ. Osteosarcopenic obesity in women: impact, prevalence, and management challenges. *International Journal of Women's Health*. 2017;9:33-42.

Original Article

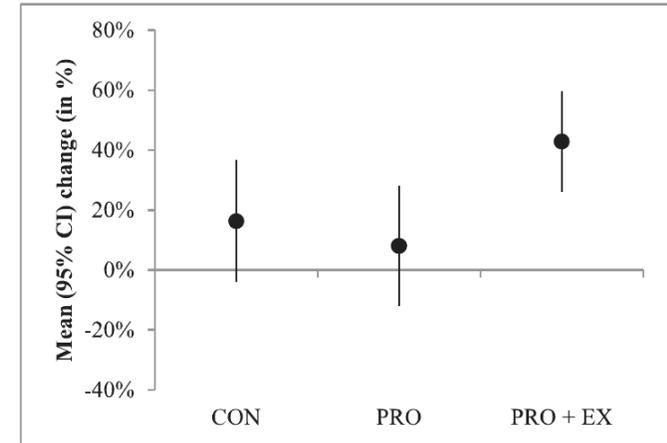
Resistance Training and Protein Supplementation Increase Strength After Bariatric Surgery: A Randomized Controlled Trial

Jean-Michel Oppert, Alice Bellicha, Celina Roda, Jean-Luc Bouillot, Adriana Torcivia, Karine Clement, Christine Poitou, Cecile Ciangura,

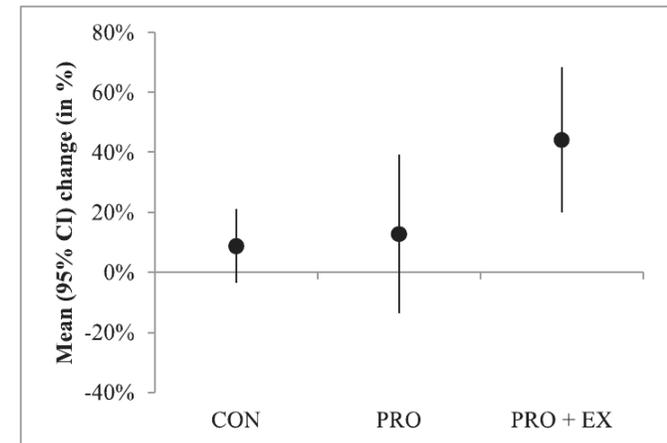
First published: 25 October 2018 | <https://doi.org/10.1002/oby.22317> | Citations: 22

Miglioramento significativo nella forza muscolare è raggiunto con la combinazione di esercizio fisico e supplementazione proteica

Esercizio fisico un valore aggiunto nel follow up



A. Lower limb muscle strength relative to body weight



B. Upper limb muscle strength relative to body weight

Dietary protein intake

- Older adults have greater protein needs to compensate for anabolic resistance and hypermetabolic disease.
- Older adults may also have decreased intake due to age-related appetite loss, medical conditions, financial limits.
- Optimal intake of at least 1.0 to 1.5 g protein/kg BW/day is recommended; individual needs depend upon the severity of malnutrition risk.

Exercise

- Regular exercise helps maintain skeletal muscle strength and function in older adults.
- Resistance training has limited but positive effects on recovery of muscle in older people.
- A combination of resistance training and adequate dietary protein/amino acid intake for healthy muscle aging is recommended.

Practical guidance for optimal dietary protein intake and exercise for older adults above 65 years

Recommendations

For healthy older adults, we recommend a diet that includes at least 1.0 to 1.2 g protein/kg body weight/day.

For certain older adults who have acute or chronic illnesses, 1.2 to 1.5 g protein/kg body weight/day may be indicated, with even higher intake for individuals with severe illness or injury.

We recommend daily physical activity for all older adults, as long as activity is possible. We also suggest resistance training, when possible, as part of an overall fitness regimen.

LE CARATTERISTICHE NUTRIZIONALI DELLE PROTEINE NE INFLUENZANO LA DIGESTIONE E L'ASSORBIMENTO.

Le proteine del siero del latte (β -lattoglobuline, α -lattoalbumine, sieralbumine), sono considerate proteine "veloci" per il loro rapido rilascio di aminoacidi

La caseina è una proteina a "lento" rilascio

Le raccomandazioni sull'assunzione proteica consigliano di utilizzare non i valori di creatinina e clearance della creatinina ma la filtrazione glomerulare GFR (Glomerular filtration rate-velocità di filtrazione glomerulare)

Nei pazienti con IRC con $GFR < 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$, è raccomandabile un apporto proteico inferiore da 0,6 a 0,8 g / kg / die con un apporto energetico sufficiente (circa 30 kcal / kg / die).



NIH Public Access

Author Manuscript

Nutr Clin Pract. Author manuscript; available in PMC 2014 December 01.

Published in final edited form as:

Nutr Clin Pract. 2013 December ; 28(6): 684–690. doi:10.1177/0884533613507607.

The role of dietary protein intake in the prevention of sarcopenia of aging

Jeannette M Beasley, James M. Shikany, and Cynthia A. Thomson

Gli integratori proteici variano ampiamente nella loro composizione, e piccoli studi su progetti di studio eterogenei hanno reso difficile estrapolare i risultati per sviluppare raccomandazioni basate sull'analisi e basate sui dati per l'integrazione proteica nella prevenzione della sarcopenia.

Studi randomizzati e controllati a breve termine sulla sintesi delle proteine muscolari hanno dimostrato che **le proteine del siero del latte aumentano la sintesi in misura maggiore rispetto agli isolati di caseina o soia.**

Gli studi suggeriscono anche che **gli aminoacidi essenziali stimolano la sintesi proteica muscolare in misura maggiore rispetto agli amminoacidi non essenziali**

Dietary protein content for an optimal diet: a clinical view

Lidia Santarpia*, Franco Contaldo & Fabrizio Pasanisi

Interuniversity Centre for Obesity and Eating Disorders, Internal Medicine and Clinical Nutrition, Department of Clinical Medicine and Surgery, Federico II University, Naples, Italy

Gli atti „**Protein Summit 2**“, composto da più di 60 nutrizionisti, esperti di salute e educatori nutrizionali, suggeriscono di aumentare in particolare **l'assunzione di proteine animali perché più ricca di leucina e di conseguenza più efficace per influenzare il metabolismo proteico anabolico**



GLOBAL DAIRY PLATFORM

PROTEIN SUMMIT 2.0

Protein “requirements” beyond the RDA: implications for optimizing health¹

Stuart M. Phillips, Stéphanie Chevalier, and Heather J. Leidy

Table 1. Protein quantity of commonly consumed protein foods.

Foods and USDA standard servings	Protein (g)	Energy (kcal)
1 “scoop” whey protein (shake)	24–26	113
3 oz cooked skinless chicken breast	26	130
3 oz cooked 95% lean ground beef	22	140
6 oz greek yogurt plain	17	100
2 large eggs	12	144
1/2 cup tofu	10	95
1/2 cup beans	8	110
2 tbsp peanut butter	8	190
1 oz almonds	6	165
1 cup cooked oatmeal	6	165
1/2 cup cooked quinoa	4	110

Note: 1 oz = 28.3 g; tbsp, tablespoon. United States Department of Agriculture (USDA) National Nutrient Database for Standard Reference: ndb.nal.usda.gov/.

Proteine animali hanno una densità proteica elevata accompagnata dal minor contenuto energetico di questi alimenti in confronto con le proteine di origine vegetale

Maggior contenuto proteico
in minor contenuto calorico

le proteine animali, in particolare le proteine del siero del latte, promuovono l'aumento di massa magra attraverso l'aumento della sintesi proteica dei muscoli scheletrici e migliorano il controllo dell'appetito e la sazietà più delle proteine vegetali, come la proteina di soia

QUALITÀ DELLE PROTEINE

VALORE BIOLOGICO (VB o BV):

rappresenta la quantità di azoto effettivamente assorbito ed utilizzato al netto delle perdite urinarie, fecali, cutanee ecc. Una proteina che possiede un perfetto equilibrio tra aminoacidi assorbiti e tra aminoacidi ritenuti ha un valore biologico di 100

La proteina di riferimento è quella dell'uovo che presenta un VB pari al 100%

$$\text{Valore biologico} = \frac{\text{N alimenti} - \text{N feci} - \text{N urine}}{\text{N alimenti} - \text{N feci}} = \frac{\text{azoto trattenuto}}{\text{azoto assorbito}}$$

INTERVENTI NUTRIZIONALI

adeguata assunzione
di proteine,
calcio, magnesio e vitamina D
aumento dei consumi di alimenti contenenti
acidi grassi polinsaturi
omega-3 e fibre

INTERVENTI ATTIVITA' FISICA

- ➔ Programma di esercizi completo che dovrebbe includere allenamento aerobico, di forza, di flessibilità e allenamento dell'equilibrio
- ➔ 300 minuti di esercizio a intensità moderata a settimana (60 min × 5 giorni / sett.)

Strategies for minimizing muscle loss during use of incretin-mimetic drugs for treatment of obesity

[Jeffrey I Mechanick¹](#), [W Scott Butsch²](#), [Sandra M Christensen³](#), [Osama Hamdy⁴](#), [Zhaoping Li⁵](#), [Carla M Prado⁶](#), [Steven B Heymsfield⁷](#)

. 2024 Feb;114(2):86-97.

doi: 10.1007/s00223-023-01150-8. Epub 2023 Nov 24.

Narrative Review of Effects of Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists on Bone Health in People Living with Obesity

[Julia Herrou¹](#), [Guillaume Mabiliau²](#), [Jean-Michel Lecerf³](#), [Thierry Thomas⁴](#), [Emmanuel Biver⁵](#), [Julien Paccou⁶](#)

Nutritional considerations with antiobesity drugs

Jaime P Almandoz 1, Tommaso A Wadden 2, Colleen Tewksbury 3, Caroline M Apovian 4, Angela Fitch 5, Jamy

D'Ard 6, Zhaoping Li 7, Jesse Richards 8, Di W. Scott Butsch 9, Irina Giorgia 10, Kadie S Vanderman 11, Lisa M

Neff 10 Affiliations Expan PMI registration number: 38853526

2024 Dec;161:156057.

doi: 10.1016/j.metabol.2024.156057. Epub 2024 Oct 30.

The impact of weight loss on fat-free mass, muscle, bone and hematopoiesis health: Implications for emerging pharmacotherapies aiming at fat reduction and lean mass preservation

[Konstantinos Stefanakis¹](#), [Michail Kokkorakis²](#), [Christos S Mantzoros³](#)

Perdita di massa e funzione del muscolo scheletrico in seguito ad una rapida e sostanziale riduzione del peso.

Necessità di adeguato apporto ed assorbimento di proteine e micronutrienti di alta qualità in concomitanza con adeguata attività fisica

- Valutazione del rischio nutrizionale prima dell'inizio del trattamento
- Consigli su assunzione di proteine micronutrienti e liquidi
- Monitoraggio continuo e gestione degli effetti collaterali

Nuovi composti in studio da soli o in combinazione con agonisti dei recettori dell' incretina sono promettenti per prevenire la perdita di massa magra. Attualmente l'età avanzata, la prefragilità possono influenzare

la scelta dei candidati idonei alla terapia farmacologica

Gastrointestinal effects of GLP-1 receptor agonists: mechanisms, management, and future directions

[Ryan J Jalleh](#)¹, [Chris K Rayner](#)¹, [Trygve Hausken](#)², [Karen L Jones](#)¹, [Michael Camilleri](#)³, [Michael Horowitz](#)⁴

Un marcato rallentamento dello svuotamento gastrico andrebbe considerato in fase preoperatoria

Consigli nutrizionali specifici per gli effetti collaterali gastrointestinali favoriscono la compliance alla terapia:

- Assumere una giusta quantità di acqua lontano dai pasti bevendo a piccoli sorsi
- Fare pasti piccoli distribuiti nella giornata (3-5 pasti)
- Mangiare cibi secchi in caso di nausea
- Camminare dopo i pasti per evitare reflusso nausea e vomito

NON ESISTE UNA DIETA IDEALE

LA DIETA MIGLIORE E' QUELLA CHE IL PAZIENTE RIESCE A SEGUIRE

**LE TERAPIE FARMACOLOGICHE CI PERMETTONO
DI PRESCRIVERE DIETE BILANCIATE NUTRIZIONALMENTE SICURE
E DI FARE EDUCAZIONE ALIMENTARE FONDAMENTALE PER IL MANTENIMENTO DEL PESO A LUNGO TERMINE**



SICOB EVENTI

6 - 7 MARZO 2025



RESP. SCIENTIFICI **LUIGI ANGRISANI**



MARIO MUSELLA



VINCENZO PILONE

NAPOLI, 6 - 7 MARZO 2025

1° INTERNATIONAL BARIATRIC MEETING

**Bariatric Surgery and Pharmacological approach
to Morbid Obesity: An open debate**

Grazie