

Editoriale

Diego Foschi

Cattedra di Chirurgia Generale, Università degli Studi di Milano

Chirurgia Generale II, Dipartimento di Scienze Biomediche L. Sacco, Milano

Questo numero di www.professionechirurgo.it è interamente dedicato alla chirurgia bariatrica riportando gli atti del XXIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche. È il risultato di un impegno preso nell'organizzazione del Congresso di cui sono stato molto onorato e che, tuttavia, ha implicato un consistente dispiego di energie. La lettura degli articoli e degli "abstracts" testimonia la notevole vivacità e intraprendenza dei chirurghi bariatrici e la possibilità di sviluppo di questa chirurgia. Nello stesso tempo, la specificità della chirurgia bariatrica, sia in termini organizzativi che culturali, mette in primo piano l'importanza dei rapporti tra chirurgia "generale" e chirurgie specialistiche. Si tratta di un tema che emerge periodicamente sotto la spinta di opposte tendenze. Da un lato si è sempre sottolineato e vi è una forte convinzione che un approccio globale ai problemi del paziente sia la più ampia garanzia di risultato, dall'altro è ormai inoppugnabilmente accettato che la qualità delle cure sia garantita da un'organizzazione complessa, che nello stesso tempo contemperi efficienza ed efficacia sia del processo che del risultato. L'identificazione di indicatori certi sia dell'uno che dell'altro sono la base per guidare tale processo in modo non riduttivo. Sfortunatamente il nostro sistema è ancora in discreto ritardo nell'individuare gli elementi più indicativi e al momento è più favorevole a condensare nell'ormai più semplice (e certamente valido) parametro del "volume dei casi" sviluppati il riferimento principale. In tal modo si favorisce la concentrazione delle liste in pochi centri d'eccellenza e si crea di necessità una cultura "superspecialistica" favorendo la comparsa di agglomerati che costituiscono la base per la nascita di reti spontanee frutto dell'iniziativa di singoli e non sempre correlate alla necessità della popolazione.

D'altra parte non possiamo ignorare che "culture superspecialistiche" devono potere convivere all'interno del nostro sistema e che il chirurgo generale deve comunque conoscere gli elementi che caratterizzano le diverse branche della chirurgia perché nell'ambito della sua attività verrà certamente coinvolto nella gestione della patologia specialistica, e talora a un livello di complessità notevole.

Perciò abbiamo ritenuto coerente con lo spirito della nostra rivista ospitare gli atti del congresso della SICOB, che oggi sottoponiamo alla vostra attenzione.

Diego Foschi

Corrispondenza

diego.foschi@unimi.it

Indicazioni alla Chirurgia Bariatrica e Metabolica

Il punto di vista della psicologa....L'esperienza del Centro di Terapia Patologica ASL 3, Pistoia

C. Barni¹, G. Iannuzzi², M. Panerai²

¹Psicologa - psicoterapeuta Centro Terapia Obesità Patologica ASL 3 Pistoia

²Chirurgo Centro Terapia Obesità Patologica ASL 3 Pistoia

Relatore: Barni Cristiana

Introduzione

Il Centro di terapia dell'obesità patologica di Pistoia in circa 15 anni ha preso in carico oltre 1000 pazienti, ambo sessi di età compresa tra i 13 e i 75 anni. Pazienti in lista per l'intervento chirurgico di by pass gastrico o gastroplastica o PIRTI (protesi intragastrica regolabile) ma anche per percorsi "alternativi" alla chirurgia quali il supporto psicologico e/o dietologico. Questo perché la filosofia del nostro centro è "prendersi cura" della persona con problematiche di peso, a prescindere dall'essere inseriti o meno in una lista operatoria. Molti dei nostri pazienti infatti sono stati seguiti nel tempo con ottimi risultati anche senza l'intervento del chirurgo, a favore del fatto che ci proponiamo come centro "poliedrico" nel senso che offriamo sì una chirurgia bariatrica di avanguardia ma anche tutto un entourage multidisciplinare che prende in carico la persona nella sua interezza e affronta le problematiche del sovrappeso, obesità e disordini del comportamento alimentare in maniera individualizzata e mirata per ogni soggetto. In questi anni di esperienza sono emersi degli elementi dal punto di vista psicologico che vale secondo noi la pena analizzare ed affrontare in modo da avere maggiori strumenti in futuro per sviluppare trattamenti sempre più mirati.

Metodi

Il primo contatto che la persona prende per arrivare al nostro centro è generalmente (ma non sempre) con il chirurgo il quale in prima battuta valuta se il paziente, da un punto di vista globale, potrebbe essere o meno idoneo ad un intervento. Gli interventi che facciamo presso in nostro centro come abbiamo accennato sono prevalentemente 3: il by pass gastrico, la gastroplastica verticale e la PIRTI. Le indicazioni per l'uno o per l'altro arrivano dopo che il paziente ha fatto diverse visite specialistiche. Questo perché il fattore discriminante di scelta tra i tre non è solo il peso, ma anche l'ereditarietà, i precedenti tentativi, la compliance psicologica, il background sociale, le eventuali comorbidità (diabete, ipertensione, malattie endocrinologiche...). Una volta scelto l'intervento, al paziente viene descritto bene che cosa andrà a fare e come poi dovrà comportarsi nel post operatorio. Dopo di che viene inviato alla psicologa e spesso anche alla dietologa. Questo per diversi motivi. Il primo è perché oramai è appurato che una buona percentuale di pazienti obesi presenta problematiche di tipo psicologico, poi perché avendo tempi di attesa chirurgici piuttosto lunghi (1 anno in media) si tenta di intervenire a livello comportamentale in modo da incamminare la persona in un nuovo stile di vita. In questa fase le problematiche più significative rilevate sono una generale delusione di se e dei precedenti tentativi di dieta falliti, quindi il lavoro predominante

in questa fase è quello di motivazione, perché sì la persona ha desiderio di fare l'intervento, vedendolo come ultima possibile soluzione, ma il nostro obiettivo è quello di farle capire che l'intervento non sarà “la soluzione magica” ma l'inizio di un nuovo percorso di vita, dove diverse abitudini dovranno forzatamente cambiare. In questa fase iniziale si cerca di avere un approccio conoscitivo, in modo da creare un clima di fiducia dove la persona possa avere uno spazio tutto suo. Spesso in questa fase le difficoltà sono anche legate ai lunghi tempi di attesa che inducono la persona a scoraggiarsi ed a lasciarsi ancora più andare con l'alimentazione. Ecco perché ci sembra questa una fase importante dove supportare e sostenere la persona.

Risultati

Con l'intervento ci sono maggiori probabilità di peggioramento sintomatologico in diverse tipologie di soggetti che presentano, nel pre-operatorio le seguenti problematiche:

- attacchi di panico o disturbo di ansia generalizzata (possono amplificarsi gli attacchi di panico in termini di frequenza ed intensità; si possono sviluppare disturbi di tipo ossessivo compulsivo; possono aumentare fobie e paure specifiche...);
- disturbi del comportamento alimentare (aumento del grignotage, dello spilluzzicare, sminuzzare i cibi, ma anche un'eccessiva ossessione per il dimagrimento e la forma fisica);
- dipendenze di vario tipo (droghe, gioco d'azzardo, fumo, alcol...)

Discussione

By Pass: la oramai lunga esperienza di utilizzo del by pass gastrico ci ha fornito informazioni sempre più dettagliate su quali soggetti può essere valido e in quali meno. Il by pass si mostra efficace in quei pazienti che hanno un'obesità severa, refrattaria a trattamenti dietetici specifici, anche con problemi della condotta alimentare (iperfagia, fame compulsiva, fame emotiva, spilluzzicamenti) e anche con alterazioni dell'umore. Sui disordini psicotici, elemento in teoria criterio di esclusione per l'intervento, la nostra casistica, seppur modesta, non sottolinea peggioramenti di tipo psichiatrico.

Gastroplastica: Trova migliore applicazione nelle persone che accettano di farsi seguire dall'equipe, che non mostrano significative alterazioni del comportamento alimentare e senza importanti problematiche psicologiche, ben disposte a controllare (a vita) il proprio introito alimentare e che non prediligono cibi dolci (nella gastroplastica a differenza del By pass vengono mangiati senza particolari problemi). In pazienti, forse non adeguatamente selezionati in precedenza a distanza di circa 5 anni si è notato un recupero ponderale approssimativamente del 50% del peso perso. Tuttavia in coloro che accettano di farsi seguire nel tempo il recupero è nettamente inferiore.

PIRTI: la PIRTI si è dimostrata un valido aiuto a livello psicologico: molti soggetti consapevoli di avere “un palloncino nello stomaco” hanno dichiarato di riuscire a frenarsi più facilmente verso il cibo anche quando sostenevano di “sentire” poco la PIRTI (per es. quando la protesi cominciava ad essere sgonfia, dato che deve essere rigonfiata mediamente ogni 2/3 mesi perché tende a perdere volume). Ovvero il solo fatto di averlo, si è dimostrato un aiuto valido nel controllo dell'introito calorico.

Bibliografia

- [1]Cuzzolaro M, Basso M, Paone E. Chirurgia bariatrica: aspetti psicosociali. In Bosello O (ed.),Obesità. Un trattato multidimensionale, Milano, Kurtis Editore
- [2]Dalle Grave R, Calugi S, Magri F, Cuzzolaro M, Dall'Aglio E, Lucchin L, et al. Weight loss expectations in obese patients seeking treatment at medical centers. *Obes Res* 2004;
- [3]Dalle Grave R.: Terapia Cognitivo Comportamentale dell'obesità. Positive Press 2001
- [4]Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (2006): Linee guida e stato dell'arte della chirurgia bariatrica e metabolica in italia. *Sicob* 1-87.
- [5]D. Capizzi, F. D. Capizzi, obesità e chirurgia., cg edizioni medico scientifiche, 2011.

Indicazioni alla Chirurgia Bariatrica e Metabolica

Utilità del test di Rorschach nei pazienti obesi affetti da Binge Eating Disorder candidati alla chirurgia bariatrica

D. Galletta, AM. Mastrola, V. Suarato, G. Loiarro, A. Di Blasio, G. Pecoraro

Dipartimento di Neuroscienze, Anestesiologia e Farmacoutilizzazione. UOS Psicodiagnostica Università "Federico II" Napoli

Relatore: Galletta Diana

Introduzione

Il Rorschach, test proiettivo di personalità, risponde in modo articolato alla valutazione psicologico-psichiatrica del paziente obeso candidato alla chirurgia bariatrica. Il test consente la valutazione della struttura di personalità individuando sia le risorse sia le fragilità psicologiche del soggetto; permette il riconoscimento di disturbi psichiatrici che possono rappresentare delle controindicazioni all'intervento di chirurgia bariatrica ed evidenzia quei tratti di personalità associati all'obesità la cui valutazione favorisce una migliore gestione della fase post-operatoria.

Metodi

70 soggetti obesi: 45F, 25 M; età media 37,8; BMI medio 44,5 affetti da Binge Eating Disorder (BED) sono stati sottoposti alla somministrazione del test di Rorschach per la valutazione della struttura di personalità e della capacità di affrontare la procedura bariatrica, nell'ambito del percorso di valutazione per l'accesso alla chirurgia bariatrica

Risultati

L'analisi dei fattori del Rorschach ha evidenziato : marcato irrigidimento degli aspetti formali del pensiero, assimilabile al mondo immaginativo fantastico di bambino; assoluta assenza di attenzione per i dettagli, indicativa di un'emotività disturbata che tende a reprimere i propri impulsi primitivi; slivellamento cognitivo espresso da ridotto numero di risposte, basso indice di realtà, risposte confabulate, contaminate, fenomeni particolari relativi a processi cognitivi e percettivi; vulnerabilità ai problemi interpersonali; vissuti disforici, labilità emotiva, impulsività; evitamento della stimolazione affettiva e compromissione dell'esame di realtà con significativi disturbi dei confini del Sé. L'area dell'affettività evidenzia spesso un Io rigido e fragile (assenza di M, risposte F-) con inadeguate risorse a sostenerlo, timore della propria aggressività (choch rosso Tav II).

Discussione

L'impiego del test di Rorschach si dimostra utile per individuare le caratteristiche psicopatologiche dei pazienti con BED e per valutare qualitativamente la loro capacità di raggiungere l'obiettivo del dimagrimento e del mantenimento di peso indotto dalla chirurgia bariatrica

Bibliografia

^[1]Faulconbridge LF, Bechtel CF.(2014). Depression and Disordered Eating in the Obese person
Curr Obes Rep. Mar 1;3(1):127-136.

Indicazioni alla Chirurgia Bariatrica

Impatto delle Abitudini Alimentari preoperatorie sugli outcomes a breve termine della Chirurgia Bariatrica

B. Beltrame E. Facchiano, L. Leuratti, M. Veltri, G. Quartararo, A. Sturiale, G. Alpigiano, M. Lucchese

U.O. Chirurgia Bariatrica e Metabolica, Azienda Sanitaria di Firenze

Relatore: Benedetta Beltrame

Introduzione

I fattori implicati nella variabilità degli outcomes post chirurgia bariatrica sono innumerevoli ed il comportamento alimentare sembra essere un fattore molto influente sui risultati a breve e a lungo termine.

In virtù di ciò, lo scopo del presente lavoro è quello di indagare la validità delle abitudini alimentari preoperatorie come criterio di scelta per una specifica procedura chirurgica.

Metodi

È stata effettuata un'analisi retrospettiva dei dati raccolti in un campione di pazienti che presentavano un completo inquadramento delle seguenti abitudini alimentari preoperatorie (sweet eating, grignotage, iperfagia prandiale, voracità) per un totale di 121 pazienti sottoposti a Bypass Gastrico (60 paz.) e Deversione biliopancreatica (61 pazienti). E' stata misurata la % di eccesso di peso perso (%EWL) a 6 e 12 mesi dopo l'intervento, sulla base di ogni singola abitudine alimentare disfunzionale. Sono stati confrontati inoltre i valori di BMI e di % di Excess Weight Loss tra pazienti con una data abitudine alimentare e altri in cui la predetta abitudine alimentare non era stato riscontrata. I dati sono stati riportati come Media \pm Deviazione Standard (DS) o come Errore Standard della Media (ESM). E' stato utilizzato lo Student's t- Test a due code per la comparazione delle medie di due set di dati normalmente distribuiti. Valori di $p < 0.05$ sono stati assunti come statisticamente significativi. Tutta l'analisi statistica è stata effettuata utilizzando GraphPad Prism versione 4.00 per Windows (GraphPad Software-San Diego, California, USA).

Risultati

Dalla valutazione dei comportamenti alimentari effettuata in fase preoperatoria, è emerso che su 121 pazienti analizzati, solamente il 2% non presentava alcuno dei patterns considerati, il 12% li presentava tutti e quattro, mentre il maggior numero di pazienti (67%) presentava due o più delle suddette abitudini. Dall'analisi dei dati sul campione non è però emersa alcuna differenza statisticamente significativa tra i pazienti con una data abitudine disfunzionale e quelli che non presentavano la stessa, sia per i valori di BMI pre-intervento che per i valori post-operatori di %EWL a 6 e 12 mesi.

Discussione

I risultati ottenuti dal presente lavoro sembrerebbero suggerire che le abitudini alimentari preoperatorie non rappresentino di per sé un affidabile predittore degli outcomes per gli interventi di Bypass gastrico e Deviazione bilio-pancreatica. Di conseguenza, la presenza di comportamenti alimentari disfunzionali come iperfagia, voracità, grignotage o sweet eating non dovrebbero rappresentare un criterio di selezione assoluto per i candidati a questi due interventi.

Bibliografia

[1] R. Sounders, Compulsive eating and gastric by-pass surgery: what does hunger have to do with it? *Obes Surg* 2001;11:757-61.

[2] R. Sounders, "Grazing": a high risk behavior. *Obes Surg* 2004;14:98-102.

[3] S.L. Colles, J.B. Dixon, P.E O'Brien, Grazing and loss of control related to eating: two high-risk factors following bariatric surgery. *Obesity*, 2008;16:615-22.

[4] M.D. Koffman, M.R. Lent, C. Swencionis, Maladaptive eating patterns, quality of life and weight outcomes following gastric by-pass: results of an Internet survey. *Obesity* 2010; 18:1938-43.

[5] H.J. Surgeman, J.V. Starkey, R. Birkenhauer, A randomized prospective trial of gastric by-pass versus vertical banded gastroplasty for morbid obesity and their effects on sweets versus non-sweets eaters. *Ann Surg*, 1987;205:613-24.

[6] R.L. Brolin, L.B. Robertson, H.A. Kenler, R.P. Cody, Weight loss and dietary intake after vertical banded gastroplasty and roux-en-y gastric bypass. *Ann Surg*, 1994; 220:782-90.

[7] S. Herpertz, R. Kielmann, A.M. Wolf, J. Hebebrand, W. Senf, Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? A systematic review. *Obes Res*, 2004; 12:1554-69.

[8] D.B. Sarwer, T.A. Wadden, A.N. Fabricatore, Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res*, 2005;13:639-48.

[9] A.I. Guedjikova, L. West-Smith et al, Emotional eating and emotional eating alternative in subjects undergoing bariatric surgery. *Obes Surg*, 2007; 17:1091-6.

[10] American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.1016.

Indicazioni alla Chirurgia Bariatrica e Metabolica

Chirurgia Bariatrica Adolescenziale

T.Berselli, D.Labonia, S. Kabbara, G.Garozzo, R.Anni, Malatesta Novello (Cesena), Villa Verde (Reggio Emilia), Villa Berica (Vicenza)

Relatore: Giorgia Garozzo

Introduzione

L'obesità patologica in età evolutiva e adolescenziale implica fattori di rischio importanti per lo sviluppo psicologico e fisico in età adulta, e la chirurgia bariatrica si pone come alternativa utile dal momento in cui i trattamenti convenzionali falliscano. Questi dati illustrano i risultati d'interventi di chirurgia bariatrica in pazienti adolescenti e pre-adolescenti, ma nello specifico, descrivono il percorso pre e post operatorio di una paziente che ha affrontato l'intervento di bendaggio gastrico all'età di 13 anni.

Metodi

Dal 2010 al 2014 abbiamo sottoposto a chirurgia bariatrica 20 pazienti di età compresa dai 13 ai 17 anni, utilizzando il bendaggio gastrico (T-band) per la minima invasività, reversibilità, e bassa incidenza di complicazioni intra e peri operatoria. Tutti i pazienti sono stati seguiti oltre che dall'equipe chirurgica, dalle diverse equipe dei reparti di neuropsichiatria infantile degli ospedali di pertinenza. Particolarmente significativo il caso della paziente F.D di anni 13 sottoposta ad intervento di bendaggio gastrico nel gennaio 2013, al ricovero BMI= 47.

Risultati

La paziente dall'età 8 anni, già in sovrappeso, inizia un trattamento farmacologico con Depakin a causa di crisi epilettiche, e a 9 anni (BMI-36.7) effettua tre ricoveri di quarantasette giorni l'uno, presso l'istituto scientifico ospedale San Giuseppe di Piancavallo, con discreti miglioramenti (BMI-33). Nonostante il supporto psicologico, accompagnato con l'introduzione della terapia farmacologica con Fluoxetina, e le indicazioni alimentari nutrizionali, all'età di 11 anni - in concomitanza con il passaggio alla scuola secondaria di primo grado - la paziente inizia a soffrire di fobia sociale rifiutando la frequentazione scolastica e la vita sociale, arrivando a raggiungere BMI-46.8. A 12 anni s'identifica nell'obesità la principale causa di depressione e isolamento sociale, e a seguito dei ripetuti tentativi dietetici falliti s'inizia a considerare il bendaggio gastrico come trattamento. Dopo attenta valutazione multidisciplinare pre-operatoria, all'età di 13 (BMI-47), la paziente viene sottoposta all'intervento di bendaggio gastrico presso la struttura Villa Berica di Vicenza. A due anni dall'intervento i miglioramenti fisici e psicosociali sono evidenti: la paziente ha raggiunto BMI-28.5, sospeso tutte le terapie farmacologiche, ripreso la frequentazione scolastica con ottimi risultati in termini di profitto e socializzazione.

Discussione

Questo caso clinico evidenzia come un intervento chirurgico, non ancora ufficialmente preposto al suo utilizzo in età infantile, possa ottenere numerosi miglioramenti di natura fisica e psicologica.

Questi dati suggeriscono che il bendaggio gastrico possa essere valutato come un'efficace soluzione all'obesità infantile, previa attenta selezione fisica e psicologica dei candidati, e tenendo conto della disponibilità del paziente e del nucleo familiare a seguire un percorso cognitivo comportamentale al fine di ottenere buoni risultati in termini di miglioramenti e soprattutto mantenimento. Un approccio multidisciplinare al problema dell'obesità infantile, come può essere la chirurgia accompagnata da un buon percorso terapeutico psicologico e di sostegno educativo alla famiglia può attutire e modificare i forti disagi psicosociali e fisici causati dalla condizione di estrema obesità, qualora protocolli convenzionali falliscano.

Bibliografia

^[1]Nobili V, Vairo P, Dezsofi A, et al. Indications and Limitations of Bariatric Intervention in Severely Obese Children and Adolescents With and Without Non-alcoholic Steatohepatitis: the ESPGHAN Hepatology Committee Position Statement. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015.

^[2]Järholm K, Olbers T, Marcus C, et al. Short-term psychological outcomes in severely obese adolescents after bariatric surgery [published online ahead of print October 13, 2011]. *Obesity*. 2012; 20(2):318–23. [PubMed: 21996668]

^[3]Sysko R, Devlin MJ, Hildebrandt TB, et al. Psychological outcomes and predictors of initial weight loss outcomes among severely obese adolescents receiving laparoscopic adjustable gastric banding. *J Clin Psychiatry* 2012; 73:1351–1357.

Indicazioni alla Chirurgia Bariatrica e Metabolica

Una storia di chirurgia bariatrica e urgenze di chirurgia generale in una paziente super-obesa: il giusto timing, il corretto approccio, le procedure da valutare

Nicola Perrotta, Antonio Cappiello, Francesca Romana de Filippo¹, Nicola Andriulo, Domenico Loffredo

Azienda Sanitaria di Potenza, Presidio Ospedaliero di Villa d'Agri, UOC Chirurgia Generale

¹UOS Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Centro di Riferimento Regionale Basilicata per la Chirurgia Bariatrica

Relatore: Nicola Perrotta

Introduzione

I pazienti affetti da super-obesità presentano spesso importanti problematiche correlate non solo di interesse medico, ma anche chirurgico. Scopo del lavoro è stato quello di riportare un caso peculiare di una paziente super-obesa sottoposta a sleeve gastrectomy dopo trattamento in urgenza di diverse problematiche di chirurgia generale. Queste ultime costituiscono spesso una sfida importante per il chirurgo in termini di timing, approccio e sequenza di trattamento.

Metodi

Nel mese di Giugno 2013 si presentava presso il PS del nostro Ospedale una paziente di 44 anni, affetta da super-obesità (154 kg, 158 cm, BMI 61.7), con diagnosi di colecistite acuta in coliche biliari recidivanti, ipertensione arteriosa, ernia ombelicale di grandi dimensioni e addome pendulo. A distanza di 48 ore dal ricovero, alla luce della persistenza della sintomatologia dolorosa, la paziente veniva sottoposta a colecistectomia laparoscopica non prima di essere stata edotta sulla possibilità di intraprendere un percorso bariatrico di calo ponderale. Nella stessa sede, infatti, al termine della procedura, e ancora in corso di anestesia generale, è stato posizionato un pallone intragastrico BIB. Il decorso è stato regolare fino al V mese (calo ponderale di circa 20 kg), epoca in cui la paziente giungeva nuovamente alla nostra attenzione per la presenza di una crisi occlusiva da ernia ombelicale intasata. Sempre per via laparoscopica, nonostante il carattere d'urgenza, si portava a termine una plastica ombelicale mediante posizionamento di una rete tipo "dual mesh" e si procedeva, sempre in anestesia generale, alla rimozione endoscopica della protesi di pallone intragastrico BIB. A distanza di quattro mesi, prevenendo una successiva procedura laparoscopica bariatrica, la paziente veniva quindi sottoposta ad intervento di addominoplastica con asportazione di circa 13 kg di pannicolo adiposo. Dopo ulteriori sette mesi, al termine di un nuovo percorso di valutazione pre-operatorio, si eseguiva una sleeve gastrectomy per via laparoscopica.

Risultati

Il calo ponderale di circa 20 kg con il pallone intragastrico, ha permesso di poter eseguire con maggior sicurezza la plastica erniaria ombelicale e di poter eseguire l'addominoplastica riducendo ulteriormente la massa di parete addominale e il peso complessivo con asportazione di ulteriori 13

kg di tessuto adiposo. L'approccio laparoscopico, eseguito per la colecistectomia e per la plastica erniaria ombelicale, non ha minimamente compromesso la possibilità di poter eseguire con altrettanta sicurezza la successiva sleeve gastrectomy, sempre per via laparoscopica. Nessuna complicanza è stata registrata a carico delle differenti procedure, né per quelle condotte in urgenza, né per quelle eseguite in elezione. A distanza di 4 mesi dalla sleeve, il calo ponderale complessivo è di circa 40 kg (BMI 46).

Discussione

Le procedure proposte ed eseguite sono state efficaci nella gestione delle complicanze e nella possibilità di poter affrontare con maggior sicurezza la successiva procedura bariatrica di sleeve gastrectomy. In questi casi l'approccio laparoscopico è un elemento fondamentale per eseguire, quasi in serie, le differenti procedure programmate e presentate in urgenza e per limitare al massimo le possibili complicanze. Il corretto timing e la giusta sequenza tra urgenze differibili e non, procedure bariatriche e metodiche di calo ponderale pre-operatorio, deve essere espressione di un lavoro in team tra endoscopista, chirurgo esperto in procedure laparoscopiche di chirurgia generale e bariatrica, chirurgo plastico, medico di PS, nutrizionista e dietista. La possibilità di poter ottenere il massimo calo ponderale prima di eseguire la procedura bariatrica vera e propria è una condizione prioritaria per la fattibilità stessa dell'intervento, oltre che per la sicurezza.

Bibliografia

^[1]Spaniolas K1, Kasten KR, Mozer AB, Sippey ME, Chapman WH, Pories WJ, Pender JR 4th. Synchronous Ventral Hernia Repair in Patients Undergoing Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2015 Feb 22.

Indicazioni alla Chirurgia Bariatrica e Metabolica

Efficacia della chirurgia bariatrica in una paziente obesa affetta da acondroplasia

F. Chiofalo, S. Cardinale, C. Ciuoli, O. Neri, C. Formichi, F. Selmi, A.Tirone¹, G. Colasanto¹, F. Pacini, G.Vuolo¹

Sezione di Endocrinologia, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neurochirurgiche, Università di Siena, Italia

¹*Dipartimento di Chirurgia, Unità Chirurgia Bariatrica, Università di Siena, Italia*

Relatore: Franco Chiofalo

Introduzione

L'acondroplasia è la forma più frequente di nanismo (prevalenza 1/10000 e 1/30000 nati vivi). La patologia è dovuta ad una mutazione a carico del gene che codifica per la proteina FGFR3 (fibroblast growth factor receptor-3), membro della superfamiglia dei recettori per le tirosino-kinasi, con attivazione costitutiva del recettore. Il quadro clinico è caratteristico con macrocefalia, prominente frontale, ipoplasia dello splancnocranio, torace piccolo, pieghe cutanee ridondanti e lassità articolare. L'obesità è presente in una percentuale variabile tra il 13 e il 43% dei soggetti.

Metodi

Una ragazza di 18 anni affetta da acondroplasia giungeva alla nostra osservazione nel dicembre 2013 per un quadro di obesità morbigena (peso 90 kg, altezza 120 cm, BMI 62.5 kg/m²). La valutazione delle complicanze legate all'obesità evidenziava un quadro di iperinsulinismo con acanthosis nigricans e sindrome delle apnee ostruttive notturne di grado lieve. Le deformità osteoarticolari e la grave obesità impedivano alla paziente di deambulare autonomamente. La paziente era stata più volte sottoposta a regimi dietetici ipocalorici associati a psicoterapia con scarsi e transitori risultati. In considerazione di tale quadro è stata sottoposta ad intervento chirurgico di Roux en Y Gastric Bypass (RYGB) nel gennaio 2014.

Risultati

Il decorso post-operatorio è stato regolare, privo di complicanze nella fase di intubazione e di risveglio. La valutazione clinico-laboratoristica eseguita nel corso del follow up post-chirurgico (3-6-12 mesi) ha evidenziato un progressivo calo ponderale associato ad un notevole miglioramento della qualità di vita ed, in particolare, delle capacità motorie. Il peso raggiunto ad un anno era 65 kg con EWL% pari al 37.5%.

Discussione

Nonostante l'aumentato rischio operatorio legato sia alle alterazioni anatomiche tipiche dell'acondroplasia sia al quadro di obesità, la chirurgia bariatrica si è dimostrata una opzione terapeutica sicura ed efficace nell'obesità associata a nanismo acondroplastico.

Bibliografia

^[1]Anesthesia for bariatric surgery in an achondroplastic dwarf with morbid obesity. Rev Bras Anesthesiol. 2009 Jan-Feb;59(1):79-86. Abrão MA1, da Silveira VG, de Almeida Barcellos CF, Cosenza RC, Carneiro JR.

^[2]Bariatric surgery in a morbidly obese achondroplastic patient--use of the 6-minute walk test to assess mobility and quality of life. Obes Surg. 2007 Feb;17(2):255-7. Carneiro JR, da Silveira VG, Vasconcelos AC, de Souza LL, Xerez D, da Cruz GG, Quaresma JC, Macedo RG, de Oliveira JE.

Indicazioni alla Chirurgia Bariatrica e Metabolica

Effetto della trasposizione ileale con sleeve-gastrectomy ed esclusione duodenale sul controllo del diabete mellito di tipo 2: valutazione clinica ad un anno

Igor Tubazio¹, Andrea Rizzi¹, Lorenzo Conti¹, Diego Foschi²

¹Chirurgia Generale, AO Luigi Sacco, Milano

²Direttore Chirurgia Generale II Ospedale Sacco, Milano

Cattedra di Chirurgia Generale, Università Degli Studi Di Milano

Relatore: Tubazio Igor

Introduzione

La trasposizione ileale associata a sleeve gastrectomy con esclusione duodenale (TISGED) è in grado di far regredire il diabete mellito di tipo II (DMT2) e di migliorare i valori antropometrici del paziente diabetico affetto da obesità. Lo scopo di questo studio è stato quello di verificare, dal punto di vista clinico e metabolico, il ruolo della TISGED nella cura del DMT2.

Metodi

Dal gennaio 2008 ad aprile 2014, 53 pazienti affetti da DMT2 ed obesità, sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di TISGED. Per ogni singolo paziente sono stati quindi analizzati parametri antropometrici, quali età, sesso, peso, BMI, circonferenza vita/fianchi, e parametri metabolici, quali glicemia a digiuno, glicemia dopo carico di glucosio, HbA1c, C-peptide ed insulinemia. Tali dati sono stati valutati sia in sede pre-operatoria che ad un anno dall'intervento chirurgico. I risultati sono stati espressi come media +/- DS ed analizzati mediante test T di student con $p < 0.05$ considerata statisticamente significativa.

Risultati

Nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di TISGED si apprezza un miglioramento di tutti i parametri, sia antropometrici che metabolici, in particolare la glicemia basale a partire dal primo mese (da 246.62 +/- 63.18 a 113.07 +/- 19.85 con $p < 0.05$), mentre l'HbA1c risulta essere normalizzata a partire dal terzo mese (da 7.64 +/- 1.15 a 5.92 +/- 0.69 con $p < 0.05$). La glicemia dopo carico di glucosio è risultata normale al controllo a sei mesi (da 246.62 +/- 63.18 a 153.16 +/- 42.8 con $p < 0.05$). Ad 1 anno il profilo biochimico risulta al suo valore ottimale, con modificazioni statisticamente significative di insulinemia, peptide C sierico ed HOMA e riscontrando come 52 pazienti (98.2%) hanno avuto una completa remissione del DMT2 secondo i criteri ADA.

Discussione

La TISGED è un intervento tecnicamente complesso in grado di esercitare un considerevole effetto biochimico e metabolico, particolarmente nella cura del DMT2, causando una riduzione ottimale del peso corporeo, accompagnata dalla remissione del DMT2 nella quasi totalità dei pazienti.

Interventi chirurgici

Il trocar ottico come metodica di scelta per l'accesso laparoscopico in chirurgia bariatrica: esperienza personale

Marco Veltri, Enrico Facchiano, Luca Leuratti, Giovanni Quartararo, Alessandro Sturiale, Vittorio Pavoni¹, Marcello Lucchese

Chirurgia Bariatrica E Metabolica, Presidio Ospedaliero Santa Maria Nuova, Azienda Sanitaria Di Firenze

¹*Anestesia E Rianimazione, Presidio Ospedaliero Santa Maria Nuova, Azienda Sanitaria Di Firenze*

Relatore: Marco Veltri

Introduzione

In chirurgia laparoscopica le lesioni causate inavvertitamente ad organi e vasi intra-addominali da parte dei trocar e dell'ago di Veress sono complicanze rare ma talvolta gravi. Ottenere l'accesso alla cavità peritoneale è molto più difficile nei pazienti affetti da obesità grave rispetto ai pazienti normopeso. Scopo di questo studio è quello di esaminare la sicurezza e l'efficacia dell'utilizzo del trocar ottico prima dell'induzione dello pneumoperitoneo in una serie di pazienti affetti da obesità grave.

Metodi

Dal 1995, periodo di inizio dell'approccio laparoscopico, veniva utilizzato in prima battuta l'ago di Veress. Dal 2000 ad oggi, periodo in cui nel nostro Centro sono stati sottoposti ad interventi laparoscopici di chirurgia bariatrica più di 1500 pazienti, è stato invece utilizzato per accedere alla cavità peritoneale il trocar ottico senza precedente induzione dello pneumoperitoneo.

Questo studio prende in esame gli ultimi 400 pazienti afferiti al nostro Centro e sottoposti a bypass gastrico laparoscopico, di cui 80 maschi (19.8%) e 320 femmine (80.2%). Il BMI medio è risultato di 45,73±6.78 kg/m² (range 29.75 – 73.68 kg/m²). Di questi, 230 pazienti (56,9%) avevano avuto precedenti interventi di chirurgia addominale, ed in particolare per 62 (15,35%) pazienti si trattava di un secondo intervento bariatrico. La tecnica di accesso laparoscopico è stata per tutti la seguente: incisione trasversale di circa 12 mm in ipocondrio sinistro sulla linea emiclaveare 4 dita trasverse al di sotto dell'arcata costale; utilizzo del trocar ottico con ottica da 0° gradi esercitando costante pressione. La tecnica prevede di non arretrare ed applicare un movimento rotatorio, visualizzando e riconoscendo ogni strato della parete. Una volta attraversato il foglietto peritoneale, si induce lo pneumoperitoneo a basso flusso e appena si individuano le strutture addominali, si sostituisce l'ottica a 0° con quella a 30° nel tempo che, aumentando il flusso di CO₂, si realizza il livello di pneumoperitoneo desiderato. La durata media della procedura è stata di circa 8 secondi (range 4 - 80 secondi).

Occorre sottolineare come sia facile a volte che il trocar si trovi in posizione sottomesocolica con necessità di una lieve trazione verso l'esterno fino a quando non si possa individuare il margine epatico.

Risultati

In tutta la serie di 400 pazienti sono state registrate due complicanze rilevanti (0,5%); in particolare in un caso si è verificata la lesione di un'ansa del tenue in una paziente con una sindrome aderenziale importante che è stata riparata dopo aver convertito in open a causa delle numerose aderenze viscero-parietali. Nel secondo caso si è trattato dell'ingresso del trocar ottico attraverso il muscolo psoas sinistro, manovra che non ha necessitato una conversione in open, e che è stata ovviata mediante controllo dell'emostasi con pinza bipolare in laparoscopia.

In tutti gli altri pazienti della serie non sono state osservate lesioni a visceri né a strutture vascolari intra-addominali. Nel nostro Centro questa metodica viene utilizzata in tutti gli interventi di chirurgia addominale laparoscopica nei pazienti che presentano obesità grave.

Discussione

Sulla base della nostra esperienza riteniamo, quindi, che l'utilizzo del trocar ottico con ottica da 0° gradi prima dell'induzione dello pneumoperitoneo possa rappresentare una metodica sicura e al tempo stesso rapida per l'accesso laparoscopico nei pazienti affetti da obesità grave, a prescindere dal tipo di intervento chirurgico cui verranno sottoposti.

Interventi chirurgici

Duodenal switch laparoscopico robot-assistito, secondo tempo dopo sleeve gastrectomy: esperienza iniziale di un singolo centro

Giovanni Fantola¹, Nicolas Reibel², Laurent Bresler², Laurent Brunaud², Roberto Moroni¹

¹*Chirurgia Bariatrica, Azienda Ospedaliera "Brotzu", 09122 Cagliari, Italia*

²*Department of Digestive, Hepato-Biliary and Endocrine Surgery, Hopital Brabois Adultes, pole UND, Université de Lorraine-CHU Nancy, Ecole de Chirurgie, Vandoeuvre les Nancy, 54511, France*

Relatore: Giovanni Fantola

Introduzione

La diversione biliopancreatica (DBP), consiste in una gastrectomia distale ed un by-pass intestinale distale che determina un malassorbimento dietetico dei lipidi^[1]. DBP con duodenal switch (DS è una modifica a questa procedura e consiste in una preservazione del piloro. Nonostante sia stata introdotta una tecnica chirurgica semplificata e riproducibile^[2], questa procedura è attualmente considerata tecnicamente la più difficile tra gli interventi di chirurgia bariatrica eseguiti con tecnica minivasiva. Una ragione raramente discussa nella scelta dell'intervento è lo skill del chirurgo. In questo contesto, il numero degli interventi (DBP e DS) rimangono estremamente limitati nel mondo (<3%)^[3]. Nell'era della chirurgia laparoscopica, la scelta di non optare per questo intervento è verosimilmente dovuta anche alla difficoltà chirurgica. L'utilizzo del robot e la giustificazione per gli alti costi aumenta proporzionalmente alla complessità chirurgica della procedura bariatrica minivasiva^[4].

Lo studio nasce da una collaborazione tra un chirurgo in formazione proveniente dal centro di Cagliari^[1] e l'equipe francese^[2]. Nell'esperienza francese questa procedura (DS) è considerata di secondo tempo (redo surgery), estremamente efficace in pazienti superobesi (BMI >60kg/m²) nei quali la sleeve gastrectomy era stata programmata come primo tempo (bridge). L'approccio robotico è utile e sicuro, con lo scopo di ottenere un'accurata dissezione e resezione duodenale ed una precisa e sicura ricostruzione con l'anastomosi manuale duodeno-ileale.

Metodi

Da Marzo 2011 a Settembre 2013 sono state eseguite 11 procedure (DS) con approccio laparoscopico robot-assistito, nel Dipartimento di Chirurgia Generale, Digestiva ed Endocrina, Università della Lorena. Da Marzo 2011 a Gennaio 2013 è stato utilizzato il sistema Da Vinci S, da Gennaio 2013 il nuovo sistema DA Vinci SI. Tutte le procedure sono state eseguite da due chirurghi con provata esperienza in chirurgia bariatrica e robotica (>100 casi di bypass laparoscopico e robotico). Parte delle procedure (anastomosi duodeno-ileale) è stata eseguita da un chirurgo in formazione (G.F.). Lo scopo dello studio è di valutare la fattibilità dell'intervento ed analizzare i risultati a breve termine.

Risultati

Tutte le procedure sono state redo surgery, secondo tempo dopo sleeve gastrectomy, per obesità grave. L'età media è stata di 45,1 anni (30-58), BMI medio 53,6 kg/m² (38,5-72), sei pazienti presentavano un ASA score preoperatorio >2. 5 procedure sono state eseguite con il nuovo sistema Da Vinci SI. Il tempo operatorio medio è stato di 179,3 min (135-210), 1 paziente è stato convertito a laparotomia, nessun paziente ha richiesto trasfusioni di sangue. L'ospedalizzazione media è stata di 8,1 giorni (5-18), per 4 pazienti è stata necessario un ricovero in terapia intensiva (>24 ore). Nessun paziente è stato ricoverato dopo dimissione. Nella valutazione della morbidità a 60 giorni dopo intervento, 1 paziente è stato rioperato per occlusione intestinale.

Discussione

L'intervento di DS laparoscopico robot-assistito è una procedura fattibile e sicura. L'esperienza mininvasiva laparoscopica e robotica del chirurgo bariatrico è indispensabile per ottenere un buon risultato chirurgico.

Bibliografia

[1] Scopinaro N, Gianetta E, Civalleri D, et al. Bilio-pancreatic bypass for obesity: II. Initial experience in man. *Br J Surg.* 1979;66:618–620.

[2] Ramos A.C. et al. Simplified laparoscopic duodenal switch. *Surg Obes Relat Dis* 2007; 3 : 565-568.

[3] Buchwald H. et al. *Metabolic/Bariatric Surgery Worldwide 2011.* *Obes Surg.* 2013; 23:427-436.

[4] Sudan R. et al. Multifactorial Analysis of the Learning Curve for Robot-Assisted Laparoscopic Biliopancreatic Diversion With Duodenal Switch. *Ann Surg* 2012; 255 : 940-945.

Interventi chirurgici

La chirurgia bariatrica oggi: quale evoluzione? L'interpretazione in un'esperienza di venti anni di chirurgia dell'obesità

F. Furbetta

Clinica "Leonardo" Viale Grocco 136, Sovigliana-Vinci (Fi)

Relatore: Francesco Furbetta

Introduzione

Le revisioni attuali evidenziano che il by-pass gastrico (GBP), i recenti interventi di sleeve gastrectomy (SG) e mini-gastric by-pass (mini GBP) sono le procedure più eseguite ed in ascesa e che il bendaggio gastrico laparoscopico (LAGB) è in declino. Durante questa definita evoluzione io ero presente e cosciente di muovermi controcorrente con una strategia di trattamento validata dalle seguenti linee guida: il paziente obeso è difficile per problemi fisici e comportamentali; la procedura chirurgica è al di fuori della malattia; utilizzo razionale e finalizzato dell'attraente offerta tecnologica; attenzione all'evoluzione scientifica nell'era del potere economico.

Metodi

Linee guida:

- 1) paziente difficile: età, consapevolezza, grado di obesità, malattie correlate, disturbi psichici;
- 2) sede chirurgica indenne da patologie significa: nessuna diretta cura chirurgica, tentazione per spirito chirurgico represso;
- 3) le procedure di più recente introduzione, SL e mini GBP attraenti per facilità tecnica devono confrontarsi con: irreversibilità (SL), stomaco escluso e reflusso biliare (mini GBP);
- 4) utilizzare la procedura più efficace in relazione alle risorse mediche e chirurgiche, insensibile all'imperante potere economico.

Ottobre '95-febbraio '15: 3754 interventi bariatrici laparoscopici (3075 LAGB), 389 re-do, 187 by-pass gastrici funzionali (tecnica personale), 58 plicature gastriche (GP), 45 altre (SL, GBP, by-pass bilio-intestinale), 415 associato trattamento dell'ernia iatale (al di sopra della pars condensata-tecnica personale).

Risultati

Zero mortalità peri-operatoria; follow-up del 95% dei pazienti; EWL 46% nel lungo termine; tutte procedure laparoscopiche. Principali complicanze: 5%; erniazione-dilatazione della pouch; 1,8% erosione del bendaggio.

Discussione

I cardini e prospettive della chirurgia bariatrica sono l'esecuzione di procedure mini-invasive, laparoscopiche ed endoluminali nel contesto di un team interdisciplinare. Età, collaborazione, malattie correlate sono le principali variabili che guidano la selezione e le indicazioni del team interdisciplinare. Nella mia esperienza il LAGB, la procedura meno invasiva, regolabile e

completamente reversibile, è frequentemente il primo step chirurgico per risolvere l'obesità o per selezionare pazienti per specifiche procedure in un trattamento sequenziale (FGB-GP). Il termine evoluzione applicato al grande numero di nuove operazioni eseguite prima di una validazione nel lungo termine relativamente ad efficacia, effetti secondari specialmente per irreversibilità, reflusso biliare e stomaco escluso mi fanno ritenere che voglia indicare la nuova direzione della chirurgia bariatrica condizionata dal potere economico. Un potere economico che chiarisce la stessa "evoluzione" nella richiesta di risarcimenti per negligenza in chirurgia bariatrica; la stessa "evoluzione" nelle richieste di chirurgia estetica tra i teenagers; la stessa "evoluzione" nell'acquisto di prodotti commercializzati, ritenuti esclusivi ed indispensabili, per animali domestici. Il termine evoluzione necessita di una lettura relativa al reale motore dell'epoca attuale per una corretta interpretazione dei risultati.

Bibliografia

^[1]Henry Buchwald. The Evolution of Metabolic/Bariatric Surgery. OBES SURG (2014) 24:1126–1135.e. Lo Menzo, s. szomstein, r. J. rosenthal. Changing Trends in BariaTriC surgery.

Interventi chirurgici

Studio comparativo tra addominoplastica a tensione superiore e a sutura a tensione progressiva nel rimodellamento corporeo dei pazienti ex-obesi

A. Margara, P. Millo, M. Fabozzi, R. Brachet Contul, M. Grivon, E. Ponte, G. Longo, R. Allieta
Ospedale Regionale Umberto Parini, Aosta

Relatore: Andrea Margara

Introduzione

L'uso delle Suture a Tensione Progressiva (STP) nell'addominoplastica è stato proposto per ridurre il rischio di complicanze come sieromi ed ematomi limitando la mobilità del lembo cutaneo sul piano muscolare. L'intervento di addominoplastica ad Alta Tensione Superiore (ATS) a sua volta è una tecnica proposta per ridurre la tensione a livello della linea di sutura e migliorare la cosmesi della zona ombelicale.

Metodi

Abbiamo confrontato una coorte di pazienti post bariatrici sottoposti ad addominoplastica con tecnica di STP associata alla tecnica ad ATS (Gruppo A), con una coorte di pazienti sottoposti ad addominoplastica con tecnica ad ATS (Gruppo B). Sono state studiate diverse variabili tra cui il tasso di complicanze e la soddisfazione dei pazienti per determinare ogni possibile beneficio derivante dalla combinazione della sutura STP con la tecnica ad ATS nell'addominoplastica.

Risultati

Sono stati inclusi nello studio 90 pazienti, 34 nel Gruppo A e 56 nel Gruppo B. Non sono state osservate differenze statisticamente significative tra i due gruppi in termini di durata della procedura, di giorni di ricovero, del tasso di complicanze, del volume drenato, o della soddisfazione estetica del paziente.

Discussione

Nei pazienti sottoposti a rimodellamento corporeo, in seguito a calo ponderale post bariatrico, non sono stati osservati vantaggi significativi legati all'uso delle STP rispetto alla tecnica ad ATS.

Bibliografia

[1] Pollock H, Pollock T. Progressive tension sutures: a technique to reduce local complications in abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2000 Jun;105(7):2583-6; discussion 2587-8.

[2] Pollock T, Pollock H. Progressive tension sutures in abdominoplasty. *Clin Plast Surg* 2004 Oct;31(4):583-9, vi.

[3] Pollock TA, Pollock H. Progressive tension sutures in abdominoplasty: a review of 597

consecutive cases. *Aesthet Surg J* 2012 Aug;32(6):729-42.

^[4]Le Louarn C, Pascal JF. The high-superior-tension technique: evolution of lipoabdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg* 2010 Dec;34(6):773-81.

Interventi chirurgici

Studio comparativo per la valutazione degli effetti della terapia a pressione negativa sul miglioramento delle cicatrici chirurgiche dopo addominoplastica del paziente ex-obeso

A. Margara, P. Millo, M. Fabozzi, R. Brachet Contul, M. Grivon, E. Ponte, G. Longo, R. Allieta
Ospedale Regionale Umberto Parini, Aosta

Relatore: Andrea Margara

Introduzione

L'addominoplastica è una procedura chirurgica molto comune tra gli interventi di rimodernamento corporeo post bariatrico, caratterizzata da una cicatrice talvolta molto estesa. Il Trattamento a Pressione Negativa (TPN) è stato dimostrato rivestire un ruolo importante nel processo di guarigione delle ferite. In questo lavoro si presentano i risultati di uno studio comparativo per valutare gli effetti della TPN sulla guarigione delle ferite in pazienti ex obesi sottoposti ad interventi di addominoplastica.

Metodi

Da Gennaio 2012 a Aprile 2013 abbiamo incluso in uno studio di coorte prospettico pazienti, precedentemente sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica, trattati per ptosi e lassità addominale. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad intervento di addominoplastica e sono stati suddivisi in due gruppi con due differenti trattamenti postoperatori. Nel gruppo A è stato applicato la TPN sulle ferite chirurgiche dall'immediata fase post-operatoria ad una settimana dall'intervento. Il gruppo B è stato sottoposto a medicazioni tradizionali. La qualità delle cicatrici è stata valutata tramite il Stony Brook Scar Evaluation Scale (SBSES) a 7, 15 e 30 giorni dall'intervento.

Risultati

74 pazienti sono stati inclusi nello studio: 17 nel Gruppo A e 57 nel Gruppo B. La frequenza di deiscenza delle ferite è stata del 18% nel Gruppo B e del 15% nel Gruppo A. Si sono verificati sieromi nel 27% del Gruppo B e nel 14% del Gruppo A. La frequenza degli ematomi è stata del 12% nel Gruppo B e del 2% nel Gruppo A. Nel Gruppo A abbiamo riscontrato un SBSES di 3.7 a 7 giorni, di 4.8 a 15 giorni e di 4. a 30 giorni. Nel Gruppo B di 3.2 a 7 giorni, di 3 a 15 giorni e di 3.5 a 30 giorni.

Discussione

La Terapia a Pressione Negativa sembra essere uno strumento utile per la migliore guarigione delle cicatrici dopo addominoplastica nei pazienti con una massiva perdita di peso post Chirurgia Bariatrica

Bibliografia

- [1] Balagué N1, Combescure C, Huber O, Pittet-Cuénod B, Modarressi A. Plastic surgery improves long-term weight control after bariatric surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2013 Oct;132(4):826-33.
- [2] Altintas B, Biber R, Brem MH. The accelerating effect of negative pressure wound therapy with Prevena™ on the healing of a closed wound with persistent serous secretion. *Int Wound J* 2014 Jan 7. doi: 10.1111/iwj.12198.
- [3] Bollero D, Malvasio V, Catalano F, Stella M. Negative pressure surgical management after pathological scar surgical excision: a first report. *Int Wound J* 2013 Feb 19. doi: 10.1111/iwj.12040.
- [4] Singer AJ, Arora B, Dagum A, et al. Development and validation of a novel scar evaluation scale. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120(7):1892-7.
- [5] Simon K, Schulz-Drost M, Besendörfer M, Carbon RT, Schulz-Drost S. [Use of Negative Pressure Wound Therapy on Surgical Incision (Prevena™) after Surgery of Pectus Deformities Reduces Wound Complications.] *Zentralbl Chir*. 2014 Mar 19.
- [6] Colli A, Camara ML. First experience with a negative pressure incision management system on surgical incisions after cardiac surgery in high risk patients. *J Cardiothorac Surg*. 2011 Dec 6;6:160. doi: 10.1186/1749-8090-6-160. Erratum in: *J Cardiothorac Surg*. 2012;7:37. Camara, Maria-Luisa.
- [7] Matatov T, Reddy KN, Doucet LD, Zhao CX, Zhang WW. Experience with a new negative pressure incision management system in prevention of groin wound infection in vascular surgery patients. *J Vasc Surg*. 2013 Mar;57(3):791-5. doi: 10.1016/j.jvs.2012.09.037. Epub 2013 Jan 9.
- [8] G. Armstrong and L. A. Lavery, "Diabetic foot study consortium. Negative pressure wound therapy after partial diabetic foot amputation: a multicentre, randomised controlled trial," *The Lancet*, vol. 366, no. 9498, pp. 1704–1710, 2005.
- [9] Mouës, G. J. van den Bemd, W. J. Meerding, and S. E. Hovius, "An economic evaluation of the use of TNP on full-thickness wounds," *Journal of Wound Care*, vol. 14, no. 5, pp. 224–227, 2005.
- [10] E. Leininger, T. E. Rasmussen, D. L. Smith, D. H. Jenkins, and C. Coppola, "Experience with wound VAC and delayed primary closure of contaminated soft tissue injuries in Iraq," *Journal of Trauma*, vol. 61, no. 5, pp. 1207–1211, 2006.

Interventi chirurgici

Studio comparativo per la valutazione degli effetti della terapia a pressione negativa sul miglioramento delle cicatrici chirurgiche dopo lifting cosce circonferenziale del paziente ex-obeso

A. Margara, P. Millo, M. Fabozzi, R. Brachet Contul, M. Grivon, E. Ponte, G. Longo, R. Allieta
Ospedale Regionale Umberto Parini, Aosta

Relatore: Andrea Margara

Introduzione

Il grado di soddisfazione del paziente dopo interventi di rimodellamento corporeo può dipendere anche dall'esito cicatriziale. La Terapia a Pressione Negativa (TPN) ha effetti benefici sulla cicatrizzazione. Abbiamo eseguito uno studio comparativo per valutare l'effetto di un ausilio per la TPN sulla qualità delle cicatrici dopo la dermolipectomia verticale delle cosce: un intervento chirurgico di rimodellamento corporeo con cicatrice chirurgica molto estesa.

Metodi

Tra Gennaio 2012 e Luglio 2014 sono stati inclusi in uno studio di coorte prospettico tutti i pazienti post bariatrici trattati per lassità cutanea degli arti inferiori. Sono stati eseguiti due diversi trattamenti postoperatori: il Gruppo A è stato trattato con TPN sulle ferite dall'immediato postoperatorio fino ad una settimana dall'intervento chirurgico. Questo gruppo è stato comparato con una coorte di pazienti (Gruppo B) trattati con medicazioni tradizionali. Sono stati valutati i dati demografici, le comorbidità e le complicanze. La qualità delle cicatrici è stata valutata tramite il Stony Brook Scar evaluation Scale (SBSES) a 7, 15 e 30 giorni.

Risultati

95 pazienti sono stati inclusi nello studio. 48 pazienti sono stati inclusi nel Gruppo A, 43 nel Gruppo B. L'utilizzo del TPN nel Gruppo A ha diminuito il numero delle più comuni complicanze postoperatorie e ha migliorato i risultati estetici delle cicatrici nei pazienti fumatori.

Discussione

La terapia a pressione negativa è un presidio di indubbia utilità nella riduzione delle complicanze postoperatorie dopo dermolipectomia verticale delle cosce (lifting verticale) nei pazienti post bariatrici e ne ha migliorato la soddisfazione riguardo il risultato estetico delle cicatrici.

Bibliografia

^[1]Balagué N1, Combescure C, Huber O, Pittet-Cuénod B, Modarressi A. Plastic surgery improves long-term weight control after bariatric surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2013 Oct;132(4):826-33.

- [2] Kim, SW; Han, HH; Seo, JW; Lee, JH; Oh, DY; Ahn, ST; Rhie, JW. Two cases of lower body contouring with a spiral and vertical medial thigh lift. *Arch Plast Surg*, 2012 vol. 39(1) pp. 67-70
- [3] Altintas B, Biber R, Brem MH. The accelerating effect of negative pressure wound therapy with Prevena™ on the healing of a closed wound with persistent serous secretion. *Int Wound J* 2014 Jan 7. doi: 10.1111/iwj.12198.
- [4] Bollero D, Malvasio V, Catalano F, Stella M. Negative pressure surgical management after pathological scar surgical excision: a first report. *Int Wound J* 2013 Feb 19. doi: 10.1111/iwj.12040.
- [5] Singer AJ, Arora B, Dagum A, et al. Development and validation of a novel scar evaluation scale. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120(7):1892-7.
- [6] Simon K, Schulz-Drost M, Besendörfer M, Carbon RT, Schulz-Drost S. [Use of Negative Pressure Wound Therapy on Surgical Incision (Prevena™) after Surgery of Pectus Deformities Reduces Wound Complications.] *Zentralbl Chir*. 2014 Mar 19.
- [7] Colli A, Camara ML. First experience with a negative pressure incision management system on surgical incisions after cardiac surgery in high risk patients. *J Cardiothorac Surg*. 2011 Dec 6;6:160. doi: 10.1186/1749-8090-6-160. Erratum in: *J Cardiothorac Surg*. 2012;7:37. Camara, Maria-Luisa.
- [8] Grauhan O, Navasardyan A, Hofmann M, Müller P, Stein J, Hetzer R. Prevention of poststernotomy wound infections in obese patients by negative pressure wound therapy. *J Thorac Cardio-vasc Surg*. 2013 May;145(5):1387-92. doi: 10.1016/j.jtcvs.2012.09.040. Epub 2012 Oct 27.
- [9] Matatov T, Reddy KN, Doucet LD, Zhao CX, Zhang WW. Experience with a new negative pressure incision management system in prevention of groin wound infection in vascular surgery patients. *J Vasc Surg*. 2013 Mar;57(3):791-5. doi: 10.1016/j.jvs.2012.09.037. Epub 2013 Jan 9.
- [10] Armstrong and L. A. Lavery, "Diabetic foot study consortium. Negative pressure wound therapy after partial diabetic foot amputation: a multicentre, randomised controlled trial," *The Lancet*, vol. 366, no. 9498, pp. 1704–1710, 2005.
- [11] M. Mouës, G. J. van den Bemd, W. J. Meering, and S. E. Hovius, "An economic evaluation of the use of TNP on full-thickness wounds," *Journal of Wound Care*, vol. 14, no. 5, pp. 224–227, 2005.
- [12] E. Leininger, T. E. Rasmussen, D. L. Smith, D. H. Jenkins, and C. Coppola, "Experience with wound VAC and delayed primary closure of contaminated soft tissue injuries in Iraq," *Journal of Trauma*, vol. 61, no. 5, pp. 1207–1211, 2006.
- [13] Apelqvist, D. G. Armstrong, L. A. Lavery, and A. J. Boulton, "Resource utilization and economic costs of care based on a randomized trial of vacuum-assisted closure therapy in the treatment of diabetic foot wounds," *American Journal of Surgery*, vol. 195, no. 6, pp. 782–788, 2008.
- [14] Braakenburg, M. C. Obdeijn, R. Feitz, I. A. L. M. Van Rooij, A. J. Van Griethuysen, and J. H. G. Klinkenbijn, "The clinical efficacy and cost effectiveness of the vacuum-assisted closure technique in the management of acute and chronic wounds: a randomized controlled trial," *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 118, no. 2, pp. 390–397, 2006
- [15] A. Park, A. J. Defranzo, M. W. Marks, and J. A. Molnar, "Outpatient reconstruction using integra and subatmospheric pressure," *Annals of Plastic Surgery*, vol. 62, no. 2, pp. 164–169, 2009.
- [16] Hurd, P. Chadwick, J. Cote, J. Cockwill, T. R. Mole, and J. M. Smith, "Impact of gauze-based NPWT on the patient and nursing experience in the treatment of challenging wounds," *International Wound Journal*, vol. 7, no. 6, pp. 448–455, 2010.

Indicazioni alla chirurgia metabolica

La trasposizione ileale associata a sleeve gastrectomy ed esclusione duodenale (TISGED) non causa malassorbimento dei sali biliari

Andrea Rizzi¹, Igor Tubazio¹, Lorenzo Conti¹, Diego Foschi²

¹Chirurgia Generale, AO Luigi Sacco, Milano

²Direttore Chirurgia Generale II Ospedale Sacco, Milano

Cattedra Di Chirurgia Generale, Universita' Degli Studi Di Milano

Relatore: Rizzi Andrea

Introduzione

La trasposizione ileale associata a sleeve gastrectomy ed esclusione duodenale (TISGED) è un intervento bariatrico-metabolico usato per il trattamento chirurgico del diabete mellito di tipo II (DMT2) nel paziente obeso-diabetico. E' una procedura restrittiva ma agisce concomitantemente sul piccolo intestino con effetti funzionali ed incretinici. Lo scopo di questo studio è stato quello di verificare se questo intervento abbia o non abbia allo stesso tempo caratteristiche malassorbitive.

Metodi

12 pazienti obesi (9 maschi e 3 femmine) affetti da DMT2 sono stati sottoposti a TISGD. Prima dell'intervento ed a 3,6,9 mesi ed ad 1 anno, sono state prospetticamente valutate: condizioni cliniche relative a diabete e malassorbimento, peso (kg), BMI (kg/m²), glicemia a digiuno (mg/dL), HbA1c (%), insulina basale (µUI/mL), vitamina B12 (ng/L), acido folico (µg/L), vitamina D (ng/mL), proteine totali (g/L), albumina (g/L), ed emoglobina (g/dL). I livelli basali di Fibroblast Growth Factor 19 (FGF19 pg/mL), e di Serum 7α-hydroxy-4-cholesten-3-one (C4 mg/dL) per la diagnosi del malassorbimento dei sali biliari sono stati determinati prima dell'intervento e dopo 1 anno. (FGF19 Quantikine ELISA kit R&D Systems; C4 estrazione con colonne di silica-gel, supelclean LC-Si). I risultati sono stati espressi come media ± DS e le differenze fra tempi comparate con test Mann Whitney. P <0.05 e' stata considerata significativa.

Risultati

Ad 1 anno dall'intervento in tutti i pazienti si è registrata una significativa riduzione del peso corporeo con remissione del diabete in accordo con i criteri ADA (American Diabetes Association). Non sono state osservate differenze nei livelli di proteine totali, albumina, emoglobina, e vitamine (B6, B12 e D). Non sono state registrate significative variazioni dei livelli di C4 dopo l'intervento (2 ± 0,5 mg/dL Vs. 1.6 ± 0,5 mg/dL ns.) mentre si è registrato un incremento dell' FGF19 (da 85±11,2 pg/mL a 166,4 ± 28,2 pg/ml; p<0.04).

Discussione

La TISGED è un intervento efficace nel trattamento del DMT2 nei pazienti affetti da obesità patologica. Esso deve essere considerato un intervento restrittivo con profilo funzionale enterochinico e non esercita significativi effetti malassorbitivi né clinici né biochimici.

Interventi chirurgici

Bendaggio gastrico e bypass gastrico per obesita' grave: confronto prospettico su qualita' di vita e soddisfazione per l'intervento

F. Marchesi¹, GF. De Lorenzis², P. Pizzi, C. Forlini, I. Generali, G. De Sario, V. Reggiani, F. Tartamella, E. Melani, M. Riccò, E. Dall'Aglio, C. De Panfilis

¹*Clinica chirurgica e terapia chirurgica, Università degli studi di Parma*

²*Casa di Cura Città di Parma*

Relatore: Federico Marchesi

Introduzione

Negli ultimi decenni l'enorme diffusione della chirurgia bariatrica ha rappresentato una fisiologica risposta ad un'esigenza clinica in crescita esponenziale. Ad un aumento numerico delle varie procedure si è accompagnata anche una diversificazione delle metodiche, senza che, ad oggi, si sia stabilito con certezza se esista, e quale sia, l'intervento migliore. Tra i vari criteri di valutazione di una procedura bariatrica, quello riguardante il miglioramento della qualità di vita rappresenta indubbiamente il più importante. La mancanza di strumenti completamente affidabili in grado di valutare la qualità di vita nei pazienti obesi ha limitato non poco la ricerca in questo settore. Lo scopo di questo studio è quello di confrontare in modo prospettico la qualità di vita dopo bendaggio gastrico e bypass gastrico utilizzando due questionari mirati e specifici (SF-36: short form 36 ed il BSSQ: Bariatric Surgery Satisfaction Questionnaire) per la qualità di vita e la soddisfazione riguardo la procedura.

Metodi

A partire dal Gennaio 2013 sono stati prospetticamente valutati 35 pazienti sottoposti a by-pass gastrico presso la Clinica Chirurgica dell' Ospedale Maggiore di Parma e 35 pazienti sottoposti a bendaggio gastrico presso la clinica "Città di Parma". Questi soggetti sono stati sottoposti ad una valutazione preoperatoria ed a regolari controlli postoperatori(1, 3, 6 e 12 mesi), con rilevazione dei dati biometrici, clinici e somministrazione di 2 test psicodiagnostici volti a valutare la qualità della vita (SF-36; Short Form-36) e la soddisfazione relativa all'intervento di chirurgia bariatrica (BSSQ; Bariatric Surgery Satisfaction Questionnaire). Oltre alla valutazione inerente la qualità di vita sono state ricercate possibili correlazioni con le variabili cliniche di outcome (perdita di peso, risoluzione comorbidità).

Risultati

I due gruppi sono risultati omogenei per età e sesso; il BMI preoperatorio risultava superiore, anche se non significativamente, nei pazienti sottoposti a bypass (45.7 vs 42.8, p:0.065), nessuna differenza significativa si è registrata nei domini di qualità di vita preoperatoria. Entrambi gli interventi hanno comportato un significativo miglioramento dei dati biometrici (significativamente superiore per il bypass gastrico) e della qualità di vita. Mentre nelle rilevazioni precoci non si sono registrate significative differenze tra bypass e bendaggio nei vari domini del SF 36, a 12 mesi

dall'intervento la qualità di vita dei pazienti sottoposti a bypass gastrico si è dimostrata significativamente migliore, in particolare nei domini dolore (p:0.002), limitazione di ruolo (p:0.005), attività sociali (p:0.002).La soddisfazione per l'intervento è risultata maggiore per il bendaggio ai controlli precoci (anche se in maniera non statisticamente significativa), significativamente superiore per il bypass gastrico a 12 mesi (p:0.004).

Discussione

Il bypass gastrico sembra garantire, oltre ad un miglior perdita di peso e risoluzione delle comorbidità, un superiore incremento della qualità di vita, più evidente a partire dal sesto mese postoperatorio, che risulta evidente anche indipendentemente dal decremento ponderale.

Bibliografia

^[1]Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992 Jun;30(6):473-83.

Interventi chirurgici

Protesi intragastrica regolabile totalmente impiantabile (PIRTI-ATIIP) Endogast® per il trattamento dell'obesità. 113 pazienti dal dicembre 2008 a maggio 2013

G. Iannuzzi¹, P. Nisi, M. Panerai, S. Riccadonna, T. Marcucci

¹Responsabile Centro Chirurgia Obesità Patologica – Pistoia

Centro Chirurgia Obesità Patologica – Pistoia

ASL 3 Pistoia

Relatore: Giuseppe Iannuzzi

Introduzione

I palloni intragastrici (IGBs) negli ultimi 20 anni sono stati utilizzati con successo per la perdita di peso, dalla revisione della letteratura si evince una perdita di peso di 12-15 kg in 6 mesi^[1-16]. Tuttavia questi presidi hanno dei limiti:

- 1) tempo di impianto di 6-12 mesi;
- 2) riduzione di efficacia dopo 2-3 mesi,
- 3) importanti sintomi quali nausea, vomito, disagio all'impianto tanto da indurre alla rimozione precoce nel 4-7% dei pazienti^[1,2]
- 4) impossibilità di aggiustamento del volume successivamente all'impianto;
- 5) disagio legato al peso del dispositivo;
- 6) ostruzione intestinale per migrazione, perforazione, ulcerazione, emorragia.

Recentemente un nuovo tipo di pallone (ABS Spatz) è stato utilizzato per ovviare al limite temporale (6mesi) e all'impossibilità di aggiustamento del volume durante il periodo di trattamento^[17]. Entrambi i presidi descritti vengono posizionati endoscopicamente, anche l'aggiustamento successivo all'impianto avviene per via endoscopica. Tra i palloni intragastrici in uso la protesi intragastrica totalmente impiantabile (PIRTI-ATIIP Endogast®) si differenzia dai precedenti per varie ragioni:

- 1) L'impianto avviene in combinazione tra chirurgo ed endoscopista;
- 2) Il tempo di permanenza può arrivare oltre i 2 anni;
- 3) Per ovviare alla perdita di efficacia del pallone, è dotata di un catetere collegato ad un porter impiantato sottocute che ristabilisce il volume desiderato tramite semplice iniezione percutanea.
- 4) Impossibilità di migrazione ;il collegamento al porter sottocutaneo funge da ancoraggio, e quindi assenza di rischio di occlusione intestinale.
- 5) Minimo disagio legato al peso (7-14 grammi) perché insufflato di aria.

La protesi Intragastrica Regolabile Totalmente Impiantabile (PIRTI-ATIIP Endogast®) - è un dispositivo, temporaneo, per il trattamento dell'obesità. Consiste di una protesi ad aria introdotta e fissata al corpo-fondo dello stomaco. Un serbatoio è connesso alla protesi e viene impiantato nel sottocute della parete addominale^[10].

A differenza del BIB (non regolabile, tempo di mantenimento 6 mesi), e dell'ABS Spatz, regolabile tramite endoscopia; 1 anno di permanenza) la PIRTI può essere mantenuta in sede per tempi superiori e con regolazioni frequenti per via percutanea.

Metodi

Dal dicembre 2008 al maggio 2013, 113 pazienti affetti da obesità sono stati sottoposti a posizionamento di PIRTI-ATIIP Endogast®, 87 donne (77%) 26 uomini (23%).

Lo scopo del PIRTI è quello di indurre precoce senso di sazietà con conseguente riduzione dell'introito di cibo e perdita di peso.

Risultati

Fattibilità: La procedura è stata possibile in tutti i pazienti (100%).

Il tempo medio di intervento è stato di 32 minuti.

Nessuna complicanza intraoperatoria

Senso di sazietà postprandiale in 108 su 113 pazienti, tra i pasti in 106 su 113, preprandiale in 55 su 111 (dati ad 1,2,3,6,12 mesi).

Perdita di peso medio:

3 mesi: 113 pazienti

Media Kg da 119,1 a 106,8 kg

EWL% medio da 88,6 a 62,2

BMI da 42,6 a 38,2

6 mesi: 113 pazienti

Media Kg da 119,1 a 104,3

BMI medio da 42,6 a 36,1

EWL% medio da 88,6 a 55,9

9 mesi: 113 pazienti

Media Kg da 119,1 a 103,5

BMI medio da 42,6 a 34,4

EWL% medio da 88,6 a 53,2

12 mesi: 113 pazienti

Peso medio da 119,1 a 103,5 Kg

BMI medio da 42,6 a 33,5

EWL% da 88,6 a 47,8

24 mesi: 78 pazienti

Peso da 119,1 a 106,1

BMI da 42,6 a 38,1

EWL% da 88,6 a 67,1

Discussione

La PIRTI Endogast® è una tecnica mini invasiva e sicura per il trattamento temporaneo dell'obesità.

I risultati relativi alla perdita di peso e alla sazietà sono in linea con altri presidi intragastrici, il vantaggio è dato dalla possibilità del lungo tempo di permanenza del presidio, (oltre 2 aa) scarsi effetti di intolleranza, sovrapponibili ad altri presidi assenza di ostruzione intestinale, assenza di perforazione, assenza di vomito, semplicità nel ristabilire il volume iniziale con semplice puntura percutanea.

Facilità di posizionamento e di rimozione.

Svantaggi sono il numero di infezione/filtrazione a livello del sottocute (13,5%) che tuttavia compaiono in maggior misura quando la PIRTI è impiantata da oltre 1 anno.

Recentemente è stato modificato il diametro del catetere di collegamento diminuendone il calibro, vedremo se ciò sarà sufficiente a diminuire l'incidenza di tale complicanza.

Come ogni tecnica chirurgica usata per il trattamento dell'obesità necessita di un accurato controllo postoperatorio che includa anche attività fisica e una sostanziale modifica del regime nutrizionale del paziente.

Ribadiamo l'importanza assoluta di seguire i gruppi di psicoterapia (mensili) i controlli chirurgici e successivamente insieme ai controlli delle dietiste (mensili) eventuali incremento di volume della protesi per ristabilire il volume iniziale (150 cc.).

Età uomini(26) 41,7 Range (21-71).

Bibliografia

- [1] Doldi SB, Micheletto G, Di Prisco F. et al. IGB in obese patients. *Obes Surg.* 2000;10(6):578-81.
- [2] Mathus-Vliegen EM. Intragastric balloon treatment for obesity: what does it really offer? *Dig.Dis.* 2008;26(1):40-4.
- [3] Roman S, Napoleon B, Mion F, et al. IGB for non morbid obesity: a retrospective evaluation of tolerance and efficacy. *Obes.Surg.* 2004;14(4):539-44.
- [4] Al-Momen A, El-Mogy I. IGB for obesity a retrospective evaluation of tolerance and efficacy. *Obes.Surg.* 2005;15(1):101-5.
- [5] Imaz L, Martinez-Cervell C, Garcia-Alvarez EE et al. Safety and effectiveness of the intragastric balloon for obesity. A meta-analysis. *Obes Surg.* 2008;18(7):841-46.
- [6] Genco A, Bruni T, Doldi SB, et al. Bioenteric Intragastric Balloon :The Italian experience with 2515 patients. *Obes.Surg.* 2005;15(8):1161-4.
- [7] Genco A, Cipriano M, Bacci V et al. Intragastric balloon followed by diet vs. intragastric balloon followed another balloon: a prospective study on 100 patients. *Obes.Surg.* 2010;20(11):1496-500.
- [8] Machytka E, Klvana P, Kornbluth A, et al. Adjustable intragastric balloon: a 12 month pilot trial in endoscopic weight loss management. *Obes. Surg.* 2011;21(10):1499-507.
- [9] Brooks J, Srivastava ED, Mathus-Vliegen EMH. One-Year adjustable intragastric balloons: Results in 73 consecutive patients in UK *Obes Surg.* 2014; 24 (5):813-19.
- [10] Gaggiotti G. Adjustable Totally Implantable Intragastric Prosthesis (ATIIP) Endogast- A New minimally invasive technique for the treatment of morbid obesity. *Minimally Invasive Ther.* 2005;4:324 (abst).
- [11] Gaggiotti G, Palau M, Parada A. Adjustable Totally Implantable Intragastric Prosthesis (ATIIP) . *Obes. Surg.* 2006;16:1009 (abst P70).

- ^[12]Gaggiotti G, Tack J, Garrido AB, Palau M, Capelluti G, Di Matteo F. Adjustable totally Implantable Intra-gastri Prosthesis (ATIIP)-Endogast for treatment of morbid obesity: One Year follow Up of multicentre prospective Clinical Survey. *Obes. Surg.* 2007;17 (7)949-56.
- ^[13]Iannuzzi G, Nisi P, Capponi L, Panerai M. Protesi Intra-gastrica Regolabile Totalmente Impiantabile.(PIRTI) SICOB Roma 2009.
- ^[14]Akova A, Cingi A, Yavuz Y. Evaluation of the Intra-gastric Prosthesis (Endogast) as a weight reduction procedure. *Obes Surg*; 2009 19 (8).
- ^[15]Iannuzzi G, Nisi P, Panerai M, Marcucci T. Protesi Intra-gastrica Regolabile Totalmente Impiantabile.(PIRTI) SICOB Reggio Calabria 2011.
- ^[16]Genco A, Dellepiane D, Baglio G, Cappelletti F, Frangella F, Maselli R, Dante MC, Camoirano R, Lorenzo M, Basso N. Adjustable intra-gastric balloon vs Non-Adjustable Intra-gastric balloon: Case control study on complication tolerance and efficacy. *Obes Surg* .2013;23 (7) 953-58.
- ^[17]NIH Consensus Conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity.

Interventi chirurgici

Three-port Laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB): surgical technique and three years follow-up

V. Consalvo, V. Pilone, A. Monda, A. Vitiello, P. Forestieri
Salerno

Relatore: Vincenzo Consalvo

Adjustable Gastric Banding (AGB) is an effective and reversible bariatric procedure, which is usually performed using a mini-invasive laparoscopic approach. The vast majority of the surgeons use a 5-trocar technique, while AGB can be safely carried out with only 3 trocars. The aim of our study was to compare the outcomes of 3-trocar Laparoscopic Adjustable Gastric Banding (LAGB) to the results obtained with the conventional technique.

Metodi

A retrospective analysis of our database was carried out to assess the number of LAGB performed with the conventional 5-port technique and the number of LAGB performed with the 3-port approach. The complication rate and the weight loss of the two groups were compared.

Risultati

From May 2006 to February 2012, 395 patients underwent LAGB under our care. The conventional technique was performed in 198 patients, while the three ports approach was used in 197 subjects. Complications rate was similar in the two groups and no death was recorded. There was no statistical difference in operative time and weight loss between the groups.

Discussione

After three years of follow-up with 3-ports LAGB, we found no difference in the weight loss results and complication rate between the new technique and classical 5-ports procedure. This new approach has the same "scar surface" than SALS and has a lower complication rate, as reported in literature. Operative time was similar to the classical technique and lower than SALS. We suppose that the 3-ports technique may be, actually, an effective half way between aesthetic and functional surgery.

Bibliografia

^[1]O'Brien PE, MacDonald L, Anderson M et al. Long-term outcomes after bariatric surgery: fifteen-year follow-up of adjustable gastric banding and a systematic review of the bariatric surgical literature. *Ann Surg.* 2013 Jan;257(1):87-94. doi: 10.1097/SLA.0b013e31827b6c02.

^[2]Fielding GA, Allen JW. A step-by-step guide to placement of the LAP-BAND adjustable gastric banding system. *Am J Surg.* 2002 Dec;184(6B):26S-30S.

- ^[3]Park K, Afthinos JN, Razi SS et al. Laparoendoscopic single-site surgery for the placement of an adjustable gastric band: a large cohort comparison. *Surg Obes Relat Dis*. 2013 Sep-Oct;9(5):686-91. doi: 10.1016/j.soard.2012.11.009. Epub 2013 Jan 17.
- ^[4]De la Torre RA, Satgunam S, Morales MP et al. Transumbilical single-port laparoscopic adjustable gastric band placement with liver suture retractor. *Obes Surg*. 2009 Dec;19(12):1707-10. doi: 10.1007/s11695-009-9896-5.
- ^[5]Chakravartty S, Murgatroyd B, Ashton D, Patel A. Single and multiple incision laparoscopic adjustable gastric banding: a matched comparison. *Obes Surg*. 2012 Nov;22(11):1695-700. doi: 10.1007/s11695-012-0704-2.
- ^[6]Murgatroyd B, Chakravartty S, Sarma DR, Patel AG. Two hundred seventy-five single-incision laparoscopic gastric band insertions: what have we learnt? *Obes Surg*. 2014 Jul;24(7):1073-7. doi: 10.1007/s11695-014-1208-z.
- ^[7]Ayloo SM, Masrur MA, Contino G et al. Two-year follow-up of wound complications associated with laparoendoscopic single-site adjustable gastric banding. *Surg Obes Relat Dis*. 2013 Sep-Oct;9(5):696-700. doi: 10.1016/j.soard.2012.07.005. Epub 2012 Jul 25.
- ^[8]Koh CE, Martin DJ, Cavallucci DJ et al. On the road to single-site laparoscopic adjustable gastric banding: lessons learned from 60 cases. *Surg Endosc*. 2011 Mar;25(3):947-53. doi: 10.1007/s00464-010-1259-8. Epub 2010 Oct 17.
- ^[9]Schwack BF, Novack R, Youn H et al. Single-incision laparoscopic adjustable gastric banding is effective and safe: 756 cases in an academic medical center. *Obes Surg*. 2013 Mar;23(3):332-7. doi: 10.1007/s11695-012-0811-0.
- ^[10]Nguyen NT, Slone J, Reavis K. Comparison study of conventional laparoscopic gastric banding versus laparoendoscopic single site gastric banding. *Surg Obes Relat Dis*. 2010 Sep-Oct;6(5):503-7. doi: 10.1016/j.soard.2009.10.001. Epub 2009 Nov 10.
- ^[11]Keidar A, Shussman N, Elazary R et al. Right-sided upper abdomen single-incision laparoscopic gastric banding. *Obes Surg*. 2010 Jun;20(6):757-60. doi: 10.1007/s11695-010-0133-z.
- ^[12]Osborne AJ, Clancy R, Clark GW et al. Single incision laparoscopic adjustable gastric band: technique, feasibility, safety and learning curve. *Ann R Coll Surg Engl*. 2013, Mar;95(2):131-3. doi: 10.1308/003588413X13511609954978.
- ^[13]Nguyen NT, Smith BR, Reavis KM et al. Strategic laparoscopic surgery for improved cosmesis in general and bariatric surgery: analysis of initial 127 cases. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2012 May;22(4):355-61. doi: 10.1089/lap.2011.0370. Epub 2012 Mar 6.

Interventi chirurgici

I punti di sutura gastro-gastrici nel bendaggio gastrico regolabile servono ancora? Analisi dei risultati nella nostra casistica

C. Bianchi¹, M. Di Martino², C. Sagnelli², C. Feleppa², P. Bonfante², S. Berti³

¹Responsabile SS Chirurgia Bariatrica e laparoscopica avanzata Ospedale S. Andrea, La Spezia

²Ospedale S. Andrea, La Spezia

³Direttore SC Chirurgia Generale Ospedale S. Andrea, La Spezia

Relatore: Claudio Bianchi

Introduzione

La procedura restrittiva di bendaggio gastrico rappresenta ancora oggi uno degli interventi bariatrici più eseguiti con risultati variabili nel tempo. Essendo una procedura unicamente di tipo restrittivo, i risultati a distanza dipendono molto dalla compliance del paziente e da un corretto follow-up prolungato e, nel corso degli anni, assiste ad un numero sempre maggiore di procedure di rimozione del dispositivo per intolleranza, ripresa ponderale o complicanze. La tecnica chirurgica laparoscopica originale, ormai standardizzata, prevedeva come tempo operatorio, il posizionamento 2-3 punti di sutura gastro gastrici a copertura del dispositivo in materiale non riassorbibile, al fine di impedirne la dislocazione o lo slippage. Scopo del lavoro presentato è dimostrare che il fissaggio del dispositivo non sembra giocare un ruolo determinante nell'impedire tali complicanze.

Metodi

Dal gennaio 2006 al dicembre 2014 sono stati eseguiti presso la SC Chirurgia generale 1 di la Spezia 190 bendaggio gastrici laparoscopici, secondo la tecnica pars flaccida. Nei primi 100 è stato utilizzato il bendaggio svedese Obtech e nei rimanenti 90 il bendaggio svedese Obtech velocity port. Nel periodo di tempo compreso tra il 2006 e il 2008 sono state eseguite 70 procedure che prevedevano, tra l'altro, il posizionamento di due o tre punti gastro gastrici. Nei rimanenti 120 tale passaggio veniva abolito. I pazienti sono stati sottoposti ad un follow up clinico –strumentale medio di 48 mesi con modulazione del dispositivo in relazione al calo ponderale ed alla compliance del paziente. I due gruppi di pazienti presentavano caratteristiche analoghe in relazione al BMI e all'età. La durata media dell'intervento chirurgico è stata nel primo gruppo di 60' (40'-120') e nel secondo gruppo di 40' (20'-50').

Risultati

Sono stati rimossi 14 dispositivi gastrici per via laparoscopica. Due posizionati in altra sede sono stati esclusi dalla nostra analisi. Dei 12 rimanenti, dieci appartenevano al primo gruppo con punti di sutura, mentre 2 erano del secondo gruppo senza punti di sutura. Nelle 10 rimozioni, le cause che avevano portato all'intervento erano: 5 casi di intolleranza con disfagia progressiva e dilatazione esofagea e della tasca gastrica in 2 casi; 1 infezione del port; 1 slippage anteriore acuto; 2 casi di ripresa ponderale con assenza di compliance. Le cause delle due rimozione nel secondo gruppo

sono state: 1 caso di intolleranza con disfagia ed 1 caso di slippage gastrico acuto. Tutte le procedure sono state eseguite in laparoscopica, senza complicanze peri operatorie ed una degenza media di 2 giorni. In 6 casi di rimozione dove erano stati posizionati i punti di sutura, la procedura si è rivelata particolarmente indaginoso a causa delle tenaci aderenze venutesi a creare tra dispositivo, valva gastrica e lobo sinistro del fegato.

Discussione

Dall'analisi della nostra casistica si può affermare che il posizionamento dei punti di sutura gastro gastrici non influisca sulla prevenzione delle complicanze correlate alla dislocazione del dispositivo. In caso di rimozione del bendaggio, tale accorgimento può addirittura rivelarsi come fonte di possibile complicanza intra operatoria a causa delle aderenze che si vengono a determinare.

Interventi chirurgici

Bassa incidenza di fistole e di reflusso gastro-esofageo in pazienti obesi sottoposti a sleeve gastrectomy: la nostra esperienza in 167 casi consecutivi

Giuseppe Scalera, Luigi Schiavo, Gabriele De Sena, Renato Sergio, Vincenza Capuozzo, Francesca R. Ciorra, Pasquale P. Auriemma, Giovanni Giordano e Alfonso Barbarisi

Dipartimento Universitario di Scienze Anestesiologiche, Chirurgiche e dell'Emergenza, Seconda Università degli Studi di Napoli. Primo Policlinico, IX Divisione di Chirurgia Generale, Vascolare e Biotecnologie

Relatore: Giuseppe Scalera

Introduzione

La “sleeve gastrectomy” (SG) è, ad oggi, uno degli interventi di chirurgia dell'obesità maggiormente praticati. In un primo momento la SG è stata introdotta come la prima parte dell'intervento per via laparoscopica di diversione bilio-pancreatica, per poi successivamente divenire un intervento indipendente. Oggi la SG rappresenta circa il 30% degli interventi eseguiti in Italia anche grazie alla bassa percentuale di mortalità e di complicanze ad esse associate. Le complicanze più frequenti (1), in base al tempo di insorgenza, possono essere distinte in precoci (primo mese post operatorio), e tardive. Le complicanze precoci includono: il sanguinamento (1-6%), la fistola (5%) e sviluppo di un ascesso intra-addominale (0.7%). Le complicanze tardive invece includono la stenosi (3.5%), deficit nutrizionali [soprattutto vitamina B12 (3%), vitamina D (23%), folati (3%), ferro (3%) e zinco (14%)] e il reflusso gastro-esofageo (47%). Lo scopo della nostra ricerca è stato quello di valutare la frequenza di fistole e di reflusso gastro-esofageo nei nostri pazienti obesi sottoposti a SG. I dati si riferiscono alla nostra esperienza nel corso di 2 anni di follow-up.

Metodi

Dal 2008 ad oggi sono stati sottoposti a SG 251 pazienti. Riportiamo la nostra serie di 167 casi consecutivi dal 2011 al 2013, con una media di follow-up di 2 anni. Abbiamo effettuato cambiamenti nella tecnica chirurgica. Rispetto alla tecnica chirurgica classica, la nostra idea è stata quella di creare un tubulo gastrico non troppo stretto che comprenda l'antro in modo da ridurre il rischio di stenosi al livello della “incisura angularis” dove si unisce la parte orizzontale a quella verticale della piccola curva gastrica. Con tale tipo di resezione gastrica verticale realizziamo un tubulo gastrico a bassa pressione, il che nella nostra casistica ha ridotto notevolmente il rischio di “leaks” nella parte superiore del tubulo gastrico. Inoltre, siamo soliti liberare completamente la parete posteriore dello stomaco ed il fondo gastrico sezionando il legamento freno-gastrico e freno-esofageo ed esponendo completamente il pilastro diaframmatico sinistro; in tal modo resechiamo tutta la parete posteriore dello stomaco che, come riportato in letteratura, se lasciata in eccesso è causa di una scarsa perdita ponderale post operatoria a causa della formazione di una neo sacca gastrica a tale livello.

Risultati

Riportiamo la nostra serie di 167 casi consecutivi dal 2011 al 2013, con una media di follow-up di 2 anni. Abbiamo registrato solo due casi di fistola (1,2%) ed una bassa incidenza di pazienti che hanno sviluppato nel post-operatorio la malattia da reflusso gastro-esofageo (15%). I nostri risultati sulla perdita di peso in eccesso (EWL) sono simili a quelli riportati in letteratura.

Discussione

La complicanza più temibile nella fase post-operatoria è la fistola. Ciò impone a nostro avviso grande prudenza durante l'intervento e nell'immediato controllo del paziente nel post-operatorio. Si possono verificare infine episodi di reflusso gastro-esofageo che possono condurre ad una vera e propria malattia da reflusso, con esofagite più o meno severa. Supponiamo che le variazioni descritte in termini di tecnica chirurgica, siano alla base della bassa incidenza di fistole e di reflusso gastro-esofageo che caratterizzano i nostri pazienti sottoposti a SG.

Bibliografia

^[1]Kourosh Sarkhosh, Daniel W. Birch, Arya Sharma and Shahzeer Karmali. Complications associated with laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity: a surgeon's guide. *Can J Surg.* 2013 Oct; 56(5): 347–352.

Interventi chirurgici

L'utilizzo della "advanced bipolar technology" nella sleeve gastrectomy: analisi monocentrica su 135 pazienti consecutivi

U. Rivolta, M. Serbelloni, F.Torretta, M.Basta, G.Soliman, G. Sarro¹

AO Ospedale di Legnano – Presidio Ospedaliero di Magenta/Abbiategrasso,

Centro di Chirurgia dell'Obesità

¹Responsabile AO Ospedale di Legnano – Presidio Ospedaliero di Magenta/Abbiategrasso,

Centro di Chirurgia dell'Obesità

Relatore: U. Rivolta

Introduzione

La Sleeve Gastrectomy Laparoscopica (LSG) rappresenta oggi l'intervento di chirurgia bariatrica più diffuso nel mondo. Le complicanze emorragiche intra e post operatorie hanno un' incidenza variabile tra 1,4 ed il 4,4% (Shikora S.A. 2008). L'obiettivo di questo studio è analizzare la casistica monocentrica su 135 pazienti per valutare le incidenze emorragiche con l'utilizzo della "Advanced Bipolar Technology" presente nel Caiman 5 Aesculap.

Metodi

Dal 1 settembre 2013 al 28 febbraio 2015 sono state eseguite 135 sleeve gastrectomy laparoscopiche con l'utilizzo del Caiman 5 Aesculap. In tutti i pazienti la linea di sutura è stata trattata solo con l'uso del Caiman e l'applicazione di Clips metalliche lungo la linea di sutura stessa. (Casistica: 94 F; 41M,8; età media 41°; BMI medio: 43.8.; Tempo medio operatorio: 50 minuti).

Risultati

Le complicanze emorragiche intraoperatorie sono risultate nulle, l'incidenza postoperatoria è rappresentata da 3 casi (2,2%) , che non hanno richiesto re intervento, ma risolti con emotrasfusione di 2 Unità di in tutti e tre i casi.

Discussione

L'utilizzo della tecnologia "Advanced Bipolar Technology" presente nel Caiman, nella nostra esperienza , ci ha permesso di condurre l'intervento di sleeve gastrectomy in sicurezza, e con riduzione dei tempi chirurgici stessi.

Bibliografia

[¹]Costs of Leaks and Bleeding After Sleeve Gastrectomies. Bransen J, Gilissen LP, van Rutte PW, Nienhuijs SW.Obes Surg. 2015 Feb 1.

[²]Minimizing Hemorrhagic Complications in Laparoscopic Sleeve Gastrectomy-a Randomized Controlled Trial.Sroka G, Milevski D, Shteinberg D, Mady H, Matter I.Obes Surg. 2015 Jan 18.

[³]Is laparoscopic sleeve gastrectomy a lower risk bariatric procedure compared with laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass? A meta-analysis. Zellmer JD, Mathiason MA, Kallies KJ, Kothari SN.

Am J Surg. 2014 Dec;208(6):903-10; discussion 909-10. doi: 10.1016/j.amjsurg.2014.08.002. Epub 2014 Sep 20.

Interventi chirurgici

Il sanguinamento della linea di sutura nella sleeve gastrectomy: analisi monocentrica di 500 pazienti consecutivi

U. Rivolta, M. Serbelloni, F. Torretta, M. Basta, G. Soliman, G. Sarro¹

AO Ospedale di Legnano – Presidio Ospedaliero di Magenta/Abbiategrasso, Centro di Chirurgia dell'Obesità, Abbiategrasso (MI)

¹*Responsabile AO Ospedale di Legnano – Presidio Ospedaliero di Magenta/Abbiategrasso, Centro di Chirurgia dell'Obesità, Abbiategrasso (MI)*

Relatore: Umberto Rivolta

Introduzione

La Sleeve Gastrectomy Laparoscopica (LSG) ha guadagnato popolarità in tutto il mondo negli ultimi anni. Le complicanze emorragiche sono solitamente originate dalla linea di sutura e la loro incidenza è sottostimata.

L'obiettivo di questo studio è analizzare la casistica monocentrica su 500 pazienti consecutivi per valutare le incidenze emorragiche secondo il trattamento della linea di sutura.

Metodi

Dal 1 marzo 2010 al 28 febbraio 2015 sono state eseguite 500 sleeve gastrectomy laparoscopiche. Dal 2010 il trattamento della linea di sutura è variato. In una analisi retrospettiva i pazienti sono stati suddivisi in 5 gruppi: A nessun trattamento (103), B sutura non riassorbibile introflettente (31), C sutura non riassorbibile trafiggente (97), D rinforzo con buttressed material (21), E clips metalliche lungo la linea di sutura (248).

Risultati

Nel gruppo A si sono osservati 7 sanguinamenti (6,9%) di cui 4 hanno richiesto il reintervento, nel gruppo B 3 (10%) emorragie postoperatorie (POB) tutte revisionate con intervento chirurgico, nel gruppo C 9 POB (9,8%) di cui 5 con necessità di revisione chirurgica, nel gruppo D 1 episodio di POB (5%) trattato con trasfusione di 2 UI di Emazie Concentrate, nel gruppo E 4 POB (1,8%) tutti trattati con terapia trasfusionale.

Discussione

In letteratura il sanguinamento postoperatorio si attesta ad una incidenza variabile tra il 3 e il 15%. L'utilizzo sistematico di clips metalliche lungo la linea di sutura ha dimostrato essere una valida alternativa per il trattamento della linea di sutura con incidenza di sanguinamento vicino alle percentuali più basse riportate in letteratura. Il basso costo a fronte dell'elevato risparmio pone questa tecnica tra le migliori adottate per il trattamento della linea di sutura.

Bibliografia

- [1] Costs of Leaks and Bleeding After Sleeve Gastrectomies. Bransen J, Gilissen LP, van Rutte PW, Nienhuijs SW. *Obes Surg.* 2015 Feb 1.
- [2] Minimizing Hemorrhagic Complications in Laparoscopic Sleeve Gastrectomy-a Randomized Controlled Trial. Sroka G, Milevski D, Shteinberg D, Mady H, Matter I. *Obes Surg.* 2015 Jan 18.
- [3] Haemostatic and fibrinolytic changes in obese subjects undergoing bariatric surgery: the effect of different surgical procedures. Lupoli R, Milone M, Di Minno A, Maietta P, Ambrosino P, Musella M, Di Minno MN. *Blood Transfus.* 2014 Dec 16:1-6. doi: 10.2450/2014.0183-14.
- [4] The effects of reinforcement methods on burst pressure in resected sleeve gastrectomy specimens. Karakoyun R, Gündüz U, Bülbüller N, Çalış H, Habibi M, Öner O, Gülkesen H. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2015 Jan;25(1):64-8. doi: 10.1089/lap.2014.0408. Epub 2014 Dec 22.
- [5] Is laparoscopic sleeve gastrectomy a lower risk bariatric procedure compared with laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass? A meta-analysis. Zellmer JD, Mathiason MA, Kallies KJ, Kothari SN. *Am J Surg.* 2014 Dec;208(6):903-10; discussion 909-10. doi: 10.1016/j.amjsurg.2014.08.002. Epub 2014 Sep 20.
- [6] A Comparison of a Single Center's Experience with Three Staple Line Reinforcement Techniques in 1,502 Laparoscopic Sleeve Gastrectomy Patients. Barreto TW, Kemmeter PR, Paletta MP, Davis AT. *Obes Surg.* 2014 Sep 12.
- [7] Buttressing the staple line: a randomized comparison between staple-line reinforcement versus no reinforcement during sleeve gastrectomy. Shah SS, Todkar JS, Shah PS. *Obes Surg.* 2014 Dec;24(12):2014-20. doi: 10.1007/s11695-014-1374-z.

Interventi chirurgici

La sutura di sopraggitto come rinforzo nella sleeve gastrectomy laparoscopica: analisi di 130 casi consecutivi

Nicola Perrotta, Antonio Cappiello, Nicola Andriulo, Domenico Loffredo

Azienda Sanitaria di Potenza, Presidio Ospedaliero di Villa d'Agri, UOC Chirurgia Generale, Centro di Riferimento Regionale Basilicata per la Chirurgia Bariatrica

Relatore: Nicola Perrotta

Introduzione

Il rinforzo della linea di sutura, al fine di prevenire fistole e sanguinamenti, è uno dei temi più dibattuti e controversi in ambito di tecnica chirurgica nella Sleeve gastrectomy laparoscopica (SG). Scopo di questo lavoro è stato quello di analizzare la nostra esperienza di 130 casi consecutivi di SG eseguiti con sutura di sopraggitto.

Metodi

Dal mese di Aprile 2008 al mese di Gennaio 2015, 130 pazienti consecutivi (53 uomini e 77 donne) sono stati sottoposti a SG per via laparoscopica. La tecnica chirurgica utilizzata ha sempre previsto l'impiego di 5 trocar, di una sonda di calibrazione da 36 Fr (da 41 Fr negli ultimi 25 casi), di una suturatrice Echelon 60 con uso prevalente di cariche "GOLD". Per il rinforzo della linea di sutura, dopo alcune esperienze con i mezzi di rinforzo, è stata eseguita una sutura di sopraggitto sierosa in continua in PDS 2/0. In tutte le procedure è stato eseguito un test al blu di metilene, è stato utilizzato un sondino naso-gastrico ed è stato posizionato in cavità addominale un tubo di drenaggio tipo Jackson-Pratt al termine della procedura.

Risultati

La SG è stata eseguita in 119 pazienti come procedura primaria e in 11 pazienti come "redo" dopo fallimento di pregresso bendaggio gastrico (mancato calo ponderale, erosione). Il peso medio è stato di 125 kg (82-210), BMI medio 45 kg/m² (35-66). In 13 casi è stata eseguita una colecistectomia concomitante per colelitiasi, in tre casi è stata eseguita una plastica dello iato per la presenza di una ernia iatale. I tempi operatori medi delle procedure primarie sono stati di 70' ($\pm 20'$), con circa 15' necessari in media per la realizzazione della sutura di sopraggitto. Come unica complicanza maggiore intra-operatoria, la sezione del sondino naso-gastrico con la suturatrice in corso di sutura, con seguente rimozione di un frammento residuo del sondino per via endoscopica. Come complicanze maggiori post-operatorie, 1 caso di sanguinamento (>400 ml di sangue nel drenaggio nelle prime 24 ore), ad origine da un'incisione da trocar e trattato per via conservativa, e 3 fistole (2.3%). Delle tre fistole, una si è presentata dopo una procedura di "redo" (pregressa erosione) ed un'altra in una paziente con pregressa pancreatite acuta e riscontro intra-operatorio di estese aderenze della parete gastrica posteriore. Tra le problematiche riscontrate in corso di realizzazione della linea di sutura, la formazione di alcuni ematomi della parete gastrica soprattutto a livello del

corpo e della regione antrale, in assenza di problematiche di rilievo. Non sono state registrate conversioni o decessi. I pazienti sono stati tutti dimessi in settima giornata post-operatoria, dopo controllo radiologico. A 24 mesi, il BMI è stato di 32 Kg/m², con EWL del 56%.

Discussione

Le fistole della linea di sutura gastrica, insieme al sanguinamento della stessa, rappresentano nella SG delle problematiche peculiari che impongono l'utilizzo di differenti materiali (colle, suture, mezzi di rinforzo) al fine di poterne limitare sempre più l'incidenza. In attesa che studi prospettici randomizzati, eseguiti in maniera adeguata su un largo numero di pazienti possano realmente dimostrare l'efficacia di una specifica metodica, nella nostra esperienza la sutura di soprappiglio in continua della linea di sutura gastrica si è dimostrata efficace nel controllo del sanguinamento (0%). L'unica fistola riscontrata in caso di procedura primaria (0.8%), ci porta a credere in questa metodica, in cui ai maggiori tempi operatori si contrappongono i costi irrisori del materiale impiegato.

Bibliografia

^[1]Karakoyun R1, Gündüz U, Bülbüller N, Ozdemir S, Banli O, Altun H, Eryilmaz R. The effect of serosal suture reinforcement on burst pressure in sleeve gastrectomy specimens. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2014 Oct;24(5):424-8.

^[2]Durmush EK1, Ermerak G, Durmush D. Short-term outcomes of sleeve gastrectomy for morbid obesity: does staple line reinforcement matter? *Obes Surg.* 2014 Jul; 24(7):1109-16.

^[3]Musella M1, Milone M, Maietta P, Bianco P, Pisapia A, Gaudio D. Laparoscopic sleeve gastrectomy: efficacy of fibrin sealant in reducing postoperative bleeding. A randomized controlled trial. *Updates Surg.* 2014 Sep; 66(3):197-201.

Interventi chirurgici

Riduzione del rischio operatorio nell'obesità patologica: la sleeve gastrectomy è una buona soluzione? Esperienza di un Centro Multidisciplinare in Chirurgia Bariatrica

E. Ponte, P. Millo, M. Fabozzi, R. Brachet Contul, M. Grivon, A. Usai, R. Lorusso, M.J. Nardi, A. Margara, P. Bocchia, G. Longo, R. Allieta
Ospedale Regionale Umberto Parini, Aosta

Relatore: Elisa Ponte

Introduzione

Sono stati valutati risultati e outcome dei pazienti sottoposti a Sleeve Gastrectomy nel nostro Centro.

Metodi

Sono stati analizzati retrospettivamente i dati, raccolti in modo prospettico, di tutti i pazienti sottoposti a Sleeve Gastrectomy per obesità patologica

Risultati

Dal Giugno 2005 al Dicembre 2014, 124 pazienti sono stati sottoposti a Sleeve Gastrectomy laparoscopica presso il nostro Centro. Tra questi vi sono 73 (58%) femmine e 53 (42%) maschi, con un'età media di 46.5 anni (range 18-65). Il peso preoperatorio medio è 122 Kg (range 92-256), con un BMI medio di 53.1 Kg/m² (range 35.4-91.1). Tra i pazienti 21 sono giunti all'intervento con ASA II, 84 con ASA III e 19 con ASA IV. Il tempo operatorio medio era di 115.5 minuti (range 57-235). In nessun caso è stata necessaria la conversione laparotomica. La mortalità perioperatoria è stata 0%. La degenza media è 11 giorni (range 5-233). In 14 pazienti (11%) ci sono state complicanze postoperatorie con un'ospedalizzazione media di 37 giorni (range 8-233). Tra le complicanze ci sono stati 4 casi(3%) di sanguinamento, 1 caso(0.8%) di rhabdmiolisi, 1 caso (0.8%) di perforazione, 3 casi(2.4%) di trombosi venosa profonda, 3 casi (2.4%) di infezione e 2 casi (1.6%) di fistola. In 3 casi (2.4%) è stato necessario un reintervento chirurgico, eseguito nel 100% dei casi in laparoscopia.

Discussione

La Sleeve Gastrectomy laparoscopica è una tecnica semplice e riproducibile che può essere eseguita nei pazienti con obesità patologica con un elevato rischio chirurgico e anestesilogico, con buoni risultati in termini di perdita di peso e di qualità della vita.

Interventi chirurgici

Iatoplastica semplice vs rinforzata con mesh riassorbibile: analisi di 100 casi consecutivi in pazienti sottoposti contemporaneamente a sleeve gastrectomy (LSG) e riparazione di ernia iatale

S. Ruscio, A. Iossa, D. Badiali, I. Biviano, M. Carabotti, F. Cereatti, M. Rizzello, G. Cavallaro, G. Silecchia

"Sapienza" Università di Roma Facoltà di Farmacia e Medicina Polo ospedaliero Integrato- AUSL-Latina Padiglione ICOT Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale Universitaria Bariatric Centre of Excellence

"Sapienza" Università di Roma Facoltà di Farmacia e Medicina Policlinico Umberto I UOC gastroenterologia A MD CO"

Relatore: Ruscio Sara

Introduzione

Attualmente il trattamento di scelta per la MRGE severa associata o meno ad ernia iatale nel paziente obeso è rappresentato dal RYGB, tuttavia evidenze della letteratura documentano l'efficacia anche della sleeve gastrectomy in casi selezionati. Le linee guida internazionali raccomandano la riparazione del difetto iatale anche se identificato intraoperatoriamente senza indicarne la tecnica di scelta. D'altro canto, il posizionamento di una mesh di rinforzo alla iatoplastica viene consigliato in casi selezionati per ridurre il rischio di recidiva. Scopo dello studio: confrontare in maniera prospettica comparativa due gruppi di pazienti affetti da obesità patologica sottoposti a iatoplastica "semplice" vs "rinforzata" con mesh riassorbibile in corso di LSG.

Metodi

Dal Novembre 2011 al Dicembre 2014 100 pazienti consecutivi sono stati sottoposti contemporaneamente a LSG e iatoplastica. La tecnica prevedeva l'addominalizzazione esofagea non inferiore ai 4 cm, l'escissione del sacco erniario ed eventuale lipoma, la cruroplastica a punti staccati con prolene 2/0 distanziati di circa 1 cm, (sonda calibratrice 42 Fr). Nei casi di difetto iatale $> 4 < 8 \text{ cm}^2$, con evidente debolezza del pilastro destro, la cruroplastica è stata rinforzata con una protesi sintetica riassorbibile (Bio-A Gore) fissata con materiale riassorbibile (tacks e/o colla di fibrina).

Risultati

59 pazienti (Gruppo A) sono stati sottoposti a iatoplastica semplice. Al workup preoperatorio 20 pazienti presentavano MRGE di grado non severo, 14 dei quali con ernia iatale di tipo I ed esofagite di classe A. 41 pazienti (Gruppo B) sono stati sottoposti a iatoplastica rinforzata con protesi sintetica riassorbibile. Preoperatoriamente 19 pazienti presentavano MRGE (46,3%), 14 dei quali con ernia iatale di tipo I ed esofagite di classe A. Il Follow-up medio è stato di $18,2 \pm 10$ mesi.

Non sono state riportate complicanze correlate all'utilizzo della mesh. 12 pazienti (12,1%) hanno lamentato disfagia transitoria p.o.; 5 nel gruppo A (8,47%) e 7 nel gruppo B (17%) ($P > 0.05$). La

remissione della sintomatologia, valutata sulla base della risoluzione dei sintomi, è stata osservata in 35 pazienti (89,7 %); 17/20 nel gruppo A (85%) e 18/19 nel gruppo B (94,7%) ($P > 0.05$). Sono state osservate 9 recidive: 7 nel gruppo A (11,8%, 7.25 ± 3.07 mesi p.o.) (2 radiologiche, 3 cliniche, 2 MRGE de novo) e 2 recidive nel gruppo B (5%, 15.1 ± 6 mesi p.o.) (1 clinica ed 1 radiologica) ($P > 0.05$).

Sono stati riportati 3 casi di MRGE de novo; 2 (5,1%) nel gruppo A ed 1 (4,7%) nel gruppo B.

Discussione

In attesa di un follow up a lungo termine, i risultati preliminari incoraggiano l'utilizzo routinario in chirurgia bariatrica del rinforzo con Bio-A della cruroplastica nei pazienti con ernia iatale di tipo I e difetto crurale $< 8 \text{ cm}^2$ e l'estensione dell'utilizzo di onlay mesh di rinforzo assorbibile anche per i pazienti con difetto iatale $< 4 \text{ cm}^2$, visto l'elevato profilo di sicurezza della BioA, la più elevata incidenza di recidiva.

Interventi chirurgici

Ruolo della colla di fibrina e clip al titanio nella prevenzione delle complicanze post-operatorie in pazienti sottoposti a sleeve gastrectomy

Cesare Lunardi , Natale Pellicanò, Nicola Clemente, Alberto Sartori e Maurizio De Luca¹

Reperto di Chirurgia Generale, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Obesità, Ospedale di Montebelluna Treviso

¹*Direttore Reperto di Chirurgia Generale, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Obesità, Ospedale di Montebelluna Treviso*

Relatore: Lunardi Cesare

Introduzione

La Sleeve Gastrectomy (SG) rappresenta oltre la metà di tutti gli interventi eseguiti presso il nostro Centro Obesità. L'argomento relativo all SG cui siamo stati sempre maggiormente interessati è costituito dalle complicanze peri-operatorie che si traducono prevalentemente in fistola ed emorragia post operatorie.

Metodi

Dal 2008 al 2014 abbiamo eseguito 229 interventi DI SG. Femmine/maschi 165/64, età media 45, 3 anni (23-68). Peso medio Kg 126,6 (78-211) per un BMI di 46,1 (32,3-68,7). In 185 pazienti era presente una o più comorbidità: 138 pazienti erano ipertesi, 52 diabetici, 72 dislipidemicici, 73 affetti da OSAS, 71 con artropatia grave, 39 pazienti assumevano terapia psichiatrica. 26 pazienti erano già stati sottoposti ad una precedente procedura bariatrica. In 6 casi si trattava di un trattamento sequenziale dopo palloncino intragastrico, in 20 conversione da BG per inadeguato calo ponderale o slippage/erosione. L'intervento chirurgico è stato eseguito in laparoscopia. La durata media è stata di 104,3 minuti (55-255). Durante l'intervento è sempre stata eseguita la prova del blu di metilene; in 38 casi è stato associato anche un altro intervento (prevalentemente colecistectomia). In 104 casi è stata utilizzata colla di fibrina e clip al titanio lungo la linea di sutura quale sistema di rinforzo.

Risultati

La degenza media postoperatoria è stata di 5.5 giorni (3-24). In un paziente si è registrata una raccolta perianastomotica trattata conservativamente ed in un paziente un sanguinamento post operatorio trattato con reintervento laparoscopico. In entrambi i casi i pazienti non erano stati trattati con rinforzo mediante colla di fibrina e clip al titanio. Si sono registrate altre complicanze peri-operatorie quali BPN, aritmia cardiaca ritenzione urinaria persistente, disfonia, transitoria disfagia ai liquidi per un totale di 17 pazienti. Il peso medio a distanza è 92 kg a 3 anni (1-6.3), il BMI 33.1 (24.5 – 44.1). A distanza abbiamo effettuato chirurgia di revisione in 16 pazienti per inadeguato calo ponderale (bypass gastrico o mini bypass gastrico) e per comparsa di sintomatologia da RGE (bypass gastrico). Nei pazienti sottoposti a chirurgia di revisione per

aumento di peso, si è assistito ad una ripresa del calo ponderale e miglioramento delle comorbidità nel successivo follow up. Il follow up rate è dell'80%.

Discussione

La SG è un intervento restrittivo/metabolico sicuro ed efficace. La colla di fibrina e le clips costituiscono dei presidi in grado di ridurre l'emorragia post-operatia, dubbio il loro ruolo nella prevenzione della fistola anastomostica post operatoria.

Bibliografia

^[1]Yehoshua RT, Eidelman LA, Stein M, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy—volume and pressure assessment. *Obes Surg.* 2008;18(9):1083–1088.

^[2]Stroh C, Birk D, Flade-Kuthe R, et al. Results of sleeve gastrectomy-data from a nationwide survey on bariatric surgery in Germany. *Obes Surg.* 2009;19(5):632–640.

Interventi chirurgici

Sleeve Gastrectomy. Analisi dei risultati a medio termine

Natale Pellicanò, Cesare Lunardi, Nicola Clemente, Alberto Sartori, Maurizio De Luca¹

¹*Direttore Reparto di Chirurgia Generale, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Obesità, Ospedale di Montebelluna Treviso*

Reparto di Chirurgia Generale, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Obesità, Ospedale di Montebelluna Treviso

Relatore: Pellicanò Natale

Introduzione

La chirurgia bariatrica in provincia di Treviso viene eseguita dall'U.O. di Chirurgia Generale dell'ospedale di Montebelluna che ha iniziato questa attività circa 10 anni fa. Attualmente ha all'attivo una casistica di oltre 400 pazienti sottoposti a più tipologie di intervento (BIB, BG, RYBGP, BDP, SG e recentemente mini GBP).

Metodi

La Sleeve Gastrectomy (SG) rappresenta oltre la metà di tutti gli interventi bariatrici eseguiti. Dal 2008 al 2014 abbiamo eseguito 229 interventi; 64 pazienti maschi (28%), 165 femmine (72%), età media di 45,3 anni (23-68). Al ricovero il peso medio era di Kg 126,6 (78-211) ed il BMI medio 46,1 (32,3-68,7). In 185 pazienti (80%) era presente una o più comorbidità legate all'obesità: 138 pazienti erano ipertesi, 52 diabetici, 7 dislipidemici, 73 OSAS, 71 erano affetti da artropatie gravi; 39 pazienti assumevano terapia psichiatrica.

Ventisei pazienti (11%) erano già stati sottoposti ad una precedente procedura bariatrica: in 6 casi si trattava di un trattamento sequenziale dopo BIB, in 20 conversione da BG.

L'intervento chirurgico è stato eseguito in laparoscopia in 225 casi (98%), in laparotomia in 2 casi, 2 sono state le conversioni; la durata media è stata di 104,3 minuti (55-255). Per la calibratura del tubulo è sempre stata utilizzata una sonda da 36fr. Durante l'intervento è sempre stata eseguita la prova al blu di metilene risultata positiva in un caso (0,4%) convertito in laparotomia; in 38 casi (17%) è stato associato anche un altro intervento (prevalentemente colecistectomia). In 104 (45%) casi è stata utilizzata la colla di fibrina lungo la linea di sutura quale sistema di rinforzo. Complessivamente 17 sono stati i pazienti che nell'immediato post operatorio hanno avuto una complicanza maggiore, di queste 11 erano direttamente collegabili alla gastroresezione: 6 sanguinamenti (2,6%), 2 fistolizzazioni (0,9%), 2 raccolte addominali settiche (0,9%), 1 emorragia (0,4%); in 8 casi su 11 non era stato utilizzato alcun sistema di rinforzo della sutura. La mortalità perioperatoria è stata nulla.

La degenza media postoperatoria è stata di 6.5 giorni (3-24).

Risultati

Per la verifica dei risultati nel tempo si è preso in considerazione l'andamento del peso e delle comorbidità, con una percentuale di follow up a 5 anni superiore al 70%. Nella nostra esperienza i migliori risultati in termini di calo ponderale e miglioramento/risoluzione delle comorbidità si ottengono tra il diciottesimo e il ventiquattresimo mese dall'intervento: a 18 mesi BMI ed EWL% medi corrispondono rispettivamente a 32,4 e 57,2. Dopo questo periodo si assiste ad una progressiva ripresa di peso; a 5 anni BMI ed EWL% medi corrispondono a 35 e 43,5. I pochi paziente in follow up al settimo anno hanno un BMI che si avvicina a quello preoperatorio. In 8 casi (3,5%) si è proceduto a chirurgia di revisione per insufficienti risultati ottenuti o per comparsa/peggioramento di sintomi correlabili a RGE; in questo gruppo si è assistito ad una ripresa del calo ponderale ed al miglioramento delle comorbidità, nel successivo follow up. Tre pazienti sono deceduti nel tempo per cause non correlabili all'intervento.

Discussione

La SG è un intervento sia restrittivo che metabolico sicuro e dà buoni risultati sul calo ponderale e sul controllo delle comorbidità legate all'obesità soprattutto nei primi 2 anni. Successivamente si può rilevare un progressivo re-incremento del peso. Nei casi di insuccesso è possibile eseguire un altro intervento con ulteriore miglioramento dei parametri considerati.

Bibliografia

- [1]Karamanakos SN, Vagenas K, Kalfarentzos F, Alexandrides TK. Weight loss, appetite suppression, and changes in fasting and postprandial ghrelin and peptide-YY levels after Roux-en-Y gastric bypass and sleeve gastrectomy: a prospective, double blind study. *Ann Surg.* 2008 Mar;247(3):401-7.
- [2]Pereferrer FS, González MH, Rovira AF, Blasco SB, Rivas AM, del Castillo Déjardin D. Influence of sleeve gastrectomy on several experimental models of obesity: metabolic and hormonal implications. *Obes Surg.* 2008 Jan;18(1):97-108.
- [3]Melissas J, Koukouraki S , Askoxylakis et al. Sleeve gastrectomy : a restrictive procedure ? *Obes. Surg.* 2007; 17 : 57-62.
- [4]Gumbs A, Gagner M, Dakin G, Pomp A: Sleeve gastrectomy for morbid obesity. *Obesity Surgery* 2007; 17: 962.

Interventi chirurgici

Chirurgia bariatrica laparoscopica tridimensionale (3D) versus bidimensionale (2D): presentazione di uno studio clinico comparativo randomizzato

Giuseppe Currò, Giuseppe La Malfa, Giuseppe Sarra, Anna Fortugno, Eugenio De Leo, Giuseppe Navarra

Dipartimento di Patologia Umana, Azienda Ospedaliera Universitaria di Messina

Relatore: Giuseppe Currò

Introduzione

La tecnologia 3D in chirurgia laparoscopica è già disponibile da alcuni anni e oggi sempre più va diffondendosi nelle nostre sale operatorie anche con modelli superiori per qualità di immagine rispetto ai primi prototipi. Non sono stati in modo chiaro dimostrati reali vantaggi della visione tridimensionale sui tempi operatori nelle diverse procedure laparoscopiche in campo ginecologico, urologico e della chirurgia generale. Ad oggi non esistono reports sulla chirurgia bariatrica laparoscopica tridimensionale. E' ben noto quanto sia importante ridurre i tempi operatori in chirurgia bariatrica al fine di diminuire l'incidenza di complicanze cardiopolmonari e la rabdiomiolisi. Al fine di verificare se la visione laparoscopica in 3D offre reali vantaggi sui tempi di esecuzione delle procedure chirurgiche, abbiamo eseguito uno studio prospettico randomizzato single-surgeon per confrontare quanto il tipo di visione laparoscopica (3D versus 2D) incida sui tempi operatori di due differenti procedure bariatriche (sleeve gastrectomy e mini by-pass gastrico) nel momento in cui il chirurgo esecutore è unico ed esperto in laparoscopia standard 2D.

Metodi

Quaranta pazienti affetti da obesità grave con indicazione al trattamento chirurgico sono stati randomizzati la mattina dell'intervento per essere sottoposti da un unico chirurgo a laparoscopia con visualizzazione ad alta definizione bidimensionale (2D) o con visualizzazione tridimensionale (3D). Quaranta procedure laparoscopiche (20 sleeve gastrectomy e 20 mini by-pass gastrici) sono state quindi eseguite utilizzando sia il sistema 2D che quello 3D. Dopo l'introduzione del primo canale operatore e la creazione dello pneumoperitoneo entrambe le procedure chirurgiche sono state suddivise in steps ed i tempi operatori comparati per singole fasi e per l'intera procedura.

Risultati

I tempi di esecuzione dell'intera procedura e delle due fasi individuate (preparazione della grande curva 6 cm dal piloro fino al cardias e la resezione gastrica) non sono stati significativamente differenti nei due gruppi 3D e 2D nella sleeve gastrectomy. I tempi di esecuzione dell'intera procedura e di due delle tre fasi individuate (misurazione dell'intestino e confezionamento della gastro-entero anastomosi e sutura della tomia di servizio) sono stati significativamente inferiori nel gruppo 3D rispetto al gruppo 2D nel mini by-pass gastrico ($p < 0.05$). La prima fase individuata di creazione della nuova tasca gastrica non ha invece mostrato differenze significative. Il chirurgo

operatore intervistato tramite questionario al termine di ogni procedura ha riferito una miglior percezione della profondità e minore stanchezza visiva e fisica dopo le procedure eseguite con sistema visivo 3D.

Discussione

La visualizzazione tridimensionale (3D) sembra determinare riduzione dei tempi operatori nelle procedure più complesse che prevedono abilità tecniche laparoscopiche come suturare e misurare l'intestino maggiormente dipendenti da una ottimale percezione della profondità. Ulteriori studi comparativi sono necessari al fine di valutare se chirurghi meno esperti possano beneficiare di una curva di apprendimento più breve utilizzando una visualizzazione tridimensionale e per verificare se la visualizzazione 3D su grandi numeri può ridurre eventuali complicanze intra- e post-operatorie.

Bibliografia

- ^[1]Diwakar S, Mittu JM, Prasanna KR. 3D laparoscopy – help or hype; initial experience of a tertiary health centre. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2014;8(7):NC01-NC03.
- ^[2]Izquierdo L, Peri L, Garcia-Cruz E, Musquera M, Ciudin A, Perez M, Alcaraz A. 3D advances in laparoscopic vision. *European Urological Review* 2012;7(2):137-139.
- ^[3]Storz P, Buess GF, Kunert W, Kirschniak A. 3D HD versus 2D HD: surgical task.

Interventi chirurgici

Utilizzo di sigillanti sintetici tissutali (GLUBRAN 2) nel rinforzo della linea di sutura dopo sleeve gastrectomy laparoscopica (LSG): è una valida opzione?

G. Martines, O. Caputi Iambrenghi, M. De Fazio, N. Armenise, P. Capuano

Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico – Bari, Chirurgia Generale e Trapianto di Fegato “M. Rubino” – Dir. Prof. V. Memeo

Relatore: Gennaro Martines

Introduzione

Le fistole (1.6-10 %) ed il sanguinamento (2.7%) sono le complicanze maggiori più frequenti dopo sleeve gastrectomy laparoscopica (LSG). Il trattamento risulta spesso complesso determinando un aumento dei costi legati alla lunga ospedalizzazione del paziente. Il rinforzo della linea di sutura è uno degli aspetti tecnici più dibattuti nella LSG^[1]. Diversi metodi sono stati proposti (oversewing, utilizzo di buttress, colla di fibrina) e si sono dimostrati efficaci nel ridurre l'incidenza del sanguinamento ma i dati relativi ai leaks non sono ancora soddisfacenti. L'utilizzo di sigillanti sintetici tissutali (N-Butil-2-Cianoacrilato –GLUBRAN 2) è stato descritto in studi sperimentali su modelli animali nella prevenzione delle deiscenze anastomotiche; non vi sono studi clinici in letteratura^[2]. Abbiamo già utilizzato, come anche riportato in letteratura, il sigillante sintetico (GLUBRAN 2) nel trattamento delle fistole post LSG per via endoscopica^[3].

Metodi

Riportiamo 3 casi di pazienti super-obesi (1 M/2 F, mediana età 42 anni, BMI medio 55, tempo intervento medio 110 min) sottoposti a sleeve gastrectomy. La sezione dello stomaco è stata eseguita con suturatrice ECHELON FLEX 60 - Ethicon Endosurgery; al termine della procedura, dopo prova con bleu di metilene, è stato applicato sulla linea di sutura il GLUBRAN 2 con apposizione del grande omento.

Risultati

Il decorso post-operatorio è stato privo di complicanze. Come di routine il paziente è stato sottoposto a controllo radiologico con mezzo di contrasto idrosolubile che non ha mostrato spandenti e ad ulteriore test con bleu di metilene per bocca, negativo.

Discussione

Avendo acquisito una certa esperienza di utilizzo del GLUBRAN 2 per via endoscopica nel trattamento sia dei sanguinamenti che delle fistole anastomotiche del tratto gastro-intestinale volevamo proporre l'utilizzo di questo sigillante come rinforzo di sutura nella prevenzione delle fistole dopo sleeve

L'uso dei sigillanti sintetici tissutali risulta semplice, non allunga in modo significativo i tempi dell'intervento pertanto potrebbe essere una valida alternativa agli altri metodi di rinforzo della linea di sutura in termini di costo-beneficio .

Bibliografia

^[1]Use of Platelet-Rich Plasma to Reinforce the Staple Line During Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: Feasibility Study and Preliminary Outcome.Casella G1, Soricelli E, Genco A, Ferrazza G, Basso N, Redler A;J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2015 Feb 10.

^[2]Comparison Study of Gastric Emptying after Performing Sleeve Gastrectomy with Two Different Techniques Basmah Fallatah, Abdel AzizShehry, Leena Abdelsamad, Hana Abo Zaid, SherifHussain, Saed A Jaber;Journal of Surgery, 2013, Vol. 1, No. 4, 53-56.

^[3]Fístula gástrica tardía como complicación de cirugía bariátrica.

Administración endoscópica de cianocrilato (Glubran®) Cristobal Poch L, Recarte Rico M, Burgos García A, Froilán Torres C, Suárez Parga JM, Corripio R, Vesperinas G;BMI 4.5.4 (564-572) Noviembre 2014.

Interventi chirurgici

Sleeve gastrectomy, le complicanze

Mohammad Alkilani

Policlinico Madonna della Consolazione , Divisione di Chirurgia Generale, Reggio Calabria

Relatore: Mohammad Alkilani

Introduzione

La sleeve gastrectomy ha visto una rapida diffusione con un trend simile a quello del bendaggio gastrico. Una iniziale idea che rappresentava questa procedura come semplice ed alla portata di tutti. Ben presto è stato chiaro che le prime impressioni erano ben lontane dalla realtà e che le complicanze di questo intervento erano severe e alle volte ben difficili da trattare.

Metodi

In questa presentazione si percorrono le complicanze post operatorie osservate dal 2007 ad oggi. Si tratta di tre pazienti che hanno presentato una deiscenza di uno o più punti di sutura e un paziente con una lieve stenosi medio gastrica. La tecnica chirurgica prevede la sezione del grande omento lungo la grande curvatura gastrica partendo da circa 5 cm dal piloro e fino all'angolo di Hiss. Successivamente, sulla scorta di una sonda di calibrazione ch 36 si procede alla resezione della grande curvatura da 5 cm dal piloro fino all'angolo di Hiss con suturatrici meccaniche con cariche verdi e blu. La linea di sutura è stata rinforzata in una prima fase con sutura continua a soprappiglio con filo riassorbibile e successivamente con il posizionamento di rinforzo in materiale riassorbibile. Due casi di fistola sono stati osservati in regione medio gastrica ed una fistola è stata riscontrata in corrispondenza dell'angolo di Hiss. Un caso di stenosi lieve è stato osservato in regione medio gastrica.

Nessuno dei casi ha necessitato di un re intervento e tutti i pazienti sono trattati con terapia conservativa.

I due casi in cui è stata riscontrata una fistolizzazione medio gastrica sono comparse dopo l'assunzione eccessiva di acqua, mentre la fistolizzazione in prossimità del Hiss è stata riscontrata in terza giornata post operatoria.

Risultati

Tutti i 4 casi osservati sono stati trattati con terapia conservativa con guarigione della fistola. Il trattamento ha previsto sondino naso gastrico e nutrizione parenterale totale. Nel primo caso il tempo di guarigione è stato lungo ed ha necessitato di circa 5 settimane con la comparsa di ulteriori complicanze di natura infettiva. Il secondo caso ha necessitato di circa 3 settimane per la guarigione della fistola. Il trattamento è stato di nutrizione parenterale totale e sondino naso gastrico senza ulteriori complicanze.

Il terzo caso ha presentato una fistolizzazione in corrispondenza dell'angolo di Hiss; il trattamento è consistito nel posizionamento di uno stent esofageo e successivamente nel posizionamento di stent intra fistoloso. La paziente che ha presentato la stenosi, nonostante l'entità modesta dello stesso era affetta da rigurgito degli alimenti liquidi ingeriti e vomito. In prima istanza è stata programmata una dilatazione della stenosi che non è stata eseguita perché ritenuta non necessaria, e la sintomatologia è scomparsa senza ulteriori complicanze.

Discussione

La fistola post chirurgica è la complicanza principale dell'intervento di gastrectomia verticale e, alle volte, necessita di re intervento con conseguenze severe per il paziente. Il trattamento conservativo è la scelta primaria ed è legata all'entità della deiscenza e quindi alla portata della fistola. La deiscenza medio gastrica, nella maggior parte dei casi, è espressione di comportamento non adeguato del paziente ed è indipendente dalla tecnica di rinforzo della linea di sutura, mentre la fistolizzazione in corrispondenza dell'angolo di Hiss è di origine controversa e necessita di ulteriori approfondimenti.

Bibliografia

^[1]Obes Surg. 2009 Sep;19(9):1203-10. Epub 2009 Jul 2. Short- and mid-term outcomes of sleeve gastrectomy for morbid obesity: the experience of the spanish national registry.

Sánchez-Santos R, Masdevall C, Baltasar A, Martínez-Blázquez C, García Ruiz de Gordejuela A, Ponsi E, Sánchez-Pernaute A, Vesperinas G, Del Castillo D, Bombuy E, Durán-Escribano C, Ortega L, Ruiz de Adana JC, Baltar J, Maruri I, García-Blázquez E, Torres A. Obes Surg. 2009 Jun 9.

^[2]Gastric Leak After Laparoscopic-Sleeve Gastrectomy for Obesity.

Burgos AM, Braghetto I, Csendes A, Maluenda F, Korn O, Yarmuch J, Gutierrez L. Department of Surgery, University Hospital University of Chile, Santos Dumont No. 999, Santiago, Chile.

^[3]Obes Surg. 2009 Sep;19(9):1203-10. Epub 2009 Jul 2. Short- and mid-term outcomes of sleeve gastrectomy for morbid obesity: the experience of the spanish national registry. Sánchez-Santos R, Masdevall C, Baltasar A, Martínez-Blázquez C, García Ruiz de Gordejuela A, Ponsi E, Sánchez-Pernaute A, Vesperinas G, Del Castillo D, Bombuy E, Durán-Escribano C, Ortega L, Ruiz de Adana JC, Baltar J, Maruri I, García-Blázquez E, Torres A. Servicio de Cirugía General y Digestiva, Complejo Hospitalario de Pontevedra, C/Mourente s/n, Pontevedra 36021, Spain.

Interventi chirurgici

Effetti dell' Omega-loop Gastric By Pass sulla funzionalità della giunzione esofagogastrica e sul reflusso

Salvatore Tolone¹, Stefano Cristiano², Edoardo Savarino³, Francesco Saverio Lucido², Daniele Ivan Fico², Giuseppina Casalino¹, Paolo Limongelli¹, Gianmattia del Genio¹, Luigi Bruscianno¹, Roberto Ruggiero¹, Domenico Parmeggiani¹, Simona Gili¹, Antonio d'Alessandro¹, Alfonso Bosco¹, Raffaele Pirozzi¹, Simona Parisi¹, Antonino Esposito¹, Nicola Leone¹, Immacolata Caputo¹, Anna Licia Mozzillo¹, Giovanni Docimo¹, Ludovico Docimo¹

¹*Divisione di Chirurgia Generale e dell'Obesità, Seconda Università degli Studi di Napoli*

²*Ospedale S. Maria della Pietà, Casoria*

Relatore: Salvatore Tolone

Introduzione

L'obesità è un problema epidemiologico crescente nei paesi occidentali, che causa malattie e comorbidità severe. Pertanto, diverse procedure di chirurgia bariatrica sono state sviluppate per ridurre il peso corporeo in eccesso. In particolare, il bendaggio gastrico, il bypass gastrico e la sleeve gastrectomy, sono le più utilizzate al momento. Più di recente è stato introdotto l'omega-loop gastric bypass (OGB), una modifica del bypass gastrico di Mason, composto principalmente da una tubulizzazione gastrica lungo la piccola curvatura accoppiata ad una gastro-enterostomia termino-laterale a circa 180-200 cm distalmente al legamento di Treitz. Migliaia di queste procedure sono state attualmente effettuate nel mondo, e l'OGB è considerato una scelta sicura ed efficace per i pazienti obesi. Nonostante un effetto positivo in termini di perdita di peso e di miglioramento delle comorbidità correlate all'obesità, ci sono preoccupazioni per il tasso di complicanze segnalati durante alcuni follow-up. In particolare, sono stati riportati sintomi da esofagite e gastrite da reflusso biliare tali da richiedere una chirurgia di revisione. Sono state espresse anche preoccupazioni per il rischio di cancro gastrico / esofageo, con questa procedura, a causa di un sospetto reflusso biliare cronico. Tuttavia, attualmente non sono disponibili dati sull'effetto di questo tipo di procedura sul reflusso gastro-esofageo. Al fine di verificare se l'OGB può aumentare il reflusso gastro-esofageo, abbiamo progettato uno studio che combina la manometria ad alta risoluzione con la pH impedenzometria delle 24 h, prima e dopo questa procedura bariatrica. L'obiettivo primario è stato quello di valutare l'effetto di OGB sul reflusso gastro-esofageo e i sintomi correlati. Obiettivo secondario è stato quello di valutare l'effetto dell' OGB sulla funzionalità giunzione esofagogastrica (EGJ), e sulla peristalsi esofagea.

Metodi

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad OGB laparoscopico. Tutti i reclutati per lo studio sono stati sottoposti a valutazione clinica della sintomatologia, ad esofagogastroduodenoscopia, a manometria ad alta risoluzione con impedenzometria (HRiM) e a pH impedenzometria delle 24 h (MII-pH), prima dell'intervento ed un anno dopo. I dati della HRiM sono stati classificati sec la Chicago Classification v.3.0. I reflussi sono stati classificati in acidi, debolmente acidi e debolmente alcalini.

Risultati

Quindici pazienti sono stati reclutati. Prima dell'intervento, nessun paziente aveva segni o sintomi da reflusso. Dopo l'intervento chirurgico, nessuno dei pazienti ha riferito insorgenza "de novo" di pirosi o rigurgito. All' endoscopia dopo 1 anno, era assente esofagite in tutti i pazienti e non sono state registrate gastriti biliari o presenza di bile. Le caratteristiche manometriche non sono variate, mentre le pressioni intragastriche (IGP) e il gradiente di pressione gastroesofageo (GEPG) sono statisticamente diminuiti (da una media di 15 a una di 9,5, $p < 0.01$ e da 10,3 a 6,4, $p < 0.01$, rispettivamente), dopo OGB. Dopo l' OGB, tutti i pazienti hanno mostrato una drastica riduzione degli eventi totali di reflusso (da una media di 41 a 7; $p < 0.01$), e di tutti i tipi di reflusso (acido, debolmente acido e debolmente alcalino).

Discussione

L'OGB non influenza la funzione della giunzione gastro-esofagea e non aumenta il reflusso gastroesofageo. Questo fenomeno può essere spiegato dalla mancanza di aumento di IGP e di GEPG valutate mediante Hrim.

Interventi chirurgici

Le complicanze post operatorie dopo bypass gastro-digiunale laparoscopico per obesità grave

G. Longo, P. Millo, , M. Fabozzi, R. Brachet Contul, M. Grivon, A. Usai, R. Lorusso, M.J. Nardi, A. Margara, P. Bocchia, E. Ponte, R. Allieta
Ospedale Regionale Umberto Parini, Aosta

Relatore: Gaia Longo

Introduzione

Il Bypass Gastrico Laparoscopico (BPGL) risulta essere una delle procedure bariatriche più eseguita. I suoi risultati in termini di perdita dell'eccesso del peso corporeo e di risoluzione delle comorbidità correlate all'obesità ne fanno un intervento più efficace rispetto alle procedure restrittive.

Metodi

Sono stati analizzati retrospettivamente i dati raccolti in modo prospettico dei BPGL eseguiti presso il Centro di Chirurgia Bariatrica dell'Ospedale di Aosta.

Risultati

Tra Ottobre 2000 e Dicembre 2014 nel nostro Centro sono stati effettuati 453 BPGL per obesità patologica. Tra i pazienti vi sono 100 maschi e 353 femmine. L'età media è stata di 41.5 anni, il peso medio di 125.2 kg e il BMI medio 46,57 kg/m²; in particolare in 177 casi è stato effettuato un by-pass trans-mesocolico nei restanti ante-colico. Il tempo operatorio medio è stato di 190 min (range 90-420) con un tasso di conversione dello 0.2% (un caso). L'incidenza media delle complicanze chirurgiche post operatorie è stata 27%. Tra queste il 5% erano raccolte intraddominali o di parete, 0.4% perforazioni intestinali, 1.1% occlusioni, 0.6% sanguinamenti, 7.7% complicanze respiratorie (tra cui versamenti pleurici, focolai, atelettasie), 0.7% complicanze cardiologiche, 1.9% trombosi periferiche, 0.7% embolie polmonari acute, 9.4% infezioni sistemiche, intraddominali o di parete, 3.9% fistole e 3.6% rabdomiolisi. Nel 6.3% dei casi è stato necessario un reintervento chirurgico.

La durata media della degenza è stata di 10.8 giorni (range 5-87 giorni). La mortalità dopo BPGL è presso il nostro Centro è stata nulla.

Discussione

Il BPGL per il trattamento a lungo termine dell'obesità grave rappresenta attualmente una delle procedure chirurgiche più efficaci ed è gravata da un tasso di complicanze post operatorie accettabile.

Interventi chirurgici

Mini bypass gastrico, esperienza su 994 pazienti obesi: risultati a breve e lungo termine

Alfio Garrotto¹, Lorena Astuto², Massimo Soliera

¹Responsabile chirurgia -Istituto Franco Scalabrino- GIOMI- Messina

²Istituto Franco Scalabrino-GIOMI-Messina

³Istituto Franco Scalabrino- GIOMI-MESSina

Relatore: Alfio Garrotto

Introduzione

L'obiettivo di questa pubblicazione è di valutare i risultati, a breve e a lungo termine, nei pazienti affetti da obesità grave sottoposti ad intervento chirurgico di Mini bypass gastrico.

Metodi

Sono stati analizzati 994 pazienti di età compresa fra sedici e sessantacinque anni, con BMI compreso fra 35 Kg/m² e 65 Kg/m². I pazienti sono stati sottoposti dal 2008 al 2014 a mini bypass gastrico con tecnica personale di antireflusso da noi messa a punto, con follow-up fra sei mesi e cinque anni; (160 pazienti a 5 anni; 120 pazienti a 4 anni; 140 pazienti a 3 anni; 126 pazienti a 2 anni; 272 pazienti a un anno; 176 pz a 6 mesi). Sul totale numero di pazienti l'80% erano donne. Le principali comorbidità erano rappresentate da : ipertensione arteriosa (30%); diabete di tipo II (8%); cardiopatie (47%); problemi ortopedici (27%); sindrome delle apnee notturne di grado severo (5%); dislipidemia (7 %).

Risultati

A 12 mesi il 60% dei pazienti ha raggiunto il peso ideale, il restante 40 % lo raggiunge a 18 mesi (BMI compreso fra 18 e 25 Kg/m²) . Una perdita di peso inadeguata è stata riscontrata nello 0,7% dei pazienti e questi sono stati successivamente sottoposti a revisione chirurgica con intento di volta in volta più o meno restrittivo, intervenendo sul moncone gastrico del tratto alimentare, o per incrementare il tratto non alimentare del tenue. Un eccesso di perdita di peso si è evidenziata a 18 mesi in soli due pazienti, un paziente e' stato riconvertito, un paziente ha normalizzato il peso nei mesi successivi dopo adeguato percorso psicoterapeutico. La durata media di degenza è stata di 4,0 +- 1 giorni. I casi di mortalità sono stati dello 0,2% (2/994; un paziente deceduto per infarto del miocardio nelle prime 24 ore; un paziente deceduto per complicanze respiratorie). Fistole gastriche e anastomotiche nello 0,7% dei casi, reflusso gastrico biliare nello 0,5 % dei casi (in nessun pz e' stato necessario la correzione chirurgica), ulcere marginali 0,3% dei casi (trattate con terapia medica), anemia sideropenia (4,9%). Il Diabete II è migliorato nel 96% dei casi, con una regressione del 61%. Il miglioramento o la risoluzione delle comorbidità si è attestato come segue: cardiopatie ed ipertensione 75%; sindrome delle apnee notturne di grado severo 75%; dislipidemia 90%; problemi ortopedici 35%.

Discussione

Questo studio dimostra come il mini bypass gastrico sia una eccellente procedura per il malato bariatrico, per la sua bassa percentuale di complicanze, per il duraturo mantenimento del peso ideale e per l'alta percentuale di risoluzione delle comorbidità.

Bibliografia

[1]Rutledge R, Walsh TR. Continued excellent results with the mini-gastric bypass: six-year study in 2,410 patients. *Obes Surg* 2005;15:1304-8.

[2]Noun R, Skaff J, Riachi E et al. One thousand consecutive mini-gastric bypass: short- and long-term outcome. *Obes Surg* 2012;22:697-703.

[3]Carbajo M, Garcia-Caballero M, Toledano M et al. One-anastomosis gastric bypass by laparoscopy: results in first 209 patients. *Obes Surg* 2005;15:398-404.

[4]Lee WJ, Wang W, Lee YC et al. Laparoscopic mini-gastric bypass: experience with tailored bypass limb according to body weight. *Obes Surg* 2008;18:294-9.

[5]Peraglie C. Laparoscopic minigastric bypass (LMGB) in the super- super obese: outcomes in 16 patients. *Obes Surg* 2008;18:1126-9.

[6]Chevallier J-M, Chakhtoura G, Zinzindohoue F. Laparoscopic mini-gastric bypass. In: Deitel M, Gagner M, Dixon JB, Himpens J, eds. *Handbook of Obesity Surgery*. 2010:pp78-84.

[7]Musella M, Susa A, Greco F et al. The laparoscopic min-gastric bypass: the Italian experience: outcome from 974 consecutive cases in a multicenter review. *Surg Endosc*.

Interventi chirurgici

Impiego di sutura continua V-Loc nel confezionamento di anastomosi gastro-digiunale e digiuno-digiunale in LGBY

A. Franceschi, P. Aonzo, R. Galleano, M. Ciciliot, A. Profeti

Osp. S. Corona - Pietra Ligure

Relatore. P. Aonzo

Introduzione

Scopo di questo studio è valutare l'efficacia e la sicurezza nell'impiego della sutura continua auto-bloccante per la chiusura dell'anastomosi gastro-digiunale e digiuno-digiunale in corso di bypass gastrico laparoscopico. Recentemente è stato introdotto in commercio un nuovo presidio che consente una sutura continua, unidirezionale e auto-bloccante (V-Loc™, Covidien, Mansfield, MA) e che presenta impieghi già codificati in ambito ginecologico, urologico, plastico e ortopedico, ma non in ambito chirurgico.

Metodi

In un periodo compreso tra Febbraio 2011 a Dicembre 2014, 83 pazienti sono stati sottoposti a bypass gastrico laparoscopico. La chiusura delle brecche anastomotiche presenti a seguito di confezionamento di anastomosi meccaniche latero-laterali, rispettivamente gastro-digiunali e digiuno-digiunali, sono state eseguite con sutura continua mediante V-Loc Covidien. I pazienti sono stati tutti selezionati in accordo con le linee guida internazionali e S.I.C.OB. L'età media è risultata di 44.2 con un BMI medio di 44.36. Le comorbilità più rappresentate nella nostra serie sono state ipertensione e patologie ortopediche "da carico". Nella selezione dei pazienti erano compresi anche quelli con precedenti interventi chirurgici bariatrici.

Risultati

L'analisi dei risultati è stata condotta utilizzando la classificazione Clavien- Dindo. I pazienti sono stati sottoposti a follow up a 1, 3, 6, 12 mesi postoperatori seguiti poi da controllo con cadenza annuale. La percentuale di deiscenze è stata pari al 2.4% (2 pazienti). Il tasso di conversione è stato pari a zero. Nella serie è presente un caso di sanguinamento postoperatorio che ha richiesto re intervento. La sede del sanguinamento non era a livello di una delle due anastomosi bensì a livello omentale. Allo stato attuale non sono state riscontrate stenosi anastomotiche né sono stati dichiarati dai pazienti sintomi ascrivibili a sospetto di stenosi.

Discussione

L'impiego di una sutura unidirezionale, continua, autobloccante per la chiusura delle brecche anastomotiche risulta efficace e sicura con tassi di complicanze anastomotiche sovrapponibili a quelle descritte in letteratura. Lo studio in questione, pur riconoscendo la necessità di ulteriori studi per codificare l'impiego del V-Loc nel confezionamento di anastomosi intracorporee, vuole incoraggiarne comunque l'utilizzo per l'efficacia e la sicurezza dimostrate.

Bibliografia

- [1]Einarsson JI, Chavan NR, Suzuki Y et al (2011) Use of bidirectional barbed suture in laparoscopic myomectomy: evaluation of perioperative outcomes, safety, and efficacy. *J Minim Invasive Gynecol* 18:92–95.
- [2]Siedhoff MT, Yunker AC, Steege JF (2011) Decreased incidence of vaginal cuff dehiscence after laparoscopic closure with bidirectional barbed suture. *J Minim Invasive Gynecol* 18:218–223.
- [3]Greenberg JA. The use of barbed sutures in obstetrics and gynecology. *Rev Obstet Gynecol.* 2010;3:82–91.
- [4]Warner JP, Gutowski KA (2009) Abdominoplasty with progressive tension closure using a barbed suture technique. *Aesthet Surg J* 29:221–225
- [5]Murtha AP, Kaplan AL, Paglia MJ et al (2006) Evaluation of a novel technique for wound.

Interventi chirurgici

Il Mini Gastric Bypass. Evidenze in termini di tecnica chirurgica e gestione delle complicanze

Maurizio De Luca¹, Natale Pellicanò², Cesare Lunardi², Alberto Sartori², Nicola Clemente²

¹*Direttore Reparto di Chirurgia Generale, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Obesità, Ospedale di Montebelluna Treviso*

²*Reparto di Chirurgia Generale, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Obesità, Ospedale di Montebelluna Treviso*

Relatore: Maurizio De Luca

Introduzione

Il mini bypass gastrico è un intervento chirurgico introdotto da un chirurgo statunitense, Robert Rutledge, nel 1997, allo scopo di semplificare e possibilmente diminuire i rischi del bypass gastrico classico, con una reversibilità o conversione ad altra metodica più semplice. Alcuni Autori lo definiscono Billroth II Gastric Bypass, Loop Gastric Bypass, Omega Loop Gastric Bypass o BAGUA. Al momento però la definizione di mini gastric bypass è quella che meglio lo contraddistingue. L'intervento consiste in una lunga e stretta tubulizzazione gastrica praticata lungo la piccola curvatura dello stomaco che viene anastomizzata ad una lunga ansa digiunale portata in sede sovramesocolica. E' costituito quindi, da una singola anastomosi gastro-digiunale mentre viene evitata l'anastomosi digiuno-digiunale del bypass gastrico. Il mini bypass gastrico può considerarsi una tecnica con una azione restrittiva causata dalla tubulizzazione gastrica ed una moderata azione malassorbitiva causata dalla esclusione di 180-250 cm di intestino tenue dal transito alimentare. La tubulizzazione gastrica lungo la piccola curvatura è lunga, tanto da essere comparata da alcuni Autori ad una sleeve gastrectomy.

Metodi

Valutazione delle principali casistiche (Rutledge, Lee, Kim, Caballero) relative alla tecnica chirurgica, le complicanze peri operatorie e a distanza, il calo ponderale e la riduzione delle comorbidità.

Risultati

I risultati in termini di calo ponderale della maggiori casistiche si rivelano sovrapponibili a quelli della diversione bilio-pancreatica. Il %EWL si attesta intorno al 75% a 5 anni. Ad oggi solo Lee ha riportato dei risultati in termini di calo ponderale a 10 anni (70% EWL). La remissione del diabete si attesta intorno all'85% dei casi in alcune importanti casistiche (Kim, Caballero). La risoluzione della sindrome metabolica viene riportata intorno all'80% dei casi (Lee).

Le complicanze perioperatorie si attestano intorno all'1.7%. In particolare esse sono la fistola della anastomosi gastro-digiunale (0.9%), la fistola della sutura gastrica dello stomaco tubulizzato (0.2%), la fistola della sutura gastrica dello stomaco escluso (0.2), la stenosi della anastomosi

gastro-digiunale (0.2%), l'emorragia della linea di sutura o della anastomosi gastro-digiunale (0.2%). Tra le complicanze a distanza sono state registrate l'ulcera perianastomotica (0.6%) e l'esofagite da reflusso (1.5%).

Discussione

Il mini bypass gastrico costituisce una procedura bariatrica sviluppatasi inizialmente per superare le difficoltà e i rischi del bypass gastrico. E' una procedura che si è evoluta ed attualmente offre i vantaggi di una chirurgia sicura e riproducibile, con buoni risultati in termini di perdita di peso e riduzione delle comorbidità, ed infine bassa percentuale in termini di complicanze e mortalità.

Bibliografia

- [1] Rutledge R. The mini-gastric bypass: experience with the first 1272 cases. *Obes Surg.* 2001;11:276–280.
- [2] Lee WJ, Ser KH, Lee YC. Laparoscopic Roux-en-Y versus mini-gastric bypass for the treatment of morbid obesity: a 10-year experience. *Obes Surg*, 2012, 22:1827-1834.
- [3] Kim Z, Hur KY. Laparoscopic Mini Gastric Bypass for type 2 diabetes: the preliminary report. *World J Surg* 2011, 35,3. 631-636.
- [4] Caballero M, Carbajo M. One Anastomosis Gastric Bypass: a simple, safe and efficient surgical procedure for treating morbid obesity. *Nutricion Hospitalaria*, XIX, (6) 372-375, 2004.

Interventi chirurgici

Un caso di kinking intestinale dopo by pass gastrico con tecnica “double loop”

Nicola Clemente; Natale Pellicanò; Cesare Lunardi; Alberto Sartori; Maurizio De Luca
ULSS 8 Asolo -Ospedale "San Valentino"- Montebelluna (TV)

Relatore: Clemente Nicola

Introduzione

Il by-pass gastrico con ansa alla Roux laparoscopico è tra le procedure chirurgiche più efficaci per la cura dell'obesità morbigena. Tuttavia è associato ad una alta frequenza di ernie interne anche nel lungo termine, nonostante la chiusura dei difetti mesenterici^{1,2}. Il by pass gastrico “double loop” laparoscopico è stato sviluppato sulla base dell'ipotesi che la mancata interruzione dei mesi, potesse ridurre il verificarsi di tale complicanza.

Metodi

Nel 2011 abbiamo sottoposto un soggetto di sesso femminile di 45 anni, affetto da obesità patologica (Kg 118 BMI 48,4) a sleeve gastrectomy, registrando dopo 2 anni di follow-up un calo ponderale a 85 Kg (BMI 34,9 EWL% 50,77). Nel corso dei successivi controlli, la paziente ha cominciato a lamentare sintomi di MRGE per cui è stata sottoposta ad EGDS con riscontro di m. di Barret. Pertanto nel 2014 abbiamo sottoposto la paziente a by pass gastrico “double loop” laparoscopico.

Risultati

Il decorso post-operatorio è stato complicato da un lento recupero della canalizzazione intestinale inizialmente attribuito ad ileo post-operatorio. Tuttavia a distanza di circa 1 mese la paziente è giunta nuovamente alla nostra osservazione con franchi segni di occlusione intestinale. La laparoscopia ha dimostrato dilatazione dell'ansa bilio-pancreatica e sub stenosi post-anastomosi del piede d'ansa, in particolare in sede di ansa comune. Pertanto è stata confezionata anastomosi tra l'ansa bilio-pancreatica e l'ansa comune, a valle della precedente. Il successivo decorso post-operatorio è stato regolare con risoluzione della sintomatologia oclusiva e ripresa della canalizzazione, per cui la paziente è stata dimessa in nona giornata post-operatoria in buone condizioni generali.

Discussione

Il caso che abbiamo osservato dimostra che la tecnica “double loop” se riduce il rischio di ernia interna, non elimina la complicanza oclusiva perchè comporta un variabile grado di kinking dell'intestino a piè d'ansa.

Bibliografia

^[1]Palmisano S; Giuricin M; Casagrande B: Zero frequency of internal hernias after laparoscopic double loop gastric bypass without closure of mesenteric defects. Surg Today 2014 Oct;44(10):1920-4.

^[2]Cho M, Pinto D, Carrodeguas L, Lascano C, Soto F, Whipple O: Frequency and management of internal hernias after laparoscopic antecolic antegastric Roux-en-Y gastric bypass without division of the small bowel mesentery or closure of mesenteric defects: review of 1400 consecutive cases. Surg Obes Relat Dis. 2006 Mar-Apr; 2(2):87-91. Epub 2006 Mar 3.

Interventi chirurgici

Follow-up oltre i 10 anni del Bypass Gastrico su Gastroplastica

Cariani Stefano

*Azienda Ospedaliero/Universitaria di Bologna, UOS Terapia Chirurgica dell'Obesità Patologica, Bologna***Relatore: Stefano Cariani**

Introduzione

La variante del bypass gastrico su ansa alla Roux, il Bypass Gastrico su Gastroplastica Verticale introdotto nel 2002, che consente l'esplorabilità radiologico-endoscopica dello stomaco funzionalmente escluso ha dimostrato, nel medio-lungo termine, essere efficace e con basso indice di complicanze^[1,2]. Scopo dello studio è verificare, con follow-up ad oltre 10 anni, l'andamento del calo ponderale, la remissione delle più comuni comorbidità osservate e l'incidenza di complicanze.

Metodi

Dal 2002 al 2014, con età media di 41.8 ± 10.9 anni e BMI preoperatorio medio di 47.56 ± 8.4 Kg/m² (EBW% 99 ± 36.2), 420 pazienti sono stati sottoposti a Bypass Gastrico su Gastroplastica come primo intervento. La tecnica, eseguita in open, prevede la creazione di una pouch gastrica verticale di 30cc con un outlet di 1,1 cm di diametro, circondato da una benedrella in PTFE sottile, con un'anastomosi gastro-digiunale manuale di 2 cm a monte dell'outlet, su ansa alla Roux di 150 cm. e con ansa biliare di 30 cm.

Sui 420 pazienti operati erano presenti le seguenti comorbidità in trattamento medico: diabete tipo II 24 %, ipertensione 49%, ipercolesterolemia 24%, apnee notturne (OSAS) 27%.

Il follow-up è stato condotto, per tutti i pazienti, con visita medica, test di laboratorio, rx tubo digerente e/o gastroscopia, a 3-6-12 mesi, poi annualmente.

Risultati

Abbiamo potuto controllare 357 pazienti (Drop-out 15 %). L'EWL% medio \pm SD è stato: 55.4 ± 16.8 a 6 mesi, 67.4 ± 18.1 a 1 anno, 69.2 ± 17.9 a 2 anni e di 60.0 ± 20.5 nei 63 pazienti con follow-up a 12 anni. La remissione del diabete è stata osservata nel 94.7 % dei casi, ma i pazienti diabetici hanno avuto un calo ponderale minore rispetto ai non diabetici (a 5 anni: BMI 35.7 ± 6.7 vs 31.6 ± 5.9 Kg/m²). Nei pazienti diabetici, da valori medi preoperatori di Glicemia e Hb1Ac di 157.0 ± 44.3 mg/dl e $7.2 \pm 1.1\%$, si è passati a 97.8 ± 26.6 e 4.6 ± 2.2 dopo 6 mesi ed a 93.9 ± 24.2 e 5.6 ± 1.1 a 4 anni ($p < 0.0001$). I valori medi di Colesterolo Totale sono diminuiti da 197.2 ± 35.9 mg/dl a 169.9 ± 31.9 dopo 6 mesi, assestandosi su 182.5 ± 31.3 dopo 4 anni. La terapia antipertensiva è stata ridotta nell'87.6 % dei casi. La scomparsa delle OSAS è stata documentata nel 99% dei casi. Abbiamo rilevato l'1,9% di complicanze precoci (il 75% con soluzione chirurgica) ed una mortalità dello 0,7% (cause mediche). Le complicanze tardive specifiche sono state il 3,8% (l'11% con soluzione chirurgica), mentre un laparocèle è stato rilevato nel 35% dei casi. La gastroscopia del tratto escluso funzionalmente è sempre stato possibile eseguirla quando necessario e dallo studio dello stomaco escluso di 51 pazienti asintomatici^[3], a 3-5 di follow-up, sono risultati

26 casi di gastrite cronica atrofica e 4 casi di metaplasia intestinale, complicanze precoci e tardive meritevoli di follow-up endoscopico.

Discussione

I risultati di questa casistica, in accordo con i criteri di Christou, sono buoni anche oltre i 10 anni di follow-up e sostanzialmente simili a quelli riportati in letteratura per il Bypass Gastrico standard. Anche se il Bypass Gastrico su Gastroplastica Verticale prevede un outlet gastro-gastrico, la sede distale rispetto all'anastomosi gastro-digiunale e le sue piccole dimensioni non consentono passaggio di cibo se non in minima parte (confermato dalle radiografie eseguite nel follow-up) e non compromette l'efficacia metabolica e il calo ponderale tipico di un Bypass Gastrico su ansa alla Roux.

A fronte di un maggiore impegno tecnico nell'esecuzione rispetto al Bypass Gastrico tradizionale, più evidente quando eseguito per via laparoscopica, la tecnica consente l'esecuzione di procedure radiologiche ed endoscopiche tradizionali, eseguibili facilmente e rapidamente in ogni ospedale su stomaco, duodeno e vie biliari, utili sia nel follow-up programmato sia in caso d'insorgenza di complicanze, acute o croniche, a carico di questi distretti.

Bibliografia

^[1]Cariani S, Palandri P, Della Valle E, Della Valle E Et Al.

Italian Multicenter Experience Of Roux-En-Y Gastric Bypass On Vertical Banded Gastroplasty: Four-Year Results Of Effective And Safe Innovative Procedure Enabling Traditional Endoscopic And Radiographic Study Of Bypassed Stomach And Biliary Tract
Surg Obes Relat Dis 2008;4:16-25.

^[2]S. Cariani, L. Agostinelli, E. Giorgini, L. Leuratti Et Al. Roux-En-Y Gastric Bypass-On-Vertical Banded Gastroplasty: 6 Years Of Experience Of A Modified Gastric Bypass Which Allows Endoscopic And Radiological Investigation Of The Excluded Stomach. Obes Surg 2009;19:1048 - 49.

^[3]Leuratti L, Di Simone Mp , Cariani S. Unexpected Changes In The Gastric Remnant In Asymptomatic Patients After Roux-En-Y Gastric Bypass On Vertical Banded Gastroplasty
Obes Surg 2013; 23:131–139.

Chirurgia di revisione

Redo Surgery: esperienza personale

S. Cristiano, M.R. Cerbone, G.Scognamiglio, V.Antognozzi

Centro per il trattamento chirurgico dell' obesità, Presidio Ospedaliero "S. Maria della Pietà", Casoria, Napoli

Relatore: S. Cristiano

Introduzione

La Chirurgia bariatrica revisionale è un intervento eseguito su pazienti che hanno già subito un intervento chirurgico per la perdita del peso, risultato però inefficace. Le cause di questo fallimento possono essere dovute a complicanze, intolleranza da parte del paziente, perdita di peso insufficiente, aumento ponderale dopo il raggiungimento degli obiettivi di perdita di peso. Il secondo intervento risulta senza dubbio più invasivo e con un margine di complicanze più alto rispetto alla chirurgia bariatrica primaria: per questo motivo è necessaria una accurata valutazione del paziente per individuare i rischi e benefici della procedura. La redo surgery riguarda tutti gli interventi di bariatrica ma, nella pratica comune, il più diffuso è la conversione da bendaggio gastrico a bypass gastrico. Scopo del nostro lavoro è quello di presentare, oltre alla casistica generale, anche reinterventi meno comuni ma che possono risultare comunque efficaci.

Metodi

Da gennaio 2010 a gennaio 2015, 32 pazienti sono stati sottoposti a redo surgery secondo le seguenti modalità: 6 pazienti sono stati sottoposti a rebanding, 18 a MBP dopo BGR, 1 a MBP dopo plicatura, 1 a SG dopo BGR, 4 a plicatura dopo BGR, 2 a bendaggio su BPG. Tutti gli interventi sono stati eseguiti in laparoscopia, con tempi medi operatori sovrapponibili alla media e senza nessuna complicanza intraoperatoria. Tutti i pazienti sono stati seguiti durante il periodo di preparazione e nei mesi successivi dall'équipe multidisciplinare presente nel nostro centro.

Risultati

Tra i reinterventi effettuati nel nostro centro, quelli che sono risultati più vantaggiosi in quanto legati ad un maggiore calo ponderale e minor numero di complicanze post operatorie sono stati la conversione da BGR a MBP e da BGR a SG mentre sia la plicatura del fondo gastrico che il BGR su BPG sono risultati meno efficaci.

Discussione

L' attività di redo-surgery è estremamente delicata e collegata a rischi. I pazienti da sottoporre a tale procedura devono essere accuratamente selezionati per individuare il tipo di reintervento da effettuare. I centri che effettuano questo tipo di chirurgia devono offrire grande esperienza e alte capacità tecniche degli operatori.

Chirurgia di revisione

Management della stenosi medio-gastrica dopo sleeve gastrectomy laparoscopica

Marcello Avallone, Fabrizio Cereatti, Olga Iorio, Valentina Mingarelli, Francesco De Angelis, R. Cianni, G. Silecchia

Centro di eccellenza Chirurgia bariatrica e metabolica

Ospedale ICOT Latina- "Università La Sapienza", Radiologia interventistica

S.M. Goretti – Latina

Relatore: Marcello Avallone

Introduzione

Tra le complicanze precoci dopo sleeve gastrectomy laparoscopica (LSG), la stenosi medio-gastrica (più o meno serrata) ha una incidenza compresa tra lo 0.7% e il 4%. Le cause più frequenti sono: impropria staple line, twist/torsione, stenosi cicatriziale. I trattamenti proposti per la risoluzione della stenosi sono: la dilatazione radiologica e/o endoscopica sequenziale, la miotomia (nei casi di stenosi cicatriziale), la conversione in RYGBP. Finalità del presente studio è quella di riportare la nostra esperienza nel management di tre pazienti con sintomatologia post-operatoria secondaria a substenosi medio-gastrica.

Metodi

Dal novembre 2011 al dicembre 2014, 465 pazienti sono stati sottoposti a primary LSG. Nello stesso periodo tre sono stati i casi di substenosi medio-gastrica: due inviati da altri centri e uno operato presso il nostro centro. La sintomatologia comune a tutti i casi era caratterizzata da: nausea, vomito, rigurgito, disfagia per i cibi solidi, epigastralgia. La diagnosi è stata confermata con Rx digerente e successiva endoscopia. Il management ha previsto come primo step la dilatazione mediante sonda pneumatica.

Risultati

La sintomatologia era comparsa a distanza di pochi giorni dall'intervento ed è risultata ingravescente. I 2 casi inviati sono giunti alla nostra osservazione dopo circa 9 mesi l'uno e tre anni l'altra dall'intervento. Due pazienti sono stati sottoposti a dilatazione endoscopica come primo step ed un paziente a dilatazione radiologica per la presenza di stenosi serrata che impediva il passaggio dello strumento. Sono state eseguite 3 dilatazioni radiologiche ad intervalli di circa 2 mesi mediante sonda pneumatica. Abbiamo riscontrato un beneficio temporaneo con ripresa della sintomatologia clinica a circa un mese dalla procedura. Si decideva di sottoporre i pazienti a Laparoscopia esplorativa. Il riscontro intraoperatorio dimostrava un caso di stenosi cicatriziale e due casi di twisted/torsione della sleeve, uno dei quali associato a dilatazione a monte e migrazione transiatale. Nei due casi di torsione/twist erano presenti tenaci aderenze che si è proceduto a lisare per via laparoscopica. Tuttavia al ripristino della dieta solida la sintomatologia si ripresentava a distanza di 3 mesi con la stessa intensità, pertanto i pazienti sono stati sottoposti a RYGBP. La terza paziente è

stata sottoposta direttamente a RYGB con riscontro intraoperatorio di perforazione come esito della dilatazione radiologica. Il follow-up medio è di 14 mesi con risoluzione completa della sintomatologia e buon calo ponderale.

Discussione

Il trattamento non chirurgico delle stenosi medio-gastriche post LSG nella nostra esperienza è risultato inefficace. Indipendentemente dalla causa della stenosi medio-gastrica sintomatica la conversione in RYGB per via laparoscopica rappresenta un'opzione efficace a medio termine.

Bibliografia

^[1]endoscopica/radiologica della stenosi. J Visc Surg. 2015 Feb 10. pii: S1878-7886(15)00009-0. doi: 10.1016/j.jvisc Surg.2015.01.008.

^[2]Stenosis without stricture after sleeve gastrectomy. Contival N1, Gautier T2, Le Roux Y2, Alves A2.

Chirurgia di revisione

Terapia conservativa del leak della linea di sutura dopo Sleeve Gastrectomy laparoscopica: nostra esperienza

I. Macaione¹, L. Morini¹, S. Martorana¹, G. Guercio¹, S. Peralta², G. Cocorullo², G. Genovese², F. Conte², G. Pantuso¹

¹*U.O.C. Di Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico A.O.U.P. Paolo Giaccone, Palermo*

²*Scuola di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione, Palermo*

Relatore: Macaione Ina

Introduzione

La sleeve gastrectomy (SG) è una procedura restrittiva che nasce nel 1993 come primo step di interventi bariatrici malassorbitivi più complessi come la diversione bilio-pancreatica con duodenal switch (DBP-DS) o il laparoscopic Roux-en Y gastric bypass (LRYGBP) e finalizzata a ridurre le complicanze intraoperatorie nei pazienti super obesi ed ad elevato rischio per la presenza di gravi comorbidità. La SG è una procedura che viene eseguita sempre più frequentemente per via dei multipli vantaggi legati alla sua minore invasività e grazie ai buoni risultati ottenuti in termini di perdita di peso (un anno dopo la SG dal 50% al 67% di excess weight-loss %- EWL%) e risoluzione delle comorbidità associate all'obesità. Le più comuni complicanze della SG includono il sanguinamento, stenosi e/o strozzamento gastrico e la deiscenza della sutura gastrica.

Il gastric leak dopo SG è una delle complicanze più serie e temute, incorre con un tasso di incidenza variabile in letteratura dallo 0,6 al 7% . In base al momento della presentazione clinica il leak può essere distinto in: precoce (tra la I e la III GPO), intermedio (tra IV e VII GPO) e tardivo (dopo l'VIII GPO). Il periodo di insorgenza (timing) del leak è importante per stabilire le strategie terapeutiche da attuare e condiziona i tassi di guarigione. Ancora oggi il trattamento di questa complicanza è ancora fortemente dibattuto. In questo lavoro ci proponiamo di analizzare l'incidenza di leak gastrici, il trattamento ed il loro outcome nella nostra esperienza.

Metodi

Presso il nostro centro sono stati eseguiti 20 interventi di Sleeve Gastrectomy tra il Gennaio 2011 e il Gennaio 2014. I dati dei nostri pazienti sono stati inseriti prospetticamente in un Database e successivamente si è provveduto ad una valutazione retrospettiva dei dati acquisiti.

Risultati

Il leak gastrico si è verificato in 2 pazienti (10%) in assenza di altre complicanze.

Il primo paziente G.L. di sesso maschile, dell'età di 25 anni, è stato sottoposto nell'Ottobre del 2013 ad intervento di Sleeve Gastrectomy vls per obesità grave (BMI 40 in assenza di comorbidità). In XXXVI GPO il paziente ritornava presso il nostro reparto per la comparsa, da circa una settimana, di febbre (TC 39°), dolore addominale in regione epigastrica, nausea e tachicardia, associati ad aumento dei bianchi $16,16 \times 10^3/\text{mcrL}$ e della PCR 34,91 mg/dl. Veniva pertanto eseguita una TC

torace-addome che metteva in evidenza in prossimità della linea di sutura gastrica, in sede sottodiaframmatica, una raccolta a contenuto misto, fluido gassoso, di diametri massimi di 8,5 cm x 4,5 cm circa.

In corso di indagine TC veniva somministrato Gastrografin per os che non metteva in evidenza la presenza di leak. Veniva inoltre eseguita EGDS che erroneamente non evidenziava reperti patologici.

In considerazione del reperto TC veniva sottoposto a NPT e terapia antibiotica. In LIII GPO veniva posizionata per via endoscopica protesi NiTi-S Esophageal stent full covered (16 Fr, 18 mm x150 mm) e veniva valutata la possibilità di posizionare un drenaggio percutaneo; tale procedura non risultava eseguibile per le ridotte dimensioni della raccolta.

In LV GPO la protesi migrava distalmente e veniva asportata manualmente in corso di esplorazione digito-ano-rettale.

In LXXV GPO veniva posizionata un'ulteriore protesi NiTi Esophageal stent full covered di calibro maggiore (22 Fr, 24mm x 230mm). In CLXIV GPO il paziente eseguiva TC addome con mdc ev e per os che non evidenziava raccolte e spandimenti di mezzo di contrasto in sede sottocardiale, per cui l'endoprotesi veniva rimossa per guarigione della complicanza.

La seconda paziente, T.N. di sesso femminile, dell'età di 36 anni, veniva sottoposta nel Gennaio del 2014 ad intervento di Sleeve Gastrectomy vls per obesità grave (BMI 40 in assenza di comorbidità maggiori). In XI GPO la paziente ritornava presso il nostro reparto per la comparsa di febbre (TC 39°) e tachicardia e veniva pertanto sottoposta a prelievo sierologico di controllo che evidenziava importante leucocitosi ($27,55 \times 10^3/\text{mcrL}$) e aumento della PCR (35 mg/dl). Veniva pertanto eseguita una TC addome con e senza mezzo di contrasto che evidenziava la presenza di raccolta fluida perigastrica nella pregressa sede del fondo, del diametro massimo di circa 4 cm. In corso di indagine TC veniva somministrato Gastrografin per os che metteva in evidenza la presenza di leak sottocardiale.

Veniva intrapresa quindi NPT e terapia antibiotica ev. In XV GPO veniva posizionato drenaggio percutaneo sottofrenico sinistro (Pigtail) ed in XXII GPO veniva posizionata endoprotesi "bariatrica" NiTi-S Esophageal Covered Stent Beta2 (22 Fr 24mm x 200mm).

In XXXV GPO, la paziente ritornava nuovamente presso il nostro reparto per insorgenza di febbre elevata (>39) e veniva riscontrato un nuovo aumento dei globuli bianchi ($24,75 \times 10^3 \text{ mcrL}$) e della PCR (>27); alla TC addome con e senza mdc si evidenziava la presenza di raccolta fluida perigastrica nella pregressa sede del fondo, del diametro massimo di circa 5 cm non drenata dal Pigtail e pertanto veniva posizionato ulteriore drenaggio percutaneo per la nuova raccolta e, in LIX GPO si posizionava endoscopicamente a "telescopio" sulla prima protesi una ulteriore protesi di calibro superiore (full-covered type NiTi-S Enteral Colonic Stent 22 Fr 28mm x 100 mm). L'esigenza di utilizzare contemporaneamente una seconda protesi più larga (rettocolica) trovava giustificazione nel fatto che la prima protesi, nonostante fosse per uso bariatrico, non aveva un calibro sufficiente per aderire sulla parete esofagea rifornendo così la fistola.

In CXCI GPO alla TC addome con mdc ev e per os non si evidenziavano raccolte e spandimenti di mezzo di contrasto in sede sottocardiale, venivano quindi rimosse le due endoprotesi precedentemente posizionate con guarigione.

Discussione

I reinterventi ovvero la sutura diretta del leak, il lavaggio peritoneale con drenaggio della cavità ascitica, un'eventuale resleeve, sono considerati come la migliore opzione terapeutica solo nei casi di leak ad insorgenza precoce e nei pazienti con segni di sepsi o instabilità emodinamica, ma diventano inutili e dannosi se non attuati precocemente. Gli altri casi dovrebbero essere trattati mediante terapia conservativa, rappresentata dalla NPT, la terapia antibiotica, il drenaggio percutaneo in caso di raccolta addominale e la terapia endoscopica si può avvalere dell'utilizzo di fibrina, glue e clips che risultano poco efficaci e l'uso di stent che può essere considerata una valida opzione in quanto permette al paziente di alimentarsi per os rapidamente. Una linea di trattamento uniforme comunque non è stata ancora stabilita.

Chirurgia di revisione

Il trattamento endo-laparoscopico delle fistole dopo sleeve gastrectomy laparoscopica: opzioni alternative allo stent

G. Martines, O. Caputi, M. De Fazio, A. Nebi, P. Capuano

Chirurgia Generale e Tappi di Fegato “ Mario Rubino ”

Dir. Prof. V. Memeo, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico, Bari

Relatore: Martines Gennaro

Introduzione

La sleeve gastrectomy laparoscopica (LSG) ha avuto nell'ultimo decennio un incremento esponenziale in chirurgia bariatrica, essendo una procedura di semplice esecuzione (ma non facile), rapida, meno traumatica, sicura ed efficace in alternativa al bendaggio gastrico (LAGB) ed al gastric by pass (RYGB). La presenza di un tubulo stretto e la lunga linea di sutura favoriscono complicanze maggiori quali le emorragie (1-10 %) e le fistole (2.7%)^[1]. Il trattamento conservativo non chirurgico con TPN, PPI, e antibioticoterapia molto spesso è risolutivo; in alcuni casi, però, tale trattamento non è sufficiente. Recentemente si è diffuso l'uso di protesi dedicate, posizionate per via endoscopica che comunque hanno un'alta percentuale di migrazione (circa il 50%).

Metodi

Presso il nostro centro sono state eseguite 54 LSG da novembre 2011 a dicembre 2014 (19 M / 35 F, mediana età 40; BMI medio 48,08). Nei primi 20 pazienti si sono utilizzati alcuni punti di rinforzo lungo la linea di sutura, in 32 è stata applicata colla di fibrina, solo in 2 pazienti è stato utilizzato come rinforzo il buttress (Peristrips dry Veritas). In tutti i casi è stata eseguita intraoperatoriamente la prova con bleu di metilene.

In 2 casi (3.7%) abbiamo riscontrato un leak lungo la linea di sutura, una in sede medio gastrica, l'altra in sede prossimale esofago-gastrica. Il controllo radiologico post-operatorio eseguito in 5° giornata è risultato negativo, e il riscontro diagnostico è avvenuto dopo l'8° giornata postoperatoria con test al blu di metilene positivo concomitante alla ripresa di alimentazione liquida per os.

Risultati

Entrambe le complicanze sono state trattate inizialmente con terapia conservativa che è risultata inefficace, per cui si è reso necessario l'intervento chirurgico, con approccio endo-laparoscopico.

Nel primo caso dopo re-laparoscopia, sul versante endoaddominale è stata applicata colla di fibrina e patch omentale, mentre contestualmente per via endoscopica veniva iniettato il cianocrilato (GLUBRAN), e si apponevano 2 clips metalliche nella sede dell'orifizio fistoloso.

Nel secondo caso (fistola prossimale) dopo toilette e drenaggio di raccolta in loggia splenica per via laparoscopica, è stata applicata clip OTSC-OVESCO per via endoscopica. Dopo controllo radiologico eseguito in seconda giornata post-operatoria che non ha evidenziato spandimenti, è stata ripresa l'alimentazione per os senza ulteriori complicanze.

Discussione

Riteniamo che l'approccio endolaparoscopico nel trattamento delle fistole dopo LSG rappresenti una metodica sicura ed efficace; l'utilizzo per via endoscopica di OTSC è una valida alternativa allo stent.

Bibliografia

^[1]Endoscopic closure of persistent gastric leak and fistula following laparoscopic sleeve gastrectomy. Fernandez AZ, Luthra AK, Evans JA. Int J Surg Case Rep. 2015;6C:186-7. doi: 10.1016/j.ijscr.2014.11.077. Epub 2014 Dec 10.

Chirurgia di revisione

Trattamento delle fistole post-sleeve con stent endoscopico. Nostra esperienza

Alessandro Volpe, Fouzia Mecheri, Vincenzo Trapani, Gianluigi Melotti
U.O. Chirurgia Generale NOCSAE-Baggiovara, Modena

Relatore: Alessandro Volpe

Introduzione

La fistola post- sleeve gastrectomy laparoscopica è la più temibile complicanza a carico della rima di sutura, che costringe il chirurgo a reinterventi spesso demolitivi e gravati da alto tasso di ulteriori complicanze e di mortalità. La terapia con protesi esofagee ricoperte autoespansibili è stata proposta da diversi autori. In particolare il Megastent Betastent®, si propone come valida opzione nell'ambito dello stenting. Le sue caratteristiche strutturali e il principio dell'abbattimento del gradiente pressorio intra-tubulare gastrico sembrano costituire la chiave di lettura del successo terapeutico del nuovo device. Tuttavia sono ancora necessari studi su casistiche più consistenti.

La deiscenza della linea di sutura della sleeve gastrectomy presenta un'incidenza variabile dallo 0.5 al 7%. La giunzione esofago-gastrica e la porzione prossimale dello stomaco vicino all'angolo di His sono i punti dove più frequentemente si verifica la deiscenza; si suppone che le deiscenze della linea di sutura siano secondarie ad un indebolimento del processo di cicatrizzazione che può avere diversi fattori di rischio (debolezza della linea di sutura, scarsa irrorazione sanguigna, infezione) ma che, in generale, possa essere riferito a due momenti dell'intervento: la devascularizzazione della giunzione gastro-esofagea durante la dissecazione e mobilizzazione della grande curva, e dall'altro lato, l'effetto meccanico determinato dalla pressione all'interno del tubulo gastrico.

Metodi

Negli ultimi anni l'utilizzo di protesi metalliche ricoperte autoespansibili nel trattamento delle deiscenze della linea di sutura della sleeve gastrectomy è stato proposto da diversi Autori. Gli stent pongono una barriera fisica tra la deiscenza ed il contenuto intratubulare favorendo la cicatrizzazione del difetto.

Riportiamo la nostra esperienza nel trattamento delle fistole della linea di sutura post-sleeve gastrectomy mediante l'utilizzo di stent, completamente ricoperto, dedicato, chiamato Megastent Betastent ® (Taewoong Medical Industries). Il device è provvisto di una estremità prossimale (iuxtacardiale) strutturata in modo tale da aderire perfettamente alla mucosa gastrica e da escludere totalmente la fistola dal contatto con il contenuto gastrico. L'estremità distale (pilorica) si apre nel bulbo duodenale: la pervietà completa del tubulo gastrico e l'abbattimento del gradiente pressorio al suo interno, condizione che favorisce la guarigione della fistola.

Discussione

Il trattamento con stent metallici autoespansibili ricoperti è sicuro ed efficace per le deiscenze della linea di sutura dopo sleeve gastrectomy. Si tratta di un procedimento mini-invasivo con un

accettabile tasso di complicanze e che evita il ricorso a procedure chirurgiche più invasive, spesso demolitive e gravate da insuccesso.

Bibliografia

- [1]Gagner M, Rogula T. Laparoscopic reoperative sleeve gastrectomy for poor weight loss after biliopancreatic diversion with duodenal switch. *Obes Surg* 2003;13:649-654.
- [2]Baltasar A, Serra C, Perez N et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy: a multi-purpose bariatric operation. *Obes Surg* 2005;15:1124-1128.
- [3]Frezza EE, Reddy S, Gee LL et al. Complications after sleeve gastrectomy for morbid obesity. *Obes Surg* 2009;19:684-687.
- [4]Csendes A, Braghetto I, León P et al. Management of leaks after laparoscopic sleeve gastrectomy in patients with obesity. *J Gastrointest Surg* 2010;14:1343-1348.
- [5]de Aretxabala X, Leon J, Wiedmaier G et al. Gastric leak after sleeve gastrectomy: analysis of its management. *Obes Surg* 2011;21:1232-1237.
- [6]Casella G, Soricelli E, Rizzello M et al. Nonsurgical Treatment of Staple Line Leaks after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg* 2009;19:821-826.
- [7]Nguyen NT, Nguyen X-MT, Dholakia C. The use of endoscopic stent in management of leaks after sleeve gastrectomy. *Obes Surg* 2010;20:1289-1292.
- [8]Blackmon SH, Santora R, Schwarz P et al. Utility of removable esophageal covered self-expanding metal stents for leak and fistula management. *Ann Thorac Surg* 2010;89:931-937.
- [9]Ferrer Márquez M, Ferrer Ayza M, Ricardo Belda L et al. Gastric Leak After Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg* 2010;20:1306-1311.
- [10]Weiner RA, Weiner S, Pomhoff I et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy: influence of sleeve size and resected gastric volume. *Obes Surg* 2007;17:1297-1305.
- [11]Yehoshua RT, Eidelman LA, Stein M et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy: volume and pressure assessment. *Obes Surg* 2008;18:1083-1088.
- [12]Serra C, Baltasar A, Andreo L et al. Treatment of gastric leaks with coated self-expanding stents after sleeve gastrectomy. *Obes Surg* 2007;17:866-872.
- [13]Aurora AR, Khaitan L, Saber A. Sleeve gastrectomy and the risk of leak: a systematic analysis of 4.888 patientes. *Surg Endosc* 2012;26(6):1509-1515.
- [14]Eubanks S, Edwards CA, Fearing NM et al. Use of endoscopic stents to treat anastomotic complications after bariatric surgery. *J Am Coll Surg*. 2008;206 (5):935-938.

Chirurgia di Revisione

Complicanze perioperatorie nella chirurgia bariatrica primaria vs revisionale: esperienza dei primi tre anni di un Bariatric Center of Excellence-ifso eu

F. Deangelis, S. Ruscio, A. Guida, V. Mingarelli, O. Iorio, M. Avallone, A. Iossa, G. Silecchia
UOC chirurgia generale universitaria. Bariatric Center of Excellence. Polo ospedaliero integrato - ausl-icot-Latina. Facoltà di Farmacia e Medicina. "Sapienza Università di Roma"

Relatore: Francesco de Angelis

Introduzione

La finalità del presente lavoro è quella di riportare i risultati dei primi tre anni di attività del bariatric center of excellence della uoc di chirurgia generale ,attivo dal 2012 presso l'icot di latina, riguardo le complicanze perioperatorie (30 giorni) nei pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica laparoscopica primaria e revisionale.

Metodi

Dal gennaio 2012 al febbraio 2015 sono stati eseguiti 694 interventi chirurgici regolarmente registrati nel database ifso eu. Le procedure bariatriche laparoscopiche primarie sono state 585 e hanno incluso 10 gastric band (AB), 480 sleeve gastrectomy (SG) , 36 gastric by pass (RYGB), 9 plicature gastriche (P) . Nello stesso periodo sono state eseguite 50 rimozioni di bendaggio gastrico e 59 procedure revisionali . Sono state considerate, le complicanze maggiori e la mortalità a 30 giorni divisi tra procedure primarie e revisioni e la percentuale di excess weight loss ad un anno.

Risultati

Il tasso di mortalità è stato 0% , tutte le procedure sono state completate laparoscopicamente. Le complicanze maggiori negli interventi primari sono state: leak 0,51% , sanguinamento 0,68%, stenosi 0,68 % . Nelle revisioni il tasso dei leak è stato dell'4,58% , i sanguinamenti il 5,5% e le stenosi sono state il 3,38% . Il tasso di reintervento per complicanze maggiori è stato del 1,1%. Il bendaggio gastrico è stata la procedura primaria per il 72% dei casi che hanno richiesto chirurgia di revisione. La % EWL a un anno è stata del 107,02% per le primary SG e del 65,79% ($p < 0,05$) = per le SG eseguite come intervento di revisione. La % EWL a un anno dei RYGB è stato del 85% per le procedure primarie e del 79,1 per le revisioni ($p > 0,05$).

Discussione

L'esperienza del nostro centro dimostra come ci sia un trend in aumento verso l'esecuzione della SG come procedura primaria e di revisione nel trattamento dell'obesità patologica. I tassi di complicanze maggiori pressochè trascurabili nelle procedure primarie risultano significativamente maggiori negli interventi di chirurgia revisionale.

Bibliografia

- [1]Gebhart A,Young M, Phelan M, Nguyen NT.Impact of accreditation in bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis. 2014 Sep-Oct;10(5):767-73.
- [2]Kruger RS, Pricolo VE, Streeter TT, Colacchio DA, Andrade UA. A bariatric surgery center of excellence: operative trends and long-term outcomes. J Am Coll Surg. 2014, Jun;218(6):1163-74.
- [3]Fort JM, Vilallonga R, Lecube A, Gonzalez O, Caubet E, Mesa J, Armengol M.Bariatric revision. surgery outcomes in a European Centre of Excellence (CoE). Obes Surg. 2013 Aug;23(8):1324-32.

Chirurgia di revisione

Trattamento laparoscopico delle ernie incisionali e della parete addominale nei pazienti obesi. Cinque anni di esperienza

Riccardo Lorusso, Paolo Millo, Mario Nardi, Riccardo Brachet-Contul, Massimiliano Fabozzi, Antonella Usai, Elena Lale-Murix, Maurizio Roveroni, Manuela Grivon, Aurelio Gatti, Elisa Ponte, Gaia Longo, Fabio Persico, Rosaldo Allieta
Ospedale Regionale Umberto Parini, Aosta

Relatore: Elisa Ponte

Introduzione

Le esperienze maturate in questi anni hanno dimostrato come il trattamento dei laparoceli e delle ernie di parete sia, oltre che una procedura fattibile e sicura, addirittura da preferire in caso di difetti con diametro superiore ai 2 cm. Nei pazienti obesi, pazienti con un aumentato rischio di recidiva e infezione, il trattamento open riserva delle difficoltà anatomiche. Scopo del nostro lavoro è dimostrare come il trattamento laparoscopico nei pazienti obesi dia risultati soddisfacenti in termini di morbilità e recidiva.

Metodi

Da luglio 2007 a marzo 2013 abbiamo sottoposto 132 pazienti a trattamento laparoscopico di ernie della parete addominale e di laparoceli; i dati sono stati raccolti in un database prospettico; è stato possibile individuare due gruppi: pazienti con BMI > 30 (gruppo 1) e pazienti con BMI < 30 (gruppo 2). Di questi sono state analizzate le caratteristiche demografiche, l'ASA, il tipo di difetto. Il work up preoperatorio ha previsto ecografia della parete addominale o TC di parete addominale senza mdc. La tecnica operatoria è stata la medesima nei due gruppi: 1 trocar ottico (12mm), 1 trocar 12 mm, un trocar 5 mm. Trocars aggiuntivi solo di necessità; sono state utilizzate reti composite sempre posizionate con tecnica underlay e fissate con una doppia corona di tacks che dal 2009 sono sempre state riassorbibili; punti di fissaggio nel numero di 2 o 4 a seconda delle dimensioni della rete; colla quando necessità di fissaggio in zone critiche (spine iliache, arcate costali); overlap sempre almeno 4 cm. Il dolore post perioperatorio è stato valutato mediante scala VRS. Follow up ecografico ad un mese, poi telefonico a sei mesi ed i successivi annualmente.

Risultati

Dei 132 pazienti totali 73 appartengono al gruppo 1 e 59 al 2; età media per il g1 57 anni (19-79) e 59 (37-80) per il 2; il g1 era composto da 43 femmine e 30 maschi, il g2 da 29 femmine e 30 maschi; per il g1 ci sono stati 5 ASA I, 13 ASA II, 34 ASA III, 1 ASA IV; per il g2 12 ASA I, 35 ASA II, 13 ASA III. Per il g1 BMI medio 35 (30-47), per il g2 25.8 (20-29). Per il g1 ci sono stati 22 laparoceli, 5 recidive, 11 ernie epigastriche, 30 ombelicali, 15 swiss cheese defects; per il g2 18 laparoceli, 5 recidive, 9 ernie epigastriche, 15 ombelicali, 12 swiss cheese defects. Il diametro complessivo medio delle porte erniarie è stato 6.8 cm² (2-20) per il g1 e 5.4 cm² (1,5-16) per il g2. I pazienti nel post operatorio sono stati osservati con un follow up mediano di 24 mesi. Il tempo

operatorio medio è stato di 82 min (30-190) per il g1 e 75 min (33-180) per il g2. Il dolore post operatorio (VRS) per il g1 è stato assente in 16 casi, lieve in 42 e moderato in 15; per il g2 assente in 12 casi, lieve in 33, moderato in 14. Un solo caso di complicanza intraoperatoria nel g1 da sanguinamento da passaggio di punto trasfisso. C'è stata la necessità di 3 conversioni nel g1 per aderenze. Nel g1 c'è stata una morbidità del 15% così suddivisa: 9 sieromi, 1 ematoma, 1 dolore acuto post operatorio; nel g2 invece del 22% per 7 sieromi, 4 ematomi, 1 ileo post operatorio, 1 fibrillazione atriale. Il tasso di recidiva è stato dell'11% per il g1 (8 pz) e dell'10% per il g2 (6pz).

Discussione

Il trattamento laparoscopico delle ernie parete e dei laparoceli nei pazienti obesi si è dimostrato sicuro in termini di morbidità e recidive, con risultati non difforni rispetto ai pazienti normopeso.

Chirurgia di revisione

Trattamento conservativo della deiscenza anastomotica gastro-digiunale dopo By-pass Gastrico su Nissen per necrosi parziale della tasca gastrica

L. Morini¹, I. Macaione¹, S. Martorana¹, G. Guercio¹, S. Peralta², G. Cocorullo², G. Genovese², F. Conte², G. Pantuso¹

¹*U.O.C. Di Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico A.O.U.P. Paolo Giaccone, Palermo*

²*Scuola di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione – Palermo*

Relatore: Morini Lorenzo

Introduzione

Background: L'intervento di bypass gastrico videolaparoscopico è attualmente l'intervento di chirurgia bariatrica più diffuso. Una possibile complicanza del BG è la deiscenza dell'anastomosi gastro-digiunale (1.5% - 6%). Più frequentemente si verifica nella prima settimana dopo la chirurgia e se non diagnosticato in tempo può essere associata ad una percentuale di mortalità del 15 %. Presentiamo il caso di un nostro paziente con obesità patologica sottoposto precedentemente a plastica antireflusso secondo Nissen che ha sviluppato una deiscenza dell'anastomosi gastro-digiunale. In letteratura non sono presenti riferimenti in merito.

Metodi

Materiali e metodi: presso il nostro centro sono stati eseguiti 148 interventi di By-Pass Gastrico tra il Gennaio 2002 e il Febbraio 2015 con un tasso di deiscenza anastomotica del 2% (3 casi). I dati dei nostri pazienti sono stati inseriti prospetticamente in un Database e successivamente si è provveduto ad una valutazione retrospettiva dei dati acquisiti. Nella nostra esperienza si è verificata in due casi la deiscenza precoce dell'anastomosi gastro-digiunale, guarita in ambedue i casi rispettivamente in XIV-XVIII GPO con terapia conservativa (digiuno in NPT, antibioticoterapia ev, I.P.P. ev e il mantenimento del drenaggio chirurgico). Una terza deiscenza precoce si verificava in un paziente di sesso maschile di 53 anni dopo B.G. VLS (BMI di 47, associato a diverse comorbidità BPCO, DM II, ipertensione arteriosa, OSAS). Questi era già stato sottoposto a jato plastia e funduplicatio sec. Nissen. Importanti step della procedura chirurgica sono stati lisi di tutte le aderenze visceroparietali e visceroviscerali tra lo stomaco, l'omento ed il lobo sinistro del fegato e tentativo infruttuoso di smantellamento della plastica antireflusso. Per cui si è proceduto alla creazione di una tasca gastrica a circa 8 cm dalla giunzione esofago-gastrica, risparmiando la plastica antireflusso.

Risultati

In II GPO in seguito ad RX con gastrografin che non mostrava spandimenti di mdc, iniziava idratazione per os. In III GPO iniziava alimentazione semiliquida per os. In IV GPO il paziente riferiva dolori addominali diffusi; erano presenti febbre (> 39 C°) e tachicardia; agli esami di laboratorio si evidenziava un aumento dei WBC ($12 \times 10^3/\mu\text{L}$) e della PCR (27 mg/dl). Il paziente veniva pertanto sottoposto a TC addome con e senza mdc che metteva in evidenza: "discreta quota

di aria libera in sede sovramesocolica, maggiormente localizzata in corrispondenza dell'anastomosi chirurgica gastro-digiunale[...] dopo somministrazione di mdc per os, si visualizza spandimento dello stesso nel contesto dell'adipe perianastomotico come da verosimile deiscenza anastomotica". In considerazione del reperto TC si instaurava terapia antibiotica e gastroprotettiva ev e NPT e si metteva a digiuno il paziente. In V GPO si posizionava drenaggio percutaneo TC guidato e in XL GPO, previa EGDS che metteva in evidenza un' estesa regione necrotica parietale della tasca gastrica sul versante splenico. Nella stessa occasione veniva posizionata endoprotesi metallica completamente ricoperta (NiTi-S Esophageal stent full covered 22 Fr 24 mm x 20cm). In XLII si dimetteva con dieta semiliquida iperproteica. In LXXXV GPO veniva poi rimosso il drenaggio percutaneo. In LXXXIX GPO il paziente si ricoverava per comparsa di nausea e vomito post-prandiale e dolore addominale.

Discussione

Conclusioni: come confermato dai dati della letteratura il bypass gastrico eseguito dopo chirurgia antireflusso è una procedura tecnicamente più difficile con una alta morbilità, ma è fattibile ed efficace per il trattamento delle recidive di GERD nei pazienti obesi, con associato il vantaggio della perdita di peso ed il miglioramento delle co-morbilità. La nostra esperienza depone per l'esigenza imperativa dello smantellamento propedeutico della plastica antireflusso. Inoltre si evince come il trattamento conservativo delle deiscenze dell'anastomosi gastro-digiunale (digiuno in NPT, la terapia antibiotica e gastroprotettiva ev, il drenaggio percutaneo in caso di raccolta addominale e la terapia endoscopica con l'utilizzo di stent che permette la precoce alimentazione per os) rappresenta l'opzione terapeutica più efficace, in alternativa ad interventi demolitivi.

Chirurgia di revisione

Ridimensionamento della pouch gastrica per inadeguato calo ponderale dopo Single Anastomosis Gastric Bypass

Luigi Piazza, Carla Di Stefano, Francesco Ferrara, Angelo Bellia, Giovanni Lo Giudice
U.O di Chirurgia Generale, d'Urgenza e Metabolica, Azienda Ospedaliera di Rilievo Internazionale ed Alta Specializzazione, Garibaldi

Relatore: Luigi Piazza

Introduzione

Il re-incremento ponderale dovuto alla dilatazione della pouch gastrica è una delle complicanze a lungo termine che più frequentemente si osservano dopo Roux-en Y gastric Bypass (RYGB). Gli studi a lungo termine del Single Anastomosis Gastric Bypass (SAGB), disponibili solo di recente, registrano una percentuale, per questa procedura, dello 0.4%.

Rifacendoci all'efficacia e sicurezza del ridimensionamento laparoscopico della pouch gastrica in caso di weight regain dopo RYGB, abbiamo adottato tale procedura per i due casi di re-incremento ponderale dopo SAGB che si sono verificati nella nostra serie.

Metodi

Dal Settembre 2006 al Novembre 2014 sono stati eseguiti presso il reparto di Chirurgia Generale, d'Urgenza e Metabolica ARNAS Garibaldi (Catania) 500 SAGB. In un caso abbiamo osservato il riscontro radiologico ed endoscopico della dilatazione della pouch gastrica, nell'ambito dei 2 pazienti (0.2%) che hanno riportato un re-incremento ponderale. Il secondo caso invece presentava una fistola-gastro-gastrica. Abbiamo quindi raccolto i dati relativi alle procedure revisionali laparoscopiche, nonché quelli relativi all'andamento del BMI e del EWL %.

Risultati

Le procedure revisionali sono state iniziate e completate in laparoscopia in un tempo medio di 90 minuti. Abbiamo usato una tecnica a 5 porte previo accesso con trocar ottico. Si è resa necessaria una notevole adesiolisi tra fegato e pouch gastrica prima del riconfezionamento della nuova pouch. Il volume del "neo stomaco" è stato così riportato a 60 ml, utilizzando come guida una sonda esofagea di 36 F introdotta dall'anestesista. Il re-stapling è stato eseguito usando una suturatrice lineare 60mm carica viola. A 24 mesi il BMI del paziente è stato di 30.3 kg/m² con una EWL% dell'80%.

Discussione

Il ridimensionamento revisionale laparoscopico della pouch gastrica, che ha già fornito buoni risultati in letteratura per il re-incremento ponderale post RYGB, appare fattibile, sicuro ed efficace anche per il SAGB. Studi con follow-up a lungo termine e su grandi numeri di pazienti sono comunque necessari per conferire forza scientifica a questa nostra prima esperienza.

Bibliografia

- [1] Chang SH, Stoll CR, Song J, et al. The effectiveness and risk of bariatric surgery: an update systematic review and meta-analysis, 2003–2012. *JAMA Surg.* 2014;149:275–87.
- [2] Himpens J, Verbrugghe A, Cadière GB, et al. Long-term results of laparoscopic Roux-en-Y Gastric bypass: evaluation after 9 years. *Obes Surg.* 2012;22:1586–93.
- [3] Shimizu H, Annaberdyev S, Motmarry I, et al. Revisional bariatric surgery for unsuccessful weight loss and complications. *Obes Surg.* 2013;23:1766–73.
- [4] Gagner M, Gentileschi P, De Csepe J, et al. Laparoscopic reoperative bariatric surgery: experience from 27 consecutive patients. *Obes Surg.* 2002;12:254–60.

Chirurgia di revisione

By pass gastrico complicato da ernia interna durante la gravidanza

G. Longo, P. Millo, M. Fabozzi, R. Brachet Contul, M. Grivon, A. Usai, R. Lorusso, M.J. Nardi, A. Margara, P. Bocchia, E. Ponte, R. Allieta

Ospedale Regionale Umberto Parini, Aosta

Relatore: Gaia Longo

Introduzione

L'obesità patologica è una condizione molto diffusa nei paesi occidentali. La maggior parte dei pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica sono donne in età fertile. Il by pass gastrico (BPG) laparoscopico è uno degli interventi bariatrici più diffusi. Una delle maggiori complicanze a seguito del BPG è l'ernia interna (incidenza 3-15%), ovvero l'erniazione intestinale attraverso lo spazio del Petersen oppure attraverso la breccia intermesenterica. La chiusura dei difetti mesenterici sembrerebbe ridurre l'incidenza delle ernie interne. La gravidanza, al contrario, rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di erniazione viscerale a causa dell'incremento volumetrico dell'utero e della conseguente modificazione delle pressioni intraddominali.

Metodi

Nel nostro centro sono stati effettuati 453 BPG dall' Ottobre 2000 al Dicembre 2014, di cui il 78% erano donne con un'età media di 41.5 anni (range 20-65 anni). L'incidenza di ernie interne è stata del 5.7% (26 pazienti). Il numero totale di gravidanze è stato 14 in 13 pazienti (2.9%) con un'incidenza di ernie interne del 15.4% (2 pazienti, alla 16 e 27 settimana di gestazione, rispettivamente). In entrambi i casi si è deciso di procedere ad una laparoscopia esplorativa nel forte sospetto clinico di erniazione viscerale. In nessun caso è stata eseguita una TC preoperatoria.

Risultati

In entrambi i casi è stata confermata intraoperatoriamente l'ernia interna e il decorso postoperatorio è stato regolare. Le gravidanze sono state portate a termine senza conseguenze negative né per la madre né per il feto.

Discussione

In letteratura sono riportati diversi casi di gravidanze in pazienti sottoposte in precedenza a BPG complicate da ernie interne, in alcuni casi risolti chirurgicamente, altri ad esito infausto per l'insorgenza di ischemia intestinale conseguente ad un ritardo diagnostico. La sintomatologia comprende dolori addominali, in alcuni casi nausea e vomito, tutti sintomi che possono associarsi alla gravidanza, ritardando la diagnosi di ernia interna. La gravidanza incrementa il rischio di erniazione interna e rende estremamente difficoltoso effettuare una diagnosi preoperatoria senza sottoporre madre e feto ad alcun rischio. Il confezionamento di BPG antecolicco e la chiusura dei difetti mesenterici sembrerebbero ridurre l'incidenza di questa complicanza. La laparoscopia

esplorativa in casi selezionati e in centri specializzati in chirurgia bariatrica può essere considerata una procedura diagnostico-terapeutica.

Chirurgia di revisione

Redo Surgery: case report - LAGB su RYGBP. Implicazioni psicologiche

M. Basta¹, U. Rivolta², G. Soliman², M. Serbelloni², F. Torretta², G. Sarro³

¹*Psicologo Psicoterapeuta, Magenta-Abbiategrasso*

²*AO Ospedale di Legnano – Presidio Ospedaliero di Magenta/Abbiategrasso, Centro di Chirurgia dell'Obesità*

³*Responsabile AO Ospedale di Legnano – Presidio Ospedaliero di Magenta/Abbiategrasso, Centro di Chirurgia dell'Obesità*

Relatore: Monica Basta

Introduzione

La redo surgery è oggi una realtà in aumento, collegata all'avanzamento delle procedure chirurgiche e alla ormai lunga attuazione, nel corso degli anni, degli interventi di chirurgia bariatrica. È programmata quando i precedenti interventi bariatrici hanno portato ad un fallimento oppure a delle complicanze.

Metodi

In questo lavoro viene presentato un caso clinico di LAGB su RYGBP. Una paziente di anni 50 con BMI di 35.5, dopo valutazione specialistica multidisciplinare viene sottoposta a bendaggio gastrico su RYGBP. In anamnesi la paziente è sieropositiva per HIV e ha una recente diagnosi di Morbo di Parkinson giovanile.

Risultati

Nel lavoro vengono riportate le analisi del fallimento: chirurgico, nutrizionale e psicologico. Inoltre vi è una revisione della letteratura sul Gastric Banding come intervento revisionale, in particolare dal punto di vista delle implicazioni psicologiche.

Discussione

L'approccio e la gestione multidisciplinare dell'èquipe bariatrica diventa il fattore determinante nella gestione dei fallimenti, poiché nella maggior parte dei casi essi sono dovuti a possibili complicanze post-operatorie, incapacità del paziente ad aderire alle prescrizioni, scarsa compliance, comparsa di disturbi psichiatrici, valutazione pre-operatoria non adeguata. La chirurgia revisionale deve essere riservata a centri con elevata esperienza, dopo attenta valutazione multidisciplinare in particolare dal punto di vista psicologico.

Chirurgia di revisione

Colelitiasi dopo bypass bilio-intestinaleValerio Panizzo¹, Michele Marini², Michele Ballabio², Beatrice Lessona¹, Contardo Vergani^{3,4}, Giancarlo Micheletto^{1,3}¹*INCO-Unità Operativa di Chirurgia Generale Istituto Clinico Sant'Ambrogio, Milano*²*Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale Università degli Studi di Milano*³*Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti Università degli Studi di Milano*⁴*UOSD Day/week Surgery Ospedale Maggiore Policlinico Fondazione IRCCS Cà Granda, Milano***Relatore: Valerio Panizzo****Introduzione**

La colelitiasi successiva ad intervento chirurgico bariatrico di bypass bilio-intestinale è legata ad un aumento dell'indice di litogenicità dopo il bypass intestinale, già più elevato rispetto al normale nel soggetto obeso ed è strettamente correlata ad un calo ponderale maggiore del 25% rispetto al peso preoperatorio, come hanno dimostrato Li e coll^[1]. La colelitiasi è prevenibile eseguendo una colecistodigiunostomia la più ampia possibile con suturatrice lineare 45-60 mm. E' ipotizzabile che una modesta stenosi dell'anastomosi e la presenza di graffette metalliche o di suture non assorbibili possano costituire fattori predisponenti alla formazione dei calcoli biliari. La colelitiasi può essere trattata con metodi conservativi (terapia dissolvente con acidi biliari), in realtà con scarsi risultati; nel 2/3 dei casi è stata riscontrata in associazione ad una stenosi della colecisti-digiuno-anastomosi e pertanto è stata trattata chirurgicamente con rimozione dei calcoli e riconfezionamento di un'anastomosi più ampia.

Metodi

91 pazienti (69 femmine e 22 maschi) sottoposti a confezionamento di bypass bilio-intestinale dal 1998 al 2011 presso l'UOC di Chirurgia Generale dell'Istituto Clinico Sant'Ambrogio di Milano; età media 41.4 anni; peso medio preoperatorio kg 122.3; BMI medio: 43.8 kg/m²; %EW medio 104%. 36 pazienti operati con accesso laparotomico mediano, 55 soggetti operati in laparoscopia utilizzando 5 trocar. Digiuno sezionato a 30 cm dal Treitz con stapler lineare ed anastomosi colecisto-digiunale confezionata con stapler circolare in open e lineare in laparoscopia; anastomosi L-L digiuno-ileale a 15 cm dalla valvola ileo-ciecale, confezionando un sistema antireflusso. Dopo l'intervento chirurgico vengono consigliate norme dietetiche-comportamentali e una terapia sostitutiva. Follow-up mensile per il primo anno ed in seguito annualmente (visita clinica e controlli ematochimici ed ecografici). Follow-up medio 7 anni (4-16).

Risultati

L'incidenza della colelitiasi nel gruppo di pazienti analizzati e seguiti a lungo dopo l'intervento è risultata pari al 4.4% (4 pazienti). In tre soggetti la colelitiasi era associata a sintomi correlabili ad una contaminazione batterica dell'ansa esclusa (coliche addominali gassose, poliartralgie migranti)

presumibilmente associata ad una stenosi dell'anastomosi colecisto-digiunale. Quando la colelitiasi è risultata sintomatica abbiamo sottoposto i pazienti in laparoscopia a rimozione dei calcoli e a riconfezionamento con sutura manuale in duplice strato in allargamento con filo a lento riassorbimento dell'anastomosi colecisto-digiunale. Il decorso post-operatorio è risultato sempre buono e i pazienti hanno riferito una regressione della sintomatologia da proliferazione batterica.

Discussione

La formazione di calcoli in colecisti può portare anche allo sviluppo di un ileo biliare come abbiamo riscontrato in 2 casi nella nostra esperienza^[2]. L'intervento di colecistectomia trasformerebbe il bypass bilio-intestinale in un bypass digiuno-ileale le cui potenziali sequele negative sono a tutti ben note. Riteniamo pertanto che l'atto chirurgico più indicato sia per via laparoscopica la rimozione dei calcoli e il riconfezionamento dell'anastomosi colecisto-digiunale con sutura manuale a lento riassorbimento.

Bibliografia

^[1]Li VKM, Pulido N, Fajnwaks P, et al. Predictors of gallstone formation after bariatric surgery: a multivariate analysis of risk factors comparing gastric bypass, gastric banding, and sleeve gastrectomy. Surg Endosc 2009;23:1640-4.

^[2]Micheletto G, Danelli P, Morandi A, et al. Gallstone ileus after biliointestinal bypass : report of two cases. J Gastrointest Surg 2013;17:2162-5.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente bariatrico

Coordinamento del PDTA ospedaliero/territoriale di chirurgia bariatrica: l'esperienza della Fondazione I.R.C.C.S Policlinico San Matteo di Pavia

Eugenia Pellegrino

Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo di Pavia

Relatore: Eugenia Pellegrino

Introduzione

Il trattamento chirurgico dell'obesità presso la Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo di Pavia risale al novembre 2011, esperienza di un piccolo team chirurgico e anestesilogico che si dedicò ai primi due interventi di By pass e diede contemporaneamente l'avvio alla creazione di un PDTA di chirurgia bariatrica sulla base di linee guida S.I.C.O.B. e del Centro di riferimento Pisano condotto dal Professor Anselmino. L'aumento progressivo delle richieste di trattamento sempre maggiore e la disponibilità di alcune figure professionali portò all'attivazione di un team multidisciplinare e dal 1 agosto 2014 alla nomina di una figura di Coordinatore Case Manager coinvolta interamente sul PDTA dei pazienti bariatrici come riferimento unico dalla presa in carico al follow up nei vari setting di cura: ambulatorio, degenza e sala operatoria. IL PDTA iniziale si articolò in vari step sulla base di alcuni criteri: provenienza dei pazienti, complessità di cura, condizioni socio economiche e agli aspetti culturali fino ad avere le caratteristiche di veri piani cura e di assistenza multidisciplinare volti al miglioramento dei processi di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Metodi

Attraverso la revisione della letteratura e l'analisi delle criticità emerse dal 2011 ad oggi sono stati creati percorsi formativi in cui la diretta osservazione e/o partecipazione dell'attività (Istituto Clinico Sant Ambrogio di Milano, AO Padova) in altri centri di riferimento hanno alimentato maggiori competenze nella gestione di un PDTA di chirurgia bariatrica.

Risultati

I risultati ottenuti dall'implementazione di un nuovo modello di coordinamento al case management ha evidenziato i seguenti punti di forza: aumento della casistica, monitoraggio costante in relazione ai bisogni manifestati dai pazienti lungo tutto il percorso e maggiore sinergia nella gestione dei percorsi da parte di tutto il team. I punti di debolezza sono riscontrabili nella conoscenza delle problematiche a lungo termine, adeguatezza degli spazi individuati e della rete assistenziale sul territorio. La creazione del PDTA di riferimento verrà quindi ultimata con l'inserimento di tutte le figure dedicate alla specialità chirurgica.

Discussione

La formazione e la definizione del team multidisciplinare potranno completare parte dei requisiti delineati dalla Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche per l'attivazione di un centro di riferimento.

Bibliografia

[1] Dionigi R. Chirurgia. Basi teoriche e Chirurgia Generale. Edizione 2011, Edra Masson. L. T. DeWind, J. H. Payne. Intestinal Bypass Surgery for Morbid Obesity. Long-Term Results. JAMA. 1976; 236(20):2298-2301.

[2] Gastrointestinal surgery for severe obesity. NIH Consensus Statement Online 1991 Mar 25-27;9:1-20.

[3] M. Fried, V. Hainer, A. Basdevant, H. Buchwald, M. Deitel, N. Finer, J. W. M. Greve, F. Horber, E. Mathus-Vliegen, N. Scopinaro, R. Steffen, C. Tsigos, R. Weiner, K. Widhalm Inter-disciplinary European guidelines on surgery of severe obesity. International Journal of Obesity (2007) 31, 569–577. <http://www.quadernidellasalute.it/>

[4] <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-14-articolo-176.htm>

[5] <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1765797>

[6] <http://www.aicoitalia.it/news.aspx?id=488>

[7] http://www.sicob.org/00_materiali/Consensus%20SIO_SISDCA_%20EWD_2010.pdf

[8] http://www.sicob.org/00_materiali/attivita_linee_guida.pdf

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente bariatrico

Correlazione tra grado di steatosi, comorbidità metaboliche e tempo operatorio nel bypass gastrico su ansa ad Y

Leuratti Luca¹, Giovanni Quartararo¹, Facchiano Enrico¹, Marco Veltri¹, Alessandro Sturiale¹, Beltrame Benedetta¹, Pavoni Vittorio², Lucchese Marcello¹

¹Chirurgia Bariatrica Ospedale Santa Maria Nuova Firenze

²Anestesia e Rianimazione Ospedale Santa Maria Nuova Firenze

Relatore: Luca Leuratti

Introduzione

Il riconoscimento di elementi in grado di predire il grado di difficoltà operatoria in chirurgia bariatrica può migliorare sensibilmente la sicurezza del paziente. Storicamente, l'elevato BMI, il grado di steatosi epatica e le comorbidità metaboliche sono state associate a maggiore difficoltà tecnica e a maggior rischio per il paziente. Scopo della ricerca è verificare la correlazione tra grado di steatosi epatica, presenza di comorbidità e grado di obesità, e l'impatto di queste variabili sul tempo operatorio del Bypass gastrico su ansa a Y in un singolo centro.

Metodi

E' stata analizzata retrospettivamente la popolazione sottoposta a bypass gastrico su ansa ad Y presso il nostro centro nel periodo Gennaio 2014-Dicembre 2014, per un totale di 74 pazienti, di cui 17 maschi (22,9%) e 54 femmine (73%). L'età media era $46\pm 7,0$ anni e il BMI iniziale $46,8\pm 0,2$ (Eccesso di peso medio $87,3\pm 1,0$ %). L'ASA preoperatorio riportato era 2 in 43 casi (78,2%) e 3 in 12 casi (21,8%). Il tempo operatorio medio è stato $112,5\pm 23,0$ minuti. A tutti i pazienti in corso di intervento era stata eseguita una biopsia epatica (indipendentemente dal reperto macroscopico), risultando negativa per steatosi in 2 casi (2,7%). La valutazione anatomo-patologica è stata affidata al medesimo laboratorio che si è basato sulla classificazione di Brunt et al. per la stadiazione della epatosteatosi, del grado di necrosi, di infiammazione e di fibrosi. Sono stati individuati ed analizzati 4 gruppi:

- 1) pazienti con diabete mellito conclamato al momento del ricovero,
- 2) pazienti non diabetici,
- 3) pazienti con BMI>45,
- 4) pazienti con grado di steatosi >3.

Di quest'ultimo gruppo sono stati individuati due ulteriori sottogruppi:

- A) pazienti che presentavano comorbidità metaboliche (diabete ipertensione e dislipidemia)
- B) pazienti senza comorbidità associate.

Di ognuno di questi gruppi è stata valutata l'età media, il BMI iniziale, l'eccesso di peso in percentuale (EBW%), l'ASA, le comorbidità associate e il tempo operatorio medio. E' stata quindi condotta un'analisi statistica univariata (mediate test T di student e chi quadrato a seconda della variabile analizzata) tra gruppi 1 e 2, tra gruppi 1 e 3, e tra sottogruppi A e B. Un'ulteriore analisi multivariata è stata condotta considerando tutte le variabili in studio.

Risultati

Non sono state riscontrate differenze significative confrontando gruppo 1 (pazienti diabetici) e gruppo 3 (BMI>45), in termini di ASA e tempo operatorio che in entrambi i casi è risultato significativamente più basso del gruppo 2 (pazienti non diabetici) con P=0.012. La prevalenza di steatosi è risultata paragonabile in tutti i gruppi, ma con grado maggiore nei gruppi 1 e 3 (P<0.05). Analizzando i sottogruppi A e B sono stati registrati tempi operatori significativamente minori nel gruppo B (presenza di comorbidità) (P=0.013) nonostante questo gruppo presentasse un BMI e un EBW% significativamente maggiore (P<0.01).

Discussione

I dati raccolti, seppur su un numero di casi esiguo per trarre linee guida applicabili nella pratica clinica, suggeriscono la necessità di individuare elementi diversi dal solo peso e BMI preoperatorio per ottenere una stima della difficoltà tecnica e dei tempi operatori di un Bypass gastrico su ansa alla Roux

Bibliografia

- [1]Subichin M, Clanton J, Makuszewski M, et al. Liver disease in the morbidly obese: a review of 1000 consecutive patients undergoing weight loss surgery.Surg Obes Relat Dis. 2015;11(1):137-41
- [2]Tao W, Plecka-Östlund M, Lu Y, et al. Causes and risk factors for mortality within 1 year after obesity surgery in a population-based cohort study.Surg Obes Relat Dis. 2014 Sep 6. pii: S1550-7289(14)00335-9. doi: 10.1016/j.soard.2014.08.015.
- [3]Arterburn D, Johnson ES, Butler MG,et al. Predicting 90-day mortality after bariatric surgery: an independent, external validation of the OS-MRS prognostic risk score. Surg Obes Relat Dis. 2014;10(5):774-9.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente bariatrico

Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale nel paziente obeso: analisi del progetto S.O.S. nell'ambito dell'ASL 5 spezzino

Claudio Bianchi¹, Maria Di Martino², Ilaria Ricco³, Mario Cappagli⁴, Rita Rossi⁵, Elisa Simonini⁶, Gabriella Lenzi³, Stefano Berti⁷

¹*Responsabile SS chirurgia bariatrica e laparoscopica avanzata*

²*SS chirurgia bariatrica e laparoscopica avanzata*

³*Università degli studi di Pisa SC Endocrinologia Ospedale Cisanello Pisa*

⁴*SSD Endocrinologia*

⁵*SC Psicologia/ SC Psichiatria*

⁶*Servizio Dietisti ASL 5*

⁷*SC Chirurgia Generale Osp S Andrea La Spezia*

Relatore: Claudio Bianchi

Introduzione

L'Obesità è in allarmante aumento in tutto il mondo, tanto da assumere i caratteri di una epidemia globale, definita "globesity", con oltre 1 miliardo della popolazione mondiale che risulta in soprappeso e circa 300 milioni di persone francamente obese. Le varie Società scientifiche e, in particolare la SICOB (Società Italiana della Chirurgia dell'OBesita e delle malattie metaboliche), ritengono che la Chirurgia bariatrica debba essere svolta in Centri a carattere multidisciplinare, con la presenza effettiva di un team interdisciplinare comprendente un chirurgo generale con esperienza documentata di chirurgia bariatrica, nutrizionista/dietista; endocrinologo, psichiatra/psicologo; chirurgo plastico; endoscopista/gastroenterologo).

Metodi

Nell'ambito dell'ASL 5 Spezzino, la Chirurgia Bariatrica è iniziata ad essere svolta presso la SC Chirurgia Generale di La Spezia nel gennaio 2006, con numero di intervento e procedure in costante aumento negli anni. Allo scopo di interpretare al meglio le attuali Linee Guida di riferimento e di attenersi a quanto riportato riguardo alla creazione di Centri di riferimento di primo livello, quale può essere definito il nostro è stato definito un corretto percorso clinico assistenziale per il paziente obeso candidato alla chirurgia bariatrica ed un progetto in collaborazione con la SSD di Endocrinologia e L'università degli studi di Pisa denominato S.O.S. (Spezia contro l'obesità e il sovrappeso). L'obiettivo finale è la creazione di un PDTA che, integrando le competenze di tutti gli specialisti, offra al paziente un percorso diagnostico e terapeutico, lineare e condiviso in tutte le sue parti, che riconosca, aggreghi e coordini l'impegno di tante professionalità e che ancor più caratterizzi l'ASL5 come riferimento terapeutico e scientifico di questa patologia, indirizzando tutti i pazienti al Centro dell'Obesità in modo che gli accertamenti siano eseguiti in maniera logica e sequenziale, evitando inutili ripetizioni di esami, passaggi da uno specialista da un altro, perdite di tempo ed aggravii di spesa per il paziente e spreco di risorse per l'ospedale e costruendo un percorso integrato di valutazione clinica e strumentale alla fine del quale una valutazione collegiale possa indirizzare il paziente alla migliore delle opzioni terapeutiche possibili. Il paziente afferirà

direttamente al Centro inviato dal MMG o da altri reparti per valutazione specialistica, per una prima valutazione clinico-internistica comprendente: valutazione endocrino-metabolica, esame obiettivo e misurazione dei parametri antropometrici, ricerca di co-morbidità, somministrazione dei test psicologici; valutazione nutrizionale. Successivamente a questa prima valutazione, il paziente verrà inserito nel percorso multidisciplinare dove effettuerà anche la valutazione chirurgica bariatrica con illustrazione delle principali opzioni terapeutiche ed Indicazione al tipo di procedura chirurgica da eseguirsi. per eventuale indicazione al trattamento chirurgico. Al termine del percorso, l'opzione terapeutica chirurgica e il tipo di procedura chirurgica verranno discussi in maniera collegiale dai vari componenti del Team multidisciplinare, attraverso la costituzione di un Disease Management Team (DMT), al fine di confermare quanto inizialmente proposto o di modificare la strategia chirurgica in relazione alle valutazioni effettuate durante il percorso. In caso di riscontro di non idoneità anche temporanea all'intervento chirurgico a seguito del riscontro di gravi disordini psicologici/psichiatrici tali da controindicare una procedura chirurgica, il paziente uscirà dal percorso, per una più approfondita gestione psichiatrica da parte dei Servizi territoriali di Salute Mentale a discrezione del consulente psicologo/psichiatra del team.

Risultati

Negli anni di attività del centro multidisciplinare presso l'ASL5 spezzino sono stati valutati oltre 400 pazienti obesi e di questi, 260 sono stati sottoposti ad intervento chirurgico bariatrico. A partire dal gennaio 2015, con l'Istituzione del progetto S.O.S. sono già stati valutati 28 pazienti e di questi, 15 sono stati giudicati idonei ad una procedura chirurgica e tutt'ora in lista di attesa per intervento. Nell'ambito del progetto S.O.S., i pazienti eleggibili per la terapia medica sono valutati per un un sostegno psicologico, un trattamento dietetico-comportamentale, una terapia farmacologia, un trattamento endoscopico (pallone intragastrico), un aiuto per la modifica del proprio stile di vita, incontri programmati di scambio delle esperienze.

Discussione

Il PDTA multidisciplinare nasce con lo scopo di determinare un percorso integrato di valutazione clinica e strumentale e di ottenere una valutazione finale collegiale utile per il paziente obeso candidato ad una procedura bariatrica o candidato ad un supporto medico-psicologico-comportamentale, rappresentando il presupposto per un aumento delle procedure chirurgiche ed una riduzione delle fughe extraregionali, con un recupero di pazienti migrati verso le regioni a maggiore attrattiva chirurgica.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente bariatrico

Palloni endogastrici in day-surgery (BIB): nuovo protocollo di gestione, risultati a un anno

Badiali Sara, Granelli Paola, De Ruberto Fausto, Albani Francesca, Mozzi Enrico

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

UOC di chirurgia generale e d'urgenza, Università degli Studi di Milano, Dipartimento di fisiopatologia medico-chirurgica e dei trapianti

Relatore: Sara Badiali

Introduzione

I palloni endogastrici (BIB) vengono frequentemente usati nei Centri di chirurgia bariatrica allo scopo di ottenere un temporaneo calo ponderale. La metodica tradizionale di posizionamento dei BIB richiede solitamente un ricovero ospedaliero di due-tre giorni, con somministrazione di supporto parenterale per evitare lo squilibrio idroelettrolitico conseguente al vomito ripetuto. Presso il Centro di chirurgia bariatrica del Policlinico di Milano sono stati posizionati 660 palloni endogastrici seguendo questa metodica. Un nuovo protocollo, che prevede il solo trattamento orale, può consentire di inserire il BIB in regime di day-hospital.

Riportiamo la nostra esperienza e i risultati a un anno.

Metodi

Il protocollo prevede la somministrazione di sola dieta idrica con supplementazione di potassio, associata a trattamento orale con antispastici, antiemetici e benzodiazepine, a dosi e orari prefissati, evitando la terapia parenterale. Da gennaio 2014 al gennaio 2015 sono stati posizionati seguendo questo protocollo 40 BIB, di cui 31 nuovi posizionamenti e 9 posizionamenti di un secondo BIB, effettuati contestualmente alla rimozione del precedente. 32 pazienti, considerati dimissibili in prima giornata, son stati mantenuti ricoverati per 2-4 giorni per monitorare l'efficacia del trattamento. 4 pazienti sono stati dimessi in prima giornata, 4 pazienti hanno richiesto trattamento parenterale. Nei pazienti ricoverati è stato effettuato il dosaggio degli elettroliti plasmatici in 1°-2° giornata.

Risultati

36 pazienti su 40 hanno completato il protocollo di posizionamento del BIB senza necessità di supporto parenterale. 4 pazienti hanno richiesto la conversione a trattamento parenterale per vomito incoercibile. Il dosaggio degli elettroliti dopo posizionamento non è mai risultato alterato. Tre pazienti hanno rimosso anticipatamente il BIB, due tra la 10°-15° giornata e uno dopo tre mesi. Gli altri pazienti hanno completato il trattamento rimuovendo il BIB dopo sei mesi. La % EWL è stata di 30.08 ± 14.97 .

Discussione

Il nuovo trattamento farmacologico orale associato a dieta liquida ha consentito di evitare la necessità di supporto parenterale nel 90% dei casi, evitando l'insorgenza di squilibri idroelettrolitici da vomito persistente. Ciò potrebbe consentire nella maggior parte dei pazienti la gestione del BIB in day-hospital o overnight, riducendo i costi di degenza. Poiché le riammissioni in reparto avvengono solitamente entro i primi 10-15 giorni potrebbe essere indicato prevedere per questo periodo un monitoraggio telefonico del paziente.

Bibliografia

^[1]Safety and effectiveness of the intragastric balloon for obesity. A meta-analysis. Imaz I, Martínez-Cervell C, García-Alvarez EE, Sendra-Gutiérrez JM, González-Enríquez J. *Obes Surg.* 2008 Jul;18(7):841-6. doi: 10.1007/s11695-007-9331-8.

^[2]Intragastric balloon for obesity treatment: results of a multicentric evaluation for balloons left in place for more than 6 months. Alfredo G, Roberta M, Francesca F, Massimiliano C, Pietro F, Daniela DP, Francesco F, Giancarlo M, Franco C, Paola G, Maurizio Z, Michele L, Giorgio DR, Domenico G, Adriano R. *Surg Endosc.* 2014 Dec 6.

^[3]The BIB intragastric balloon. Micheletto G, Perrini MN, Occhipinti V, Ruggiero B, Fichera G, Di Prisco F, Zappa MA, Caccialanza R, Doldi SB. *Ann Ital Chir.* 2006 Jul-Aug;77(4):305-8.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente bariatrico

Versione italiana della boston interview for bariatric surgery: uno strumento per la valutazione psicologica dei pazienti candidati all'intervento di chirurgia bariatrica

Maria Incoronata Trecca, Marina Angela Visco, Leopoldo Vitagliano, Marta Zambelli

Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Associazione Prospettiva Psi, Roma

Relatore: Leopoldo Vitagliano

Introduzione

La Boston Interview for Bariatric Surgery (S. Sogg, L. Mori, 2008) - versione rivista e aggiornata della Boston Interview for Gastric Bypass (Sogg e Mori, 2004) - è un'intervista semistrutturata per la valutazione psicologica dei pazienti candidati all'intervento di chirurgia bariatrica. Essa è stata ideata allo scopo di superare il problema dei differenti tipi di valutazione condotti in contesti diversi, nel tentativo di fornire una modalità condivisa di lavoro che permetta ai clinici di raccogliere informazioni coerenti e confrontabili sui fattori psicologici che condizionano l'outcome dell'intervento. L'intervista indaga caratteristiche della personalità, attitudini psicologiche e modalità di comportamento dei pazienti, raccogliendo informazioni in 7 aree:

- 1) storia del peso, delle diete e della nutrizione;
- 2) comportamenti alimentari attuali;
- 3) storia medica;
- 4) capacità di comprensione delle varie procedure chirurgiche, dei rischi e del regime post-chirurgico;
- 5) motivazioni ed aspettative riguardo all'outcome chirurgico;
- 6) relazioni e sistemi di supporto;
- 7) funzionamento psichiatrico.

Lo strumento è stato costruito per essere utilizzato da professionisti della salute mentale, sia che essi lavorino in team multidisciplinare che autonomamente; inoltre, secondo quanto indicato dagli Autori, alcune sezioni (es. Storia del peso, diete, e nutrizione, Storia Medica) possono essere somministrate in modo ridotto, omesse o proposte da membri del team afferenti a discipline differenti. In Italia, la S.I.C.O.B. (2011) ha indicato la Boston Interview for Bariatric Surgery tra i possibili strumenti da adottare nel contesto della valutazione psicologica pre-operatoria, per indagare in particolare motivazioni ed aspettative dei pazienti. Questo studio ha l'obiettivo di presentare la prima traduzione in lingua italiana dell'intervista nella sua versione completa, evidenziando le potenzialità di questo strumento sia sul piano clinico che su quello di ricerca.

Metodi

La versione originale della Boston Interview for Bariatric Surgery è stata tradotta presso l'Istituto di Psichiatria e Psicologia dell'UCSC (referente dott.ssa Regina Rodriguez) seguendo il procedimento della forward translation (Geisinger, 1994). Le traduzioni, svolte da psicologi clinici indipendenti ed esperti della lingua inglese, sono state in seguito confrontate in equipe ed è stata costruita una versione condivisa, avvalendosi anche del contributo degli Autori dello strumento. Le discrepanze riscontrate nella traduzione sono state discusse e risolte, ed è stata verificando la chiarezza concettuale di tutti gli item dell'intervista. Relativamente alla sezione "Comprensione delle procedure chirurgiche, dei rischi e del regime post-operatorio" diversamente dalla versione originale dello strumento che limita l'indagine al bypass gastrico e al bendaggio gastrico, è stata decisa l'inclusione nell'adattamento italiano di altre procedure chirurgiche quali la diversione bilopancreatica e la sleeve gastrectomy. La versione definitiva dello strumento in lingua italiana è stata somministrata ad un campione di 20 soggetti di età compresa tra i 26 e 68 anni afferenti all'Ambulatorio di Chirurgia dell'Obesità del Policlinico Agostino Gemelli, che hanno fatto richiesta di sottoporsi ad intervento di chirurgia bariatrica e sono stati inseriti in un percorso di valutazione psicologica pre-operatoria. Ogni partecipante è stato sottoposto ad un primo colloquio clinico, al termine del quale è stata presentata la ricerca, ottenendo il relativo consenso al trattamento dei dati. La Boston Interview è stata condotta dagli psicologi clinici del team, che hanno sottoposto tutte le sezioni di cui è composto lo strumento ai pazienti nell'ambito di un colloquio predisposto ad hoc, ricorrendo ove necessario a un secondo colloquio. I risultati ottenuti sono stati discussi in equipe, procedendo ad analisi statistiche descrittive e ad una elaborazione qualitativa dei dati raccolti.

Risultati

Per quanto concerne la traduzione in italiano dello strumento, non sono stati evidenziati al momento della somministrazione problemi di contenuto. Gli item sono risultati chiari e comprensibili per lo psicologo che ha condotto l'intervista, e anche la sezione da compilare a cura del paziente è stata completata agevolmente.

L'analisi qualitativa dei dati raccolti ha evidenziato l'utilità dell'intervista nel delineare un quadro dettagliato della storia del peso e del regime alimentare presente/passato dei pazienti. La maggior parte dei soggetti intervistati si definisce in sovrappeso sin dall'infanzia, con un aumento significativo del problema in età adulta, spesso in relazione a una circostanza di vita significativa (es. gravidanza, lutto familiare, malattia, trasferimento). I pazienti riportano una lunga storia di diete infruttuose, che però difficilmente riescono a ricostruire con precisione ed appaiono per lo più di breve durata e condotte senza il supporto di uno specialista (del tipo "fai da te"). Molto interessanti appaiono in particolare i risultati relativi alla sezione "comprensione delle procedure chirurgiche, dei rischi e del regime post-chirurgico".

La maggior parte dei soggetti sembra non differenziare adeguatamente tra le diverse procedure chirurgiche, né essere sufficientemente consapevole degli effetti dell'intervento e delle sue implicazioni sul piano del regime post-operatorio. Sembra piuttosto delinearsi una sorta di "aspettativa magica" di un dimagrimento rapido e stabile nel tempo a seguito dell'operazione, considerando l'abbandono delle proprie abitudini alimentari e dello stile di vita finora condotto come qualcosa di scontato e facile da realizzare. Le motivazioni all'operazione appaiono nella

maggior parte dei casi connesse al desiderio di acquisire maggiore autonomia, migliorare l'aspetto fisico e le condizioni di salute, e di essere maggiormente accettati sul piano sociale.

Discussione

La Boston Interview for Bariatric Surgery si è rivelata uno strumento valido e dalle notevoli potenzialità sia cliniche che di ricerca.

La possibilità di ricostruire la storia del peso e dell'alimentazione aiuta il clinico a cogliere punti di forza e debolezza utili nella scelta del percorso chirurgico e nella valutazione di un sostegno post-operatorio. L'intervista aiuta inoltre il paziente ad operare dei primi collegamenti tra aspetti emotivi e comportamenti alimentari/stili di vita abituali, stimolando in lui una maggiore consapevolezza e compliance al trattamento. La sezione relativa alla comprensione delle procedure chirurgiche può segnalare efficacemente la mancanza nel paziente di conoscenze necessarie a fornire un reale consenso informato al trattamento. Inoltre, se somministrata in una fase iniziale del percorso, permette di sostenere il paziente nella sua decisione, valutando con lui attentamente benefici e rischi delle singole procedure chirurgiche in relazione alle specifiche esigenze e caratteristiche di vita. Tutti gli aspetti qui considerati condizionano in modo determinante l'outcome dell'intervento. È importante infatti che vi sia una piena comprensione dell'intervento e dei cambiamenti nello stile di vita che esso comporterà perché si abbia una riuscita a lungo termine. Inoltre l'aspettativa realistica circa la perdita di peso e la consapevolezza del regime post-operatorio sono fondamentali per la soddisfazione del paziente rispetto ai risultati e per la compliance^[1,5]. Per quanto concerne possibili adattamenti e migliorie dell'intervista, è stata individuata la possibilità di snellire e aggiornare alcune sezioni (es. patologie alimentari, aspetti psichiatrici) per rendere più rapida la compilazione da parte del clinico e uniformare maggiormente i dati raccolti, potenziando così l'utilità dello strumento sul versante della ricerca dei fattori psicologici di rischio nei pazienti candidati all'intervento.

Bibliografia

^[1]Franks, S.F., Kaiser K.A. (2012), Rethinking the Preoperative Psychological Evaluation – A New Paradigm for Improved Outcomes and Predictive Power. Advanced Bariatric and Metabolic Surgery Huang, Chih-Kun Huang (Ed.), InTech.

^[2]Geisinger K. F. (1994), Cross-cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. Psychological Assessment, 6, 304–312.

^[3]Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche (2011), Suggerimenti per la valutazione psicologico-psichiatrica del paziente obeso candidato alla chirurgia bariatrica, <http://www.sicob.org/attivita/protocolli.aspx> Sogg S, Mori, D.L. (2004): The Boston Interview for Gastric Bypass: Determining the Psychological Suitability of Surgical Candidates. Obes Surg 14, 370-80.

^[4]Sogg S, Mori D.L. (2008): Revising the Boston Interview: incorporating new knowledge and experience. Surg Obes Relat Dis 4, 455-63.

^[5]Sogg S, Mori D.L. (2009): Psychosocial Evaluation for Bariatric Surgery: The Boston Interview and Opportunities for Intervention. Obes Surg 19, 369-77.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente bariatrico

Educazione alla Scelta e Consapevolezza: fattori predittivi e risultati di un intervento di Educazione Terapeutica in soggetti obesi candidati alla chirurgia bariatrica

Enrico Prosperi, Daria Piacentino*, Giada Guidi, Rosa Asprino, Gianluca Merola, Lucia Toselli, Roberta Ienca, Graziella Gavarini, Eleonora Poggiogalle, Lorenzo Maria Donini, Lucio Gnessi, Alessandro Pinto

Dipartimento di Medicina Sperimentale – Unità di Ricerca in Scienza dell’Alimentazione e Nutrizione Umana; Centro di Alta Specializzazione per la Cura dell’Obesità (CASCO), Policlinico Umberto I - Sapienza - Università di Roma, Italia

Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale e Organi di Senso (NESMOS), Ospedale Sant’Andrea Sapienza – Università di Roma, Italia

Relatore: Enrico Prosperi

Introduzione

L'obesità è una patologia cronica multifattoriale, determinata da fattori genetici, psicologici, sociali e ambientali, oltreché da abitudini alimentari scorrette e ridotti livelli di attività fisica (LAF). Lavori recenti sostengono l'importanza degli interventi sullo stile di vita nei pazienti obesi, al fine di migliorare gli esiti del trattamento medico e chirurgico e la qualità di vita (QoL) nel breve e nel lungo periodo. Lo stile di vita è un modo di vivere basato su modelli di comportamento identificabili, determinati dall'interazione tra le caratteristiche personali dell'individuo, le interazioni sociali e le condizioni socioeconomiche (OMS, 1986). Questi modelli di comportamento sono continuamente messi alla prova e possono avere un profondo effetto sulla salute dell'individuo. È pertanto necessario rendere gli individui in grado di modificare i propri stili di vita. Riguardo ai pazienti obesi vi sono numerose evidenze dell'efficacia di interventi di Educazione Terapeutica (ET), definiti come interventi educativi continui e integrati nel percorso terapeutico globale con lo scopo di aiutare gli individui con patologie croniche ad acquisire e mantenere le competenze necessarie alla gestione della loro condizione per migliorare lo stile di vita e quindi la QoL, sotto il profilo somatico e psicologico (OMS, 1998). Per raggiungere questi obiettivi nei pazienti obesi abbiamo messo a punto un intervento di ET della durata di 8 settimane (da T0 a T8), basato su metodologie di apprendimento mindful e ispirato agli approcci cognitivo-comportamentali di terza generazione, l'Educazione alla Scelta e la Consapevolezza.

Metodi

Presso il Centro di Alta Specializzazione per la Cura dell’Obesità (CASCO) - Day Hospital del Dipartimento di Medicina Sperimentale, sezione di Fisiopatologia Medica, Scienza dell’Alimentazione ed Endocrinologia, della Sapienza, Università di Roma - Policlinico Umberto I, sono stati consecutivamente arruolati 193 pazienti obesi con Body Mass Index (BMI) >30 kg/m² (F=153, età media 48,1±10,9, BMI medio 40,1±7,8; M=40, età media 46,6±9,8, BMI medio 43,9±8,8). Di questi, 159 pazienti (82,4%) hanno completato il percorso di ET. Previa

sottoscrizione del consenso informato, hanno compilato i questionari autosomministrati: Binge Eating Scale (BES), per la valutazione della presenza e gravità del binge eating; Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) per la valutazione della psicopatologia; Short Form-36 Health Survey (SF-36), per la valutazione della QoL, suddivisa in 2 aree, fisica e mentale. L'analisi statistica è stata condotta con test parametrici data la distribuzione normale delle variabili. Per il confronto delle variabili continue è stato impiegato il t-test di Student, per quelle categoriche il test del chi-quadrato. È stato applicato un modello di regressione logistica multipla per calcolare coefficienti ed errori standard (SE), al fine di stimare la forza dell'associazione tra le variabili di studio selezionate. Quando una sola variabile viene presa in considerazione, si ottengono risultati univariati; se più variabili sono prese in considerazione, al fine di valutare il loro effetto indipendente dopo aver corretto contemporaneamente per gli effetti delle altre variabili, si ottengono risultati multivariati. Un valore di $p < 0,05$ è stato considerato significativo.

Risultati

L'SF-36 ha evidenziato un significativo miglioramento in entrambe le aree della QoL, fisica e mentale. Il modello di regressione logistica multipla ha evidenziato i principali fattori "predittivi" di miglioramento del punteggio dell'SF-36, rappresentati per l'area fisica da ridotta durata dell'obesità e del numero di diete tentate e per l'area mentale da bassi livelli di ansia e depressione pre-ET. In base al punteggio alla BES, i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: 83 obesi binge eaters (OB; $BES > 17$; $F=70$), 76 obesi non binge eaters (ONB; $BES \leq 16$; $F=57$). I risultati ottenuti nelle due scale, somatica e psicologica, del test SF-36 evidenziano un significativo miglioramento del valore medio dello score da T0 a T8, corrispondente ad un aumento del 16% e del 36% tra i soggetti OB e del 18% e del 11% tra i soggetti ONB, nelle scale somatica e psicologica rispettivamente. I punteggi della BES e dell'SCL-90-R hanno mostrato miglioramenti significativi ($p < 0.05$) dopo l'intervento di ET.

Discussione

L'intervento di ET risulta estremamente utile sia nel migliorare lo status psicologico e le condotte alimentari, sia, soprattutto, nell'implementare la QoL non solo nell'area fisica, ma anche in quella mentale, a differenza di quanto riportato in letteratura in relazione al decremento ponderale a seguito di intervento dietoterapico e/o di chirurgia bariatrica. Di interesse sono i fattori "predittivi" per il miglioramento della QoL, la cui conoscenza può rendere ancora più efficace e mirata l'ET, in linea con la personalizzazione delle terapie, argomento di grande attualità. Si può quindi concludere che l'ET rappresenta un'utile strategia d'intervento per migliorare la QoL anche sotto il profilo psicologico, in soggetti obesi candidati alla chirurgia bariatrica.

Bibliografia

[1] Assal J.P., Lacroix A., 2005. Educazione Terapeutica dei pazienti. Torino, Edizioni Minerva Medica.

[2] Cash TF, Counts B, Huffine CE 1990. Current and vestigial effects of overweight among women: Fear of fat, attitudinal body image, and eating behaviors. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, , 12, 2, 157-167.

[3] Dalle Grave R, Calugi S, El Ghoch M. 2013 Lifestyle modification in the management of obesity: achievements and challenges. *Eat Weight Disord* 18:339–349.

- ^[4]Look AHEAD Research Group. 2014 Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. *Obesity (Silver Spring)* Jan;22(1):5-13.
- ^[5]Rena R Wing and Suzanne Phelan 2005. Long-term weight loss maintenance *Am J Clin Nutr*; 82(suppl):222S–5S
- ^[6]Ul-Haq Z, Mackay DF, Fenwick E, Pell JP. 2013 Meta-analysis of the association between body mass index and health-related quality of life among adults, assessed by the SF-36. *Obesity (Silver Spring)* Mar;21(3):E322-7
- ^[7]Wadden TA, Butryn ML, Byrne KJ 2004 Efficacy of Lifestyle Modification for Long-Term Weight Control. *Obes Res* Dec;12 Suppl:151S-62S.
- ^[8]Warkentin LM, Das D, Majumdar SR, Johnson JA, Padwal RS. 2013 The effect of weight loss on health-related quality of life: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obes Rev*. Oct 3
- ^[9]World Health Organization Therapeutic Patient Education. Report of a World Health Organization Working Group. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente bariatrico

Il ruolo del “gruppo psico-educazionale” quale strumento interattivo nel percorso del paziente candidato a chirurgia bariatrica. Valutazione prospettica di un programma sperimentale

Emanuela Paone¹, Carlo Lai², Laura Pierro¹, Ilenia Coluzzi¹, Francesco De Angelis¹, Gianfranco Silecchia¹

¹“Sapienza” Università Degli Studi Di Roma Facoltà di Medicina e Farmacia Polo Ospedaliero Integrato AUSL - Latina padiglione ICOT unità operativa complessa di Chirurgia Generale Universitaria Bariatric Center Of Excellence.

²“SAPIENZA”Università di Roma Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica

Relatore: Emanuela Paone

Introduzione

La chirurgia bariatrica laparoscopica rappresenta il gold standard nel trattamento dell’obesità patologica. Tuttavia, nonostante i benefici intermini di calo ponderale e riduzione delle comorbidità obesità-correlate, il 20% - 30% dei pazienti non raggiunge la perdita di peso attesa e/o non mantiene il peso perso a lungo termine. Quali concause sono state evocate una scarsa compliance al follow-up, l’acquisizione o il persistere di abitudini alimentari disfunzionali associati ad una condizione psicopatologica. A tal proposito è possibile ipotizzare che il monitoraggio dei pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica, potrebbe favorire outcome positivi nel lungo termine. Il presente studio prospettico ha l’obiettivo di valutare l’efficacia di un gruppo psicologico di sostegno interattivo sugli outcome clinici (calo ponderale e sintomatologia psicopatologica a medio termine).

Metodi

Sono stati arruolati 40 pazienti (Età media: 42; BMI medio pre-operatorio: 44,26; Donne 84,37%) consecutivi con idoneità psicologico-psichiatrica alla chirurgia bariatrica primaria tra novembre e dicembre 2013. I pazienti sono stati randomizzati in due gruppi uno sperimentale (GS - trattamento si) ed uno di controllo (GC - trattamento no). Il GS ha effettuato incontri di gruppo, di cui il primo pre-operatorio (T0), e ad 1, 3, 6 e 12 mesi (T5); ciascun incontro aveva una durata di 90 minuti. Tali gruppi erano condotti da una psicologa ed una dietista, e ciascun incontro riservava una parte dedicata agli aspetti strettamente nutrizionali, e la restante agli aspetti psicologici, sociali e comportamentali legati al calo ponderale con un confronto attivo tra partecipanti. Il GC ha effettuato esclusivamente la visita pre-operatoria (T0) ed una visita a 12 mesi (T5). A ciascun paziente sono stati somministrati i seguenti test psicodiagnostici al T0 e a T5: Symptom Checklist -90 (SCL-90) per la valutazione dei sintomi psicopatologici, Sweet Eating Assessment (SEA) per la valutazione dello Sweet Eating, SIO per la valutazione delle disabilità obesità-correlate, è stato poi aggiunto solo al T5 il Suter Questionnaire, per valutare la qualità dell’alimentazione. E’ stata fatta una valutazione nutrizionale antropometrica (peso, altezza, indice di massa corporea) e dell’intake calorico giornaliero a T0 e a T5.

Risultati

L'excess Weight Loss (EWL%) a 12 mesi è risultato maggiore nel GS (70,93%) vs GC (62,67%). Il punteggio del Suter Questionnaire è risultato nel GS (22) vs GC (18) ($p=0.038$). L'intake calorico giornaliero medio è risultato 1121kcal/die vs 1569 kcal/die ($p= 0.057$) e le proteine giornaliere assunte sono state pari a 46 vs 38g/die ($p= 0.09$). L'interazione Gruppo (GS vs GC) X Tempo (T0 vs T5) è risultata significativa ($F(1,30)= 7,2$; $p= 0,012$) con un significativo decremento dell'indice di severità globale nell'SCL-90 ($0,66 \pm 0,3$ vs $0,57 \pm 0,5$; $p= 0.000016$) a T5.

Discussione

I dati preliminari a 12 mesi sembrano suggerire l'efficacia di un intervento di gruppo ditipo psicologico-riabilitativo, sia nella riduzione della sintomatologia psicopatologica, sia nella modificazione dei pattern alimentari disfunzionali. I risultati a lungo termine dovranno confermare l'impatto favorevole sugli outcomes valutati.

Bibliografia

^[1]J.Ogden et al. The impact of Psychological Support on weight Loss Post Weight Loss Surgery: a randomised control trial. Obesity Surgery 2014.

^[2]C.j. Stoklossa. Nutrition Care for patient with Weight Regain After Bariatric Surgery. Gastroenterology research and Practice 2013.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente bariatrico

Il percorso di chirurgia bariatrica nei pazienti obesi con comportamento alimentare sweeteater

G. Loiarro, A. De Blasio, N. Formisani, C. Cucciniello G. Pecoraro, D. Galletta

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche. Unità: Obesità e Disturbi del Comportamento Alimentare. Università "Federico II" di Napoli

Relatore: Loiarro Giuseppe

Introduzione

In letteratura non vi è ancora un consenso unanime sulla definizione di sweeteater. I criteri adottati per identificarlo sono: 1) intake di carboidrati semplici superiore al 50% dei carboidrati complessivi; 2) abbondante consumo di dolci al di fuori dei pasti principali. Diversi studi di follow-up evidenziano per lo sweet eating una minore perdita di peso, sia in corso di terapia nutrizionale, sia dopo chirurgia bariatrica anche se non sono indicate le motivazioni. Lo scopo di questo lavoro è di valutare le caratteristiche psicopatologiche dello sweet eating al fine di individuare il trattamento integrato in grado di migliorare l'efficacia della chirurgia bariatrica.

Metodi

172 pazienti (47M e 125F; età media 38 anni; BMI medio 44.7) con comportamento alimentare di tipo sweeteater sono stati sottoposti a valutazione di accesso alla chirurgia bariatrica. La valutazione prevede: colloquio psichiatrico, per l'esame di stato mentale al fine di escludere patologie psichiatriche controindicanti la chirurgia bariatrica; intervista semistrutturata per il comportamento alimentare; valutazione psicodiagnostica per l'analisi delle dimensioni mentali con i seguenti tests: Binge Eating Scale (BES) e Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11) per l'impulsività; Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) per il comportamento alimentare; Beck Depression Inventory-II (BDI-II) per il tono dell'umore; Body Uneasiness Test (BUT) per l'immagine corporea; State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y 2) per l'ansia di tratto.

Risultati

L'analisi globale dei dati sottolinea un'alterazione di media entità di tutte le dimensioni mentali. L'impulsività valutata con BES e BIS-11 mostra i seguenti valori medi: BES 13.9; BIS-11 64.3; EDI-2 sottoscala: Impulsività(I) 4.9. L'immagine corporea indagata con il BUT mostra i seguenti punteggi medi: BUT Global Severity Index(GSI)2.15; sottoscale BUT A: Weight Phobia (WP)2.5; Body Concern (BC):2.74; Compulsive Self Monitoring (CSM):1.39; EDI-2 sottoscala:Impulso alla Magrezza (IM) 9.6; Insoddisfazione Corporea (IC) 16.5. I punteggi medi relativi al tono dell'umore e all'ansia sono: BDI-II 15.6; STAI-Y 42.5.

Discussione

Il disagio dell'immagine corporea associato alla modica deflessione del tono dell'umore e all'elevata ansia evidenziano la difficoltà, per il soggetto obeso sweeteater, di gestire il rapporto con

il cibo e, quindi, di sostenere efficacemente, con il solo sostegno nutrizionale, il percorso del post-intervento. Il trattamento psiconutrizionale nel post-intervento è necessario per promuovere e sostenere la modifica del comportamento alimentare e determinare, dopo il dimagrimento, la stabilizzazione del peso.

Bibliografia

^[1]Sioka E, Tzovaras G, Oikonomou K, Katsogridaki G, Zachari E, Papamargaritis D, Pinaka O, Zacharoulis D.(2013).Influence of Eating Profile on the Outcome of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg* 23:501–508

^[2]Allan JL, Johnston M, Campbell N. (2010). Unintentional eating. What determines goal-incongruent chocolate consumption? *Appetite* 54:422–425.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente bariatrico

Requisiti di un centro di chirurgia bariatrica, esperienza della Struttura di Chirurgia Bariatrica dell' Ospedale Regionale "Umberto Parini" di Aosta

G. Longo, P. Millo, , M. Fabozzi, R. Brachet Contul, M. Grivon, A. Usai, R. Lorusso, M.J. Nardi, A. Margara, M. Madeo, R. Cane, C. Cantino, V. Vinciguerra, P. Bocchia, E. Ponte, R. Allieta
Ospedale Regionale "Umberto Parini" di Aosta

Relatore: Gaia Longo

Introduzione

L'obesità è definita come una patologia multifattoriale e pertanto il suo trattamento, medico o chirurgico, richiede un approccio multidisciplinare. Il centro di chirurgia bariatrica deve inizialmente trattare l'obesità con un approccio conservativo, dietologico, e solo in caso in caso di fallimento con la chirurgia.

Metodi

I requisiti minimi di un centro di chirurgia bariatrica sono:

- 1) creazione di un team multidisciplinare composto da chirurghi, nutrizionisti, dietisti, anestesisti, endocrinologi, pneumologi, psichiatri e psicologi;
- 2) personale dedicato con specifiche conoscenze teoriche e tecniche;
- 3) un numero minimo garantito di procedure chirurgiche annue;
- 4) selezione dei pazienti in accordo con l' American Society of Bariatric Surgery, SAGES e i criteri di NIH;
- 5) assistenza postoperatoria;
- 6) adeguato trattamento delle complicanze
- 7) gruppo psicoeducazionale.

Risultati

Nel nostro centro il paziente obeso effettua un percorso preoperatorio che consta di: visita chirurgica e dietologica, discussione del caso clinico in equipe multidisciplinare con definizione del tipo di intervento bariatrico a cui sarà sottoposto, visita psichiatrica, visita pneumologica, visita anestesiologicala, visita endocrinologica, esofagogastroduodenoscopia con biopsia, gruppo psicoeducazionale preoperatorio (gestito dal personale infermieristico specializzato, dietologico e psicologico) e infine routine preoperatoria. Il follow-up postoperatorio prevede visita chirurgica ad una settimana e ad un mese, visita chirurgica e dietologica al 3°, 6°,12°,18° mese e in seguito annualmente. E' prevista la possibilità di partecipare facoltativamente a gruppi psicoeducazionali postintervento. La presa in carico del paziente bariatrico coinvolge anche il chirurgo plastico con la possibilità di sottoporsi a interventi di rimodellamento corporeo. I pazienti in cui è controindicata la chirurgia bariatrica vengono indirizzati verso un percorso di supporto psico-nutrizionale.

Discussione

Il gold standard per l'organizzazione di un centro di chirurgia bariatrica è il team multidisciplinare che permette di ottenere i migliori risultati nel pre e nel post operatorio.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente bariatrico

Il gruppo omogeneo a tempo limitato per obesi e chirurgia bariatrica: da "il cibo che abito", a "la pelle che abito"

M. Lionetti¹, C. Giardiello²

¹*UOSMI, Distretto Sanitario, Vitulano (Bn) E Centro Obimed (Na)*

²*Dipartimento Di Chirurgia, Uoc Chirurgia Generale, Urgenza E Metabolica, Presidio Ospedaliero Pineta Grande, Castel Volturno (Ce)*

Relatore: Maria Lionetti

Introduzione

Il gruppo omogeneo è una “particolare tipologia di gruppo terapeutico caratterizzato dalla presenza di persone che condividono lo stesso sintomo, tipologia di problema”. È impossibile operare una netta distinzione tra il funzionamento di gruppo omogeneo e quella del gruppo classico. Tra le funzioni specifiche dei gruppi omogenei ricordiamo il senso di sicurezza, la protezione, l'appartenenza, la comprensione ed il non sentirsi giudicati. Il gruppo è come un contenitore che attiva una funzione di scambio trasformativo (come tra la mente della madre e il bambino) e come mediatore che facilita l'emergere di elementi primari della situazione mentale del gruppo.

Metodi

Questo lavoro descrive un'esperienza clinica con un gruppo omogeneo a tempo limitato per pazienti con obesità di II°, con pattern alimentare caratterizzato da spiluccamento e abbuffate compulsive. La cornice teorico-clinica di riferimento è stata di tiposistemico-relazionale e psicodinamico. La selezione è stata effettuata tramite colloqui individuali al fine di escludere pazienti con gravi disturbi di personalità. Il gruppo era composto da 7 persone: 6 donne, di età compresa tra i 39 e i 60 anni, e la conduttrice esperta anche del trattamento della grave obesità mediante Chirurgia Bariatrica. I criteri di selezione comprendevano: capacità di insight, capacità comunicative, sensibilità interpersonale, adeguato livello di motivazione. Il ruolo della conduttrice del gruppo ha richiesto una posizione più attiva e intensa, diversamente da quella attuabile in un gruppo open-ended, al fine di favorire una celere costituzione di uno spazio di lavoro. L'omogeneità del gruppo era definita dalla partecipazione di individui con una storia clinica di obesità, disfunzione del pattern alimentare, ripetuti fallimenti dietoterapici. Gli incontri si sono svolti presso una UOSMI, della Asl di Benevento, con cadenza quindicinale. La terapia di gruppo era oggetto di una supervisione mensile con una psicoanalista di gruppo.

Risultati

Il gruppo omogeneo, in accordo con quanto già sostenuto da alcuni autori facilita i movimenti di condivisione, velocizzando la capacità di sviluppare una "pensabilità" delle emozioni abitualmente gestite con il cibo, nonché una graduale capacità della loro tolleranza e mentalizzazione. Il senso di sicurezza, di protezione, unite alla speranza di apprendere da coloro che vivono lo stesso problema, nonché l'assenza del timore di sentirsi giudicati e rifiutati, hanno consentito al gruppo di

comportarsi come un contenitore di tipo specializzato che attiva una funzione di scambio trasformativo, consentendo un graduale passaggio che va dal riconoscersi attraverso il sintomo "io abito il cibo", verso una nuova esperienza del sé corporeo "ora io abito la mia pelle". Da qui l'avvio di una trasformazione dell'immagine corporea e la nascita di un crescente desiderio di prendersi cura di sé.

Discussione

In conclusione, il gruppo omogeneo a tempo limitato ha rappresentato una valida risorsa terapeutica che consentito ai soggetti obesi di "traghettarsi" da un limbo di dolore mentale non pensabile, ad un primo livello di autoriconoscimento come

soggetto portatore di una malattia caratterizzata da una complessità di fattori eziopatogenetici. La durata di un anno solare ha consentito la graduale trasformazione

da una generica domanda di aiuto ad una richiesta di intervento di chirurgia bariatrica da parte di due pazienti, associata al prosieguo della esperienza di gruppo da parte di tutti i membri del medesimo. Il gruppo in uno spazio protetto può far emergere queste problematiche, da una dimensione di nascondimento e profonda vergogna, consentendo la richiesta di una domanda di cura specifica invertendo la spirale di sofferenza in una rinnovata speranza, anche e soprattutto nell'ambito della chirurgia bariatrica, dove può rappresentare un efficace ausilio terapeutico

Bibliografia

[1] A. Costantini (a cura di), *Psicoterapia a Tempo Limitato*. McGraw-Hill, Milano 2000.

[2] Yalom, I.D. (1997), *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Bollati Borincheri, Torino 1997.

[3] Beatrice Balsamo, *Anoressia bulimia obesità. La cura della parola*. Effatà Editrice.

[4] Enrico Amenta (a cura di), *Obesità Patologica. Malattia sociale*, Patron Editore Bologna.

[5] Paolo Gritti-Ester Livia Di Caprio, *Le nuove prospettive della psicoterapia sistemico relazionale*. Armando Editore

[6] V. Ugazio, P.G. Defilippi, Luigi Schepisi, Danilo Solfaroli Camillocci (a cura di), *Famiglie, Gruppi e individui*, F Angeli Editore.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente bariatrico

Il percorso multidisciplinare integrato nel trattamento del paziente bariatrico. Nuovo Ospedale Civile S.Agostino Estense, Modena

S. Cavedoni, L.Valentini, C. Sgarbi, M. Penna, P. Dondi

U.O. Psicologia Ospedaliera, Servizio di Psicologia Clinica, Azienda USL, Nuovo Ospedale Civile S.Agostino Estense, Modena

Relatore: Paola Dondi

Introduzione

L'Obesità è una malattia multifattoriale che riconosce nella sua eziologia la compresenza di fattori genetici, metabolici, ormonali, psichici e sociali che ne condizionano e sostengono il quadro clinico. E' ormai evidente sia in letteratura scientifica che nella pratica clinica il ruolo svolto dagli aspetti psico-sociali nello sviluppo dell'obesità. Nell'ambito delle procedure di chirurgia bariatrica, la componente psicologica è diventata rilevante nella prassi della maggioranza dei Centri Italiani afferenti alla SICOB, in quanto strettamente correlata al mantenimento del risultato di calo ponderale nel medio e lungo termine. Le linee guida delle principali società di chirurgia bariatrica, come l'American Society of Metabolic and Bariatric Surgery, considerano la valutazione pre e post chirurgica come uno standard di cura. Le linee guida NIH del 1991 e la totalità delle più recenti linee guida internazionali (IFSO-EC/EASO/ECOG/ITOF 2007; AACE/TOS/ASMBS 2008; NICE 2006) e nazionali (SICOB 2006) prevedono che il paziente obeso candidato a chirurgia bariatrica venga sottoposto ad una approfondita valutazione pre-operatoria multidisciplinare che comprenda una valutazione dello stato mentale. In accordo con le principali linee guida, la Direzione Sanitaria del Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense di Modena ha stato messo a punto dal 1997 un "percorso per la cura dell'obesità grave" (ultima delibera prot.89691/PG del 26 novembre 2010), che si pone come obiettivi quelli di porre una corretta diagnosi di obesità grave e di individuare il trattamento terapeutico (internistico o chirurgico) più idoneo al caso. I servizi coinvolti sono: U.O. di Psicologia Ospedaliera, U.O. di Endocrinologia, U.O. di Dietetica e Scienze dell'Alimentazione, U.O. di Chirurgia Generale. Negli anni sono stati sottoposti al solo assessment per la chirurgia bariatrica circa 1700 pazienti.

Metodi

Il percorso di valutazione multidisciplinare è strutturato in una prima fase di inquadramento e presa in carico del paziente: i pazienti con obesità grave ($BMI > 40$ o > 35 con comorbidità) accedono alla valutazione multidisciplinare attraverso una richiesta del MMG per visita endocrinologica o visita chirurgica. Il paziente accede, tramite prenotazione a CUP, agli ambulatori specialistici specificamente individuati e se, ritenuto idoneo, viene avviato al percorso ambulatoriale multidisciplinare che prevede la valutazione di un team di professionisti composto dal Medico Endocrinologo o Internista, dallo Psicologo, dalla Dietista e dal Medico Chirurgo). Obiettivo della consulenza psicologica, che si avvale di colloqui clinici e della somministrazione di questionari standardizzati e validati (di personalità e specifici del comportamento alimentare), è indagare lo

stato emozionale ed affettivo del paziente, il quadro di personalità, il rapporto con il cibo, l'immagine corporea, la compliance all'intervento, l'anamnesi remota e prossima atta ad individuare condizioni psicopatologiche ostative all'intervento o che richiedano un trattamento specifico (farmacologico e/o psicoterapeutico) pre-operatorio o post-operatorio. In particolare, l'indagine anamnestica è necessaria per riconoscere sindromi o eventi (ad es. abusi intrafamiliari, maltrattamenti) che possono interferire con il periodo post-operatorio e, pertanto, determinare un adattamento perturbato al cambiamento indotto dall'intervento o, in alcune condizioni, siglare il fallimento del processo di cura, o facilitare lo sviluppo di quadri psicopatologici di compenso.

I criteri di esclusione dall'intervento includono:

- Età anagrafica <18 anni e >65 anni;
- Presenza di un disturbo del comportamento alimentare (Anoressia, Bulimia e Binge Eating Disorder).

Risultati

Durante la fase di studio l'équipe multidisciplinare definirà il percorso terapeutico a cui il paziente può accedere (internistico o chirurgico). L'indicazione chirurgica viene definita dall'équipe multidisciplinare sulla base delle singole valutazioni dei professionisti nella riunione settimanale. La condivisione delle valutazioni dei singoli professionisti favorisce una visione globale del paziente, integrata negli aspetti psicologici, medici e dietetici.

Il follow up post-operatorio ha una durata complessiva di 2 anni, con fasi di intervento differenti secondo la specifico versante terapeutico. Nella prima fase post-operatoria, entro un mese dall'intervento, il paziente inizia il percorso di follow up istituzionale sul versante psicologico (in parte già iniziato nel momento del ricovero con la prima visita dietistica e la consegna del protocollo alimentare terapeutico), effettuando alcuni colloqui clinici individuali finalizzati ad individuare possibili condotte alimentari disfunzionali e a sollecitare un meccanismo di pensiero e attenzione ai propri vissuti inerenti il cambiamento. A seconda delle esigenze e delle difficoltà del singolo paziente, lo psicologo dell'U.O. di Psicologia Ospedaliera valuta l'inserimento del paziente nel gruppo di follow up psicologico che prevede un anno di supporto psicologico a cadenza mensile, all'interno di un progetto terapeutico multidisciplinare e integrato anche sui versanti internistico, dietetico e chirurgico (le visite mediche e dietetico-nutrizionali verranno effettuate a cadenza di ogni due mesi e i controlli chirurgici ogni sei mesi). Il paziente che, per motivi specifici valutati dallo psicologo, non può accedere al percorso di gruppo continuerà il follow up psicologico con colloqui individuali mensili per il primo anno post-chirurgico. E' prevista la prosecuzione del follow up psicologico, a modalità individuale, nel secondo anno, qualora lo psicologo individui la presenza di elementi disfunzionali e disadattivi.

Discussione

L'ottica grupale multidisciplinare fornisce una risposta al disagio psicosomatico nella misura in cui favorisce il trasferimento di competenze psicologiche all'interno di ogni differente team curante. In ambito clinico, ci troviamo di fronte a persone che presentano un impoverimento delle rappresentazioni di sé e degli oggetti, cioè una sofferenza primaria nell'area della costruzione del Sé. Agire sulla disregolazione e lavorare sugli ostacoli alla mentalizzazione significa costruire trame di significato nell'ottica di introdurre gli "anelli mancanti".

Bibliografia

- [1] Fasolo, F. (2002). Gruppi che curano e gruppi che guariscono. Padova, La Garangola.
- [2] Scoppola, L. (2005). L'esperienza di essere Sé. Milano, Angeli.
- [3] Scoppola L. (2009). Vicissitudini psicosomatiche nella disabilita' acquisita (a cura di) S.
- [4] Cavedoni e G. Dallari: Psychomedia.
- [5] Scoppola L. (2011). La parola non trovata. Franco Angeli.
- [6] Siegel, D. (2001). La mente relazionale. Milano, Cortina.
- [7] Solano, L. (2001). Tra mente e corpo. Milano, Cortina.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente bariatrico

L'esperienza dei gruppi psicoeducazionali ASL 3 Pistoia

C. Barni¹, G. Iannuzzi², M. Panerai²

¹Psicologa - psicoterapeuta Centro Terapia Obesità Patologica ASL 3 Pistoia

²Chirurgo Centro Terapia Obesità Patologica ASL 3 Pistoia

Relatore: Barni Cristiana

Introduzione

Nel nostro Centro di Terapia dell'Obesità di Pistoia (asl 3) da anni esistono protocolli individualizzati mirati alla gestione e cura del sovrappeso/obesità sia chirurgica che non. A fianco di tecniche chirurgiche esistono anche percorsi psicologici e dietologici mirati per ogni singolo paziente. Come ben sappiamo le complicanze legate alla gestione del sovrappeso e dell'obesità, rappresentano un grosso problema della sanità moderna, che nonostante incredibili sforzi non è riuscita ancora a trovare una soluzione definitiva ad un problema talmente ampio e multi sfaccettato che forse una sola soluzione di fatto non ce la può avere. Problema spesso accompagnato da ipertensione, cardiopatia, disturbi respiratori, diabete, artrite, disturbi endocrinologici etc. e che viene mantenuto da abitudini, convinzioni, atteggiamenti scorretti e da un'immagine di sé inadeguata.

Metodi

I gruppi Psicoeducazionali si svolgono 2 volte al mese per un'ora e mezzo. Non sono gruppi di Psicoterapia, sono gruppi aperti, non c'è obbligo di frequenza e sono invitati anche familiari o amici dei pazienti se hanno piacere di parteciparvi. In media vi prendono parte 15 persone, operate, in lista per l'intervento, ma anche persone che hanno difficoltà con il cibo e con la gestione del peso. Il gruppo non è volutamente "misto" (purtroppo per ragioni di tempi per adesso è quello che possiamo offrire) nonostante si sia notato negli anni che alla fine c'è una base comune a tutti questi pazienti: la cattiva gestione del rapporto con il cibo. Con o senza intervento. Si è valutato gli effetti del Gruppo con un quesionario molto semplice e non standardizzato, giusto per avere un riscontro "basico" per capire come proseguire.

Risultati

I risultati riassunti, seppur non quantificabili da un punto di vista statistico, ma sicuramente clinico, sono stati i seguenti:

1. Il risultato più interessante è che i partecipanti, all'unisono, si sono subito sentiti "parte di un gruppo". L'accoglienza, l'empatia, il non giudizio e l'accettazione hanno permesso a tutti di sentirsi a proprio agio, riuscendo così a confidarsi, aprirsi e confrontarsi (il gruppo per me è come essere in famiglia...aspetto tutto il mese queste ore di condivisione....)
2. I partecipanti hanno dichiarato che il gruppo è stato un grande supporto per il percorso di perdita o mantenimento del peso. Il raffronto con altri percorsi, con altre storie ha permesso di mantenere

alta la motivazione al cambiamento. Una piccola percentuale di persone ha espresso parere negativo sostenendo che neppure il gruppo è stato un supporto al dimagrimento. Non per mancanza di accoglienza ma più per fattori personali profondi che non hanno tratto giovamento neppure dal confronto.

3. I membri del gruppo sono sempre piuttosto schietti tra loro, ammettono limiti e risorse degli interventi fatti, e questo ha permesso ai partecipanti di avere le idee abbastanza chiare sui possibili risultati attesi da ogni singolo intervento. Sia nel pre sia nel post operatorio.

4. In questo punto ci sono diverse lacune, tant'è che diverse risposte sono state "No/a volte". Il problema di fondo credo stia nel fatto che nel gruppo partecipano sia persone operate o in lista, sia persone che fanno percorsi alternativi. Quest'ultimi, per logiche deduzioni, in realtà avrebbero bisogno di altro tipo di supporto ed è comprensibile la ragione delle loro risposte. Un punto interessante per sviluppare eventualmente in futuro un gruppo più mirato a chi non deve affrontare il percorso chirurgico.

5. La maggior parte delle persone ha risposto si, specificando quanti e quali consigli ha ricevuto (in genere di tipo comportamentale). Le persone con BED o con altri disturbi del comportamento alimentare non specifico, sono state coloro che hanno risposto NO, perché di fatto è un disordine psicologico complesso che spesso solo a livello comportamentale non è gestibile, ma necessita di approfondimenti individuali.

Discussione

Sono i pazienti che ci insegnano a modificare, pianificare e migliorare le zone lacunose. Nostro intento per il futuro è fare tesoro di questa esperienza quinquennale provando ad offrire un supporto sempre più mirato ed efficace, al fine che il Gruppo sia veramente sostegno ma anche la base per il reale cambiamento.

Bibliografia

[1] M. G. Gentile, L'obesità. Conoscerla per prevenirla e curarla., Mattioli 1985, 2009;

[2] Berne E. Principi di terapia di gruppo. Astrolabio;

[3] D. Capizzi, F. D. Capizzi, Obesità e chirurgia., CG Edizioni Medico Scientifiche, 2011;

[4] Falloon I.R., Intervento psico-educativo integrato in psichiatria, Erickson, Trento, 1992;

[5] Fasolo F., Galuppi O., Baisini T. I gruppi per adulti;

[6] P. Gremigni, L. Letizia, Il problema obesità., Maggioni, 2011;

[7] Istituto Auxologico Italiano (a cura di), Obesità e genetica: oltre lo stile di vita, Il Pensiero Scientifico, 2011.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente bariatrico

La danzamentoterapia incontra l'obesità'...

C. Barni¹, G. Iannuzzi², M. Panerai²

¹Psicologa - psicoterapeuta Centro Terapia Obesità Patologica ASL 3 Pistoia

²Chirurgo Centro Terapia Obesità Patologica ASL 3 Pistoia

Relatore: Barni Cristiana

Introduzione

Presso la ASL 3 di Pistoia esiste da oltre 15 anni in Centro di Terapia dell'obesità patologica (responsabile Dr. Giuseppe Iannuzzi) che si avvale di un'equipe multidisciplinare per l'approccio e la cura del paziente obeso. L'idea di "cura" è intesa non solo da un punto di vista chirurgico ma anche psicologico/comportamentale. Pistoia non è certo la sola città che si è attivata in questo settore: negli ultimi anni in tutta Italia si sono moltiplicati i servizi ospedalieri oltre che territoriali, che propongono programmi multidisciplinari mirati al trattamento di questo tipo di patologia.

Dal punto di vista psicologico il nostro centro offre: consulenze individuali, gruppi psicoeducativi, terapia di coppia e familiare e gruppi di Danzamentoterapia.

Metodi

L'uso delle tecniche esperienziali, ludiche ed espressive è andato aumentando negli ultimi dieci anni e anche in Italia, la Dmt ha cominciato piano piano ad essere presente anche in spazi dove prima era immaginabile (ospedali, case di cura, strutture territoriali).

Nonostante sia sempre più diffusa la convinzione tra i clinici dell'utilità delle terapie espressive, ci sono purtroppo ancora pochissimi studi scientifici sull'argomento e si tende comunque a dare sempre priorità alla "medicina classica". Invece la Dmt può diventare strumento potentissimo in presenza di gravi difficoltà legate all'immagine corporea, in tutti quei disturbi della sfera relazionale, emotivo affettiva, dove la vergogna del proprio corpo impedisce il piacere funzionale del movimento, dove la rappresentazione di se passa solo attraverso il peso e non attraverso un pensiero, un'idea, un modo di essere...Il Gruppo di Dmt è stato per i primi anni (viene fatto da 4) un gruppo eterogeneo, con cadenza mensile della durata di 2 ore, aperto, con un frequente turn over dei pazienti che partecipano. Hanno attraversato questi gruppi più di un centinaio di persone, in prevalenza donne, di età compresa tra i 24 e i 55 anni provenienti dalla città di Pistoia e provincia. Adesso è un gruppo pressochè stabile formato da 12/15 donne che frequentano mensilmente gli incontri, operate di bypass gastrico, gastroplastica verticale, PIRTI, persone in attesa di intervento e non. Gli incontri sono gratuiti e aperti a tutti i pazienti del nostro Centro. A fine anno viene organizzato, in occasione della riunione che il Centro fa con tutti gli operati, una piccola performance dimostrativa. In teoria "piace a tutti", in pratica quando si tratta di mettersi davvero in discussione non solo a parole ma con il corpo, la situazione cambia e le persone preferiscono glissare...

Risultati

Un ampio spazio del lavoro di DMT è dato alla riorganizzazione dell'immagine corporea, mirato a risvegliare la percezione del corpo, a favorire l'espressione della vita emozionale e a migliorare la consapevolezza di Sé come un'unità mente-corpo-relazione e, soprattutto, finalizzato a riscoprire il corpo come una risorsa, non come un limite, riconoscendone le potenzialità espressive e relazionali per promuovere una positiva esperienza del Se. Ogni incontro è fatto di 3 fasi: un riscaldamento corporeo, un'esperienza di movimento su un tema ed una conclusione verbale sul lavoro fatto. E' su quest'ultimi che ci soffermeremo in questo elaborato. Negli incontri vengono proposte varie esperienze per sviluppare una maggiore consapevolezza delle posture, dei gesti, delle proprie attitudini interne nei confronti del movimento, del peso, del tempo e dello spazio. Esperienze di ascolto del proprio corpo, autopercezione, respirazione, rilassamento attivo, tatto, visualizzazione di se stessi; esperienze di esplorazione dei movimenti di apertura e di chiusura, della kinesfera, del movimento nello spazio e nella relazione con gli altri etc. Alcune tecniche di arteterapia sono state integrate nel lavoro di Dmt per favorire l'emergere dei vissuti emotivi, utilizzando il disegno, la manipolazione della creta e della carta, la musica, la drammatizzazione, il contact. Ogni incontro prevede un lavoro individuale, una parte di gruppo e un ritorno all'individualità. Ciò per favorire sì l'incontro con l'altro, ma anche il ritorno a Se ad evitare atteggiamenti di fusionalità che spesso questo tipo movimento potrebbe determinare.

Discussione

Nell'esperienza di Dmt vengono trovati movimenti, immagini e parole per narrarsi, per uscire dal circolo vizioso di privazioni, dinieghi, paure ed evitamenti. Nel vivere esperienze di fiducia in sé e negli altri si avvia il percorso per uscire dalla vergogna e dal dubbio su se stessi, si gettano le basi per sperimentare una diversa espressione della propria soggettività, non svalutativa o oppositiva. Riconnettere il corpo con le emozioni, punto cruciale della Dmt, permette alle pazienti di fare esperienza di affetti ed esprimere il proprio mondo interno, di riconoscere significati nel proprio comportamento e nel proprio modo di entrare in relazione. Esplorando la loro relazione con il corpo, durante il gruppo di dmt, imparano a creare connessioni tra il loro modo di muoversi nell'esperienza terapeutica ed il loro modo di muoversi nella vita. Attraverso il fare esperienza di sé "corpo-mente-relazione" la percezione della propria immagine corporea diviene più realistica autorizzando l'accesso a bisogni e sentimenti autentici. Riconciliarsi con il corpo è la parola chiave degli incontri di DMT.

Bibliografia

- [1] Bosello O, Cuzzolaro M, Conoscere e curare l'obesità, Kurtis, 2004.
- [2] Dalle Grave R.: Terapia Cognitivo Comportamentale dell'obesità. Positive Press, 2001.
- [3] Faccio E. : Le identità corporee. Quando l'immagine di sé fa star male Giunti 2007.
- [4] Fux M: Cos'è la danzaterapia? Il metodo Maria Fux Ed. Del Cerro 2006.
- [5] Fux M: Frammenti di vita nella danzaterapia Ed. Del Cerro 1999.
- [6] Dolto F: L'immagine inconscia del corpo. Come le relazioni affettive determinano la percezione che il bambino ha di sé.
- [7] Dalla Ragione L.; Mencarelli S.; L'inganno dello specchio. Immagine corporea e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza.

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente bariatrico

Modificazioni dell'intake calorico e del comportamento alimentare dopo sleeve gastrectomy

Ilenia Coluzzi¹, Emanuela Paone², Laura Pierro², Sara Ruscio², Silecchia Gianfranco³

¹*Dietista UOC Chirurgia Generale & Bariatric Center of Excellence-IFSO EC Sapienza Università di Roma - Polo Pontino Polo Integrato AUSL*

²*UOC Chirurgia Generale & Bariatric Center of Excellence-IFSO EC*

³*Sapienza Università di Roma - Polo Pontino Polo Integrato AUSL LT-ICOT*

Relatore: Coluzzi Ilenia

Introduzione

L'excess weight loss (%EWL) medio a 3-5 anni dopo Sleeve Gastrectomy Laparoscopica (LSG), è del 60%. Appare evidente che la riduzione del volume gastrico giochi un ruolo centrale nella perdita di peso post-operatoria, tuttavia diversi studi indicano che, anche il cambiamento delle abitudini alimentari nei pazienti, possa contribuire a questo. E' stato dimostrato che diversi pazienti dopo intervento di chirurgia bariatrica, cambino le loro preferenze alimentari verso cibi a bassa densità calorica. La diminuzione nell'introduzione di cibi ad alto contenuto lipidico e di dolci, suggerisce che alcuni interventi bariatrici possano influenzare le scelte alimentari. Gli obiettivi di questo studio prospettico sono: valutare la riduzione quantitativa dell'introito calorico giornaliero e i cambiamenti nelle abitudini alimentari 1 anno dopo LSG utilizzando un Suter Questionnaire modificato. Si è inoltre analizzata la relazione tra la perdita di peso e il cambiamento del gusto e delle abitudini alimentari.

Metodi

Venti pazienti obesi (BMI medio di 43.9 kg/m²) sono stati selezionati prima della LSG e sottoposti ad un percorso di dietoterapia pre-operatoria con una Low Calorie Diet per 4-6 settimane. Peso, BMI, %EWL, percentuale della perdita di peso (%WL) e intake calorico giornaliero sono stati valutati ad 1,3,6 e 12 mesi dopo la chirurgia. E' stato, inoltre, somministrato un questionario valutante la qualità dell'alimentazione, i ritmi alimentari, la tolleranza verso diversi tipi di cibi, la frequenza del vomito o rigurgito e eventuali cambiamenti sul gusto e sulle scelte alimentari. Criteri di esclusione dallo studio sono stati: pazienti affetti da ernia iatale, MRGE, Diabete mellito tipo 2, esofago di Barret e BMI>50kg/m².

Risultati

L'%EWL e il %WL medio 12 mesi dopo LSG è stato rispettivamente del 70.7% (33.9-93.6%) e del 31.9% (19.1- 45.5%). 6 mesi dopo la chirurgia, l'intake calorico giornaliero si è ridotto del 68% rispetto alla valutazione pre-operatoria. Lo score medio del questionario sulla qualità dell'alimentazione è stato 18 (10-27) a 6 mesi e 22 (16-26) a 12 mesi, suggerendo un miglioramento rapido della qualità dell'alimentazione. A 6 e a 12 mesi dalla chirurgia, il 75% dei pazienti ha riportato un cambiamento del gusto che ha riguardato una riduzione dell'interesse verso cibi dolci,

ad elevato contenuto lipidico e verso le bevande alcoliche. Si è inoltre osservata una maggiore consapevolezza verso scelte alimentari più corrette e salutari.

Discussione

La LSG ha un importante effetto sulla perdita di peso, sull'intake calorico giornaliero, sulla distribuzione dei macronutrienti e sulle modificazioni delle scelte alimentari. La maggior parte dei pazienti riporta un cambiamento del gusto e delle preferenze alimentari 6 e 12 mesi dopo LSG. Le modificazioni del gusto potrebbero costituire un fattore determinante nella restrizione calorica e nella perdita di peso. I meccanismi alla base dei cambiamenti nelle abitudini alimentari possono riguardare effetti, sia condizionati che incondizionati, che potrebbero ulteriormente essere potenziati dal counseling nutrizionale pre e post operatorio.

Bibliografia

- ^[1]Abu-Jaish W, Rosenthal. RJ Sleeve gastrectomy: a new surgical approach for morbid obesity Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2010; 4: 101-19.
- ^[2]Snyder-Marlow G, Taylor D, Lenhard J. Nutrition care for patients undergoing laparoscopic sleeve gastrectomy for weight loss. Journal of the american dietetic association 2010; 110: 600-7.
- ^[3]Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. Obes Surg. 2013; 23: 427-36.
- ^[4]Peterli R, Steinert R E, Woelnerhanssen B et al. Metabolic and Hormonal Changes After Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass and Sleeve Gastrectomy: a Randomized, Prospective Trial. Obes Surg. 2012; 22: 740-48.
- ^[5]Miras AD, le Roux CW. Bariatric surgery and taste: novel mechanisms of weight loss. Curr Opin Gastroenterol. 2010; 26:140-5.

Trattamento perioperatorio

Gestione perioperatoria del paziente da sottoporre a posizionamento del pallone intragastrico (BIB)

F. Baldassarre, F. Selvaggi, F. Mascioli, C. Rucci, C. Di Petta, D. Traisci, N. Di Bartolomeo, F. Ciampaglia

Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo; UO di Chirurgia Generale, Sezione di Chirurgia dell'Obesità

Relatore: Baldassarre Fabiana

Introduzione

Questo studio ha valutato il percorso clinico (chirurgico-anestesiologico-nutrizionale) di un gruppo di pazienti affetti da obesità patologica sottoposti a posizionamento di pallone intragastrico in sedoanalgesia e con mantenimento del respiro spontaneo.

Metodi

Sono stati esaminati 41 pazienti sottoposti a posizionamento di pallone intragastrico nel periodo luglio 2014- marzo 2015. I pazienti sono stati valutati da un punto di vista psicologico-nutrizionale, chirurgico (indicazioni al posizionamento del BIB, BIB-test, valutazione dei disturbi alimentari, complicanze postprocedurali quali dolore, vomito, diarrea) e da un punto di vista anestesiologico (incidenza di complicanze intraoperatorie (desaturazione arteriosa, rigurgito e inalazione, ipotensione e instabilità emodinamica) e postprocedurali (dolore, nausea, vomito, desaturazione arteriosa, ipotensione).

Risultati

La valutazione anestesiologia preoperatoria, eseguita in largo anticipo rispetto alla procedura programmata, ha permesso un attento studio delle comorbilità dei pazienti e un'attenta stabilizzazione preoperatoria. L'educazione del paziente al rispetto del digiuno e delle prescrizioni dietetiche, associata a una premedicazione con ranitidina ha reso nulle le complicanze da aspirazione-inalazione intraprocedurali. La preossigenazione in ramped-position ha reso nulli gli episodi di desaturazione arteriosa. La sedoanalgesia condotta mediante l'associazione di fentanil e propofol ha consentito di ridurre la dose totale di propofol somministrata e ha reso la procedura più confortevole per il paziente. Non si sono verificati casi di instabilità emodinamica. Anche nel postoperatorio i pazienti sono risultati stabili. La somministrazione intra e post-procedurale di ondansetron ha ridotto notevolmente l'incidenza di nausea e vomito intra e postoperatori.

Discussione

La procedura di posizionamento del pallone intragastrico eseguita in sedoanalgesia si è rilevata sicura ed efficace, scevra da complicanze maggiori intra e postoperatorie. Il buon piano di sedazione e l'associata analgesia hanno inoltre reso la procedura più rapida e agevole anche per gli operatori. Nel postoperatorio la minore incidenza di effetti collaterali quali nausea e vomito ha aumentato il comfort del paziente.

Bibliografia

^[1]BioEntericsIntragastric Balloon (BIB): a short-term, double-blind, randomised, controlled, crossover study on weightreduction in morbidly obese patients.Genco A1, Cipriano M, Bacci V, Cuzzolaro M, Materia A, Raparelli L, Docimo C, Lorenzo M, Basso N.Int J Obes (Lond). 2006 Jan;30(1):129-33.

^[2]BioEntericsIntragastric Balloon: The Italian Experience with 2,515 Patients.Genco A1, Bruni T, Doldi SB, Forestieri P, Marino M, Busetto L, Giardiello C, Angrisani L, Pecchioli L, Stornelli P, Puglisi F, Alkilani M, Nigri A, Di Lorenzo N, Furbetta F, Cascardo A, Cipriano M, Lorenzo M, Basso N. ObesSurg. 2005 Sep;15(8):1161-4.

^[3]Trattamento del dolore postoperatorio, 29 Aprile 2010, SIAARTI RECOMMENDATIONS FOR THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE PAIN. Savoia AG, Alampi D., Amantea B., Ambrosio F., Arcioni R., Berti M. Bettelli G., Bertini L., Bosco M., Casati A., Castelletti I., Carassiti M., Coluzzi F, Costantini A, Danelli G, Evangelista M, Finco G, Gatti A, Gravino E, Launo C, Loreto M, Mediatì R, Mokini Z, Mondello E, Palermo S, Paoletti F, Paolicchi A, Petrini F, Piacevoli Q, Rizza A, Sabato AF, Santangelo E, Troglìo E and Mattia C.

Chirurgia generale

Professione Chirurgo; Anno III, Numero 4: ottobre-dicembre 2015

Trattamento perioperatorio

Percorso pre-operatorio nei grandi obesi

V.Antognozzi, M.R. Cerbone, A. Salvucci,S.A. Cristiano

Centro per il trattamento chirurgico dell' obesità , Presidio Ospedaliero "S. Maria della Pietà" - Casoria, Napoli

Relatore: V.Antognozzi

Introduzione

E' ormai ampiamente dimostrato come l'obesità abbia un impatto negativo non solo sulla qualità di vita dei pazienti ma anche sull'aspettativa: in particolare già un BMI > 40 kg/m² riduce la aspettativa da due a dieci anni. La chirurgia bariatrica è ormai riconosciuta come il più efficace trattamento poiché determina un calo ponderale a lungo termine, un miglioramento delle comorbidità associate e una diminuzione del tasso di mortalità. Il paziente super-obeso (BMI superiore a 55) è dunque un soggetto che necessita di un trattamento chirurgico (quando ce ne sia indicazione) ma che deve essere indirizzato verso un percorso specifico di preparazione all'intervento a causa dei maggiori rischi operatori legati al grado elevato di obesità. Scopo del nostro lavoro è quello di presentare un possibile trattamento sequenziale che ci permetta di portare il paziente ad una soglia più bassa di BMI.

Metodi

Da giugno a dicembre 2014, 5 pazienti super obesi (peso medio kg 222.6±28.3; BMI medio 69.8±10) hanno accettato di seguire il trattamento sequenziale da noi proposto. Il primo step è stato quello di indirizzare i soggetti in un centro convenzionato con SSN dove sono stati sottoposti per 30 giorni ad un programma articolato e specifico che comprendeva un percorso di dietoterapia, attività

motoria, riabilitazione specializzata ortopedica, cardiologica, respiratoria. Il secondo step è stato quello di sottoporre il paziente ad una dieta chetogenica per circa 21 giorni: questo secondo strumento permette di ridurre del 50% le dimensioni del fegato rendendo l'intervento più sicuro e rapido. Terminato questo percorso i pazienti hanno effettuato un ricovero di due giorni per completare l'iter diagnostico pre-operatorio e sono risultati idonei per il trattamento chirurgico precedentemente concordato(MBP).

Risultati

I pazienti nel periodo di ricovero lunga degenza hanno riportato un calo ponderale di circa 30 kg raggiungendo un BMI medio di 60.9 ± 10 ed un peso medio 194.4 ± 9.6 kg mentre con la chetogenica hanno riportato un calo ponderale di circa il 5-10% del peso. Tutti i pazienti sono stati operati di MBP non riportando complicanze intra o postoperatorie e con un tempo medio di 110 minuti.

Discussione

I pazienti nel periodo di ricovero lunga degenza hanno riportato un calo ponderale di circa 30 kg raggiungendo un BMI medio di 60.9 ± 10 ed un peso medio 194.4 ± 9.6 kg mentre con la chetogenica hanno riportato un calo ponderale di circa il 5-10% del peso. Tutti i pazienti sono stati operati di MBP non riportando complicanze intra o post operatorie e con un tempo medio di 110 minuti.

Trattamento perioperatorio

Effetto della dieta chetogena sul calo ponderale, sulla riduzione del grasso viscerale e sul volume epatico, nella fase pre nella chirurgia bariatrica: risultati preliminari

R. Schiano di Cola, G. Serino, E. Silvestri, A. Borrelli, R. Brunaccino, G. Francica, C. Giardiello
Dipartimento di Chirurgia, UOC Chirurgia Generale, d'Urgenza e Metabolica; Centro per lo Studio ed il Trattamento dell'Obesità, Direttore: dott. Cristiano Giardiello

Relatore: Schiano Di Cola Rita

Introduzione

L'obesità rappresenta un problema multifattoriale, che si manifesta come conseguenza dell'interazione tra fattori genetici, metabolici, comportamentali e socio-culturali.

La prevalenza di questa patologia è aumentata in modo esponenziale negli ultimi decenni, a tal proposito l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito l'obesità un'epidemia globale: necessita dunque di un trattamento che garantisca un risultato efficace e duraturo, ottenibile, dai dati disponibili, solo mediante un approccio terapeutico integrato e di tipo multifattoriale. Condizione indispensabile per la riduzione del peso corporeo, anche se spesso non sufficiente per ridurre significativamente anche metabolici associati, è rappresentata innanzitutto da una modifica dello stile di vita, basata sul costante svolgimento di attività fisica aerobica e su un'alimentazione bilanciata ipocalorica. Tuttavia tali effetti sono difficili da mantenere a lungo. Per il trattamento dell'obesità morbigena, la chirurgia bariatrica è divenuto uno dei trattamenti di elezione; infatti essa è considerata in alcuni casi l'unica alternativa terapeutica quando tutte le strategie mediche falliscono. Numerosi studi a lungo termine hanno documentato che la chirurgia bariatrica offre, infatti, una notevole riduzione del rischio di mortalità e comorbidità. Essa infatti è in grado di determinare una perdita di peso significativa. Tuttavia, il trattamento dell'obesità patologica, non si può identificare nel solo atto chirurgico, ma esso va affiancato ad un continuo monitoraggio nutrizionale e psico-comportamentale.

L'obiettivo principale dello studio è verificare se l'eventuale perdita di peso pre-operatoria, l'eventuale riduzione dell'epatomegalia e del grasso viscerale, possa ridurre i tempi operatori, le potenziali complicanze intra-operatorie (sia chirurgiche che anestesiolgiche), e la degenza ospedaliera. Gli obesi hanno una maggiore incidenza di complicanze durante l'intervento e nell'immediata fase post operatoria. In particolare, c'è evidenza che la procedura chirurgica è resa tecnicamente più difficile dalla presenza di epatomegalia e dell'elevato grado di grasso viscerale. Obiettivi secondari dello studio sono volti a valutare l'efficacia della dieta chetogena paragonata a dieta ipocalorica bilanciata in termini di decremento ponderale, adesione al trattamento dietetico proposto, livello di sazietà e indici biochimici dello stato di nutrizione.

Metodi

Lo studio è prospettico di tipo caso-controllo. Sono stati arruolati due gruppi di pazienti, ciascuno con 20 soggetti con un IMC > 40 e < 60 afferenti al Dipartimento di chirurgia Generale -Unità

complessa di Chirurgia Mininvasiva e Metabolica- Centro per il trattamento dell'Obesità del Presidio Ospedaliero di Pineta Grande -Castel Volturno (CE). Il gruppo di intervento (gruppo 1) è sottoposto alla dieta chetogenica per un periodo di 3 settimane pre-intervento, mentre il gruppo di controllo (gruppo 2) è sottoposto a dieta ipocalorica bilanciata. Entrambi i gruppi prevedono un percorso di educazione alimentare nel periodo precedente allo scorrimento della lista d'attesa.

Criteri di inclusione: alterata glicemia a digiuno o IGT o diabete mellito di tipo 2 in terapia, ipertensione arteriosa in trattamento, dislipidemia mista o isolata, steatosi epatica con alterazione degli enzimi epatici (due volte il valore massimo).

Criteri di esclusione: insufficienza renale (creatinina >1,5 mg/dl), insufficienza epatica grave o medio-grave, DM tipo 1, blocco AV con QT>0,44 ms, aritmie cardiache, insufficienza cardiaca, ipopotassiemia non controllata, terapia cronica con diuretici potassio-disperdenti come furosemide e idroclorotiazide, diarrea persistente, infarto, TIA o ictus negli ultimi 12 mesi. Vanno esclusi i pazienti sottoposti a procedure concomitanti, tra cui la lisi di aderenze estese, la riparazione di laparocèle e la colecistectomia.

Valutazione basale dell'intervento:

1) anamnesi e visita medica generale con rilievo di PA e FC, peso, BMI, circonferenza collo, emocromo completo, quadro proteico, glicemia, HbA1c, insulinemia, colesterolo totale e colesterolo HDL, trigliceridi, acido urico, AST, ALT, GGT, creatinina, calcio, potassio, magnesio, sodio, PCR, fibrinogeno e chetonuria, valutazione del senso di sazietà e gradimento degli schemi dietetici proposti mediante scala VAS.

2) ecoaddome per valutazione del volume epatico e steatosi:

-misurazione dello spessore del lobo destro in scansione longitudinale sec. Gosink. Il punto di repere è rappresentato dal rene destro visualizzato nel suo massimo diametro bipolare. Il diametro del fegato viene misurato dall'angolo anteriore alla parte più profonda alla parte più profonda del parenchima a contatto con il diaframma;

- misurazione del lobo sinistro sec. Niederau. La scansione longitudinale sulla linea mediana (reperi anatomici: aorta, pancreas e stomaco) consente di misurare il diametro longitudinale del lobo sx (dall'angolo anteriore fino al diaframma senza obliquità) e il suo diametro AP (a partire dalla metà del diametro precedente);

- misurazione del grasso viscerale: in scansione trasversa subito al di sopra dell'ombelico si misura la distanza tra i retti addominali a livello della linea alba e la parete anteriore dell'aorta addominale;

- grading della steatosi epatica:

- Grado 1 (mild): presenza di discrepanza rene/fegato senza attenuazione del fascio US e con normale visibilità delle pareti del tronco principale della vena porta e della colecisti;
- Grado 2 (moderate): come il 1° ma con attenuazione posteriore del fascio, minore definizione della parete dei vasi portali intraepatici e della colecisti;
- Grado 3 (severe): come il 2° ma con maggiore attenuazione posteriore del fascio US e non visibilità delle pareti del tronco portale principale.

3) valutazione chirurgica relativa alla complessità dell'intervento (valutazione soggettiva da attribuirsi con un punteggio relativo a: valutazione dell'adeguata esposizione del campo operatorio e tempo operatorio, sanguinamento, difficoltà di dissezione e ricostruzione, facilità di accesso alla

giunzione gastro-esofagea, capacità di ritrarre adeguatamente il lobo sinistro del fegato). Il chirurgo effettua una valutazione soggettiva della facilità di accesso alla giunzione gastro-esofagea, della capacità di ritrarre adeguatamente il lobo sinistro del fegato e una valutazione dell'adeguata esposizione del campo operatorio attraverso la scala VAS.

Outcomes chirurgici: sono misurate variabili quali durata dell'intervento, alterazioni nel collocamento del trocar, inserimento di trocars aggiuntivi, lunghezza dei trocars, trombosi venosa e/o embolia polmonare, insufficienza cardiorespiratoria, conversione in una procedura laparotomica, lacerazione del fegato o della milza. Sono inoltre valutate complicanze maggiori quali un re-intervento, insufficienza renale acuta, trasfusioni di sangue, valutazione del contenuto dei drenaggi addominali, il prolungamento dell'ospedalizzazione per più di 5 giorni; infezione della ferita definita come situazione in cui un sito chirurgico ha richiesto incisione e drenaggio aggiuntivo. Follow up: i pazienti saranno valutati clinicamente all'undicesimo e al ventunesimo giorno della dieta chetogena e della dieta ipocalorica bilanciata.

Risultati

Abbiamo arruolato 30 dei pazienti previsti per il disegno dello studio; riportiamo di seguito i risultati preliminari di 20 pazienti. Il gruppo 1 è composto da 10 soggetti (7 donne e 3 uomini), con età media di 29 anni, peso corporeo $136,5 \pm 10,7$ kg, IMC $48,3 \pm 4,1$ kg/m², circonferenza del collo $42,7 \pm 5,1$ cm, ed ha seguito nei 20 giorni precedenti l'intervento la dieta chetogena.

Il gruppo 2 è composto da 10 soggetti (7 donne e 3 uomini), con età media di 30 anni, peso corporeo $128,9 \pm 16$ kg, IMC $45,6 \pm 4,4$ kg/m², circonferenza del collo vs $42 \pm 3,2$ cm, ed ha seguito nei 20 giorni precedenti l'intervento la dieta ipocalorica bilanciata. A tempo 0, i 2 gruppi non presentano differenze significative per i parametri antropometrici né per quelli biochimici valutati. Analizzando le variazioni all'interno dei singoli gruppi, per quanto concerne il gruppo 1, il peso, il BMI e la circonferenza del collo risultano statisticamente minori a tempo finale rispetto al tempo 0, così come i valori di Piastrine, Colesterolo Hdl, Azotemia, il volume del lobo sinistro del fegato e il grasso viscerale epatico ($p < 0,05$).

Per il gruppo 2 invece, risultano statisticamente minori i valori della circonferenza del collo, e dei livelli di piastrine, proteine totali e glicemia a tempo finale. Se confrontiamo i 2 gruppi, emerge una diminuzione statisticamente significativa a tempo finale dei livelli di Pt Totali, dell'insulinemia, del col Hdl e dell'azotemia nel gruppo 1 rispetto al gruppo 2. Relazione inversa invece emerge per i valori di chetonuria.

Le valutazioni effettuate a tempo intermedio, non hanno mostrato variazioni statisticamente significative per i parametri antropometrici; circa il grado di sazietà e di gradimento della dieta, i pazienti del gruppo 1 hanno attribuito punteggi più alti rispetto al grado di sazietà, mentre il gruppo 2 ha attribuito punteggi maggiori rispetto al grado di gradimento della dieta, mantenendo le stesse valutazioni anche a tempo finale.

La valutazione chirurgica relativa alla complessità dell'intervento mostra nel gruppo 1 una semplicità dell'esecuzione della tecnica in 7 soggetti su 10 e media nei restanti 3, mentre nel gruppo 2 la valutazione risulta semplice in 4 soggetti, media in 4 soggetti e complessa in 2. Relativamente alla facilità di accesso alla giunzione gastro-esofagea, alla capacità di ritrarre adeguatamente il lobo sinistro del fegato e alla valutazione dell'adeguata esposizione del campo operatorio, il chirurgo ha attribuito punteggi maggiori al gruppo 1 rispetto al gruppo 2.

La durata dell'intervento è maggiore nel gruppo 2 rispetto al gruppo 1 (102 min vs 95), così come la quantità totale dei drenaggi sieromeatici (335 ml vs 220 ml), ma la differenza non risulta statisticamente significativa. In nessuno dei casi analizzati si sono verificate alterazioni nel collocamento del trocar, inserimento di trocars aggiuntivi, trombosi venosa e/o embolia polmonare, insufficienza cardiorespiratoria, conversione in una procedura laparotomica, lacerazione del fegato o della milza e nemmeno complicanze maggiori quali un re-intervento, insufficienza renale acuta, trasfusioni di sangue, il prolungamento dell'ospedalizzazione per più di 5 giorni o infezione della ferita.

Discussione

L'analisi preliminare effettuata mostra che i soggetti che effettuano una dieta chetogena pre intervento della durata di 21 giorni, presentano un calo ponderale pre operatorio maggiore rispetto ai pazienti che non effettuano tale preparazione, riducendo i tempi operatori e la quantità di drenaggi sieromeatici, semplificando inoltre l'esecuzione della tecnica chirurgica, la facilità di accesso alla giunzione gastro-esofagea, la capacità di ritrarre adeguatamente il lobo sinistro del fegato e la valutazione dell'adeguata esposizione del campo operatorio.

Bibliografia

- [1]Gosink BB: "Ultrasonic determination of hepatomegaly". J ClinUltrasound. 1981 Jan;9(1):37-44.
- [2]Niederau C, Sonnenberg A, Müller JE, et al.: "Sonographic measurements of the normal liver, spleen, pancreas, and portal vein". Radiology 1983 Nov;149(2):537-40.
- [3]Greenstein AJ, Wahed AS, Adeniji A et al. "Prevalence of Adverse Intraoperative Events during Obesity Surgery and Their Sequelae". J AmCollSurg. 2012 Aug;215(2):271-7.e3.
- [4]Robert J. Fris, MB ChB, FRCSC, FACS. "Preoperative Low Energy Diet Diminishes Liver Size" Obesity Surgery, 14, 1165-1170.
- [5]Sergio Huerta, Serag Dredar, Elizabeth Hayden, Ali A. Siddiqui, Thomas Anthony, Massimo Asolati, J. Esteban Varela, Edward H. Livingston. "Preoperative Weight Loss Decreases the Operative Time of Gastric Bypass at a Veterans Administration Hospital". OBES SURG (2008) 18:508–512.
- [6]O. Benjaminov, N. Beglaibter, L. Gindy, H. Spivak, P. Singer, M. Wienberg, A. Stark, M. Rubin. "The effect of a low-carbohydrate diet on the nonalcoholic fatty liver in morbidly obese patients before bariatric surgery". SurgEndosc (2007) 21: 1423–1427.
- [7]Collins J, McCloskey C, Titchner R, Goodpaster B, Hoffman M, Hauser D, Wilson M, Eid G. "Preoperative weight loss in high-risk super obese bariatric patients: a computed tomography-based analysis". Surg Obes Relat Dis. 2011 Jul-Aug;7(4):480-5.
- [8]David Edholm, Joel Kullberg, ArvoHaenni et al. "Preoperative 4-Week Low-Calorie Diet Reduces Liver Volume and Intrahepatic Fat, and Facilitates Laparoscopic Gastric Bypass in Morbidly Obese". OBES SURG (2011) 21:345–350.
- [9]Michael L. Schwartz, Raymond L. Drew, Marilyn Chazin-Caldie. "Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass: Preoperative Determinants of Prolonged Operative Times, Conversion to Open Gastric Bypasses, and Postoperative Complications". Obesity Surgery, 13, 734-738.
- [10]Yves Van Nieuwenhove, ZilvinasDambrauskas, Alvaro Campillo-Soto et al. "Preoperative Very Low-Calorie Diet and Operative Outcome After Laparoscopic Gastric Bypass". Arch Surg. 2011;146(11):1300-1305.

^[11]Alexander I Greenstein, Abdus S Wahed, et Al. “Prevalence of Adverse Intraoperative Events during Obesity Surgery and their sequelae”. *J Am Coll Surg* Vol. 215, No 2, August 2012-271:273.e3.

^[12]Vicky Drapeau, Neil King, Marion Hetherington, Eric Doucet, John Blundell, Angelo Tremblay. “Appetite sensations and satiety quotient: Predictors of energy intake and weight loss”. *Appetite* 48 (2007) 159–166.

^[13]A Flint, A Raben, JE Blundell and A Astrup. “Reproducibility, power and validity of visual analogue scales in assessment of appetite sensations in single test meal diameter bipolare. Il diametro del fegato viene misurato dall’angolo anteriore alla studies”. *International Journal of Obesity* (2000) 24, 38-48.

Trattamento perioperatorio

Ruolo della dieta chetogenica (VLKCD) nella preparazione dei pazienti con obesità grave alla chirurgia bariatrica

T. Berselli, D. Labonia, S. Kabbara, R. Anni, G. Garozzo Novello Malatesta
Cesena- Villa Verde, Reggio Emilia-Villa Berica, Vicenza

Relatore: Tiziano Berselli

Introduzione

Un indice di massa corporea (BMI) superiore a 50 Kg/m^2 è associato ad un significativo aumento della morbilità e della mortalità intra e peri-operatoria, conseguente alla difficoltà delle manovre anestesiológicas e chirurgiche, alla fragilità dei pazienti dovuta a diminuita riserva cardio-respiratoria e alla presenza di comorbidità quali diabete, ipertensione arteriosa e patologie cardiache. Un calo ponderale rapido pre-operatorio, ottenibile in piena sicurezza con un trattamento con un trattamento VLKCD, facilita le manovre anestesiológicas e chirurgiche, riducendo il rischio globale delle procedure chirurgiche^[1,2].

Metodi

Dal gennaio 2010 al dicembre 2014 abbiamo sottoposto ad intervento di bendaggio gastrico regolabile in videolaparoscopia (T-Band fornito da Nutri&Biotech Castelnuovo R. - Modena) 1269 pazienti. In base a criteri di scelta basati su un BMI $>45 \text{ Kg/m}^2$, la concomitanza di diabete, insufficienza respiratoria, alto grado di steatosi epatica, ipertensione arteriosa, difficoltà alla deambulazione, aumentato rischio trombo-embolico ed insulino resistenza si è isolato un gruppo di 467 pazienti (147 diabetici), 122 di sesso maschile e 345 di sesso femminile, di età compresa tra i 18 e i 65 anni.

Questo gruppo che presentava un BMI $51,6 \pm 7,8 \text{ Kg/m}^2$, è stato preparato all' intervento con un trattamento VLKCD (Kit keto Station fornito da Nutri&Biotech Castelnuovo R.-Modena) della durata di 40 giorni. Tutti i pazienti hanno seguito il seguente programma alimentare:

STEP 1: Durata 10 giorni

Da 8 a 9 misurini al giorno di preparato proteico Ketostation (Proteine 77 gr.-Glucidi 5 gr.-Lipidi 20 gr.- 500 kcal/dì), vitamine, omega 3, sali minerali, verdure a basso indice glicemico bevande prive di zuccheri.

STEP 2: Durata 30 giorni

Assunzione giornaliera di 6 misurini di preparato Bariatric Meal (fornito da Nutri&Biotech Castelnuovo R. Modena), proteine di origine animale, verdure, bevande senza zuccheri (Proteine 80 gr.-Lipidi 40 gr.-Glucidi 40 gr. circa 700 kcal/dì). Si sono valutati: parametri antropometrici, chetonuria, chetonemia, glicemia, azotemia creatinina, elettroliti, uricemia, spirometria, senso di fame (scala analogica visivaVAS).

Risultati

Il gruppo sottoposto al trattamento chetogenico presentava all' inizio del percorso un peso di 146,8+/-25.7 kg. Dopo 10 giorni, alla fine dello STEP 1 il peso era 138,5+/-21,5 Kg. Dopo 30 giorni, alla fine dello STEP 2 il peso era 134.4+/- 18.6 kg. I dati rilevati che evidenziano un calo ponderale rapido e significativo, sempre superiore al 6% del peso di partenza. Non si sono evidenziati squilibri idroelettrolitici né alterazioni della funzionalità renale. La chetonemia si è sempre mantenuta inferiore a 1 mmol/l. La chetonuria, misurata con strisce reagenti per l'esame rapido delle urine, si è costantemente mantenuta tra i valori medio e forte della scala colorimetrica. In tutti i pazienti diabetici (147 casi) si è riscontrato un miglioramento del compenso glicemico, con riduzione della terapia farmacologica. Riduzione del senso di fame da 6,3+/-2,7 a 2,7+/-2,9.

Globale miglioramento della funzionalità respiratoria, con shift da ASA 4 ad ASA3 per insufficienza respiratoria in 10 casi, resi in questo caso operabili. Il percorso è stato sospeso in 2 casi per aumento dei livelli di uricemia e in 13 casi per scarsa compliance.

Discussione

Questo studio casistico osservazionale ha evidenziato che il trattamento dietetico chetogenico VLKCD è efficace a breve termine nel trattamento della obesità patologica e delle comorbidità associate, rappresentando un valido strumento propedeutico alla chirurgia bariatrica. I punti di forza del percorso sono rappresentati dalla buona compliance dei pazienti, dalla rapidità dei risultati con evidenti effetti motivazionali, dalla scarsa incidenza di effetti indesiderati, dalla sicurezza, dalla ripetibilità ed in ultimo dai costi contenuti.

Queste considerazioni ci fanno ritenere che la dieta chetogenica VLKCD sia uno strumento di prima scelta nel trattamento della obesità grave e delle patologie ad essa associate e che rappresenti una valida alternativa ad altre procedure nella preparazione dei pazienti obesi alle procedure chirurgiche (4).

Bibliografia

[1]Steier J, Lunt A, Hart N, Polkey MI, Moxham J. Observational study of the effect of obesity on lung volumes. Thorax. 2014 Aug;69(8):752-9.

[2]Casé León CK, Hachoue Saliba ZS. Orotracheal intubation difficulty with lighted stylet: correlation of body mass index and neck circumference Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2013 Feb;60(2):74-8.

[3]Faria SL, Faria OP, Cardeal Mde A, Ito MK. Effects of a very low calorie diet in the preoperative stage of bariatric surgery: a randomized trial. Surg Obes Relat Dis. 2015 Jan-Feb;11(1):230-7.

[4]Leonetti F, Campanile FC, Coccia F, Capoccia D, Alessandroni L, Puzziello A, Coluzzi I, Silecchia G. Very low-carbohydrate ketogenic diet before bariatric surgery: prospective evaluation of a sequential diet. Obes Surg. 2015 Jan;25(1):64-71.

Trattamento perioperatorio

VLCKD Tipo ®Ketostation: ruolo nell'approccio chirurgico al laparocele permagno nell'obeso di III grado. Case report

T. Berselli, D. Labonia, S. Kabbara, R. Anni, G. Garozzo

Hesperia Hospital Modena

Relatore: Domenico Labonia

Introduzione

La riparazione del laparocele permagno, nell'obeso, determina una sindrome compartimentale addominale, nel 16% dei casi^[1,2]. Riportiamo l'esperienza di una paziente con BMI di 49.31 kg/m², affetta da laparocele permagno iliaco dx, irriducibile e sintomatico, con ripetuti accessi ospedalieri. Comorbidità: ipertensione arteriosa, deficit respiratorio misto di grado lieve. Intervento chirurgico elettivo, vincolato da differenti equipe chirurgiche al calo ponderale.

Metodi

Abbiamo sottoposto la paziente a regime alimentare tipo VLCKD (Very Low-Carbohydrate Ketogenic Diet), articolato in 3 step, per una durata complessiva di 50 giorni.

Risultati

Al termine del percorso, la paziente presentava un BMI di 43.8 kg/m², in assenza di comorbidità cardio-respiratorie. Veniva quindi sottoposta ad allolaparoplastica preperitoneale. Nessuna complicanza perioperatoria. Follow up a tre anni: non segni di recidiva.

Discussione

La riduzione del grasso viscerale e parietale, successiva alla VLCKD, ha consentito manovre chirurgiche, altrimenti non praticabili, in presenza di un rischio anestesilogico accettabile. Riteniamo che la preparazione chetogenica del paziente obeso, candidato a chirurgia di parete, sia fondamentale soprattutto in presenza di sintomi laparocele-correlati, che espongono il paziente al pericolo (quoad vitam) di un intervento chirurgico urgente^[3].

Bibliografia

^[1]Junge K, Klinge U, Preshner A et al. Elasticity of the anterior abdominal wall and impact for reparation of incisional hernias using mesh implants. *HERNIA* 2001; 5: 113.

^[2]Massaioli N, Bacino A, La chirurgia dei grandi laparoceli. *Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia* 2002; vol. II: 3.

^[3]Trivellini G, Contessini Avesani E. Trattamento chirurgico dei disastri parietali. *Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia* 2002; vol II: 33-4.

Trattamento perioperatorio

Dieta VLKCD tipo ®ketostation e shift dell'asa status nel paziente critico candidato a chirurgia bariatrica

T. Berselli, D. Labonia, S. Kabbara, R. Anni, G. Garozzo

Novello Malatesta, Cesena- Villa Verde, Reggio Emilia-Villa Berica, Vicenza

Relatore: Domenico Labonia

Introduzione

Abbiamo studiato l'effetto del regime alimentare VLCKD (Very Low-Carbohidrate Ketogenic Diet) sul rischio perioperatorio, inteso come ASA status, nel paziente obeso, candidato a chirurgia bariatrica.

Metodi

Dal gennaio 2010 al dicembre 2014 abbiamo sottoposto a bendaggio gastrico laparoscopico 1269 pazienti, 74% donne e 26% uomini. In tutti i pazienti con BMI > 50 Kg/m² (467 soggetti), abbiamo prescritto un regime VLCKD, articolato in due step, della durata complessiva di 40 giorni.

Risultati

Il trattamento ha consentito l'eligibilità chirurgica di tutti i pazienti. In particolare segnaliamo 10 pazienti affetti da insufficienza respiratoria grave, ASA IV, inizialmente non ritenuti idonei dall'equipe anestesiológica, nei quali si è verificata una riclassificazione del rischio perioperatorio (shift dell'ASA), con l'inquadramento finale ASA III, attribuito sulla base del parametro spirometrico capacità funzionale residua (CFR) (1) (2).

Discussione

Nonostante l'efficacia della VLCKD nella cura dell'obesità grave (3) e nella preparazione alla chirurgia bariatrica (4) sia un dato acquisito, consapevoli del valore, attualmente, narrativo della nostra esperienza sulla riclassificazione ASA del paziente a rischio elevatissimo, candidato a chirurgia bariatrica, per esiguità dei casi (10 pazienti), dal gennaio 2015 abbiamo inaugurato uno studio multicentrico, atto a verificare su un più vasto campione quanto emerso nella nostra singola casistica.

Bibliografia

^[1]Steier J, Lunt A, Hart N, Polkey MI, Moxham J. Observational study of the effect of obesity on lung volumes. *Thorax*. 2014 Aug;69(8):752-9.

^[2]Casé León CK, Hachoue Saliba ZS. Orotracheal intubation difficulty with lighted stylet: correlation of body mass index and neck circumference *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2013 Feb;60(2):74-8

^[3]Faria SL, Faria OP, Cardeal Mde A, Ito MK. Effects of a very low calorie diet in the preoperative stage of bariatric surgery: a randomized trial. *Surg Obes Relat Dis*. 2015 Jan-Feb;11(1):230-7.

^[4]Leonetti F, Campanile FC, Coccia F, Capoccia D, Alessandroni L, Puzziello A, Coluzzi I, Silecchia G. Very low-carbohydrate ketogenic diet before bariatric surgery: prospective evaluation of a sequential diet. *Obes Surg.* 2015 Jan;25(1):64-71.

Trattamento perioperatorio

Fattori psicologici predittivi della percezione del dolore e del consumo di analgesici in pazienti sottoposti a bypass gastrico laparoscopico

P. Aceto¹, C. Lai², M. Raffaelli³, C. Modesti¹, T. Sacco¹, V. Perilli¹, R. De Cicco¹, L. Sollazzi¹

¹ U.O. Anestesia, UCSC, Policlinico A. Gemelli, Roma

² Dipartimento di Psicologia dinamica e clinica, Università "Sapienza", Roma

³ U.O. Chirurgia Endocrina e Metabolica, UCSC, Policlinico A. Gemelli, Roma

Relatore: Paola Aceto

Introduzione

È stato recentemente evidenziato come alcuni disturbi psicopatologici associati all'obesità possano condizionare il dolore cronico in pazienti candidati a chirurgia bariatrica. Scopo dello studio è stato quello di valutare l'influenza di tali fattori sul dolore acuto indagandone la correlazione con la richiesta di analgesici nel decorso postoperatorio.

Metodi

Sono stati arruolati 120 pazienti obesi, classe ASA I-III, candidati ad interventi di by-pass gastrico laparoscopico. Il giorno prima dell'intervento, sono stati somministrati i seguenti test psicologici: scala dell'alessitimia di Toronto (TAS-20): scale della depressione e dell'ansia di Hamilton. L'anestesia generale è stata effettuata con propofol 2.5 mg/Kg(IBW); fentanyl 3 mcg/Kg(IBW); rocuronio 1.2 mg/Kg(IBW) e sevoflurano a concentrazioni idonee a mantenere un valore di Bispectral Index <60. Per l'analgesia intraoperatoria è stato somministrato remifentanil 0.1-0.0mcg/kg(IBW)/min. Nel postoperatorio, è stata utilizzata l'analgesia controllata dal paziente con tramadolo (concentrazione=5mg/ml, bolo=20mg, lockout=7min, dose limite=150mg in 8h). Per l'analgesia rescue, è stato somministrato ketorolac 30 mg (dose max= 90mg/die). Il dolore è stato valutato, con la scala analogica visiva a riposo (VASr) e dopo movimento (VASi), ad intervalli prefissati, per 36h postoperatorie.

Risultati

È stata riscontrata una correlazione positiva tra alessitimia, ansia, depressione e indicatori del dolore (VASr, VASi, consumo di tramadolo) ($p < 0.01$). VASr e VASi erano predetti da livelli più elevati di ansia e depressione ($p < 0.05$), il consumo di tramadolo da livelli più elevati di ansia e di TAS-20 ($p < 0.05$), e, infine, il numero di richieste PCA inefficaci da ansia e alessitimia ($p < 0.000$).

Discussione

Da questo studio emerge che l'alessitimia, al pari di ansia e depressione, può predire il consumo di tramadolo, ma, a differenza di queste ultime, non influenza la percezione del dolore. I pazienti alessitimici sono più inclini ad utilizzare la PCA più frequentemente, anche durante il suo intervallo di inefficacia, nonostante l'assenza di differenze nella percezione del dolore rispetto ai pazienti non-alessitimici.

Trattamento perioperatorio

Vantaggi della curarizzazione continua profonda nella chirurgia bariatrica laparoscopica

S. Peralta², G. Cocorullo², G. Genovese², L. Morini¹, I. Macaione¹, S. Martorana¹, G. Guercio¹, G. Pantuso¹, F. Conte¹

¹*U.O.C. di Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico A.O.U.P. Paolo Giaccone - Palermo*

²*Scuola di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione - Palermo*

Relatore: Conte Francesco

Introduzione ed obiettivi

La terapia chirurgica della obesità grave presuppone un impegno anestesiológico particolarmente diligente e di alta specializzazione. Gli Autori intendono valutare i vantaggi e la sicurezza della curarizzazione profonda continua e relativo utilizzo del Sugammadex nella chirurgia Bariatrica

Materiali e Metodi

Dal Maggio 2013 al giugno 2014 sono stati randomizzati 40 pazienti ASA I-II con BMI 8 ± 3 , età 38 ± 12 , M/F 1:1 sottoposti ad intervento di chirurgia bariatrica laparoscopica. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad anestesia generale bilanciata con Desflurane + Remifentanil O₂/aria 50%. TV 8ml/kg, RR 12, peep + 5 cmH₂O. Il blocco neuromuscolare è stato ottenuto nel primo gruppo (gruppo C) con Cisatracurium Nibesilato 0.2 mg/kg IBW, seguito dall'infusione continua di cistaracurium di 0.02mg/kg/min, in caso di parziale risoluzione del blocco profondo veniva somministrato bolo di 2mg, Nel secondo gruppo (gruppo R), il blocco è stato ottenuto con 0.6 mg/kg di Rocuronio Bromuro seguito dall'infusione continua di 0.3mg/Kg/h IBW, in caso di parziale risoluzione del blocco profondo veniva somministrato un bolo di 10 mg. In entrambi i gruppi il blocco neuromuscolare è stato valutato e mantenuto con PTC >2 mediante l'utilizzo del TOF Watch SX ed è stato mantenuto tale sino alla fine della procedura chirurgica. In entrambi i gruppi sono stati valutati i valori di Pressione arteriosa media all'induzione dell'anestesia e 60 minuti dopo l'induzione del pneumo peritoneo, sono stati altresì valutati i valori di pressione di insufflazione 90 minuti dopo l'induzione dell'anestesia. La risoluzione del blocco neuromuscolare, train of four ratio TOFR ≥ 0.9 , è stata ottenuta nel gruppo C con miscela decurarizzante di neostigmina 0.05mg/kg + Atropina 0.02mg/kg somministrata non appena compariva TOF ≥ 2 , nel gruppo R con Sugammadex 4mg/kg, subito dopo la fine dell'intervento. Tutti i pazienti sono stati successivamente trasferiti e monitorizzati in terapia intensiva postoperatoria per le 24 ore successive all'intervento come da nostro PDTA.

Risultati

Dall'analisi dei dati in entrambi i gruppi è stato ottenuto un blocco neuromuscolare profondo, i valori di pressione arteriosa media a 60 Minuti sono stati di 94.5 ± 6.5 mmHg nel gruppo C e 84.3 ± 5.6 mmHg nel gruppo R $p < 0.05$, i valori medi di pressione d'insufflazione di CO₂ sono stati rispettivamente 12 mmHg nel Gruppo C e 11 mmHg nel gruppo R $P < 0.05$, i tempi medi di

risoluzione del blocco sono stati di 922 ± 147 sec nel gruppo C e 132 ± 36 sec nel gruppo R. In entrambi i gruppi è stata valutata la soddisfazione chirurgica sulla qualità dello pneumoperitoneo e relativa ottimizzazione del campo operatorio laparoscopico.

Discussione

Il nostro studio ha dimostrato l'efficacia e la sicurezza dell'utilizzo della curarizzazione continua e profonda e relativa risoluzione del blocco neuromuscolare mediante utilizzo di sugammadex nella chirurgia bariatrica laparoscopica, permettendo ottimali condizioni laparoscopiche e una rapida e sicura dimissione del paziente dal complesso operatorio. Riteniamo inoltre che il mantenimento di un blocco profondo continuo permetta una riduzione dell'assorbimento della CO₂ con minori effetti sul paziente. Tale ipotesi dovrà essere sostenuta da ulteriori studi randomizzati.

Bibliografia

^[1]Sugammadex Allows Fast-Track Bariatric Surgery.

Trattamento perioperatorio

Anestesia e Analgesia Multimodale nei pazienti bariatrici: l'effetto sparing sugli oppioidi nell'analgesia postoperatoria

Samantha Nadalin, Giuseppe Mariconda, Vincenzo Borrelli, Giuseppe Marinari
Humanitas Gavazzeni Bergamo

Relatore: Samantha Nadalin

Introduzione

Valutare l'effetto sparing sull'uso peri-operatorio dei farmaci oppioidi per la gestione del dolore dopo chirurgia bariatrica nei pazienti sottoposti ad anestesia e analgesia multimodale.

Metodi

Sono stati valutati 161 pazienti sottoposti rispettivamente a Sleeve gastrectomy (149), Bypass gastrico (9) e Deversione pancreaticca (3) con tecnica laparoscopica nel periodo Ottobre 2014-febbraio 2015.

Materiali: Tutti i pazienti hanno ricevuto una dose preoperatoria di Ossicodone/Naloxone 10/5 mg per os 3 ore prima dell'inizio dell'intervento e sono stati poi sottoposti ad anestesia generale utilizzando: Dexdor 0,5 mcg/kg (IBW) in infusione, Fentanyl 1mcg/kg (IBW), Propofol 2 mg/kg (TBW), Esmeron 0.1 mg/kg (IBW), Desametasone 8 mg e Ondansetron 4 mg all'induzione e 4 mg al risveglio. E' stata sempre eseguita dal chirurgo anestesia locale con Bupivacaina 0.5% 5 mL sul sito d'ingresso dei trocar. Al termine dell'intervento è stato somministrato Paracetamolo 1 gr ev e Ketorolac 30 mg ev. La terapia postoperatoria prevedeva Paracetamolo 1 gr ev ogni 6 h, Ketorolac 30 mg ev ogni 12 h e Ossicodone/Naloxone 10/5 mg os ogni 12 h.

Risultati

Nel 21% (33/161) dei pazienti è stata necessaria una dose rescue standard di morfina ev di 3 mg nelle prime 24 ore post-operatorie, mentre solo il 10,5% ha richiesto la stessa dose rescue dopo le 24 ore postoperatorie. Riguardo il PONV il 26,3% dei pazienti ha richiesto il trattamento con Ondansetron 4 mg ev nelle prime 24 ore postoperatorie, mentre solo il 2,63% in I giornata postoperatoria.

Discussione

Il dolore nei pazienti sottoposti ad anestesia ed analgesia multimodale nella chirurgia bariatrica con accesso laparoscopico è ben controllato sia nel tempo operatorio che post-operatorio. La riduzione dell'uso di farmaci oppioidi nelle prime 24 ore post-operatorie si è ottenuta in circa l'80% dei casi ed anche l'utilizzo di farmaci antiemetici è notevolmente ridotta.

Bibliografia

^[1]Song K1, Melroy MJ, Whipple OC. Optimizing multimodal analgesia with intravenous acetaminophen and opioids in postoperative bariatric patients. *Pharmacotherapy*. 2014 Dec;34 Suppl 1:14S-21S. doi: 10.1002/phar.1517.

^[2]Lindauer B1, Steurer MP2, Müller MK3, Dullenkopf A1. BMC Anesthetic management of patients undergoing bariatric surgery: two year experience in a single institution in Switzerland. *Anesthesiol*. 2014 Dec 18;14:125. doi: 10.1186/1471-2253-14-125.

Trattamento perioperatorio

Fast Track In Chirurgia Bariatrica: Approccio Vincente?

P. Millo, E. Ponte , M. Fabozzi, R. Brachet Contul, M. Grivon, A. Usai, R. Lorusso, M.J. Nardi, A. Margara, P. Bocchia, G. Longo, R. Allieta
Ospedale Regionale Umberto Parini, Aosta

Relatore: Paolo Millo

Introduzione

Negli ultimi anni la necessità di ottimizzare le risorse economiche sanitarie disponibili è stato uno degli obiettivi principali in chirurgia generale e in chirurgia bariatrica. Questa richiesta ha cambiato l'approccio al paziente chirurgico nella fase preoperatoria, durante l'intervento e nella gestione postoperatoria del paziente, contribuendo allo sviluppo della fast track.

Metodi

Nel nostro centro dal gennaio 2001 al dicembre 2014 sono stati eseguiti più di 579 tra by pass gastrici e sleeve gastrectomy. Nel 2012 abbiamo iniziato ad applicare un protocollo di "soft fast track", modificando l'approccio preoperatorio al paziente (intensificando il counseling, introducendo la fisioterapia respiratoria, lo studio dell'assetto nutrizionale, consigliando la perdita di peso e la sospensione di alcol e fumo), modificando la tecnica chirurgica (l'eliminazione dei drenaggi, del sondino nasogastrico, l'utilizzo dell'anestesia locoregionale) e soprattutto ottimizzando il decorso post operatorio (mobilizzazione precoce, ripresa dell'alimentazione in g1).

Risultati

La degenza media dei pazienti sottoposti a sleeve gastrectomy e by pass gastrico, dal 2001 al 2011, era 11 giorni (range 5-233). Dal 2012 la degenza media dei pazienti sottoposti a questo tipo di interventi bariatrici si è ridotta, passando a 8 giorni (-3 giorni in media).

Discussione

In letteratura sono pubblicati diversi studi in cui vengono descritti molteplici livelli di fast track, con degenze post operatorie da 5 a 0 giorni (BPG definito ambulatoriale). Nella dimissione precoce, che indubbiamente ha notevoli vantaggi in particolare in termini di riduzione dei costi e di incremento di volume dell'attività, va considerata la reale possibilità di dimettere il paziente in sicurezza. Nel nostro centro applichiamo una soft fast track, caratterizzata dalla riduzione della degenza post operatoria compatibilmente con la geografia della nostra regione, che ha un unico ospedale raggiungibile solo con difficoltà dalla gran parte dei pazienti. Non va sottovalutato il peso sulla degenza post operatoria dell'importante bacino di pazienti che provengono dalle regioni limitrofe, che quindi vengono dimessi in media alcuni giorni più tardi. Il nostro concetto di fast track è tutt'ora in evoluzione, con l'applicazioni di protocolli sempre più standardizzati, al fine di ridurre ulteriormente le degenze post operatorie e quindi i costi della chirurgia bariatrica, incrementando il volume di attività.

Trattamento perioperatorio

Fast –track in chirurgia bariatrica: esperienza in 100 casi consecutivi di sleeve gastrectomy

M. Serbelloni, U. Rivolta , F.Torretta, M.Basta, G.Soliman, S. Sarro, G. Sarro¹

AO Ospedale di Legnano – Presidio Ospedaliero di Magenta/Abbiategrasso, Centro di Chirurgia dell'Obesità

¹*Responsabile Centro di Chirurgia dell'Obesità, AO Ospedale di Legnano – Presidio Ospedaliero di Magenta/Abbiategrasso*

Relatore: Giuliano Sarro

Introduzione

FAST-TRACK in Chirurgia Bariatrica rappresenta un protocollo per ridurre la risposta allo stress chirurgico ed accelerare la riabilitazione dopo chirurgia con miglioramento della cura e riduzione dei costi. L'obiettivo di questo studio è analizzare gli effetti del programma di Fast – Track in Chirurgia Bariatrica in un gruppo di pazienti obesi sottoposti ad intervento di Sleeve Gastrectomy.

Metodi

Dal 1 settembre 2013 al 1 settembre 2014 un gruppo di 100 pazienti obesi sono stati sottoposti ad intervento di Sleeve Gastrectomy primaria secondo le linee guida SICOB. Si tratta di 76 F e 24 M con età media di 42 anni, e con BMI medio di 41. L'intervento di Sleeve Gastrectomy è stato eseguito in tutti i casi per via laparoscopica, con l' uso di 5 Port, Sonda Calibratrice di 32F , e sezione partendo da 6 cm dal piloro. Tutti i pazienti sono stati trattati con il programma Fast-Track, che prevedeva :

- 1) Accurata Counseling preoperatoria ;
- 2) Protocollo Anestesiologico semplice e sicuro con nessuna premedicazione e terapia multimodale del dolore;
- 3) Chirurgia mininvasiva con assenza al risveglio di CV, CVC, SNG.
- 4) Precoce mobilizzazione

Risultati

Il tempo operatorio medio è stato di 50 minuti, la degenza postoperatoria media di 3 giorni, la mortalità è risultata nulla ; La morbilità è stata rappresentata da 2 complicanze maggiori: 2 casi di emoperitoneo postoperatorio risolti con emotrasfusioni senza re intervento.

Discussione

Il nostro studio conferma che il Programma Fast-Track in Chirurgia Bariatrica è fattibile e non presenta differenze in termini di morbilità e mortalità, con la metodico convenzionale, determinando una riduzione della degenza, un miglioramento della qualità della cura ed una riduzione dei costi. La base del Programma Fast – Track è quella di un approccio multidisciplinare al paziente in cui Chirurgo, Anestesista, Infermiere , Fisioterapista; Nutrizionista e Psicologo

ruotano in un team intorno al paziente. Si deve inoltre sottolineare che l'adozione del Programma Fast – Track non compromette il programma di training chirurgico.

Bibliografia

^[1]Bergland A, Gislason H, Raeder Jm Fast-Track surgery for bariatric laparoscopic gastric bypass with focus on anaesthesia and perioperative care . Experience with 500 cases. Acta Anaesthesiol Scand 2008; 52 (10): 1394-9.

^[2]Kemal Dogan, Krazij L, Aarts E.O, and coll. Fast-Track Bariatric Surgery improve perioperative care and logistics compared to conventional care. Obesity Surgery 2015; 25:28-35.

Trattamento perioperatorio

Fattori di rischio per la sindrome da rhabdomiolisi nel paziente obeso sottoposto a chirurgia bariatrica e sua prevenzione: studio prospettico multicentrico

Salvatore Tolone¹, Vincenzo Pilonè², Mario Musella³, Gianluca Rossetti⁴, Marco Milone³, Landino Fei⁴, Pietro Forestieri⁵, Ludovico Docimo¹

¹Divisione di Chirurgia Generale e dell'Obesità, Seconda Università di Napoli

² U.O. di Chirurgia Bariatrica e Metabolica, Università degli Studi di Salerno

³ U.O.S di Chirurgia Gastrica Videoassistita, Università degli Studi di Napoli Federico II

⁴ Divisione di Fisiopatologia Chirurgica dell'Apparato Digerente, Seconda Università di Napoli

⁵ Chirurgia Generale, Oncologica e Bariatrica, Università degli Studi di Napoli Federico II

Relatore: Salvatore Tolone

Introduzione

La rhabdomiolisi (RML) è una complicanza, non frequente, ma talora fatale, nel trattamento chirurgico dell'obesità. L'incidenza, riportata in Letteratura, oscilla tra l'1.4% ed il 75%. Fattori di rischio preoperatori ritenuti imputabili per la RML sono il sesso maschile, l'età maggiore di 40 anni, il BMI maggiore di 55, l'ipertensione, il diabete mellito, la sindrome delle apnee notturne, l'assunzione di statine. La RML, quando correlata alla chirurgia (e quindi alla posizione sul tavolo operatorio, alla compromessa vascolarizzazione e alla compressione muscolare), si associa alla necrosi muscolare, con immissione nel circolo ematico dei componenti intramuscolari (CPK, mioglobina), che sono estremamente tossici per il rene, fino ad indurre insufficienza renale acuta con un conseguente tasso di mortalità del 20%. Dunque, la diagnosi precoce della RML è fondamentale per instaurare rapidamente un'adeguata terapia mirata a preservare la funzione renale. Tuttavia ancora esistono dubbi sulla reale incidenza della RML, su quali siano i reali fattori di rischio pre ed intraoperatori, e quale sia la corretta terapia nel caso di insorgenza di RML nel paziente obeso per evitare le complicanze renali. Scopo del presente studio prospettico multicentrico è quello di identificare i fattori di rischio che possono facilitare la diagnosi precoce della RML dopo chirurgia bariatrica e di verificare l'efficacia della semplice terapia reidratante associata a diuretici per la risoluzione della sindrome stessa.

Metodi

Protocollo di studio. Abbiamo condotto uno studio multicentrico prospettico che ha coinvolto i pazienti candidabili per chirurgia bariatrica dal 2010 al 2013, reclutati presso la XI Divisione di Chirurgia Generale e dell'Obesità e la Divisione di Fisiopatologia Chirurgica dell'Apparato Digerente della Seconda Università degli Studi di Napoli, e presso la Divisione di Chirurgia Generale, Oncologia Bariatrica e Videoassistita e la U.O. di Chirurgia Gastrica Video Assistita dell'Università Federico II di Napoli, dopo aver ottenuto l'approvazione del Comitato Etico Locale. Sono stati identificati e collezionati nel preoperatorio i seguenti parametri demografici: età, sesso, BMI, tabagismo, storia personale di ipertensione arteriosa, diabete, distiroidismo,

dislipidemia, insufficienza venosa, sindrome delle apnee notturne, asma e malattia polmonare cronica ostruttiva e l'utilizzo di farmaci. Ulteriori fattori di rischio valutati sono stati: dosaggio degli anestetici, tipo di intervento chirurgico, durata in minuti dell'intervento chirurgico (calcolata dall'induzione al risveglio). Chirurgia. I pazienti sono stati sottoposti alle seguenti procedure di chirurgia bariatrica: a) bendaggio gastrico b) sleeve gastrectomy c) by-pass gastrico (classico o mini gbp) d) by-pass bilio-intestinale e) diversione bilio-pancreatica (classica sec Scopinaro, con preservazione gastrica, o duodenal switch). Sono stati valutati anche i pazienti sottoposti a posizionamento/rimozione di sfera.

Risultati

Popolazione. Sono stati reclutati 481 pazienti (65.9% F, 34.1% M; età media $37,28 \pm 10,7$ anni; peso medio $132,7 \text{ kg} \pm 29,6$; BMI medio $47,3 \pm 7,5$) affetti da obesità patologica, sottoposti ad intervento bariatrico. Sono risultati affetti da diabete tipo II 53 pazienti (11%), mentre risultavano complicati da ipertensione arteriosa 102 pazienti (21.2%). Valutazione post-operatoria. Nel post-operatorio in 62 pazienti (12,9%) è stata posta diagnosi di RML. In questo gruppo solo il 19,35% (12 pazienti) hanno riferito dolore (VAS medio 5, range 3-7), e principalmente localizzato in regione gluteo-lombare. I pazienti con RML presentavano un significativo incremento del CK a 24 e 48h dall'intervento ($1346 \text{ U/L} - 1 \pm 2132,5$ -range 1191-37400 e $1422 \text{ U/L} - 1 \pm 2345,1$ -range 1231-38200, rispettivamente). In tutti i pazienti è stata instaurata una terapia basata sull'aumento della somministrazione dei fluidi e.v. (3000-3500 ml/die) e sulla stimolazione forzata della diuresi con furosemide 25mg/die. In nessun paziente si è registrata l'alterazione degli enzimi epatici, e nessun paziente ha sviluppato insufficienza renale acuta nel post-operatorio, o alterazioni della creatininemia.

Fattori di rischio. Tra i parametri investigati, all'analisi ANOVA e alla curva ROC abbiamo identificato quale determinanti fattori di rischio la durata dell'intervento $>4 \text{ h}$ ($P < 0.0001$, $r.730$ CI 95%, -0.003: -0.002), in particolare se in combinazione con un elevato BMI ($P < 0.003$, $r.680$ CI 95% -0.016: -0.003). Non sono stati individuati altri fattori di rischio; anche la presenza di diabete, o dell'ipertensione arteriosa, o infine un determinato intervento chirurgico bariatrico non sembrano giocare un ruolo rilevante.

Trattamento perioperatorio

Composizione del microbiota intestinale in pazienti gravemente obesi prima e dopo trattamento chirurgico malassorbitivo

S. Gili, A. L. Mozzillo, S. Tolone, G. del Genio, P. Limongelli, R. Ruggiero, L. Bruscianno, G. Docimo, M.R. Iovine, R. Di Salvo, A. D'Alessandro, G. Casalino, A. Bosco, R. Pirozzi, S. Parisi, V. Amoroso, N. Leone, A. Esposito, M.R. Navarra, I. Caputo, L. Docimo¹

Seconda Università Degli Studi di Napoli, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Cattedra di Chirurgia Generale,

¹*Direttore Divisione di Chirurgia Generale e dell'Obesità, Seconda Università Degli Studi di Napoli, Facoltà di Medicina e Chirurgia*

Relatore: Anna Licia Mozzillo o Dottoressa Simona Gili

Introduzione

Il microbiota intestinale rappresenta una complessa popolazione dinamica di microrganismi la cui composizione è influenzata da condizioni fisio-patologiche dell'individuo, dal suo stato immunologico, dalla motilità intestinale e dal tipo di dieta. Nel soggetto adulto il microbiota comprende due phylum principali: Bacteroidetes e Firmicutes. Molti studi hanno dimostrato che la flora batterica di ciascun soggetto possiede una propria efficienza metabolica e che la disbiosi intestinale può spiegare l'insorgenza di diverse patologie infiammatorie. Negli ultimi anni, il microbiota ha ottenuto un crescente interesse come fattore predisponente l'accumulo di tessuto adiposo. Nel 2004 il gruppo di ricerca di Jeffrey Gordon della Washington University, ha evidenziato la possibile relazione tra la composizione del microbiota intestinale e l'obesità (1-2-3). Da questi studi è emerso una prevalenza dei Firmicutes rispetto ai Bacteroidetes nel soggetto obeso. Pochissimi sono i lavori relativi alle modificazioni del microbiota a seguito di riduzione ponderale indotta da chirurgia bariatrica ed in particolare a quella di tipo malassorbitivo. (4-5-6-7). Lo scopo del nostro studio è stato quello di valutare le modificazioni del microbiota in pazienti sottoposti a chirurgia di tipo malassorbitivo.

Metodi

La nostra indagine è stata condotta su un campione di 8 pazienti gravemente obesi operati di Bypass Bilio-Intestinale (B.P.B.I.) nel Febbraio 2015. Il gruppo di pazienti era costituito da 3 maschi e 5 femmine, di età media di 35 ± 5 anni, I.M.C. $45 \pm 5 \text{ kg/m}^2$, M.G. 48,2%, E.W. 81,4%. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad anamnesi con particolare attenzione all'indagine alimentare, esami clinici ed analisi della composizione del microbiota fecale. Al momento della dimissione sono stati divisi in due gruppi da 4: ad entrambi sono state date le linee guida per una dieta equilibrata, normo-lipidica, con l'obbligo di astensione totale dall'alcol e prescrizione di un antibiotico ad azione intestinale con triplice somministrazione giornaliera per 5 giorni (Humatin); al secondo gruppo, inoltre, è stata aggiunta un'integrazione con un simbiotico prodotto con l'innovativa tecnica della microincapsulazione (5gr con 4 MLD di probiotici). La microincapsulazione consiste nel rivestire ogni singolo batterio con una matrice lipidica, per garantirne la sopravvivenza ai succhi gastrici, pancreatici e biliari, cosicché l'intera popolazione batterica giunga intatta nell'ambiente intestinale.

Inoltre tutti sono stati visitati con l'AKERN Bia 101, che lavora secondo il metodo whole-body con standard di tetra-polare, per le valutazioni della composizione corporea tri-compartimentale. I campioni fecali di tutti i pazienti sono stati congelati a -20°C e quindi sottoposti a reazione di PCR con i primer.

Risultati

In attesa di sviluppo. I due gruppi di studio saranno controllati a tre ed a sei mesi dall'intervento, rivalutando in tal modo tutti i parametri preoperatori e correlando le eventuali variazioni del microbiota fecale in funzione sia del calo ponderale sia dell'integrazione del simbiotico.

Discussione

Sicuramente, nel prossimo futuro, saranno condotti studi più ampi sul ruolo potenziale sia del microbiota sia del microbioma intestinale sull'obesità umana utilizzando tecniche analitiche standardizzate e prendendo in considerazione tutte le possibili variabili confondenti; peraltro resta ancora da chiarire il ruolo della chirurgia bariatrica nell'indurre modificazioni della "flora intestinale" e soprattutto le possibili differenze in relazione alla tipologia di intervento.

Bibliografia

- [1] Ley RE, Backhed F, Turnbaugh P, Lozupone CA, Knight RD, Gordon JI. Obesity alters gut microbial ecology. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2005;102:11070e5.
- [2] Backhed F, Manchester JK, Semenkovich CF, Gordon JI. Mechanisms underlying the resistance to diet-induced obesity in germ-free mice. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2007;104:979e84.
- [3] Ley RE, Turnbaugh PJ, Klein S, Gordon JI. Microbial ecology: human gut microbes associated with obesity. *Nature* 2006; 444:1009e10.
- [4] Zhang H, DiBaise JK, Zuccolo A, Kudrna D, Braidotti M, Yu Y, et al. Human gut microbiota in obesity and after gastric bypass. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2009;106:2365e70.
- [5] Furet JP, Kong LC, Tap J, Poitou C, Basdevant A, Bouillot JL, et al. Differential adaptation of human gut microbiota to bariatric surgery-induced weight loss links with metabolic and low-grade inflammation markers. *Diabetes* 2010;59:3049e57.
- [6] JV, Ashrafian H, Bueter M, Kinross J, Sands C, le Roux CW, Bloom SR, Darzi A, Athanasiou T, Marchesi JR, Nicholson JK, Holmes E. Metabolic surgery profoundly influences gut microbial-host metabolic cross-talk. *Gut* 2011; 60: 1214-1223.
- [7] Lips MA, de Groot GH, van Klinken JB, Aarts E, Berends FJ, Janssen IM, Van Ramshorst B, Van Wagenveld BA, Swank DJ, Van Dielen F, Willems van Dijk K, Pijl H. Calorie restriction is a major determinant of the short-term metabolic effects of gastric bypass surgery in obese type 2 diabetic patients. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2014; 80.

Follow-up

Predittori di remissione del Diabete in pazienti sottoposti a tre diverse tecniche di chirurgia bariatrica. Gruppo Interdisciplinare di Chirurgia dell'Obesità di Verona (G.I.C.O.V.)

Ilaria Rubbo¹, Giulia Ceradini¹, Elisabetta Rinaldi¹, Luisa Nadalini², Marco Battistoni³, Michele Genna³, Enzo Bonora¹, Giacomo Zoppini¹, Maria Grazia Zenti¹

¹ *Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del Metabolismo. DAI Medico*

² *USD Psicologia Clinica. DAI Direzione Medica Ospedaliera*

³ *Chirurgia Generale e dell'Obesità. DAI Chirurgia, Università di Verona e AOUI Verona*

Relatore: Ilaria Rubbo

Introduzione

La chirurgia bariatrica si è dimostrata efficace nel determinare la remissione del diabete tipo 2 (DM2) nei soggetti obesi, tuttavia non è ancora stato completamente chiarito quali tecniche chirurgiche siano da preferire e le caratteristiche cliniche dei pazienti che predicono la remissione del diabete. Lo scopo dello studio è stato valutare l'effetto di tre diverse tecniche di chirurgia bariatrica sul calo ponderale e sul compenso glico-metabolico in pazienti obesi affetti da DM2.

Metodi

Sono stati arruolati 105 pazienti obesi con DM2 (66 donne e 39 uomini) sottoposti a bendaggio gastrico laparoscopico (LAGB, 11 soggetti, età 47±10 aa, BMI 42.3±8.3 kg/m²), o a bypass gastrico con ansa alla Roux (RYBP, 77 soggetti, età 50±8 aa, BMI 45.7±6.8 kg/m²), o a sleeve gastrectomy (SG, 17 soggetti, età 49±11 aa, BMI 50.2±8.8 kg/m²) nel periodo 2005-2012.

Risultati

Il calo ponderale medio a 12 mesi dall'intervento è stato, nell'intera coorte, del 26.4±9.8% e tale risultato veniva mantenuto a 24 e 36 mesi. La remissione del Diabete si è verificata nel 68.6% dei partecipanti (4/11 dei LAGB, 54/77 di RYBP e 14/17 di SG). Nell'analisi multivariata di Cox, l'età, la durata di malattia, la tecnica chirurgica e il compenso glicemico (definito da HbA1c < 53 mmol/mol =7%) sono risultati predittori significativi della remissione del Diabete (età RR=0.97, 95%CI:0.94-1.0, p=0,05; durata di malattia RR=0.93, 95%CI: 0.86-0.99, p=0.036; rif LAGB, RYBP RR=3.9, 95%CI:1.31-11.57, p=0.014; SG RR=5.6, 95%CI:1.67-18.64, p=0.005; HbA1c RR=0.54, 95%CI:0.32-0.92, p=0.024).

Discussione

Le tecniche di chirurgia bariatrica che modificano l'anatomia del tratto prossimale dell'apparato gastrointestinale (RYBP e SG) determinano un maggiore calo ponderale e una maggiore remissione del Diabete rispetto alle tecniche restrittive (LAGB). La giovane età, la breve durata di malattia e il miglior compenso glicemico aumentano la probabilità di remissione del Diabete.

Bibliografia

^[1]Dixon JB, O'Brien PE, Playfair J, Chapman L, Schachter LM, Skinner S, Proietto J, Bailey M, Anderson M (2008) Adjustable gastric banding and conventional therapy for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *JAMA* 299: 316-323.

^[2]Schauer PR, Kashyap SR, Wolski K, Brethauer SA, Kirwa JP, Pothier CE, Thomas S, Abood B, Nissen SE, Bhatt DL (2012) Bariatric surgery versus intensive medical therapy in obese patients with diabetes. *N Engl J Med* 366: 1567-1576.

^[3]Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, Guidone C, Iaconelli A, Leccesi L, Nanni G, Pomp A, Castagneto M, Ghirlanda G, Rubino F (2012) Bariatric surgery versus conventional medical therapy for type 2 diabetes. *N Engl J Med* 366: 1577-1585.

Follow-up

Effetti della chirurgia bariatrica sul compenso metabolico e sulla risposta degli ormoni entero-insulari al test pasto misto in obesi diabetici

G. Ceradini¹, MG. Zenti¹, I. Rubbo¹, L. Boselli¹, L. Nadalini², L. Bissoli³, M. Genna⁴, M. Battistoni⁴, M. Trombetta¹, RC. Bonadonna⁵, E. Bonora¹

¹*Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del Metabolismo. DAI Medico, Università di Verona e AOUI Verona*

²*USD Psicologia Clinica. DAI Direzione Medica Ospedaliera, Università di Verona e AOUI Verona*

³*Geriatrics. DAI Medico, AOUI Verona*

⁴*Chirurgia Generale e dell'Obesità. DAI Chirurgia, AOUI Verona*

⁵*Endocrinologia, DAI Medicina Clinica e Speriment Università di Verona e AOUI Verona*

Relatore: Giulia Ceradini

Introduzione

I meccanismi che regolano cambiamenti del metabolismo glucidico dopo intervento di chirurgia bariatrica (CB) non sono ancora completamente conosciuti. L'obiettivo di questo studio è quello di valutare le variazioni dei livelli di glicemia, insulina, ormoni entero-insulari e acidi grassi liberi (FFA) durante pasto misto prima e dopo intervento di CB (Sleeve Gastrectomy-SG, Bypass Gastrico-RYBP) in soggetti obesi diabetici.

Metodi

4 pazienti (M/F=2/2), età media 55.5 ± 13.7 anni, peso 125.0 ± 15.2 kg, BMI 44.2 ± 4.6 kg/m², durata di diabete: 6.2 anni (range 6-12), HbA1c $6.6 \pm 0.7\%$, sono stati sottoposti a pasto-misto (MMT, polenta e parmigiano) di 186 Kcal: 53% carboidrati, 17% proteine, 30% grassi; prima, 1 mese e 12 mesi dopo chirurgia (SG n=1 e BP n=3), con dosaggio di glicemia, C-peptide, insulina, lattato (marker di glicolisi anaerobia), GIP e FFA per 300'. La funzione beta-cellulare è stata valutata mediante analisi modellistica delle curve di glucosio/C-peptide durante MMT per quantificare controllo derivativo (risposta beta-cellulare all'incremento di glucosio) e proporzionale (risposta beta-cellulare al glucosio espressa come curva stimolo-risposta della secrezione di insulina). La valutazione di massa grassa e massa magra negli arti e nel tronco prima e dopo chirurgia è stata eseguita mediante DEXA.

Risultati

Dopo 1 e 12 mesi dall'intervento si è osservato un significativo calo ponderale (ad un mese BMI= 39.6 ± 4.5 kg/m²; dopo 12 mesi BMI= 31.8 ± 5 kg/m²), riduzione della resistenza insulinica (HOMA-IR basale= 13.5 ± 11 ; dopo 1 mese= 2.28 ± 1.14 ; dopo 12 mesi= 2.39 ± 1.6) e dell'area sotto la curva dei lattati con miglioramento della funzione beta cellulare espressa dallo spostamento a sinistra della curva stimolo risposta. I livelli di GIP hanno mostrato un significativo incremento a 12 mesi (GIP basale= 57.7 ± 18.3 pg/ml; GIP dopo 1 mese= 42.3 ± 11.3 pg/ml e GIP dopo 12

mesi=82.1±22.2 pg/ml) mentre gli FFA hanno mostrato un transitorio incremento a 1 mese con riduzione dei valori a 12 mesi (FFA basali=742.6±262.0 uEq/L; a 1 mese FFA=837±274 uEq/L; a 12 mesi FFA=549.4±319 uEq/L).

Discussione

Questi dati preliminari, in soggetti obesi diabetici, suggeriscono che gli interventi che agiscono modificando l'anatomia per primo tratto digestivo (RYBP e SG) determinano un miglioramento dell'omeostasi glucidica conseguente a precoce incremento della funzione beta cellulare, della sensibilità insulinica e della clearance dell'insulina a cui si associa un miglioramento della sensibilità insulinica nel tessuto adiposo dopo 12 mesi dall'intervento.

Bibliografia

[1]Campos M. et al, Changes in post-prandial glucose and pancreatic hormones, and steady-state insulin and free fatty acids after gastric bypass surgery. Surgery for Obesity and Related Diseases, 2014.

Follow-up

Valutazione della funzionalità gastrica residua dopo bypass gastrico per obesità patologica attraverso Gastropanel™

F. Marchesi, G. De Sario, E. Melani, C. Rapacchi, V. Reggiani, M. Riccò¹, N. Rizzi, F. Tartamella, E. Goni², F. Di Mario²

Clinica chirurgica e terapia chirurgica, Università degli studi di Parma

¹ASL di Parma

²Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Parma

Relatore: Elisa Melani

Introduzione

Il bypass gastrico rappresenta l'intervento bariatrico più diffuso al mondo. Una delle maggiori perplessità riguardo il suo utilizzo è costituita dalla persistenza di un moncone gastrico escluso (remnant) non esplorabile. Benché il rischio di cancerizzazione sia stato ridimensionato, la necessità di una valutazione morfo-funzionale del remnant rimane un'esigenza tuttora irrisolta, data la sua inaccessibilità endoscopica. Lo scopo di questo studio è quello di valutare le modificazioni morfo-funzionali del remnant mediante l'utilizzo di un test non-invasivo già validato per pazienti non bariatrici: il Gastropanel™. Gastropanel™ è un test immunoenzimatico in grado di dare informazioni sullo stato morfo-funzionale della mucosa gastrica. E' costituito da quattro parametri: Pepsinogeno I (PGI), Pepsinogeno II (PGII), Gastrina-17 (G-17) ed anticorpi classe IgG anti-Helicobacter pylori (H.p.). PGI è il marker della produzione di acido cloridrico a livello gastrico, PGII è marker di infiammazione (gastrite), G-17 è quasi totalmente prodotta a livello dell'antro gastrico e rappresenta il fisiologico stimolo alla produzione di acido da parte della cellula parietale, infine, gli anticorpi anti-H.p. sono indicatori di un'attuale o pregressa infezione da H.p. Analizzando contemporaneamente questi quattro parametri è possibile pertanto fare diagnosi di infezione da H.p., gastrite correlata all'infezione da H.p. e gastrite cronica atrofica, una condizione precancerosa gastrica.

Metodi

Una coorte di 20 pazienti sottoposti a bypass gastrico sono stati prospetticamente arruolati in questo studio. Gastropanel™ è stato effettuato su questi pazienti a T0 (preoperatoriamente), a T1 (3 mesi dopo l'intervento chirurgico) e T2 (6 mesi dopo l'intervento chirurgico). Un analogo dosaggio è stato effettuato su di un'ulteriore coorte di 20 pazienti sottoposti a bypass gastrico da oltre 4 anni. Oltre alle variazioni del pepsinogeno, indice di atrofia gastrica, sono state valutate le variazioni di gastrina 17, quale indicatore di malattia da reflusso. L'analisi statistica è stata effettuata attraverso il calcolo di una t di Student.

Risultati

I risultati evidenziano come PGI diminuisca significativamente ($p=0,0043$), così come PGI/PGII ratio ($p=0,0031$), già ai controlli precoci. PGII e Gastrina-17, invece, non mostrano variazioni

statisticamente significative ($p= NS$). I dati sulla coorte di pazienti esaminati a lungo termine sono ancora in corso di elaborazione

Discussione

La riduzione dei livelli di PGI conferma, dal punto di vista della funzionalità gastrica, la messa a riposo dell'organo divenuto un remnant senza stimoli alimentari ed in particolare proteici per la produzione di acido cloridrico da parte delle cellule parietali e quindi delle cellule principali produttrici dei pepsinogeni localizzate nelle stesse ghiandole. L'integrazione con i dati a lungo termine potrà fornire indicazioni interessanti sul significato clinico delle suddette modificazioni nel tempo.

Follow-up

Metaplasia intestinale nello stomaco escluso dopo Rou-en-Y gastricbypass. Qual è l'approccio corretto?

E. Ponte, P. Millo, M. Fabozzi, R. Brachet Contul, M. Grivon, A. Usai, R. Lorusso, M.J. Nardi, A. Margara, P. Bocchia, G. Longo, R. Allieta
Ospedale Regionale Umberto Parini, Aosta

Relatore: Elisa Ponte

Introduzione

Il Bypass Gastrico su ansa alla Roux-en-Y laparoscopico (LRYGBP) è un intervento eseguito per l'obesità patologica con ottimi risultati. In letteratura sono riportati diversi reperti patologici nello stomaco escluso dal transito alimentare.

Metodi

Nel nostro centro, tutti i pazienti candidati a chirurgia bariatrica eseguono una serie di esami preoperatori, tra i quali un'esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsie gastriche multiple. Dal gennaio 2001 al dicembre 2014 sono stati effettuati 453 LRYGBP e 126 sleeve gastrectomy per obesità patologica. Considerando soltanto i pazienti sottoposti a questi 2 interventi di chirurgia bariatrica sono state effettuate 579 EGDS.

Risultati

In 16 pazienti (2.7% dei casi) le biopsie gastriche preoperatorie hanno mostrato metaplasia gastrica. In questi casi è stato deciso di sottoporre i pazienti a una sleeve gastrectomy, così da non lasciare una porzione di stomaco difficilmente esplorabile, come accade nel LRYGBP.

Discussione

LRYGBP è un intervento efficace in caso di obesità patologica e con buoni risultati in termini di perdita di peso e qualità della vita. L'esplorazione della porzione gastrica esclusa dal transito alimentare è particolarmente complessa e laboriosa, per questo motivo risulta mandatorio uno studio preoperatorio endoscopico e istologico approfondito dello stomaco. La presenza di una condizione di precancerosi a tale livello, o la sua comparsa dopo l'intervento, richiede l'intensificazione dei controlli postoperatori in un tratto dell'apparato digerente difficilmente esplorabile. La metaplasia intestinale, infatti, è una condizione di precancerosi descritta da Correa già nel 1975, la cui incidenza di degenerazione maligna è del 0.1-0.9%. Nella valutazione di tale rischio degenerativo non vanno sottovalutate le alterazioni nell'espressione di alcuni geni, riportate da un recente studio, delle cellule dello stomaco escluso nel LRYGBP, che sembrerebbero avere un'apoptosi inibita a favore di una tendenza all'iperproliferazione. In letteratura sono riportati diversi metodi per esplorare la porzione gastrica esclusa, rimane da valutare quale sia l'approccio più adeguato in rapporto al rischio di degenerazione maligna della metaplasia intestinale.

Follow-up

Confronto tra due diverse modalità di follow-up del bendaggio gastrico regolabile: studio prospettico randomizzato

Badiali Sara, Micheletto Giancarlo¹, Chiari Nicholas², Panizzo Valerio³, Dorigo Alessandra, Mozzi Enrico

UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti Università degli Studi di Milano

¹*Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti Università degli Studi di Milano, INCO-Unità Operativa di Chirurgia Generale Istituto Clinico Sant'Ambrogio Milano*

²*Unità Operativa di Chirurgia Generale Istituto Clinico Sant'Ambrogio Milano*

³*INCO-Unità Operativa di Chirurgia Generale Istituto Clinico Sant'Ambrogio Milano*

Relatore: Badiali Sara Milano

Introduzione

L'intervento chirurgico di bendaggio gastrico regolabile laparoscopico (LAGB) rappresenta una delle procedure bariatriche maggiormente utilizzate in Italia e in Europa. E' una procedura chirurgica sicura, con una ridotta incidenza di complicanze a breve e lungo termine, ma che necessita di una adeguata collaborazione da parte del paziente. E' quindi ipotizzabile che il controllo clinico frequente, con lo scopo di rinforzare costantemente la compliance del paziente, possa determinare un miglioramento dei risultati. Per tale motivo abbiamo deciso di confrontare due modalità diverse di follow-up: una con controlli ambulatoriali ravvicinati ed una tradizionale con controlli radiologici distanziati nel tempo.

Metodi

Sono stati arruolati nello studio 94 pazienti candidati a LAGB (linee guida SICOB) residenti in Lombardia da giugno 2012 a giugno 2014. I pazienti sono stati sottoposti a completo screening preoperatorio e sono stati suddivisi in modo randomizzato in due gruppi:

- Gruppo 1 (follow-up tradizionale): 49 pazienti con controlli a 3, 6, 12 mesi con calibrazione del bendaggio mediante esame radiologico del tubo digerente.
- Gruppo 2 (follow-up con controlli più ravvicinati): 45 pazienti con visita ambulatoriale mensile per i primi 6 mesi e bimestrale nei successivi 6 mesi, con eventuale calibrazione del bendaggio. Al 12° mese calibrazione radiologica.

I due gruppi erano omogenei per età, sesso, composizione corporea e BMI. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad esame antropometrico, bioimpedenziometrico e di laboratorio prima dell'intervento, dopo 6 mesi e dopo 1 anno.

Risultati

Il BMI medio preoperatorio era $40,4 \pm 6,5$ nel gruppo 1 e $40 \pm 5,2$ nel gruppo 2. A 6 mesi il BMI era $36,2 \pm 6,3$ nel gruppo 1 e $34,3 \pm 5,1$ nel gruppo 2 ($p=0,15$), a 12 mesi $34,4 \pm 6,1$ e $31,6 \pm 4,8$ rispettivamente ($p=0,06$). A 6 mesi la %EWL era $25,5 \pm 14,7$ nel gruppo 1 e $28,1 \pm 14,2$ nel gruppo 2 ($p=0,15$), a 12 mesi $35,4 \pm 17,1$ e $44,6 \pm 18,8$ rispettivamente ($p=0,05$). All'esame bioimpedenziometrico il calo della massa grassa a 12 mesi è stato del 4,4% nel gruppo 1 e del 7,4% nel gruppo 2 ($p=0,32$). Il calo della massa muscolare a 12 mesi è stato di 4,1 Kg nel gruppo 1 e di 3,9 Kg nel gruppo 2 ($p=0,02$). A 12 mesi il follow-up è stato completato solo nel 62% dei pazienti. In entrambi i gruppi 3 pazienti sono stati persi al follow-up per rimozione del bendaggio per slippage o per mancata presentazione ai controlli. Nel gruppo 2 è stato necessario effettuare in 3 pazienti una revisione chirurgica del port per complicanze (rotazione o rottura). Gli esami di laboratorio non hanno dimostrato differenze tra i due gruppi.

Discussione

Dal confronto tra le due metodiche emerge un lieve miglioramento dei risultati sul calo ponderale nel gruppo con controlli ambulatoriali frequenti, senza una differenza statisticamente significativa a 6 mesi e al limite della significatività a 1 anno. I risultati a un anno tuttavia sono incompleti, poiché solo una parte dei pazienti ha completato il follow-up. All'esame bioimpedenziometrico la conservazione di massa magra a 12 mesi è stata significativamente maggiore nel gruppo 2 rispetto al gruppo 1.

Il gruppo con regolazioni ambulatoriali ravvicinate ha permesso di evitare l'utilizzo dello strumentario e dell'equipe radiologica, ma ha aumentato considerevolmente il carico di lavoro per il personale medico addetto. Da segnalare che la regolazione radiologica non ha avuto il vantaggio di riconoscere precocemente lo slippage dei bendaggi, che è stato sospettato sulla base della sintomatologia anche nel gruppo 1. Dai risultati preliminari sembra emergere un minimo vantaggio delle regolazioni ambulatoriali ravvicinate rispetto a quelle tradizionali, da confermare con la conclusione del follow-up ed effettuando ulteriori studi con campione più numeroso.

Bibliografia

[1] Impact of Patient Follow-Up on Weight Loss after Bariatric Surgery

Roy Shen MD, Giovanni Dugay, Kavitha Rajaram BA, Izumi Cabrera MA, Niccole Siegel, Christine J Ren MD, Obesity Surgery April 2004, Volume 14, Issue 4, pp 514-519.

[2] Post-surgery adherence to scheduled visits and compliance, more than personality disorders, predict outcome of bariatric restrictive surgery in morbidly obese patients. Pontiroli AE, Fossati A, Vedani P, et al. *Obes Surg.* 2007;17(11):1492-7.

[3] Fat-free mass loss generated with weight loss in overweight and obese adults: what may we expect? Dixon JB, Lambert EA, Grima M, Rice T, Lambert GW, Straznicky NE. *Diabetes Obes Metab.* 2015 Jan;17(1):91-3. doi: 10.1111/dom.12389. Epub 2014.

[4] Pre-and postsurgery behavioral compliance, patient health, and postbariatric surgical weight loss. Toussi R, Fujioka K, Coleman KJ. *Obesity.* 2009;17(5):996-1002.

Follow-up

Rx diretta addome e pallone intragastrico: auto insufflazione del BIB e altre evidenze in corso di follow-up

Francesca Romana De Filippo, Nicola Perrotta, Roberta Maselli, Domenico Loffredo

*Azienda Sanitaria di Potenza, Presidio Ospedaliero di Villa d'Agri, Centro di Riferimento Regionale Basilicata per la Chirurgia Bariatrica, UOC Chirurgia Generale
UOS Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva*

Relatore: Nicola Perrotta

Introduzione

Il pallone intragastrico rappresenta uno degli strumenti maggiormente utilizzati nei centri di chirurgia bariatrica anche al fine di ottenere un adeguato calo ponderale pre-operatorio. La procedura, tuttavia, non è esente da potenziali complicanze che impongono periodici controlli prima della sua rimozione. Scopo di questo studio è stato quello di analizzare l'efficacia dell'uso routinario della radiografia diretta dell'addome in corso di follow-up con analisi specifica di alcuni reperti occasionali.

Metodi

Dal mese di settembre 2008 al mese di gennaio 2015, 180 pazienti (46 uomini, 134 donne, età media 36 anni, BMI medio 46,7 Kg/m²) sono stati trattati con Pallone intragastrico BIB. In tutti i casi il pallone è stato gonfiato con 600 ml di soluzione fisiologica e 10 ml di blu di metilene. Sono stati programmati controlli ambulatoriali clinici e laboratoristici ogni 30-40 giorni. Un esame RX diretta addome è stato eseguito in tutti i casi in occasione del controllo al 3° e 5° mese.

Risultati

L'uso routinario del controllo radiologico ha permesso di evidenziare alcune problematiche peculiari e poco descritte in letteratura: in 4 pazienti (2.2%) infatti, in occasione del controllo eseguito al terzo mese, si è evidenziata una sovradistensione del BIB con notevole aumento del diametro per la presenza di aria nel suo interno per circa il 30-50% del volume. Solo due dei quattro pazienti presentavano sintomi di rilievo, caratterizzati da vomito e dolore epigastrico più marcati rispetto ai disturbi che normalmente conseguono al posizionamento del pallone. Tutti i pazienti sono stati comunque sottoposti a una rimozione anticipata del BIB che si è svolta in assenza di problematiche di rilievo. Lo stesso esame radiologico, in altri due pazienti, ha permesso di identificare un'occlusione gastrica secondaria allo stazionamento del BIB in sede antrale pre-pilorica. L'immagine radiologica, in questi casi, ha permesso di evidenziare una marcata gastrectasia determinata dalla presenza di abbondanti ingesti al di sopra del BIB. Le immagini radiologiche si associavano in questi casi a una sintomatologia molto importante caratterizzata da vomito incoercibile, talvolta associato a disidratazione e ipopotessemia. Ovviamente i pazienti, in questi casi, sono stati prima ricompensati dal punto di vista idro-elettrolitico e successivamente sottoposti a rimozione della protesi. In due pazienti, al IV e VI mese, si è verificata un'espulsione

spontanea della protesi sgonfia e lacerata in occasione di episodi di vomito; in altri due pazienti il BIB è stato rimosso anticipatamente al 2° mese per intolleranza (vomito persistente con importante calo ponderale) ed in altri due pazienti per evidenza di colorazione blu delle urine.

Discussione

Il Pallone intragastrico è considerato un dispositivo efficace e soprattutto sicuro anche se in letteratura sono descritte complicanze anche importanti come l'ostruzione intestinale e la perforazione della parete gastrica. Poco si conosce circa i meccanismi alla base della sovradistensione da auto-insufflazione del pallone, complicanza rara e poco analizzata dalla letteratura, ma potenzialmente grave. Per questo motivo i pazienti devono essere sottoposti a stretti controlli per una precoce diagnosi e trattamento delle stesse, e ove possibile, per una corretta prevenzione. Nella nostra esperienza l'esame RX diretta addome è uno strumento di semplice applicazione all'interno del percorso di follow-up, e utile per i riscontri che ne possono derivare sia per la protesi (presenza, diametro, posizione) che per lo stomaco ed il tratto gastrointestinale (gastrectasia, livelli idroaerei). Appare inoltre evidente che gli esami richiesti, radiologici e non, debbano essere sempre valutati da parte di personale esperto nell'identificazione e nel trattamento di queste complicanze.

Bibliografia

[1]Juchems MS, Uyak D, Ernst AS, Brambs HJ. Monitoring gastric filling, satiety and gastric emptying in a patient with gastric balloon using functional magnetic resonance imaging-a feasibility report. Clin Med Case Rep. 2008 May 22;1:41-4. eCollection 2008.

Follow-up

Reali aspettative del palloncino intragastrico nel trattamento dell'obesità

Silvia Palmisano, Barbara Melchiorretto, Michela Giuricin, Nicolò de Manzini

*UCO Chirurgia Generale, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste***Relatore: Barbara Melchiorretto**

Introduzione

Lo studio intende analizzare i risultati del palloncino intragastrico a lungo termine registrando le variazioni di peso, del BMI e la percentuale di peso in eccesso perso (EWL) e del BMI (EBL) a sei mesi e ad un anno dal posizionamento; un interesse particolare è rivolto al mese coincidente con la massima perdita di peso, verificando l'ipotesi, che un dimagrimento concentrato nei primi mesi rappresenti un fattore predittivo positivo per il mantenimento del successo terapeutico nel lungo termine. Al fine di individuare altri fattori impattanti nel processo di calo ponderale, sono state analizzate correlazioni significative tra le variazioni antropometriche misurate e le variabili età, sesso e tipo di palloncino (aria o acqua). Lo studio, inoltre, ha valutato il grado di soddisfazione ad un anno dalla procedura: pur trattandosi di un parametro soggettivo, le singole valutazioni sono state standardizzate attraverso un test di tre domande relative alla qualità di vita del paziente (1- E' soddisfatto?; 2- Lo rifarebbe?; 3- Ha modificato le abitudini alimentari?), invitato ad attribuire a ciascuna di esse un punteggio predefinito.

Metodi

92 pazienti da febbraio 2009 a settembre 2014: 12 sono stati esclusi per rimozione precoce del palloncino (13%) e 2 con trattamento ripetuto sono stati considerati come unico paziente con i valori medi ottenuti dalle misurazioni delle due procedure. La casistica effettiva dei pazienti con controlli a 6 mesi è di 78 pazienti; la casistica ad un anno di follow-up è di 71 pazienti (7 pazienti hanno posizionato il palloncino più recentemente). La significatività statistica (p value <0.05) è stata calcolata con il test di Wilcoxon per dati appaiati. L'analisi di correlazione statistica è stata condotta mediante i test di correlazione di Spearman, il t- student e il test di Mann-Whitney. L'End Treatment Success (ETS) è stato calcolato per una perdita di percentuale di peso in eccesso superiore al 20% a 6 mesi e a 1 anno. Sono stati valutati come fattori predittivi dell'ETS sia il raggiungimento a 3 mesi di trattamento dell'80% del valore della perdita di peso a 6 mesi, sia il raggiungimento ad 1 mese di trattamento del 5% della perdita di peso a 6 mesi. La soddisfazione ad un anno è stata calcolata con il test del Chi-quadro.

Risultati

Il calo di peso dalla situazione al basale a 6 mesi è statisticamente significativo ($p < 0.00001$) e ad 1 anno ($p = 0.0004$). Il calo BMI dalla situazione al basale a 6 mesi è statisticamente significativo ($p < 0.00001$) e rimane significativo anche ad 1 anno ($p = 0.0002$). Non risultano correlazioni

statisticamente significative tra eccesso di EWL/EBL a 6 mesi e a 1 anno rispetto al sesso, età e tipo di palloncino. Non risultano differenze statisticamente significative tra EWL /EBL a 1 anno rispetto al BMI iniziale, mentre c'è una correlazione statisticamente significativa tra EWL/EBL a 6 mesi e BMI Iniziale ($p=0.0004$, $p=0.003$). La massima perdita di peso è avvenuta entro il 4° mese. Confrontando i due criteri ($WL \geq 5\%$ a 1 mese o $WL \geq 80\%$ a 3 mesi della perdita totale di peso a 6 mesi) nessuno dei due rappresenta una fattore predittivo dell'ETS a 6 mesi e a 1 anno. Il 63.4 % dei pazienti non è soddisfatto del trattamento, il grado di soddisfazione è indipendente dalla perdita di peso ad 1 anno, il 69% dei pazienti non lo rifarebbe e il 63.4% non ha cambiato le abitudini alimentari.

Discussione

Dal nostro studio emerge che il palloncino intragastrico è un trattamento che raggiunge il target di calo ponderale a 6 mesi e ad 1 anno, con un picco di peso perso entro il 4° mese. Non è stata trovata correlazione statisticamente significativa tra la perdita di peso ed il sesso, l'età e il tipo di palloncino. A tal proposito però è stata osservata una maggiore perdita di peso a 6 mesi nei pazienti con palloncino ad aria ma senza significatività statistica ($p=0.13$) probabilmente perché più numerosi nel campione. Il BMI iniziale, invece, correla con il calo ponderale. Nonostante tali risultati, i pazienti soggettivamente non sono soddisfatti del trattamento probabilmente perché dopo 1 anno il 45.6% dei pazienti è aumentato di peso ma meno della situazione al basale e il 22.1% ha ripreso più peso della situazione basale; la maggior parte non ripeterebbe il trattamento e per il 63.4% dei pazienti non è risultato uno strumento utile per il cambio di alimentazione. Il palloncino ha un effetto temporaneo sulla perdita di peso, ma non soddisfa appieno le aspettative di paziente obeso.

Follow-up

350 Sleeve gastrectomy laparoscopiche: cosa è successo da 1 a 3 anni, cosa è successo da 3 a 5 anni

M. Boni, F. Rondelli, M. T. Federici, E. Mariani

USL 2, Regione Umbria, P.O. di Foligno

Relatore: Marcello Boni

Introduzione

La sleeve gastrectomy ha avuto negli ultimi anni un implemento notevole nel numero di procedure eseguite. Nel nostro centro sono state eseguite dal 2010 350 interventi. E' il momento giusto per esaminare l'andamento, i risultati, le complicanze, qualità di vita.

Metodi

Sono stati richiamati ed intervistati telefonicamente 350 pazienti operati. Per ogni paziente è stato ricostruito il follow up anno per anno con particolare riguardo a ewl, riduzione delle comorbidità iniziali e l'eventuale recupero di peso, sono stati chiesti gli effetti ritenuti indesiderati.

Risultati

Le slides che presenteremo all'evento descriveranno con curve e grafiche i risultati analizzati, ewl, comorbidità, qualità di vita, recupero di peso, complicanze precoci e tardive.

Discussione

La sleeve gastrectomy è una procedura con tempi di esecuzione bassi, tecnica riproducibile in insegnamento ai più giovani, complicanze sostenibili anche se la gestione della fistola gastrica è tra le più impegnative della chirurgia addominale in generale. I risultati sono pressochè sovrapponibili al bypass gastrico. In caso di insufficiente dimagrimento o recupero del peso sono accessibili conversioni in bypass gastrico e mini bypass

Bibliografia

^[1]Y.Zhang e coll. Laparoscopic S.G. Vs. Laparoscopic roux eny G.Bfor morbid obesity, Ob. Surg. vol 25 n°1 2015.

^[2]Laparoscopic S.G. as a step approach for morbidly obese patients with early stage ,Ob Surg. Vol 23 n°9 2013.

^[3]ufficiale sicob: linee guida e registro on line.

Follow-up

Sleeve Gastrectomy: risultati a lungo termine su calo ponderale, reflusso gastroesofageo e diabete

Ariola Hasani¹, Antonella Santonicola², Gabriella Nosso¹, Brunella Capaldo¹, Paola Iovino², Luigi Angrisani³

¹Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

²Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Salerno

³Unità di Chirurgia Generale ed Endoscopica, Ospedale San Giovanni Bosco, Napoli

Relatore: Ariola Hasani

Introduzione

La Sleeve Gastrectomy è una procedura bariatrica efficace e sicura, con un basso rischio di complicanze e buoni risultati in termini di calo ponderale e remissione delle comorbidità. Sebbene vi siano numerosi studi circa i risultati a breve e medio termine, sono ancora limitati gli studi a lungo termine volti ad analizzare gli effetti sulle patologie associate, in particolar modo reflusso gastroesofageo (GERD) e diabete mellito di tipo 2 (DM tipo 2).

Metodi

Sono stati arruolati 105 pazienti sottoposti a Sleeve Gastrectomy laparoscopica (LSG) presso il nostro centro dal Gennaio 2006 al Dicembre 2009. Sono stati considerati il calo ponderale in termini di BMI, %TWL, %EWL, la presenza di comorbidità (GERD, diabete, ipertensione, dislipidemia), il ricorso ad una procedura di revisione. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi in base al BMI preoperatorio: gruppo 1 (N=61): BMI < 50 kg/m² e gruppo 2 (N=44): BMI > 50 kg/m². Il successo chirurgico è stato definito come il raggiungimento di un BMI < 35 kg/m² nei pazienti del gruppo 1 e BMI < 40 kg/m² nei pazienti del gruppo 2.

Risultati

Il gruppo 1 (61 pazienti, 44 donne, età media di 39.9 anni) presentava un BMI medio preoperatorio di 41.2±4.7kg/m²; il gruppo 2 (44 pazienti, 23 donne, età media di 38.5 anni) un BMI di 57.2±3.6kg/m². La prevalenza preoperatoria di ipertensione, DM tipo 2, dislipidemia e GERD era simile nei due gruppi (p>0.05). Il 94% dei pazienti era presente al follow-up a 5 anni. Il gruppo 1 presentava a 5 anni un BMI medio significativamente inferiore rispetto al preoperatorio (30.1±4.8kg/m², p<0.001), un %TWL del 26.6±10, un %EWL del 58.4±21.8. L'85% dei pazienti aveva raggiunto un BMI < 35 kg/m². Anche il gruppo 2 presentava a 5 anni un BMI medio significativamente inferiore rispetto al preoperatorio (BMI di 37.8±8.3kg/m² p<0.01), un %TWL medio di 33.4±12.9, un %EWL del 53.9±22.4. Il 63% dei pazienti ha raggiunto un BMI < 40Kg/m². Le complicanze postoperatorie a breve termine sono state: un caso di emorragia, una stenosi precoce dilatata endoscopicamente, ed un caso di insufficienza renale acuta risolta senza sequele. Al follow-up di 5 anni il 90% dei pazienti affetti da DM tipo 2 erano in remissione (totale o parziale), il 64 % dei pazienti affetti da ipertensione ed il 69% di quelli affetti da dislipidemia presentavano

risoluzione della patologia. Il 66.6% dei pazienti affetti da GERD prima dell'intervento riferiva risoluzione dei sintomi. Nove pazienti sono stati sottoposti ad una seconda procedura (5 Roux-en-Y Gastric Bypass e 4 Duodenal Switch) per insufficiente calo ponderale e/o per persistente sintomatologia da GERD.

Discussione

La LSG è una procedura sicura e con buoni risultati in termini di remissione delle comorbidità e di calo ponderale, soprattutto nel gruppo con BMI <50 kg/m². Tuttavia, il ricorso ad una procedura di revisione può essere necessario per scarsi risultati in termini di calo ponderale o per persistenza di sintomi da reflusso gastroesofageo.

Bibliografia

- [¹]Diamantis T, Apostolou KG, Alexandrou A, Griniatsos J, Felekouras E, Tsigris C. Review of long-term weight loss result safter laparoscopic sleeve gastrectomy. Surg Obes Relat Dis. 2014.
- [²]Abbatini F, Capoccia D, Casella G, Soricelli E, Leonetti F, Basso N. Long-term remission of type 2 diabetes in morbidly obese patients after sleeve gastrectomy. Surg Obes Relat Dis. 2013 Jul-Aug;9(4):498-502.
- [³]Brethauer SA, Aminian A, Romero-Talamás H, Batayyah E, Mackey J, Kennedy L, Kashyap SR, Kirwan JP, Rogula T, Kroh M, Chand B, Schauer PR. Can diabetes be surgically cured? Long-term metabolic effects of bariatric surgery in obese patients with type 2 diabetes mellitus. Ann Surg. 2013 Oct;258(4):628-36.
- [⁴]Sieber P, Gass M, Kern B. et al. Five-year results of laparoscopic sleeve gastrectomy. Surg Obes Relat Dis. 2014 Mar-Apr;10(2):243-9.

Follow-up

Follow-up di lunga durata del bypass bilio-intestinaleFerdinando Piegai¹, Giovanni Lenna¹, Valerio Panizzo², Beatrice Lessona², Contardo Vergani^{3,4}, Giancarlo Micheletto^{2,3}¹*Unità Operativa di Chirurgia Generale Casa di Cura Igea, Milano*²*INCO-Unità Operativa di Chirurgia Generale Istituto Clinico Sant'Ambrogio, Milano*³*Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti Università degli Studi di Milano*⁴*UOSD Day/week Surgery Ospedale Maggiore Policlinico Fondazione IRCCS Cà Granda, Milano***Relatore: Ferdinando Piegai****Introduzione**

Il bypass bilio-intestinale, classico esempio d'intervento bariatrico malassorbitivo, nasce come evoluzione del bypass digiuno-ileale, una procedura molto efficace in termini di calo ponderale, ma gravata da elevata mortalità e morbilità per i gravi squilibri idro-elettrolitici e lo sviluppo d'insufficienza epatica. L'introduzione ad opera di Eriksson e Hallberg nel 1979, di un'anastomosi colecisto-digiunale fra il moncone intestinale escluso e la colecisti, limitando la proliferazione batterica nell'ansa intestinale esclusa e consentendo il riassorbimento dei sali biliari, riduce sensibilmente l'incidenza di complicanze metaboliche ed epatiche correlate al bypass digiuno-ileale classico. Scopo del nostro studio è l'analisi retrospettiva a lungo termine dei risultati di questo intervento sia in termini di calo ponderale sia di miglioramento delle patologie obesità-correlate e valutare il ruolo dell'alimentazione e della terapia sostitutiva.

Metodi

143 pazienti (112 donne e 31 uomini) sottoposti a confezionamento di bypass bilio-intestinale dal 1998 al 2011; età media 43 anni (18-66); peso medio preoperatorio kg 122,8; BMI medio: 42,9 kg/m² (35-63); %EW medio 104%. 88 pazienti operati con accesso laparotomico mediano, 55 soggetti operati in laparoscopia utilizzando 5 trocar. Digiuno sezionato a 30 cm dal Treitz con stapler lineare ed anastomosi colecisto-digiunale confezionata con stapler circolare in open e lineare in laparoscopia; anastomosi L-L digiuno-ileale a 12-15 cm dalla valvola ileo-ciecale, confezionando un sistema antireflusso. Dopo l'intervento chirurgico vengono consigliate norme dietetiche-comportamentali e una terapia sostitutiva. Follow-up mensile per il primo anno ed in seguito annualmente (visita clinica e controlli ematochimici): follow-up medio 7 anni (estremi 4-16). Drop-out pari al 11%.

Risultati

Già dopo il primo anno post-operatorio si raggiunge un ottimo calo ponderale con un passaggio da un BMI medio di 42,9 Kg/m² ad un BMI medio di 33,6 Kg/m² con una percentuale EWL al primo anno pari al 45%. La perdita di peso percentuale maggiore è raggiunta al primo anno di follow-up, ma continua in modo graduale e costante anche durante il secondo anno postoperatorio, raggiungendo un BMI medio di 31,9 Kg/m² e una percentuale di EWL medio di 53,3%. Questi ottimi

risultati ottenuti nei primi due anni vengono mantenuti nel corso degli anni, con un BMI medio a 6 anni pari a 29,9 Kg/m². Corrispondentemente al calo di BMI si è assistito ad un incremento percentuale di EWL dal 45% al primo anno al 62,4% al sesto anno di follow-up per giungere al decimo anno di follow-up ad un valore di 67,9%. L'ipertensione arteriosa si è risolta in più del 60% dei casi e il diabete di tipo II in più del 70%. La sindrome delle apnee notturne è regredita nel 100% dei casi. Numero medio di scariche alvine giornaliere 3/die (1-7 episodi/die). Non vi sono stati casi di insufficienza epatica grave. Complicanze a lungo termine: laparocele mediano 14,6%, squilibri elettrolitici 10,5%, complicanze ano-rettali 13,2%, bloating 20,9%, artralgie 16,7%, 1 decesso per insufficienza renale cronica; 6 pazienti (4,1% dei casi) sottoposti a riconversione chirurgica.

Considerando lo sviluppo di alcune complicanze (proctologiche, bloating e malnutrizione) rispetto all'aderenza alla dieta e alla terapia sostitutiva abbiamo rilevato una elevata correlazione tra mancata compliance e sviluppo delle complicanze a lungo termine.

Discussione

Il bypass bilio-intestinale è un metodo efficace per ottenere un valido e duraturo calo ponderale nei pazienti obesi, resistenti alla terapia conservativa, soprattutto in presenza di diabete mellito. L'adesione alle norme dietetiche e alla terapia sostitutiva può evitare la comparsa di complicanze gravi.

Bibliografia

^[1]Micheletto G, Badiali M, Danelli PG, et al. Il bypass biliointestinale. Un'esperienza italiana trentennale. Ann Ital Chir 2008;79:419-26.

Follow-up

Fattori predittivi negativi dell'outcome ponderale e metabolico del bypass gastrico

Silvia Palmisano¹, Greta Giacomel¹, Marta Silvestri¹, Michela Giuricin¹, Edoardo Baldini², Simone Albertario², Patrizio Capelli², Bernardo Marzano³, Giovanni Fanti³, Aron Zompicchiatti³, Paolo Millo⁴, Massimiliano Fabozzi⁴, Riccardo Brachet Contul⁴, Elisa Ponte⁴, Rosaldo Allieta⁴, Nicolò de Manzini¹

¹*Uco Chirurgia Generale Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti Trieste*

²*Unità Operativa di Chirurgia Generale, Toracica e Vascolare, Ospedale "Guglielmo da Saliceto Piacenza*

³*Dipartimento di Chirurgia Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli Pordenone*

⁴*Dipartimento di Chirurgia Generale Ospedale di Aosta*

Relatore: Greta Giacomel

Introduzione

Il bypass gastrico laparoscopico (GBP) è una delle procedure bariatriche più efficaci, in termini di perdita di peso a lungo termine e di risultati metabolici. La letteratura dimostra che in più del 30% dei pazienti il GBP non raggiunge l'obiettivo ponderale e fino al 60% dei pazienti diabetici tipo 2 non raggiungono la remissione del diabete 1 anno dopo l'intervento. Scopo dello studio è stato valutare la percentuale di fallimento del Bypass gastrico laparoscopico sia sotto l'aspetto ponderale che metabolico. Per ciascun outcome abbiamo individuato la presenza di correlazioni statistiche con alcuni parametri del paziente (antropometrici, sociali, anamnestici e demografici) e della tecnica chirurgica utilizzata, al fine di identificare eventuali fattori predittivi negativi.

Metodi

Studio prospettico longitudinale multicentrico su 771 pazienti obesi affetti, sottoposti da Novembre 2011 a Maggio 2013 a Bypass gastrico laparoscopico in quattro centri italiani di chirurgia bariatrica con 1 anno di follow-up. (U.C.O. di Chirurgia Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste; U.C.O. Chirurgia Generale, Toracica e Vascolare Ospedale di Piacenza; Dipartimento di Chirurgia Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli Pordenone, Dipartimento di Chirurgia Generale Ospedale di Aosta). Tutti i pazienti presentavano i medesimi criteri di inclusione secondo le correnti LineeGuida. Pre-operatoriamente sono stati analizzati i seguenti parametri: antropometrici (peso, l'indice di massa corporea (BMI), eccesso di peso, eccesso BMI), metabolici (emoglobina glicata (HbA1c), dislipidemia, ipertensione arteriosa e sindrome metabolica) e sociali (stato civile, occupazionale, abitudine al fumo), la tecnica chirurgica (dimensione della tasca gastrica e lunghezza dell'ansa biliare ed alimentare) e l'eventuale precedente procedura bariatrica fallita. Ad 1 anno di follow-up sono stati registrati: peso, BMI, la percentuale di eccesso di peso perso (EWL%), la percentuale di eccesso di BMI perso (% BMIL), HbA1c. E' stato definito insuccesso ponderale la perdita di eccesso di peso perso inferiore al 50% (%EWL <50%); è stato definito l'insuccesso metabolico il mancato raggiungimento di valori di HbA1c < 6%.

Risultati

Ad 1 anno dall'intervento, dei 771 pazienti totali, 83 (10,8%), hanno fallito l'outcome ponderale. L'analisi univariata e multivariata hanno confermato le relazioni statisticamente significative tra %EWL<50 e BMI>50 ($p < 0.001$), presenza di sindrome metabolica ($p = 0.03$), presenza di DM ($p = 0.04$), volume della tasca gastrica di 60ml ($p < 0.001$). La relazione tra %EWL e BMI>50 è stata ulteriormente confermata alla correlazione lineare ($p < 0.001$). In tutti i 105 pazienti diabetici, i livelli medi di HbA1c si sono significativamente ridotti dal dosaggio pre al post-operatorio [da $7.8 \pm 1.4\%$ a $5.9 \pm 0.8\%$ ($- 1.9 \pm 1.2\%$, $p < 0.0001$)]. In 44 pazienti (42%) non si è verificata la completa remissione del DM. Alla correlazione lineare, elevati valori pre-operatori dell'HbA1c erano statisticamente correlati ad una mancata remissione del diabete ($p < 0.001$). 30 pazienti diabetici (17%) hanno ottenuto un insuccesso ponderale, comunque con una HbA1c $< 6\%$ ($p = 0.01$). All'analisi multivariata, i pazienti diabetici sono stati suddivisi in due gruppi (HbA1c tra 6 e 7.8%, HbA1c $> 7.8\%$), riconoscendo come fattori predittivi negativi indipendenti per la mancata risoluzione del DM sia un BMI pre-operatorio $< 50 \text{ Kg/m}^2$ ($p = 0.02$), sia HbA1c $> 7.8\%$ ($p < 0.01$).

Discussione

Il Bypass gastrico è considerato in letteratura uno tra gli interventi che maggiormente determinano un significativo e duraturo calo ponderale, e al contempo la risoluzione del diabete. Tuttavia in letteratura la mancata riduzione del calo ponderale raggiunge il 35% dei pazienti. Nel nostro studio, l'insuccesso ponderale è del 10.8% dei pazienti. Per identificare eventuali fattori predittivi negativi sono stati correlati diversi parametri (antropometrici, sociali, anamnestici, demografici e di tecnica chirurgica), confermando delle relazioni statisticamente significative tra l'insuccesso ponderale e il BMI preoperatorio > 50 , la presenza di sindrome metabolica e di DM e un grande volume della tasca gastrica. In ambito metabolico, abbiamo invece osservato come tutti i pazienti diabetici mostrino un miglioramento significativo dell'Hb glicata ad un anno dall'intervento, pari a $5.9 \pm 0.8\%$ ($p < 0.0001$). Il 58% dei pazienti ha ottenuto la remissione completa del DM, mentre il 42% non ha raggiunto l'outcome previsto. Così come in alcuni lavori della letteratura, abbiamo riconosciuto come fattori predittivi negativi indipendenti per la mancata risoluzione del DM sia un BMI preoperatorio $< 50 \text{ Kg/m}^2$ ($p = 0.02$), sia HbA1c preoperatoria elevata, ovvero $> 7.8\%$ ($p < 0.01$).

Follow-up

Deficit vitaminici e minerali in seguito ad intervento di Sleeve Gastrectomy: ma i pazienti seguono le prescrizioni dietetiche e la supplementazione prescritta? La nostra esperienza nel corso di 1 anno di follow-up

Luigi Schiavo, Giuseppe Scalera, Renato Sergio, Gabriele De Sena, Francesca R. Ciorra e Alfonso Barbarisi

Dipartimento Universitario di Scienze Anestesiologiche, Chirurgiche e dell'Emergenza, Seconda Università degli Studi di Napoli. Primo Policlinico, IX Divisione di Chirurgia Generale, Vascolare e Biotecnologie

Relatore: Dott. Luigi Schiavo

Introduzione

La “sleeve gastrectomy” (SG) è, ad oggi, uno degli interventi di chirurgia dell'obesità maggiormente praticati. Si tratta di una gastrectomia verticale, praticata lungo la grande curvatura dello stomaco, con cui si asporta completamente il fondo gastrico ottenendo uno stomaco residuo di 60-150 ml. Pur non trattandosi di un intervento malassorbitivo, i pazienti sottoposti a SG sviluppano carenze nutrizionali sia di tipo vitaminico che minerale. In letteratura medica viene riportato che ad un anno dall'intervento di SG circa il 60% dei pazienti mostra deficit vitaminici e minerali, soprattutto di folati, vitamina B12, vitamina D, zinco e ferro^[1].

Le cause di tali deficit sono soprattutto anatomiche (ridotto apporto dietetico in conseguenza della drastica riduzione del volume gastrico) e biochimiche (in conseguenza della rimozione del fondo gastrico si assiste ad una diminuita produzione di fattore intrinseco ed acido idro-clorico che giocano un ruolo chiave nei meccanismi fisiologici di assorbimento della vitamina B12 e del ferro, rispettivamente). A nostro parere, una ulteriore concausa potrebbe essere legata alla scarsa compliance del paziente nel seguire le prescrizioni dietetiche e la terapia supplementativa vitaminica e minerale. Lo scopo della nostra ricerca è stato quello di valutare i deficit vitaminici e minerali dei nostri pazienti obesi sottoposti a SG e di valutare la loro compliance nel seguire esattamente e con regolarità la dieto-terapia e la supplementazione prescritta.

Metodi

Nel periodo tra il 2012 ed il 2014, 98 pazienti obesi con indice di massa corporea (BMI) medio di 45.4 Kg/m² ± 6.1 e di età media di 45.5 ± 12.2, sono stati sottoposti a SG presso la nostra struttura. Nel post-operatorio, a 3, 6, 9 e 12 mesi dall'intervento, il follow-up dei pazienti ha previsto, oltre alla rilevazione del peso corporeo, alla misura impedenziometrica della composizione corpora ed alle analisi chimico-cliniche di controllo (esame completo delle urine, azotemia, uricemia, creatinemia, glicemia, emoglobina glicata, insulinemia basale, sideremia, ferritina, transferrina, transaminasi (GOT e GPT), γ -GT, TSH, fT3, fT4, tireoglobulina, anticorpi anti-tireoglobulina e anti-perossidasi, dosaggio del paratormone, quadro proteico, emocromo, colesterolo totale, colesterolo HDL, colesterolo LDL, trigliceridi, elettroliti), anche la valutazione del quadro

vitaminico e minerale (vitamina D3, vitamina A, vitamina B1, vitamina B6, folati, vitamina B12, zinco, selenio e calcio) e la valutazione della compliance dei pazienti nel seguire le raccomandazioni dietetiche (con particolare riferimento alle porzioni di frutta, verdura, cereali e legumi) e la terapia suppletiva di vitamine e minerali.

Risultati

Dalla valutazione del quadro dei micronutrienti è emerso il seguente dato: a 3 mesi dall'intervento, il 25% dei pazienti presentava deficit vitaminici e minerali; a 6, 9 e 12 mesi la percentuale è salita a 32%, 43% e 57%, rispettivamente. I deficit di folati, vitamina B12, zinco e ferro si sono manifestati dal 3° mese e riguardavano il 10%, l'8%, il 18% ed il 9% dei pazienti, rispettivamente; a 6, 9 e 12 mesi la percentuale è salita al 15%, 19 e 22%, rispettivamente per i folati; al 12%, 15% e 18%, rispettivamente per la vitamina B12; al 22%, 28% e 34%, rispettivamente per lo zinco; al 12%, 16% e 18%, rispettivamente per il ferro. I deficit di vitamina D sono comparsi dal 6° mese ed hanno riguardato il 24% dei pazienti; a 9 e 12 mesi la percentuale è salita al 30% e 32%, rispettivamente.

I dati si riferiscono alla nostra esperienza nel corso di un 1 anno di follow-up.

Dalla valutazione della compliance dei pazienti nel seguire le prescrizioni dietetiche sono emersi i seguenti dati: a 3 mesi dall'intervento, il 39% dei pazienti ha dichiarato di non seguire fedelmente la dieto-terapia prescritta; a 6, 9, 12 mesi la percentuale è salita al 45%, 51% e 74%, rispettivamente.

In termini di consumo di frutta, a 3, 6, 9 e 12 mesi dall'intervento è emerso che i pazienti consumavano il 35%, 41%, 49% e 55%, rispettivamente in meno di quanto loro prescritto; in termini di consumo di verdura, a 3, 6, 9 e 12 mesi dall'intervento è emerso che i pazienti consumavano il 48%, 56%, 73% e 82%, rispettivamente in meno di quanto loro prescritto; in termini di consumo di cereali, a 3, 6, 9 e 12 mesi dall'intervento è emerso che i pazienti consumavano il 56%, 69%, 78% e 87%, rispettivamente in meno di quanto loro prescritto. In termini di consumo di legumi, a 3, 6, 9 e 12 mesi dall'intervento è emerso che i pazienti consumavano il 42%, 51%, 68% e 74%, rispettivamente in meno di quanto loro prescritto.

Dalla valutazione della compliance dei pazienti nel seguire la supplementazione prescritta è emerso che a 3, 6, 9 e 12 mesi dall'intervento, il 43%, 51%, 59% e 67%, rispettivamente dei pazienti ha dichiarato di non seguire con regolarità l'integrazione prescritta.

Discussione

Pur non trattandosi di un intervento malassorbitivo, i nostri pazienti obesi sottoposti a SG sviluppano già dal 3° mese post-intervento carenze nutrizionali sia di tipo vitaminico che minerale, nonostante venga prescritta loro una specifica dieto-terapia associata alla supplementazione di micro-nutrienti.

In questo studio, i dati ottenuti inerentemente a:

- 1) valutazione della compliance dei pazienti nel seguire le prescrizioni dietetiche post-intervento e
- 2) valutazione della compliance dei pazienti nel seguire la supplementazione vitaminica e minerale prescritta, ci permettono di ipotizzare che le carenze di micronutrienti riscontrate in seguito ad intervento di SG potrebbero essere attribuite non solo, come riportato nella letteratura medica, alle modificazioni gastriche indotte dall'intervento (diminuita produzione di fattore intrinseco e di acido idro-clorico) ed al ridotto apporto di cibo ma anche a due concause e cioè:

- 1) I pazienti non seguono esattamente le indicazioni dietetiche post-intervento

- 2) I pazienti non assumono con regolarità gli integratori di vitamine e minerali loro prescritti.

Considerando che per aderenza alla terapia si intende il conformarsi del paziente alle raccomandazioni dei sanitari riguardo ai tempi, alle dosi e alla frequenza nell'assunzione del farmaco e/o dell'integratore per l'intero ciclo di terapia e considerando che la scarsa compliance alle prescrizioni è la principale causa di non efficacia delle terapie, ulteriori studi sono necessari al fine di comprendere le cause che inducono i pazienti sottoposti a SG a non aderire esattamente e con regolarità alle prescrizioni in modo da sviluppare strategie adeguate finalizzate al miglioramento

Bibliografia

^[1]Gehrer S, Kern B, Peters R, et al. Fewer nutrient deficiencies after laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) than after laparoscopic Roux-Y-gastric bypass (LRYGB)- a prospective study. *Obes Surg.* 2010;20:447-53.

Follow-up

Efficacia a lungo termine della Sleeve gastrectomy laparoscopica: analisi dei risultati ad un follow-up di 84 mesi

Emanuele Soricelli¹, Giovanni Casella¹, Marco Collalti¹, Domenico Giannotti¹, Maria Giulia Bernieri², Alfredo Genco¹, Nicola Basso³, Adriano Redler¹

¹Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Policlinico Umberto I, "Sapienza" Università di Roma

²Dipartimento di Radiologia, Policlinico Umberto I, "Sapienza" Università di Roma

³Policlinico Umberto I, "Sapienza" Università di Roma

Relatore: Emanuele Soricelli

Introduzione

Negli ultimi anni la Sleeve gastrectomy laparoscopica (SGL) si è affermata come una delle procedure bariatriche più efficaci per il trattamento dell'obesità patologica e delle patologie ad essa correlate. Tuttavia, se da un lato gli ottimi risultati a breve e medio termine sono supportati da casistiche molto ampie, dall'altro permane una carenza di studi riguardanti il follow-up a lungo termine (> 5 anni) nei pazienti sottoposti a SGL. Scopo dello studio è quello di valutare l'andamento della curva ponderale e delle patologie correlate all'obesità a 7 anni di distanza dall'intervento di SGL.

Metodi

Analizzando retrospettivamente il database prospettico riguardante i soggetti sottoposti a SGL nel nostro dipartimento, sono stati selezionati per questo studio quei pazienti che avessero raggiunto un follow-up di 84 mesi (7 anni). Sono stati valutati i parametri antropometrici pre-operatori (sesso, età, altezza, peso, Body Mass Index – BMI) e l'incidenza di patologie quali il Diabete Mellito di tipo 2 (DMT2), l'Ipertensione arteriosa e la Sindrome delle Apnee Notturne (SAN). Gli effetti della SGL sulla curva ponderale sono stati espressi in termini di perdita percentuale dell'eccesso di peso corporeo (Excess Weight Loss - %EWL) di calo ponderale (espresso in kg) e di calo ponderale relativo (Relative Weight Loss – %RWL), inteso come il rapporto tra il peso ad un determinato intervallo di follow-up e quello dell'intervallo precedente. E' stata inoltre valutata l'incidenza e l'entità del recupero ponderale.

Risultati

Trentadue pazienti (12 M e 32 F; età media: 44 anni) con un BMI pre-operatorio di 48.6 ± 8.4 kg/m² sono stati inclusi nello studio. Il DMT2, l'Ipertensione e la SAN sono stati diagnosticati rispettivamente nel 6.2%, 40.6% e 25% dei pazienti prima dell'intervento. L'%EWL a 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 anni dall'intervento è stato rispettivamente del 73.1%, 76.3%, 75.4%, 73.7%, 71.6%, 69.0%, 65.7%. Negli stessi intervalli temporali il %RWL è stato rispettivamente di -59.2%, -4.1%, 0.4%, 1.1%, 1.6%, 1.7%, 2.4%. A 84 mesi dalla SGL, il calo ponderale medio è stato di 44.7 ± 18.2 kg, con un recupero di 11.1 ± 9.5 kg rispetto al nadir del dimagrimento. Nonostante un recupero ponderale > 10 kg si sia verificato nel 40.6% dei casi, il 78.1% dei pazienti ha mantenuto un % EWL > 50% a 7 anni dalla procedura. La risoluzione del DMT2, dell'ipertensione e della SAN è stata ottenuta rispettivamente nel 100%, 61% e 75% dei pazienti.

Discussione

I risultati di questo studio sembrano dimostrare come la SGL mantenga la propria efficacia sull'andamento della curva ponderale e delle comorbidità anche ad un follow-up a lungo termine. Un lieve incremento ponderale è stato registrato a partire da 48 mesi, tuttavia, a 7 anni dalla procedura il 78.1% dei pazienti mostra un % EWL > 50%.

Bibliografia

^[1]Gagner M, Deitel M, Erickson AL, Crosby RD. Survey on laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) at the Fourth International Consensus Summit on Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg.* 2013;23(12):2013–2017.

^[2]Basso N, Casella G, Rizzello M, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy as first stage or definitive intent in 300 consecutive cases. *Surg Endosc.* 2011;25(2):444–449.

^[3]Diamantis T, Apostolou KG, Alexandrou A, Griniatsos J, Felekouras E, Tsigris C. Review of long-term weight loss results after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis.* 2014 Jan-Feb;10(1):177-83.

^[4]Sarela AI, Dexter SP, O’Kane M, Menon A, McMahon MJ. Long-term follow-up after laparoscopic sleeve gastrectomy: 8-9-year results. *Surg Obes Relat Dis.* 2012;8(6):679–684.

^[5]Bohdjalian A, Langer FB, Shakeri-Leidenmühler S, Gfrerer L, Ludvik B, Zacherl J, Prager G. Sleeve gastrectomy as sole and definitive bariatric procedure: 5-year results for weight loss and ghrelin. *Obes Surg.* 2010 May;20(5):535-40.

^[6]Himpens J, Dobbeleir J, Peeters G. Long-term results of laparoscopic sleeve gastrectomy for obesity. *Ann Surg.* 2010 Aug;252(2):319-24.

Follow-up

Fattori psicologici preoperatori e perdita di peso dopo bypass gastrico laparoscopico

C. Lai¹ P. Aceto², I. Petrucci¹, C. Callari³, P. Giustacchini³, L. Sollazzi², G. Mingone⁴, R. Bellantone³, M. Raffaelli³

¹*Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università "Sapienza", Roma*

²*U.O. Anestesia, UCSC, Policlinico A. Gemelli, Roma*

³*U.O. Chirurgia Endocrina e Metabolica, UCSC, Policlinico A. Gemelli, Roma*

⁴*U.O. Patologie dell'Obesità, UCSC, Policlinico A. Gemelli, Roma*

Relatore: C. Lai

Introduzione

Alcuni studi recenti hanno dimostrato che alcune caratteristiche psicologiche possono influenzare la perdita di peso dopo chirurgia bariatrica. Obiettivo di questo studio è stato quello di valutare la relazione tra alessitimia o depressione e la perdita di peso a tre e a sei mesi dopo bypass gastrico laparoscopico secondo Roux-en-Y (LRYGBP).

Metodi

Sono stati arruolati 76 pazienti, di età compresa 18 ei 60 anni, candidati ad intervento di LRYGBP. Preoperatoriamente, ai pazienti è stato chiesto di completare due questionari (scala della depressione di Hamilton e scala dell'alessitimia di Toronto). È stata valutata la perdita totale di peso (espressa come percentuale) a 3 e 6 mesi di follow-up post-operatorio. Per l'analisi statistica, è stata utilizzata l'Anova.

Risultati

L'Anova ha mostrato che sia nei pazienti alessitimici che in quelli depressi la percentuale di perdita di peso a 6 mesi era significativamente minore rispetto ai pazienti non alessitimici e non depressi, rispettivamente; mentre nessuna veniva riscontrata a 3 mesi di follow-up. I confronti post-hoc hanno rivelato che, nei pazienti con alti livelli di alessitimia, la percentuale di perdita di peso a 6 mesi era minore rispetto a quella dei pazienti non alessitimici ($23.1 \pm 5.0\%$ vs $27.3 \pm 5.6\%$; $p=0.001$); lo stesso effetto è stato riscontrato nei pazienti con un grado di depressione moderato ($24.0 \pm 5.0\%$) o lieve ($26.0 \pm 5.0\%$) se confrontati con i pazienti non depressi ($28.1 \pm 6.5\%$) ($p=0.0004$ and $p=0.023$, rispettivamente).

Discussione

Questi risultati suggeriscono che elevati livelli di alessitimia e un livello di depressione anche lieve possono influenzare la perdita di peso a 6 mesi di follow-up nei pazienti obesi sottoposti a bypass gastrico. Un sostegno psicologico mirato nel post-operatorio potrebbe essere utile in questi pazienti, al fine di migliorare l'outcome dell'intervento chirurgico.

Follow-up

Utilità della psicoterapia di gruppo nel percorso del Bendaggio Gastrico

G. Pecoraro, A. De Blasio, C. Cucciniello, N. Formisani, G. Loiarro, D. Galletta

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche. Unità Obesità e Disturbi del Comportamento Alimentare, Università degli Studi "Federico II" Napoli

Relatore: Pecoraro Giuseppe

Introduzione

Le dimensioni mentali che costituiscono il campo psichico dell'obesità sono: impulsività, ansia, immagine corporea e tono dell'umore. Il bendaggio gastrico è un intervento restrittivo che, per le sue caratteristiche, richiede la partecipazione attiva del soggetto al processo di dimagrimento e mantenimento di peso e il rafforzamento del sistema motivazionale. Lo scopo del nostro studio è di mettere in luce i passaggi relativi al percorso pre e post-intervento e la loro utilità, con particolare attenzione all'efficacia della psicoterapia di gruppo prima e dopo chirurgia bariatrica, nell'incremento della compliance al bendaggio.

Metodi

129 pz (19M e 110F; età media 35 anni; BMI medio 43,5) con comportamento alimentare tipo gorging e snacker sono stati sottoposti a valutazione di accesso alla chirurgia bariatrica. La valutazione comporta: colloquio psichiatrico, per l'esame di stato mentale al fine di escludere patologie psichiatriche controindicanti la chirurgia bariatrica; intervista semistrutturata per il comportamento alimentare; valutazione psicodiagnostica per l'analisi delle dimensioni mentali con i seguenti tests: Binge Eating Scale (BES) e Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11) per l'impulsività; Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) per il comportamento alimentare; Beck Depression Inventory-II (BDI-II) e Short Form Quality of Life-36 (SF-36) per il tono dell'umore; Body Uneasiness Test (BUT) per l'immagine corporea; State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y 2) per l'ansia di tratto. E' stato formulato uno specifico progetto terapeutico in base ai risultati dell'analisi dimensionale: 40 pazienti hanno effettuato il percorso di psicoterapia di gruppo prima e dopo l'intervento, 20 il percorso individuale e 69 hanno effettuato esclusivo controllo clinico-nutrizionale.

Risultati

Dopo 1 anno, l'IWL medio è stato del 20%. Nel 25% dei casi, è stato necessario restringere l'anello almeno una volta. Sono stati registrati: 19 casi di rimozione del bendaggio; 6 di altro intervento dopo fallimento terapeutico; 2 casi di disturbo anoressico secondario. Il gruppo di pazienti sottoposti a psicoterapia ha mostrato una maggiore compliance al bendaggio gastrico con una migliore risposta della psicoterapia di gruppo rispetto a quella individuale valutata per via telematica. Non si sono verificate complicanze a lungo termine rispetto al gruppo sottoposto unicamente a controllo clinico-nutrizionale. Nel follow-up post operatorio, 20 pazienti si sono

sottoposti a psicoterapia individuale, 40 pazienti a psicoterapia di gruppo, 42 pazienti ad esclusivo controllo clinico-nutrizionale.

Discussione

Il percorso di psicoterapia di gruppo in associazione al bendaggio gastrico è efficace nel facilitare la compliance all'intervento. La realizzazione dell'integrazione dell'unità psiche-soma, attraverso il gruppo, facilita l'accettazione reale del percorso bariatrico e il raggiungimento della stabilità di peso dopo dimagrimento attraverso il miglioramento della relazione con sé e con gli altri.

Bibliografia

^[1]Ogden J, Hollywood A, Pring C. (2014). The Impact of Psychological Support on Weight Loss Post Weight Loss Surgery: a Randomised Control Trial. *Obes Surg.* Sep 9.

^[2]Dodsworth A, Warren-Forward H, Baines S. (2010). Changes in eating behavior after laparoscopic adjustable gastric banding: a systematic review of the literature. *Obes Surg.* 20(11):1579-93.

Follow-up

“The Real Body”. Indagine psico-socio-demografica sul vissuto corporeo conseguente ad un importante calo ponderale

E. Paone¹, P. Stefanini², L. Pierro¹, A. Reho³

¹"Sapienza" Università degli Studi di Roma - Chirurgia Generale

²"Paride Stefanini" Policlinico Umberto I

³Istituto Sant'Ambrogio di Milano Campanile Fabio Cesare ASL - VT Ospedale di Civita Castellana

Relatore: Emanuela Paone

Introduzione

Negli ultimi anni numerose ricerche hanno indagato la relazione tra obesità ed immagine corporea (IC), quale rappresentazione individuale interna del proprio aspetto esteriore. L'insoddisfazione per la propria IC è un elemento critico nel vissuto psichico dei soggetti obesi e la sua pervasività si ritiene possa motivare comportamenti finalizzati alla modificazione e al miglioramento del proprio corpo, tra i quali il ricorso ad interventi invasivi per il calo ponderale, come quelli di chirurgia bariatrica. Tuttavia, nonostante l'ingente perdita di peso indotto da questi ultimi, alcuni studi dimostrano che in buona parte dei soggetti operati emerge un residuo di insoddisfazione relativa alla propria IC correlata alla presenza di pelle in eccesso; ciò potrebbe motivare la richiesta di successivi interventi di chirurgia plastica e ricostruttiva dopo i quali, tuttavia, può persistere l'insoddisfazione per le forme del proprio corpo. A tal proposito il seguente studio, si è posto l'obiettivo di indagare il vissuto psichico relativo all'IC in pazienti che hanno effettuato un percorso di calo ponderale significativo, al fine di valutarne disagio, interesse e motivazioni che possono emergere nel ricorso alla chirurgia plastica.

Metodi

È stata eseguita un'indagine su scala nazionale attraverso la somministrazione di un questionario online, costruito ad hoc, tra dicembre 2014 e febbraio 2015. Esso è costituito da 38 domande sia a scelta multipla che a risposta aperta, che valutano le fasi del percorso bariatrico e, nell'eventualità, quelle relative all'intervento di chirurgia plastica. I partecipanti hanno risposto al questionario accedendo al sito www.amiciobesi.it la cui diffusione è stata possibile mediante l'utilizzo di social network.

Risultati

Al questionario hanno risposto 710 soggetti, di età compresa tra i 18 ed i 60 anni (Donne 89,31%, Uomini 10,83%). Dalle risposte dei soggetti emerge che gli interventi di chirurgia bariatrica maggiormente effettuati sono Bendaggio Gastrico (BG) (27,95%), Laparoscopic Sleeve Gastrectomy (LSG) (31,94%), By-Pass Gastrico (BPG) (33,58%). Solo il 29% ha effettuato interventi di Chirurgia Plastica Ricostruttiva, mentre il restante 70,91% no. Tra coloro che hanno

effettuato la Chirurgia plastica, gli interventi maggiormente effettuati risultano il lifting cosce (26,3%), mastoplastica (31,51%), addominoplastica (78,77%). Dai dati emerge che, tra coloro che sono ricorsi alla chirurgia plastica per correggere i distretti corporei non graditi, il 33,48% riferisce di essere soddisfatto solo in parte, ed il 54,42% sente di non aver ancora raggiunto l'obiettivo generale prefissato all'inizio del percorso bariatrico.

Discussione

In accordo con gli studi presenti in letteratura, i dati emersi mostrano che, nonostante il soggetto sia messo in condizione di raggiungere il calo ponderale prima, e il rimodellamento corporeo poi, permane in taluni un sentimento di insoddisfazione e di non riconoscimento per l'immagine e le forme corporee. Ciò evidenzia la necessità di un intervento di tipo psicologico-clinico per quei pazienti che scelgono di ricorrere alla chirurgia plastica ricostruttiva, quale sostegno a questa ulteriore fase di cambiamento.

Bibliografia

- [1] Sarwer, D. B., Thompson, J. K., Mitchell, J. E., & Rubin, J. P. (2008). Psychological considerations of the bariatric surgery patient undergoing body contouring surgery. *Plastic And Reconstructive Surgery*, 121(6), 423e-434e. doi:10.1097/PRS.0b013e3181772aa8 .
- [2] Staalesen, T., Fagevik Olsén, M., & Elander, A. (2013). Experience of excess skin and desire for body contouring surgery in post-bariatric patients. *Obesity Surgery*, 23(10), 1632-1644. doi:10.1007/s11695-013-0978-z.

Follow-up

Temperamento ed esito di bypass gastrico a 3 anni dall'intervento in pazienti affetti da obesità di grado severo

AL Cremonini, E. Dall'Aglio, C. De Panfilis, I. Generali, G. De Sario, F. Tartamella, E. Melani, F. Marchesi

Università degli studi di Parma

Relatore: De Sario Giuseppina

Introduzione

La chirurgia bariatrica permette di ottenere risultati significativamente superiori in termini di perdita e mantenimento del peso corporeo rispetto alla terapia dietetica e comportamentale. Tuttavia i risultati dipendono in parte dalla tecnica chirurgica utilizzata, ma anche dall'abilità del paziente di rendere propri e permanenti alcuni cambiamenti nello stile di vita; tali cambiamenti dipendono largamente da fattori psicologici. Le caratteristiche del temperamento possono giocare un ruolo importante a questo riguardo, riflettendosi in differenze inter-individuali nell'ambito di capacità di auto-controllo e reattività emozionale. Lo studio si pone l'obiettivo di valutare se e come le caratteristiche del temperamento di pazienti obesi sottoposti ad intervento di bypass gastrico possano influenzare la perdita di peso e l'aderenza al percorso medico-nutrizionale al follow-up post-chirurgico a 3 anni.

Metodi

53 pazienti affetti da obesità severa (BMI >45 kg/m²) candidati ad intervento di bypass gastrico sono stati sottoposti ad una valutazione psichiatrica approfondita pre-intervento, caratterizzata da interviste strutturate e questionari atti a valutare la presenza e la severità di disturbi psichiatrici dell'asse I e II secondo il DSM-IV. Il temperamento è stato valutato attraverso l'utilizzo del questionario "Temperament and Character Inventory (TCI). La perdita di peso a 1 anno è stata valutata in termini di riduzione di BMI, percentuale di peso corporeo totale perso (%TWL), percentuale di eccesso di BMI perso (%EBMIL) e percentuale di peso corporeo in eccesso perso (%EWL). Per valutare l'aderenza al percorso medico-nutrizionale sono stati utilizzati i seguenti parametri: dieta (recall alimentare e compilazione di diario di 1 settimana), tempo dedicato ad attività fisica, regolarità nell'assunzione di integratori e nell'esecuzione di esami ematici e strumentali richiesti, puntualità degli appuntamenti, andamento dei parametri laboratoristici (emocromo, assetto lipidico, proteico e glucidico, quadro marziale, elettroliti e vitamine).

L'associazione tra variabili psichiatriche di partenza e variabili di perdita di peso è stata dapprima valutata con analisi univariata e successivamente con quattro regressioni lineari gerarchiche. Ancora in corso invece è l'analisi statistica dei dati raccolti per valutare il rapporto tra le caratteristiche di temperamento rilevate prima dell'intervento e l'aderenza al percorso medico-nutrizionale nei tre anni successivi ad esso.

Risultati

Dopo aggiustamento per valori di BMI iniziale e delle covariate psichiatriche, è emerso che il punteggio più elevato di “Persistenza” al TCI predice in modo esclusivo la successiva perdita di peso a 1 anno in termini di riduzione BMI, %EWL, %EBMIL, %TWL, rendendo conto di circa il 30-50% di varianza nella perdita di peso. Pazienti con punteggi di “Persistenza” più bassi mostrano al contrario una perdita di peso significativamente inferiore rispetto a pazienti con punteggi più alti.

Discussione

Come da definizione di persistenza, i tratti del temperamento che denotano l'abilità del paziente di perseverare verso un obiettivo nonostante la frustrazione immediata, predicono la perdita di peso ottenuta a un anno dall'intervento di bypass gastrico. Rimane ancora da valutare come questi tratti di personalità influenzino l'aderenza al percorso medico-nutrizionale di follow-up valutata a tre anni.

In ogni caso questi dati suggeriscono la necessità di una valutazione psichiatrica preoperatoria in modo da ottimizzare i risultati a lungo termine.

Bibliografia

- [1] Van Hout G & van Heck G. Bariatric Psychology, Psychological aspects of weight loss surgery. *Obesity Facts* 2009;2:10-15.
- [2] Derryberry D, Rothbart MK. Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Dev Psych* 1997;9:633-52.
- [3] Cloninger CR, Przybeck TR, Svravick DM. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50: 975-90.
- [4] Fassino S, Leombruni P, Pierò A et al. Temperament and character in obese women with and without binge eating disorders. *Compr Psychiatry* 2002;43:431-7.
- [5] Dalle Grave R, Calugi S, marchesini G et al. Personality features of obese women in relation to binge eating and night eating. *Psychiatry Res* 2013;207:86-91.
- [6] Sullivan S, Cloninger CR, Przybeck TR, Klein S. Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *Int J Obesity* 2007;31:669-74.
- [7] De Panfilis C, Torre M, Cero S, et al. Personality and attrition from behavioral weight-loss treatment for obesity. *Gen Hosp Psychiat* 2008;30:515-20.
- [8] De Panfilis C, Cero S, Torre M, et al. Utility of the Temperament and Character Inventory (TCI) in outcome prediction of laparoscopic adjustable gastric banding: preliminary report. *Obes Surg* 2006;16:842-47.
- [9] Leombruni P, Pierò A, Dosio D et al. Psychological predictors of outcome in vertical banded gastroplasty: a 6 months prospective pilot study. *Obesity Surgery* 2007;17:941-48.
- [10] Colquitt JL, Picot J, Loveman E, Clegg AJ. Surgery for Obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009, Issue 2. Art. No.: CD003641. DOI: 10.1002/14651858.CD003641.pub3.
- [11] Livhits M, Mercado C, Vermilov I, et al. Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: systematic review. *Obes Surg* 2012;22:70-89.

- [12] Cloninger CR, Przybeck TR et al. The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to its Development and Use. Centre for Psychobiology of Personality, Washington University, St Louis, MO, 1994.
- [13] Claes L, Vertommen S, Smits D, Bijttebier P. Emotional reactivity and self-regulation in relation to personality disorders. *Pers Ind Diff* 2009;47:948-53.
- [14] Hoermann S, Clarkin JF, Hull JW, Levy KN. The construct of effortful control: an approach to borderline personality disorder heterogeneity. *Psychopathology* 2005;38:82-86.
- [15] Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry* 2007;164:328-34.
- [16] Mauri M, Rucci P, Calderone A, et al. Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *J Clin Psychiatry* 2008;69:295-301.
- [17] Pull CB. Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. *Curr Opin Psychiatry* 2012;23:30-36.
- [18] Zimmerman M. Diagnosing Personality Disorders. A review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:225-45.
- [19] Fried M, Hainer V, Basdevant A, et al. Inter-disciplinary European guidelines on surgery of severe obesity. *Int J Obes* 2007;31:569-77.
- [20] Pfohl B, Blum M, Zimmerman M. Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV). 1997. Washington DC, American Psychiatric Press. (Italian version in Conti L. Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria, 1259-1270. 2000. Firenze, Società Editrice Europea).
- [21] First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis-I Disorders, Research version, Patient Edition (SCID-I/P- RV). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, November 2002 Revision; Web Site <http://www.scid4.org> (Italian translation by Perrone R).
- [22] Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, et al. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Dis* 1992;11:191-204.
- [23] Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol, Neurosurg Psychiatr* 1960;54:875-76.
- [24] Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50.
- [25] Garner DM. Eating Disorder Inventory-2 Professional Manual. Psychological Assessment Resources. 1993 Odessa, FL.
- [26] Metropolitan Height and Weight tables. New York: Metropolitan Life Foundation. *Statistical Bulletin* 1983;64:2-9.
- [27] Belanger SB, Wechsler FS, Nademin ME, Virdern TB III. Predicting outcome of gastric bypass surgery utilizing personality scale elevations, psychosocial factors, and diagnostic group membership. *Obes Surg* 2010;20:1361-71.
- [28] Kanske P, Kotz SA. Reprint of 'Effortful control, depression and anxiety correlate with the influence of emotion on executive attentional control'. *Biol Psychol* 2013;92:456-63.
- [29] Schlam TR, Wilson NL, Shoda Y, et al. Preschoolers delay of gratification predicts their body mass 30 years later. *J Pediatr* 2013;162:90-93
- [30] Davis C, Patte K, Curtis C, Reid C. Immediate pleasures and future consequences. A neuropsychological study of binge eating and obesity. *Appetite* 2010;54:208-13.
- [31] Spitznagel MB, Garcia S, Miller LA et al. Cognitive function predicts weight loss after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2013;9:453-9.
- [32] Spitznagel MB, Galioto R, Limbach K, Gunstad J, Heinberg L. Cognitive function is linked to adherence to bariatric postoperative guidelines. *Surg Obes Relat Dis*, in press.

- [33] Mischel W, Ayduk O, Berman MG, et al. 'Willpower' over the life span: decomposing self-regulation. *SCAN* 2011;6:252-56.
- [34] De Panfilis C, Meehan KB, Cain NM, Clarkin JF. The relationship between effortful control, current psychopathology, and interpersonal difficulties in adulthood. *Compr Psychiatry* 2013;54:454-61.
- [35] Larsen JK, Geenen R, Maas C, et al. Personality as a predictor of weight loss maintenance after surgery for morbid obesity. *Obes Res*. 2004;12:1828-34.
- [36] Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Hebebrand J, Senf W. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? *Obes Res* 2004;12:1554-69.
- [37] Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD et al. Relationship of psychiatric disorders to 6-Month outcomes after gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2008;4:544-49.
- [38] Magro DO, Geloneze B, Delfini R, et al. Long term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. *Obes Surg* 2008;18:648-51.
- [39] Ritz P, Caiazzo R, Becouarn G et al. Early prediction to lose weight after obesity surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2013;9:118-22.

Follow-up

Funzione della Psicoterapia di gruppo nel conseguimento del mantenimento di peso dopo chirurgia bariatrica

A. De Blasio, G. Pecoraro, C. Cucciniello, N. Formisani, G. Loiarro, D. Galletta

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche. Unità: Obesità e Disturbi del Comportamento Alimentare, Università degli Studi "Federico II" Napoli

Relatore: De Blasio Antonella

Introduzione

L'insoddisfazione e il disagio corporeo sono il principale fattore che motiva la richiesta di chirurgia bariatrica nei pazienti obesi. Lo scopo del lavoro è di valutare dopo il dimagrimento il cambiamento delle componenti dell'immagine corporea e l'efficacia della psicoterapia di gruppo nella stabilizzazione della stessa al fine di realizzare il mantenimento di peso come fattore di guarigione dall'obesità.

Metodi

20 pazienti (BMI medio $48 \pm 8,31$; F12/M8; età media $38 \pm 10,71$) sono stati sottoposti alla valutazione per l'accesso alla chirurgia bariatrica (t0). L'analisi della struttura dell'immagine corporea è stata valutata con il Body Uneasiness Test (BUT) correlato alla Binge Eating Scale (BES) e alla Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Al dimagrimento (t1), la stessa valutazione è stata effettuata per stabilire i criteri della fondazione della terapia di gruppo nel mantenimento di peso. L'outcome psicoterapeutico è stato valutato a 6 mesi dalla fine della psicoterapia con intervista.

Risultati

Al t0: BES punteggio medio 14,65; BDI-II punteggio medio 15,34; BUT: punteggio medio GSI 1,83. PST 16,33. Al t1: BES punteggio medio 6,36; BDI-II punteggio medio 8. BUT: punteggio medio GSI 1, PST 11,24. La componente cognitiva dell'immagine corporea risulta modificata, ma non quella percettiva: item CSM della BUT A invariato. Sufficiente compliance alla procedura bariatrica e alla psicoterapia di gruppo effettuata con il metodo body therapy. Al t2: outcome clinico della terapia: stabilità di peso a 6 mesi dalla fine. Il t-Student è stato usato per l'analisi statistica dei dati.

Discussione

La chirurgia bariatrica è uno strumento efficace per ottenere il dimagrimento e la trasformazione del meccanismo di regolazione della fame e degli aspetti depressivi. L'invarianza della componente

percettiva dell'immagine corporea al dimagrimento evidenzia che il percorso di psicoterapia di gruppo con tecniche focalizzate sul corpo è necessario per realizzare il cambiamento dell'immagine corporea essenziale ad ottenere il mantenimento di peso.

Bibliografia

^[1]Teufel, M., Rieber, N., Meile, T., Giel, K.E., Sauer, H., Hünemeyer, K., Enck, P.& Zipfel, S. (2012). Body image after sleeve gastrectomy: reduced dissatisfaction and increased dynamics. *Obesity Surgery*, Aug; 22(8): 1232-7. doi: 10.1007/s11695-012-0690-4.

^[2]Cash, T.F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. London, UK, and San Diego, CA. Academic Press Elsevier; 334-342.

Follow-up

Follow-up psicologico dopo chirurgia bariatrica: l'approccio gruppale

P. Dondi, C. Sgarbi, L. Valentini, M. Penna, M.G Notarangelo, S. Cavedoni

U.O. Psicologia Ospedaliera, Servizio di Psicologia Clinica, Azienda USL, Nuovo Ospedale Civile S.Agostino Estense, Modena

Relatore: Sonia Cavedoni

Introduzione

L'Unità Operativa di Psicologia Ospedaliera dell'Azienda USL di Modena presso il Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense ha strutturato, dal 1997, protocolli multidisciplinari per la valutazione e il trattamento di pazienti gravi obesi (BMI>40 o BMI 35 in comorbidità associata). Il trattamento di elezione per i quadri di grave obesità è rappresentato dalla chirurgia bariatrica. L'obesità, in quanto dimensione cronicizzata e stabile nella vita dell'individuo, rappresenta un complesso intreccio in ambito psicosomatico. Il sintomo obesità può rappresentare, soprattutto se di sviluppo, un "fenomeno psicosomatico", organizzazione caratterizzata da deficit di mentalizzazione, aree lacunari nel Sé che ostacolano l'esperienza di separazione e di perdita, e l'impossibilità di elaborare l'esperienza del lutto (Scoppola, 2011). Il problema centrale del paziente psicosomatico è dunque l'impossibilità che egli incontra nel portare a livello di coscienza alcuni contenuti arcaici, e anche l'impossibilità in cui, allo stesso tempo, egli si trova di farli oggetto di una Comunicazione nella quale l'esperienza realizzata sia conoscibile ed esprimibile attraverso le funzioni del pensiero.

Metodi

Il lavoro presentato fa riferimento al trattamento psicologico gruppale di pazienti operati di Sleeve Gastrectomy o Gastric By-Pass la cui spettanza di calo ponderale si aggira intorno al 30% del peso iniziale entro il primo anno dall'intervento.

Risultati

Come suggerito dalle Linee-Guida NICE for bariatric surgical service for the treatment of severe obesity (NHS National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007) il percorso psicologico prevede una prima fase di assessment preliminare ed un follow-up gruppale per il primo anno dopo l'intervento. I riconosciuti fattori terapeutici specifici del gruppo, le molteplici possibilità di mirroring e di attivare la mentalizzazione lo rendono un luogo psichico ideale per la rappresentazione del corpo e per favorire processi di integrazione psicosomatica. Nel contributo verranno descritte diverse dinamiche del lavoro di gruppo durante il processo di cambiamento ponderale, con particolare riferimento alle implicazioni nel Body Image, alla condivisione dei vissuti individuali e dei timori del rischio di ricaduta in meccanismi disfunzionali alimentari.

Discussione

Verranno descritte le osservazioni cliniche effettuate in setting di piccolo gruppo a tempo determinato (1 anno) con frequenza mensile. Al momento i pazienti che hanno completato questo follow up sono circa 50. L'osservazione clinica è stata integrata da questionari standardizzati e validati per verificare l'esito del processo terapeutico nelle sue componenti trasformative sia somatiche che mentali. I questionari DSQ (Defence Style Questionnaire di Andrews, G., Singh, M., Bond, M., 1993); PWB (Psychological Well-being Scales di Ryff, C., validazione italiana a cura di Ruini C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C., Fava, G.A., 2003); SQ (Symptom Questionnaire di Kellner, R., 1978); BUT (The Body Uneasiness Test di Cuzzolaro, M., Vetrone, G., Marano, G., Garfinkel, P.E., 2006) sono stati somministrati all'inizio e al termine del follow up.

Bibliografia

- ^[1]Cuzzolaro M, Franco M, Vetrone G; 2009. Obesità e immagine negativa del corpo in Bosello O (a cura di); Obesità: un trattato multidisciplinare. Kurtis.
- ^[2]Scoppola L; 2009. Vicissitudini psicosomatiche nella disabilità acquisita (a cura di) S. Cavedoni e G. Dallari: Psychomedia.
- ^[3]Scoppola L.; 2011. La parola non trovata. Franco Angeli.
- ^[4]Scoppola L.; 2005. L'esperienza di essere Sè. Franco Angeli.
- ^[5]Corbella S., Girelli R., Marinelli S. (a cura di). 2004. Gruppi Omogenei. Borla.

Follow-up

Aderenza terapeutica del paziente obeso sottoposto a chirurgia bariatrica: cause di drop out alle visite di follow up, andamento del calo ponderale ed aderenza terapeutica all'integrazione vitaminico-minerale

Kob Michael, Dell'Edera Claudia, Schrei Marion, Trovato Rita, Flaim Chiara, Tornifoglia Delia, Lucchin Lucio

U.O.C. di Dietetica e Nutrizione Clinica, Ospedale Generale di Bolzano, Italia

Relatore: Michael Kob

Introduzione

La chirurgia bariatrica è un' opzione terapeutica efficace nel trattamento dell'obesità complicata (Colquitt et al., 2014). Ciò nonostante è necessario un follow up a vita sia per prevenire e trattare deficit nutrizionali sia per evitare ricadute in termini ponderali (Mechanick et al., 2009). La percentuale di pazienti che abbandona il programma postchirurgico dopo almeno 12 mesi dall'intervento varia dal 15% (Shen et al., 2004) all' 89% (Bellows et al., 2014). Il drop out sembra favorire un calo ponderale inferiore rispetto a quello di chi mantiene il contatto sia dopo bendaggio gastrico regolabile (BGR) (Sivagnana et al., 2010) che dopo bypass gastrico (RYGB) (Kim et al., 2014). Non sono ancora stati trovati fattori predittivi significativi per spiegare il rischio di drop out (Moroshko et al., 2012) e pochi studi hanno indagato in modo specifico la causa dell'abbandono della terapia. L'obiettivo di questo studio è:

- 1) Verificare tramite intervista telefonica le cause di drop out ad almeno 12 mesi dall'intervento chirurgico;
- 2) Confrontare il calo ponderale e l'aderenza alla terapia con supplementi vitaminico-minerali nel gruppo di pazienti regolarmente seguiti e nel gruppo in drop out.

Metodi

Sono stati analizzati i dati di 128 soggetti consecutivi sottoposti ad intervento di BGR (n=49) e RYGB (n=92) presso l'Ospedale Regionale di Bolzano nel periodo 2000-2010. I pazienti in drop out sono stati contattati telefonicamente utilizzando un questionario strutturato (adattato da Grossi et. al., 2006) che indaga le motivazioni del drop out (possibile anche segnalare più di un motivo), il calo ponderale riferito (indicato come riduzione del peso in eccesso, %EWL) e la compliance alla terapia supplementare vitaminico-minerale.

Risultati

Nei 128 soggetti sottoposti ad intervento di chirurgia bariatrica il tasso di drop out a distanza di almeno 12 mesi dall'intervento è stato del 18% (n=28, % femmine:%maschi=37:63, %BGR:%RYGB=43:54). Dei 28 pazienti contattati, 22 (79%) hanno partecipato all'indagine telefonica e 6 non risultavano raggiungibili. Le cause principali di abbandono del programma di follow up sono state: «non sento la necessità» (59%), «mancanza di tempo» (36,5%), «impegni di

lavoro» (27%) e «cause logistiche» (20,5%). La %EWL nei soggetti in carico è stata più alta di quella dei pazienti in drop out (media 64,4±41,9% vs. 46,3%±29,4%, p<0.05). La percentuale di pazienti sottoposti a RYGB che non assumevano regolarmente gli integratori vitaminico-minerali è stata del 46,7% nel gruppo drop out (vs. 28,1 % nel gruppo follow up, p=0.217)

Discussione

Dallo studio emerge che la percentuale di drop out risulta essere inferiore alla media riportata in letteratura (Moroshko et al., 2012). Fa riflettere il fatto che la causa di drop out più frequente (59%) non è legata a fattori di ordine pratico come mancanza di tempo e/o distanza dal centro di riferimento, ma alla percezione individuale di poter proseguire da soli. Un ulteriore dato interessante è relativo al fatto che il 63% dei drop out è di sesso maschile. Inoltre vengono confermati i risultati di altri studi, che dimostrano che il calo ponderale dei soggetti in drop out è generalmente inferiore a quello dei pazienti in follow up. Per quanto riguarda la supplementazione con integratori vitaminico-minerali, non viene effettuata da quasi la metà dei pazienti sottoposti a RYGB in drop out.

Alla luce dei dati riscontrati emerge che la riduzione del tasso di drop out è da considerare un obiettivo prioritario nel trattamento a lungo termine. Le possibili strategie da implementare potrebbero essere:

- 1) migliorare l'informazione circa l'importanza dei follow up sia per la gestione del calo ponderale, sia per la prevenzione/diagnosi e terapia delle sindromi carenziali;
- 2) implementare tecniche per migliorare e rinforzare la motivazione (es. tecniche di counseling, maggior coinvolgimento della famiglia);
- 3) individuare precocemente i pazienti in drop out (es. tramite registri specifici) e contattarli per invitarli nuovamente ai controlli;
- 4) ottimizzare dati e orari delle visite di follow up (proporre diverse fasce orarie, raggruppare più controlli in un'unica giornata, creare ambulatori specifici sul territorio);
- 5) coinvolgere maggiormente altre figure sanitarie (es. medici di medicina generale, diabetologi);
- 6) sperimentare nuove tecniche per migliorare il follow up

Bibliografia

^[1](social network, SMS, Email)

^[2]Bellows CF et al., Bariatric aftercare and outcomes in the Medicaid population following sleeve gastrectomy. *JLS* 2014 Oct;18(4). pii: e2014.00280 Colquitt JL et al., Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Aug 8;8;

^[3]Grossi E et al., Complexity of attrition in the treatment of obesity: clues from a structured telephone interview. *Int J Obes* 2006; 30:1132-7.

^[4]Kim HJ et al., Does patient compliance with follow-up influence weight loss after gastric bypass surgery? A systematic review and meta-analysis. *Obes Surg* 2014; 24:647-651.

^[5]Mechanick JI et al., American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Obesity* 2009 Apr;17 Suppl 1:S1-70.

^[6]Moroshko I et al., Predictors of attrition in bariatric aftercare: a systematic review of the literature. *Obes Surg* 2012; 22:1640-47.

^[7]Shen R et al., Impact of patient follow-up on weight loss after bariatric surgery. *Obes Surg* 2004; 14: 514-519.

^[8]Sivagnanam P et al., The importance of follow-up and distance from center in weight loss after laparoscopic adjustable gastric banding.

Follow-up

Predittori di remissione del Diabete in pazienti sottoposti a tre diverse tecniche di chirurgia bariatrica. Gruppo Interdisciplinare di Chirurgia dell'Obesità di Verona (G.I.C.O.V.)

Ilaria Rubbo¹, Giulia Ceradini¹, Elisabetta Rinaldi¹, Luisa Nadalini², Marco Battistoni³, Michele Genna³, Enzo Bonora¹, Giacomo Zoppini¹, Maria Grazia Zenti¹

¹ *Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del Metabolismo. DAI Medico*

² *USD Psicologia Clinica. DAI Direzione Medica Ospedaliera*

³ *Chirurgia Generale e dell'Obesità. DAI Chirurgia, Università di Verona e AOUI Verona*

Relatore: Ilaria Rubbo

Introduzione

La chirurgia bariatrica si è dimostrata efficace nel determinare la remissione del diabete tipo 2 (DM2) nei soggetti obesi, tuttavia non è ancora stato completamente chiarito quali tecniche chirurgiche siano da preferire e le caratteristiche cliniche dei pazienti che predicono la remissione del diabete. Lo scopo dello studio è stato valutare l'effetto di tre diverse tecniche di chirurgia bariatrica sul calo ponderale e sul compenso glico-metabolico in pazienti obesi affetti da DM2.

Metodi

Sono stati arruolati 105 pazienti obesi con DM2 (66 donne e 39 uomini) sottoposti a bendaggio gastrico laparoscopico (LAGB, 11 soggetti, età 47±10 aa, BMI 42.3±8.3 kg/m²), o a bypass gastrico con ansa alla Roux (RYBP, 77 soggetti, età 50±8 aa, BMI 45.7±6.8 kg/m²), o a sleeve gastrectomy (SG, 17 soggetti, età 49±11 aa, BMI 50.2±8.8 kg/m²) nel periodo 2005-2012.

Risultati

Il calo ponderale medio a 12 mesi dall'intervento è stato, nell'intera coorte, del 26.4±9.8% e tale risultato veniva mantenuto a 24 e 36 mesi. La remissione del Diabete si è verificata nel 68.6% dei partecipanti (4/11 dei LAGB, 54/77 di RYBP e 14/17 di SG). Nell'analisi multivariata di Cox, l'età, la durata di malattia, la tecnica chirurgica e il compenso glicemico (definito da HbA1c < 53 mmol/mol =7%) sono risultati predittori significativi della remissione del Diabete (età RR=0.97, 95%CI:0.94-1.0, p=0,05; durata di malattia RR=0.93, 95%CI: 0.86-0.99, p=0.036; rif LAGB, RYBP RR=3.9, 95%CI:1.31-11.57, p=0.014; SG RR=5.6, 95%CI:1.67-18.64, p=0.005; HbA1c RR=0.54, 95%CI:0.32-0.92, p=0.024).

Discussione

Le tecniche di chirurgia bariatrica che modificano l'anatomia del tratto prossimale dell'apparato gastrointestinale (RYBP e SG) determinano un maggiore calo ponderale e una maggiore remissione del Diabete rispetto alle tecniche restrittive (LAGB). La giovane età, la breve durata di malattia e il miglior compenso glicemico aumentano la probabilità di remissione del Diabete.

Bibliografia

^[1]Dixon JB, O'Brien PE, Playfair J, Chapman L, Schachter LM, Skinner S, Proietto J, Bailey M, Anderson M (2008) Adjustable gastric banding and conventional therapy for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *JAMA* 299: 316-323.

^[2]Schauer PR, Kashyap SR, Wolski K, Brethauer SA, Kirwa JP, Pothier CE, Thomas S, Abood B, Nissen SE, Bhatt DL (2012) Bariatric surgery versus intensive medical therapy in obese patients with diabetes. *N Engl J Med* 366: 1567-1576.

^[3]Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, Guidone C, Iaconelli A, Leccesi L, Nanni G, Pomp A, Castagneto M, Ghirlanda G, Rubino F (2012) Bariatric surgery versus conventional medical therapy for type 2 diabetes. *N Engl J Med* 366: 1577-1585.

Follow-up

Effetti della chirurgia bariatrica sul compenso metabolico e sulla risposta degli ormoni entero-insulari al test pasto misto in obesi diabetici

G. Ceradini¹, MG. Zenti¹, I. Rubbo¹, L. Boselli¹, L. Nadalini², L. Bissoli³, M. Genna⁴, M. Battistoni⁴, M. Trombetta¹, RC. Bonadonna⁵, E. Bonora¹

¹*Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del Metabolismo. DAI Medico, Università di Verona e AOUI Verona*

²*USD Psicologia Clinica. DAI Direzione Medica Ospedaliera, Università di Verona e AOUI Verona*

³*Geriatrics. DAI Medico, AOUI Verona*

⁴*Chirurgia Generale e dell'Obesità. DAI Chirurgia, AOUI Verona*

⁵*Endocrinologia, DAI Medicina Clinica e Speriment Università di Verona e AOUI Verona*

Relatore: Giulia Ceradini

Introduzione

I meccanismi che regolano cambiamenti del metabolismo glucidico dopo intervento di chirurgia bariatrica (CB) non sono ancora completamente conosciuti. L'obiettivo di questo studio è quello di valutare le variazioni dei livelli di glicemia, insulina, ormoni entero-insulari e acidi grassi liberi (FFA) durante pasto misto prima e dopo intervento di CB (Sleeve Gastrectomy-SG, Bypass Gastrico-RYBP) in soggetti obesi diabetici.

Metodi

4 pazienti (M/F=2/2), età media 55.5 ± 13.7 anni, peso 125.0 ± 15.2 kg, BMI 44.2 ± 4.6 kg/m², durata di diabete: 6.2 anni (range 6-12), HbA1c $6.6 \pm 0.7\%$, sono stati sottoposti a pasto-misto (MMT, polenta e parmigiano) di 186 Kcal: 53% carboidrati, 17% proteine, 30% grassi; prima, 1 mese e 12 mesi dopo chirurgia (SG n=1 e BP n=3), con dosaggio di glicemia, C-peptide, insulina, lattato (marker di glicolisi anaerobia), GIP e FFA per 300'. La funzione beta-cellulare è stata valutata mediante analisi modellistica delle curve di glucosio/C-peptide durante MMT per quantificare controllo derivativo (risposta beta-cellulare all'incremento di glucosio) e proporzionale (risposta beta-cellulare al glucosio espressa come curva stimolo-risposta della secrezione di insulina). La valutazione di massa grassa e massa magra negli arti e nel tronco prima e dopo chirurgia è stata eseguita mediante DEXA.

Risultati

Dopo 1 e 12 mesi dall'intervento si è osservato un significativo calo ponderale (ad un mese BMI= 39.6 ± 4.5 kg/m²; dopo 12 mesi BMI= 31.8 ± 5 kg/m²), riduzione della resistenza insulinica (HOMA-IR basale= 13.5 ± 11 ; dopo 1 mese= 2.28 ± 1.14 ; dopo 12 mesi= 2.39 ± 1.6) e dell'area sotto la curva dei lattati con miglioramento della funzione beta cellulare espressa dallo spostamento a sinistra della curva stimolo risposta. I livelli di GIP hanno mostrato un significativo incremento a 12 mesi (GIP basale= 57.7 ± 18.3 pg/ml; GIP dopo 1 mese= 42.3 ± 11.3 pg/ml e GIP dopo 12

mesi=82.1±22.2 pg/ml) mentre gli FFA hanno mostrato un transitorio incremento a 1 mese con riduzione dei valori a 12 mesi (FFA basali=742.6±262.0 uEq/L; a 1 mese FFA=837±274 uEq/L; a 12 mesi FFA=549.4±319 uEq/L).

Discussione

Questi dati preliminari, in soggetti obesi diabetici, suggeriscono che gli interventi che agiscono modificando l'anatomia per primo tratto digestivo (RYBP e SG) determinano un miglioramento dell'omeostasi glucidica conseguente a precoce incremento della funzione beta cellulare, della sensibilità insulinica e della clearance dell'insulina a cui si associa un miglioramento della sensibilità insulinica nel tessuto adiposo dopo 12 mesi dall'intervento.

Bibliografia

[1]Campos M. et al, Changes in post-prandial glucose and pancreatic hormones, and steady-state insulin and free fatty acids after gastric bypass surgery. Surgery for Obesity and Related Diseases, 2014.

Follow-up

Valutazione della funzionalità gastrica residua dopo bypass gastrico per obesità patologica attraverso Gastropanel™

F. Marchesi, G. De Sario, E. Melani, C. Rapacchi, V. Reggiani, M. Riccò¹, N. Rizzi, F. Tartamella, E. Goni², F. Di Mario²

Clinica chirurgica e terapia chirurgica, Università degli studi di Parma

¹ASL di Parma

²Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Parma

Relatore: Elisa Melani

Introduzione

Il bypass gastrico rappresenta l'intervento bariatrico più diffuso al mondo. Una delle maggiori perplessità riguardo il suo utilizzo è costituita dalla persistenza di un moncone gastrico escluso (remnant) non esplorabile. Benché il rischio di cancerizzazione sia stato ridimensionato, la necessità di una valutazione morfo-funzionale del remnant rimane un'esigenza tuttora irrisolta, data la sua inaccessibilità endoscopica. Lo scopo di questo studio è quello di valutare le modificazioni morfo-funzionali del remnant mediante l'utilizzo di un test non-invasivo già validato per pazienti non bariatrici: il Gastropanel™. Gastropanel™ è un test immunoenzimatico in grado di dare informazioni sullo stato morfo-funzionale della mucosa gastrica. E' costituito da quattro parametri: Pepsinogeno I (PGI), Pepsinogeno II (PGII), Gastrina-17 (G-17) ed anticorpi classe IgG anti-Helicobacter pylori (H.p.). PGI è il marker della produzione di acido cloridrico a livello gastrico, PGII è marker di infiammazione (gastrite), G-17 è quasi totalmente prodotta a livello dell'antro gastrico e rappresenta il fisiologico stimolo alla produzione di acido da parte della cellula parietale, infine, gli anticorpi anti-H.p. sono indicatori di un'attuale o pregressa infezione da H.p. Analizzando contemporaneamente questi quattro parametri è possibile pertanto fare diagnosi di infezione da H.p., gastrite correlata all'infezione da H.p. e gastrite cronica atrofica, una condizione precancerosa gastrica.

Metodi

Una coorte di 20 pazienti sottoposti a bypass gastrico sono stati prospetticamente arruolati in questo studio. Gastropanel™ è stato effettuato su questi pazienti a T0 (preoperatoriamente), a T1 (3 mesi dopo l'intervento chirurgico) e T2 (6 mesi dopo l'intervento chirurgico). Un analogo dosaggio è stato effettuato su di un'ulteriore coorte di 20 pazienti sottoposti a bypass gastrico da oltre 4 anni. Oltre alle variazioni del pepsinogeno, indice di atrofia gastrica, sono state valutate le variazioni di gastrina 17, quale indicatore di malattia da reflusso. L'analisi statistica è stata effettuata attraverso il calcolo di una t di Student.

Risultati

I risultati evidenziano come PGI diminuisca significativamente ($p=0,0043$), così come PGI/PGII ratio ($p=0,0031$), già ai controlli precoci. PGII e Gastrina-17, invece, non mostrano variazioni

statisticamente significative ($p= NS$). I dati sulla coorte di pazienti esaminati a lungo termine sono ancora in corso di elaborazione

Discussione

La riduzione dei livelli di PGI conferma, dal punto di vista della funzionalità gastrica, la messa a riposo dell'organo divenuto un remnant senza stimoli alimentari ed in particolare proteici per la produzione di acido cloridrico da parte delle cellule parietali e quindi delle cellule principali produttrici dei pepsinogeni localizzate nelle stesse ghiandole. L'integrazione con i dati a lungo termine potrà fornire indicazioni interessanti sul significato clinico delle suddette modificazioni nel tempo.

Follow-up

Metaplasia intestinale nello stomaco escluso dopo Rou-en-Y gastricbypass. Qual è l'approccio corretto?

E. Ponte, P. Millo, M. Fabozzi, R. Brachet Contul, M. Grivon, A. Usai, R. Lorusso, M.J. Nardi, A. Margara, P. Bocchia, G. Longo, R. Allieta
Ospedale Regionale Umberto Parini, Aosta

Relatore: Elisa Ponte

Introduzione

Il Bypass Gastrico su ansa alla Roux-en-Y laparoscopico (LRYGBP) è un intervento eseguito per l'obesità patologica con ottimi risultati. In letteratura sono riportati diversi reperti patologici nello stomaco escluso dal transito alimentare.

Metodi

Nel nostro centro, tutti i pazienti candidati a chirurgia bariatrica eseguono una serie di esami preoperatori, tra i quali un'esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsie gastriche multiple. Dal gennaio 2001 al dicembre 2014 sono stati effettuati 453 LRYGBP e 126 sleeve gastrectomy per obesità patologica. Considerando soltanto i pazienti sottoposti a questi 2 interventi di chirurgia bariatrica sono state effettuate 579 EGDS.

Risultati

In 16 pazienti (2.7% dei casi) le biopsie gastriche preoperatorie hanno mostrato metaplasia gastrica. In questi casi è stato deciso di sottoporre i pazienti a una sleeve gastrectomy, così da non lasciare una porzione di stomaco difficilmente esplorabile, come accade nel LRYGBP.

Discussione

LRYGBP è un intervento efficace in caso di obesità patologica e con buoni risultati in termini di perdita di peso e qualità della vita. L'esplorazione della porzione gastrica esclusa dal transito alimentare è particolarmente complessa e laboriosa, per questo motivo risulta mandatorio uno studio preoperatorio endoscopico e istologico approfondito dello stomaco. La presenza di una condizione di precancerosi a tale livello, o la sua comparsa dopo l'intervento, richiede l'intensificazione dei controlli postoperatori in un tratto dell'apparato digerente difficilmente esplorabile. La metaplasia intestinale, infatti, è una condizione di precancerosi descritta da Correa già nel 1975, la cui incidenza di degenerazione maligna è del 0.1-0.9%. Nella valutazione di tale rischio degenerativo non vanno sottovalutate le alterazioni nell'espressione di alcuni geni, riportate da un recente studio, delle cellule dello stomaco escluso nel LRYGBP, che sembrerebbero avere un'apoptosi inibita a favore di una tendenza all'iperproliferazione. In letteratura sono riportati diversi metodi per esplorare la porzione gastrica esclusa, rimane da valutare quale sia l'approccio più adeguato in rapporto al rischio di degenerazione maligna della metaplasia intestinale.

Follow-up

Confronto tra due diverse modalità di follow-up del bendaggio gastrico regolabile: studio prospettico randomizzato

Badiali Sara, Micheletto Giancarlo¹, Chiari Nicholas², Panizzo Valerio³, Dorigo Alessandra, Mozzi Enrico

UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti Università degli Studi di Milano

¹*Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti Università degli Studi di Milano, INCO-Unità Operativa di Chirurgia Generale Istituto Clinico Sant'Ambrogio Milano*

²*Unità Operativa di Chirurgia Generale Istituto Clinico Sant'Ambrogio Milano*

³*INCO-Unità Operativa di Chirurgia Generale Istituto Clinico Sant'Ambrogio Milano*

Relatore: Badiali Sara Milano

Introduzione

L'intervento chirurgico di bendaggio gastrico regolabile laparoscopico (LAGB) rappresenta una delle procedure bariatriche maggiormente utilizzate in Italia e in Europa. E' una procedura chirurgica sicura, con una ridotta incidenza di complicanze a breve e lungo termine, ma che necessita di una adeguata collaborazione da parte del paziente. E' quindi ipotizzabile che il controllo clinico frequente, con lo scopo di rinforzare costantemente la compliance del paziente, possa determinare un miglioramento dei risultati. Per tale motivo abbiamo deciso di confrontare due modalità diverse di follow-up: una con controlli ambulatoriali ravvicinati ed una tradizionale con controlli radiologici distanziati nel tempo.

Metodi

Sono stati arruolati nello studio 94 pazienti candidati a LAGB (linee guida SICOB) residenti in Lombardia da giugno 2012 a giugno 2014. I pazienti sono stati sottoposti a completo screening preoperatorio e sono stati suddivisi in modo randomizzato in due gruppi:

- Gruppo 1 (follow-up tradizionale): 49 pazienti con controlli a 3, 6, 12 mesi con calibrazione del bendaggio mediante esame radiologico del tubo digerente.
- Gruppo 2 (follow-up con controlli più ravvicinati): 45 pazienti con visita ambulatoriale mensile per i primi 6 mesi e bimestrale nei successivi 6 mesi, con eventuale calibrazione del bendaggio. Al 12° mese calibrazione radiologica.

I due gruppi erano omogenei per età, sesso, composizione corporea e BMI. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad esame antropometrico, bioimpedenziometrico e di laboratorio prima dell'intervento, dopo 6 mesi e dopo 1 anno.

Risultati

Il BMI medio preoperatorio era $40,4 \pm 6,5$ nel gruppo 1 e $40 \pm 5,2$ nel gruppo 2. A 6 mesi il BMI era $36,2 \pm 6,3$ nel gruppo 1 e $34,3 \pm 5,1$ nel gruppo 2 ($p=0,15$), a 12 mesi $34,4 \pm 6,1$ e $31,6 \pm 4,8$ rispettivamente ($p=0,06$). A 6 mesi la %EWL era $25,5 \pm 14,7$ nel gruppo 1 e $28,1 \pm 14,2$ nel gruppo 2 ($p=0,15$), a 12 mesi $35,4 \pm 17,1$ e $44,6 \pm 18,8$ rispettivamente ($p=0,05$). All'esame bioimpedenziometrico il calo della massa grassa a 12 mesi è stato del 4,4% nel gruppo 1 e del 7,4% nel gruppo 2 ($p=0,32$). Il calo della massa muscolare a 12 mesi è stato di 4,1 Kg nel gruppo 1 e di 3,9 Kg nel gruppo 2 ($p=0,02$). A 12 mesi il follow-up è stato completato solo nel 62% dei pazienti. In entrambi i gruppi 3 pazienti sono stati persi al follow-up per rimozione del bendaggio per slippage o per mancata presentazione ai controlli. Nel gruppo 2 è stato necessario effettuare in 3 pazienti una revisione chirurgica del port per complicanze (rotazione o rottura). Gli esami di laboratorio non hanno dimostrato differenze tra i due gruppi.

Discussione

Dal confronto tra le due metodiche emerge un lieve miglioramento dei risultati sul calo ponderale nel gruppo con controlli ambulatoriali frequenti, senza una differenza statisticamente significativa a 6 mesi e al limite della significatività a 1 anno. I risultati a un anno tuttavia sono incompleti, poiché solo una parte dei pazienti ha completato il follow-up. All'esame bioimpedenziometrico la conservazione di massa magra a 12 mesi è stata significativamente maggiore nel gruppo 2 rispetto al gruppo 1.

Il gruppo con regolazioni ambulatoriali ravvicinate ha permesso di evitare l'utilizzo dello strumentario e dell'equipe radiologica, ma ha aumentato considerevolmente il carico di lavoro per il personale medico addetto. Da segnalare che la regolazione radiologica non ha avuto il vantaggio di riconoscere precocemente lo slippage dei bendaggi, che è stato sospettato sulla base della sintomatologia anche nel gruppo 1. Dai risultati preliminari sembra emergere un minimo vantaggio delle regolazioni ambulatoriali ravvicinate rispetto a quelle tradizionali, da confermare con la conclusione del follow-up ed effettuando ulteriori studi con campione più numeroso.

Bibliografia

^[1]Impact of Patient Follow-Up on Weight Loss after Bariatric Surgery

Roy Shen MD, Giovanni Dugay, Kavitha Rajaram BA, Izumi Cabrera MA, Niccole Siegel, Christine J Ren MD, Obesity Surgery April 2004, Volume 14, Issue 4, pp 514-519.

^[2]Post-surgery adherence to scheduled visits and compliance, more than personality disorders, predict outcome of bariatric restrictive surgery in morbidly obese patients. Pontiroli AE, Fossati A, Vedani P, et al. Obes Surg. 2007;17(11):1492-7.

^[3]Fat-free mass loss generated with weight loss in overweight and obese adults: what may we expect? Dixon JB, Lambert EA, Grima M, Rice T, Lambert GW, Straznicky NE. Diabetes Obes Metab. 2015 Jan;17(1):91-3. doi: 10.1111/dom.12389. Epub 2014.

^[4]Pre-and postsurgery behavioral compliance, patient health, and postbariatric surgical weight loss. Toussi R, Fujioka K, Coleman KJ. Obesity. 2009;17(5):996-1002.

Follow-up

Rx diretta addome e pallone intragastrico: auto insufflazione del BIB e altre evidenze in corso di follow-up

Francesca Romana De Filippo, Nicola Perrotta, Roberta Maselli, Domenico Loffredo

*Azienda Sanitaria di Potenza, Presidio Ospedaliero di Villa d'Agri, Centro di Riferimento Regionale Basilicata per la Chirurgia Bariatrica, UOC Chirurgia Generale
UOS Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva*

Relatore: Nicola Perrotta

Introduzione

Il pallone intragastrico rappresenta uno degli strumenti maggiormente utilizzati nei centri di chirurgia bariatrica anche al fine di ottenere un adeguato calo ponderale pre-operatorio. La procedura, tuttavia, non è esente da potenziali complicanze che impongono periodici controlli prima della sua rimozione. Scopo di questo studio è stato quello di analizzare l'efficacia dell'uso routinario della radiografia diretta dell'addome in corso di follow-up con analisi specifica di alcuni reperti occasionali.

Metodi

Dal mese di settembre 2008 al mese di gennaio 2015, 180 pazienti (46 uomini, 134 donne, età media 36 anni, BMI medio 46,7 Kg/m²) sono stati trattati con Pallone intragastrico BIB. In tutti i casi il pallone è stato gonfiato con 600 ml di soluzione fisiologica e 10 ml di blu di metilene. Sono stati programmati controlli ambulatoriali clinici e laboratoristici ogni 30-40 giorni. Un esame RX diretta addome è stato eseguito in tutti i casi in occasione del controllo al 3° e 5° mese.

Risultati

L'uso routinario del controllo radiologico ha permesso di evidenziare alcune problematiche peculiari e poco descritte in letteratura: in 4 pazienti (2.2%) infatti, in occasione del controllo eseguito al terzo mese, si è evidenziata una sovradistensione del BIB con notevole aumento del diametro per la presenza di aria nel suo interno per circa il 30-50% del volume. Solo due dei quattro pazienti presentavano sintomi di rilievo, caratterizzati da vomito e dolore epigastrico più marcati rispetto ai disturbi che normalmente conseguono al posizionamento del pallone. Tutti i pazienti sono stati comunque sottoposti a una rimozione anticipata del BIB che si è svolta in assenza di problematiche di rilievo. Lo stesso esame radiologico, in altri due pazienti, ha permesso di identificare un'occlusione gastrica secondaria allo stazionamento del BIB in sede antrale pre-pilorica. L'immagine radiologica, in questi casi, ha permesso di evidenziare una marcata gastrectasia determinata dalla presenza di abbondanti ingesti al di sopra del BIB. Le immagini radiologiche si associavano in questi casi a una sintomatologia molto importante caratterizzata da vomito incoercibile, talvolta associato a disidratazione e ipopotessemia. Ovviamente i pazienti, in questi casi, sono stati prima ricompensati dal punto di vista idro-elettrolitico e successivamente sottoposti a rimozione della protesi. In due pazienti, al IV e VI mese, si è verificata un'espulsione

spontanea della protesi sgonfia e lacerata in occasione di episodi di vomito; in altri due pazienti il BIB è stato rimosso anticipatamente al 2° mese per intolleranza (vomito persistente con importante calo ponderale) ed in altri due pazienti per evidenza di colorazione blu delle urine.

Discussione

Il Pallone intragastrico è considerato un dispositivo efficace e soprattutto sicuro anche se in letteratura sono descritte complicanze anche importanti come l'ostruzione intestinale e la perforazione della parete gastrica. Poco si conosce circa i meccanismi alla base della sovradistensione da auto-insufflazione del pallone, complicanza rara e poco analizzata dalla letteratura, ma potenzialmente grave. Per questo motivo i pazienti devono essere sottoposti a stretti controlli per una precoce diagnosi e trattamento delle stesse, e ove possibile, per una corretta prevenzione. Nella nostra esperienza l'esame RX diretta addome è uno strumento di semplice applicazione all'interno del percorso di follow-up, e utile per i riscontri che ne possono derivare sia per la protesi (presenza, diametro, posizione) che per lo stomaco ed il tratto gastrointestinale (gastrectasia, livelli idroaerei). Appare inoltre evidente che gli esami richiesti, radiologici e non, debbano essere sempre valutati da parte di personale esperto nell'identificazione e nel trattamento di queste complicanze.

Bibliografia

[1]Juchems MS, Uyak D, Ernst AS, Brambs HJ. Monitoring gastric filling, satiety and gastric emptying in a patient with gastric balloon using functional magnetic resonance imaging-a feasibility report. Clin Med Case Rep. 2008 May 22;1:41-4. eCollection 2008.

Follow-up

Reali aspettative del palloncino intragastrico nel trattamento dell'obesità

Silvia Palmisano, Barbara Melchiorretto, Michela Giuricin, Nicolò de Manzini
UCO Chirurgia Generale, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste

Relatore: Barbara Melchiorretto

Introduzione

Lo studio intende analizzare i risultati del palloncino intragastrico a lungo termine registrando le variazioni di peso, del BMI e la percentuale di peso in eccesso perso (EWL) e del BMI (EBL) a sei mesi e ad un anno dal posizionamento; un interesse particolare è rivolto al mese coincidente con la massima perdita di peso, verificando l'ipotesi, che un dimagrimento concentrato nei primi mesi rappresenti un fattore predittivo positivo per il mantenimento del successo terapeutico nel lungo termine. Al fine di individuare altri fattori impattanti nel processo di calo ponderale, sono state analizzate correlazioni significative tra le variazioni antropometriche misurate e le variabili età, sesso e tipo di palloncino (aria o acqua). Lo studio, inoltre, ha valutato il grado di soddisfazione ad un anno dalla procedura: pur trattandosi di un parametro soggettivo, le singole valutazioni sono state standardizzate attraverso un test di tre domande relative alla qualità di vita del paziente (1- E' soddisfatto?; 2- Lo rifarebbe?; 3- Ha modificato le abitudini alimentari?), invitato ad attribuire a ciascuna di esse un punteggio predefinito.

Metodi

92 pazienti da febbraio 2009 a settembre 2014: 12 sono stati esclusi per rimozione precoce del palloncino (13%) e 2 con trattamento ripetuto sono stati considerati come unico paziente con i valori medi ottenuti dalle misurazioni delle due procedure. La casistica effettiva dei pazienti con controlli a 6 mesi è di 78 pazienti; la casistica ad un anno di follow-up è di 71 pazienti (7 pazienti hanno posizionato il palloncino più recentemente). La significatività statistica (p value <0.05) è stata calcolata con il test di Wilcoxon per dati appaiati. L'analisi di correlazione statistica è stata condotta mediante i test di correlazione di Spearman, il t- student e il test di Mann-Whitney. L'End Treatment Success (ETS) è stato calcolato per una perdita di percentuale di peso in eccesso superiore al 20% a 6 mesi e a 1 anno. Sono stati valutati come fattori predittivi dell'ETS sia il raggiungimento a 3 mesi di trattamento dell'80% del valore della perdita di peso a 6 mesi, sia il raggiungimento ad 1 mese di trattamento del 5% della perdita di peso a 6 mesi. La soddisfazione ad un anno è stata calcolata con il test del Chi-quadro.

Risultati

Il calo di peso dalla situazione al basale a 6 mesi è statisticamente significativo ($p < 0.00001$) e ad 1 anno ($p = 0.0004$). Il calo BMI dalla situazione al basale a 6 mesi è statisticamente significativo ($p < 0.00001$) e rimane significativo anche ad 1 anno ($p = 0.0002$). Non risultano correlazioni

statisticamente significative tra eccesso di EWL/EBL a 6 mesi e a 1 anno rispetto al sesso, età e tipo di palloncino. Non risultano differenze statisticamente significative tra EWL /EBL a 1 anno rispetto al BMI iniziale, mentre c'è una correlazione statisticamente significativa tra EWL/EBL a 6 mesi e BMI Iniziale ($p=0.0004$, $p=0.003$). La massima perdita di peso è avvenuta entro il 4° mese. Confrontando i due criteri ($WL \geq 5\%$ a 1 mese o $WL \geq 80\%$ a 3 mesi della perdita totale di peso a 6 mesi) nessuno dei due rappresenta una fattore predittivo dell'ETS a 6 mesi e a 1 anno. Il 63.4 % dei pazienti non è soddisfatto del trattamento, il grado di soddisfazione è indipendente dalla perdita di peso ad 1 anno, il 69% dei pazienti non lo rifarebbe e il 63.4% non ha cambiato le abitudini alimentari.

Discussione

Dal nostro studio emerge che il palloncino intragastrico è un trattamento che raggiunge il target di calo ponderale a 6 mesi e ad 1 anno, con un picco di peso perso entro il 4° mese. Non è stata trovata correlazione statisticamente significativa tra la perdita di peso ed il sesso, l'età e il tipo di palloncino. A tal proposito però è stata osservata una maggiore perdita di peso a 6 mesi nei pazienti con palloncino ad aria ma senza significatività statistica ($p=0.13$) probabilmente perché più numerosi nel campione. Il BMI iniziale, invece, correla con il calo ponderale. Nonostante tali risultati, i pazienti soggettivamente non sono soddisfatti del trattamento probabilmente perché dopo 1 anno il 45.6% dei pazienti è aumentato di peso ma meno della situazione al basale e il 22.1% ha ripreso più peso della situazione basale; la maggior parte non ripeterebbe il trattamento e per il 63.4% dei pazienti non è risultato uno strumento utile per il cambio di alimentazione. Il palloncino ha un effetto temporaneo sulla perdita di peso, ma non soddisfa appieno le aspettative di paziente obeso.

Follow-up

350 Sleeve gastrectomy laparoscopiche: cosa è successo da 1 a 3 anni, cosa è successo da 3 a 5 anni

M. Boni, F. Rondelli, M. T. Federici, E. Mariani

USL 2, Regione Umbria, P.O. di Foligno

Relatore: Marcello Boni

Introduzione

La sleeve gastrectomy ha avuto negli ultimi anni un implemento notevole nel numero di procedure eseguite. Nel nostro centro sono state eseguite dal 2010 350 interventi. E' il momento giusto per esaminare l'andamento, i risultati, le complicanze, qualità di vita.

Metodi

Sono stati richiamati ed intervistati telefonicamente 350 pazienti operati. Per ogni paziente è stato ricostruito il follow up anno per anno con particolare riguardo a ewl, riduzione delle comorbidità iniziali e l'eventuale recupero di peso, sono stati chiesti gli effetti ritenuti indesiderati.

Risultati

Le slides che presenteremo all'evento descriveranno con curve e grafiche i risultati analizzati, ewl, comorbidità, qualità di vita, recupero di peso, complicanze precoci e tardive.

Discussione

La sleeve gastrectomy è una procedura con tempi di esecuzione bassi, tecnica riproducibile in insegnamento ai più giovani, complicanze sostenibili anche se la gestione della fistola gastrica è tra le più impegnative della chirurgia addominale in generale. I risultati sono pressochè sovrapponibili al bypass gastrico. In caso di insufficiente dimagrimento o recupero del peso sono accessibili conversioni in bypass gastrico e mini bypass

Bibliografia

^[1]Y.Zhang e coll. Laparoscopic S.G. Vs. Laparoscopic roux eny G.Bfor morbid obesity, Ob. Surg. vol 25 n°1 2015.

^[2]Laparoscopic S.G. as a step approach for morbidly obese patients with early stage ,Ob Surg. Vol 23 n°9 2013.

^[3]ufficiale sicob: linee guida e registro on line.

Follow-up

Sleeve Gastrectomy: risultati a lungo termine su calo ponderale, reflusso gastroesofageo e diabete

Ariola Hasani¹, Antonella Santonicola², Gabriella Nosso¹, Brunella Capaldo¹, Paola Iovino², Luigi Angrisani³

¹Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

²Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Salerno

³Unità di Chirurgia Generale ed Endoscopica, Ospedale San Giovanni Bosco, Napoli

Relatore: Ariola Hasani

Introduzione

La Sleeve Gastrectomy è una procedura bariatrica efficace e sicura, con un basso rischio di complicanze e buoni risultati in termini di calo ponderale e remissione delle comorbidità. Sebbene vi siano numerosi studi circa i risultati a breve e medio termine, sono ancora limitati gli studi a lungo termine volti ad analizzare gli effetti sulle patologie associate, in particolar modo reflusso gastroesofageo (GERD) e diabete mellito di tipo 2 (DM tipo 2).

Metodi

Sono stati arruolati 105 pazienti sottoposti a Sleeve Gastrectomy laparoscopica (LSG) presso il nostro centro dal Gennaio 2006 al Dicembre 2009. Sono stati considerati il calo ponderale in termini di BMI, %TWL, %EWL, la presenza di comorbidità (GERD, diabete, ipertensione, dislipidemia), il ricorso ad una procedura di revisione. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi in base al BMI preoperatorio: gruppo 1 (N=61): BMI < 50 kg/m² e gruppo 2 (N=44): BMI > 50 kg/m². Il successo chirurgico è stato definito come il raggiungimento di un BMI < 35 kg/m² nei pazienti del gruppo 1 e BMI < 40 kg/m² nei pazienti del gruppo 2.

Risultati

Il gruppo 1 (61 pazienti, 44 donne, età media di 39.9 anni) presentava un BMI medio preoperatorio di 41.2±4.7kg/m²; il gruppo 2 (44 pazienti, 23 donne, età media di 38.5 anni) un BMI di 57.2±3.6kg/m². La prevalenza preoperatoria di ipertensione, DM tipo 2, dislipidemia e GERD era simile nei due gruppi (p>0.05). Il 94% dei pazienti era presente al follow-up a 5 anni. Il gruppo 1 presentava a 5 anni un BMI medio significativamente inferiore rispetto al preoperatorio (30.1±4.8kg/m², p<0.001), un %TWL del 26.6±10, un %EWL del 58.4±21.8. L'85% dei pazienti aveva raggiunto un BMI < 35 kg/m². Anche il gruppo 2 presentava a 5 anni un BMI medio significativamente inferiore rispetto al preoperatorio (BMI di 37.8±8.3kg/m² p<0.01), un %TWL medio di 33.4±12.9, un %EWL del 53.9±22.4. Il 63% dei pazienti ha raggiunto un BMI < 40Kg/m². Le complicanze postoperatorie a breve termine sono state: un caso di emorragia, una stenosi precoce dilatata endoscopicamente, ed un caso di insufficienza renale acuta risolta senza sequele. Al follow-up di 5 anni il 90% dei pazienti affetti da DM tipo 2 erano in remissione (totale o parziale), il 64 % dei pazienti affetti da ipertensione ed il 69% di quelli affetti da dislipidemia presentavano

risoluzione della patologia. Il 66.6% dei pazienti affetti da GERD prima dell'intervento riferiva risoluzione dei sintomi. Nove pazienti sono stati sottoposti ad una seconda procedura (5 Roux-en-Y Gastric Bypass e 4 Duodenal Switch) per insufficiente calo ponderale e/o per persistente sintomatologia da GERD.

Discussione

La LSG è una procedura sicura e con buoni risultati in termini di remissione delle comorbidità e di calo ponderale, soprattutto nel gruppo con BMI <50 kg/m². Tuttavia, il ricorso ad una procedura di revisione può essere necessario per scarsi risultati in termini di calo ponderale o per persistenza di sintomi da reflusso gastroesofageo.

Bibliografia

- [¹]Diamantis T, Apostolou KG, Alexandrou A, Griniatsos J, Felekouras E, Tsigris C. Review of long-term weight loss result safter laparoscopic sleeve gastrectomy. Surg Obes Relat Dis. 2014.
- [²]Abbatini F, Capoccia D, Casella G, Soricelli E, Leonetti F, Basso N. Long-term remission of type 2 diabetes in morbidly obese patients after sleeve gastrectomy. Surg Obes Relat Dis. 2013 Jul-Aug;9(4):498-502.
- [³]Brethauer SA, Aminian A, Romero-Talamás H, Batayyah E, Mackey J, Kennedy L, Kashyap SR, Kirwan JP, Rogula T, Kroh M, Chand B, Schauer PR. Can diabetes be surgically cured? Long-term metabolic effects of bariatric surgery in obese patients with type 2 diabetes mellitus. Ann Surg. 2013 Oct;258(4):628-36.
- [⁴]Sieber P, Gass M, Kern B. et al. Five-year results of laparoscopic sleeve gastrectomy. Surg Obes Relat Dis. 2014 Mar-Apr;10(2):243-9.

Follow-up

Follow-up di lunga durata del bypass bilio-intestinale

Ferdinando Piegai¹, Giovanni Lenna¹, Valerio Panizzo², Beatrice Lessona², Contardo Vergani^{3,4}, Giancarlo Micheletto^{2,3}

¹Unità Operativa di Chirurgia Generale Casa di Cura Igea, Milano

²INCO-Unità Operativa di Chirurgia Generale Istituto Clinico Sant'Ambrogio, Milano

³Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti Università degli Studi di Milano

⁴UOSD Day/week Surgery Ospedale Maggiore Policlinico Fondazione IRCCS Cà Granda, Milano

Relatore: Ferdinando Piegai**Introduzione**

Il bypass bilio-intestinale, classico esempio d'intervento bariatrico malassorbitivo, nasce come evoluzione del bypass digiuno-ileale, una procedura molto efficace in termini di calo ponderale, ma gravata da elevata mortalità e morbilità per i gravi squilibri idro-elettrolitici e lo sviluppo d'insufficienza epatica. L'introduzione ad opera di Eriksson e Hallberg nel 1979, di un'anastomosi colecisto-digiunale fra il moncone intestinale escluso e la colecisti, limitando la proliferazione batterica nell'ansa intestinale esclusa e consentendo il riassorbimento dei sali biliari, riduce sensibilmente l'incidenza di complicanze metaboliche ed epatiche correlate al bypass digiuno-ileale classico. Scopo del nostro studio è l'analisi retrospettiva a lungo termine dei risultati di questo intervento sia in termini di calo ponderale sia di miglioramento delle patologie obesità-correlate e valutare il ruolo dell'alimentazione e della terapia sostitutiva.

Metodi

143 pazienti (112 donne e 31 uomini) sottoposti a confezionamento di bypass bilio-intestinale dal 1998 al 2011; età media 43 anni (18-66); peso medio preoperatorio kg 122,8; BMI medio: 42,9 kg/m² (35-63); %EW medio 104%. 88 pazienti operati con accesso laparotomico mediano, 55 soggetti operati in laparoscopia utilizzando 5 trocar. Digiuno sezionato a 30 cm dal Treitz con stapler lineare ed anastomosi colecisto-digiunale confezionata con stapler circolare in open e lineare in laparoscopia; anastomosi L-L digiuno-ileale a 12-15 cm dalla valvola ileo-ciecale, confezionando un sistema antireflusso. Dopo l'intervento chirurgico vengono consigliate norme dietetiche-comportamentali e una terapia sostitutiva. Follow-up mensile per il primo anno ed in seguito annualmente (visita clinica e controlli ematochimici): follow-up medio 7 anni (estremi 4-16). Drop-out pari al 11%.

Risultati

Già dopo il primo anno post-operatorio si raggiunge un ottimo calo ponderale con un passaggio da un BMI medio di 42,9 Kg/m² ad un BMI medio di 33,6 Kg/m² con una percentuale EWL al primo anno pari al 45%. La perdita di peso percentuale maggiore è raggiunta al primo anno di follow-up, ma continua in modo graduale e costante anche durante il secondo anno postoperatorio, raggiungendo un BMI medio di 31,9 Kg/m² e una percentuale di EWL medio di 53,3%. Questi ottimi

risultati ottenuti nei primi due anni vengono mantenuti nel corso degli anni, con un BMI medio a 6 anni pari a 29,9 Kg/m². Corrispondentemente al calo di BMI si è assistito ad un incremento percentuale di EWL dal 45% al primo anno al 62,4% al sesto anno di follow-up per giungere al decimo anno di follow-up ad un valore di 67,9%. L'ipertensione arteriosa si è risolta in più del 60% dei casi e il diabete di tipo II in più del 70%. La sindrome delle apnee notturne è regredita nel 100% dei casi. Numero medio di scariche alvine giornaliere 3/die (1-7 episodi/die). Non vi sono stati casi di insufficienza epatica grave. Complicanze a lungo termine: laparocèle mediana 14,6%, squilibri elettrolitici 10,5%, complicanze ano-rettali 13,2%, bloating 20,9%, artralgie 16,7%, 1 decesso per insufficienza renale cronica; 6 pazienti (4,1% dei casi) sottoposti a riconversione chirurgica.

Considerando lo sviluppo di alcune complicanze (proctologiche, bloating e malnutrizione) rispetto all'aderenza alla dieta e alla terapia sostitutiva abbiamo rilevato una elevata correlazione tra mancata compliance e sviluppo delle complicanze a lungo termine.

Discussione

Il bypass bilio-intestinale è un metodo efficace per ottenere un valido e duraturo calo ponderale nei pazienti obesi, resistenti alla terapia conservativa, soprattutto in presenza di diabete mellito. L'adesione alle norme dietetiche e alla terapia sostitutiva può evitare la comparsa di complicanze gravi.

Bibliografia

^[1]Micheletto G, Badiali M, Danelli PG, et al. Il bypass biliointestinale. Un'esperienza italiana trentennale. Ann Ital Chir 2008;79:419-26.

Follow-up

Fattori predittivi negativi dell'outcome ponderale e metabolico del bypass gastrico

Silvia Palmisano¹, Greta Giacomel¹, Marta Silvestri¹, Michela Giuricin¹, Edoardo Baldini², Simone Albertario², Patrizio Capelli², Bernardo Marzano³, Giovanni Fanti³, Aron Zompicchiatti³, Paolo Millo⁴, Massimiliano Fabozzi⁴, Riccardo Brachet Contul⁴, Elisa Ponte⁴, Rosaldo Allieta⁴, Nicolò de Manzini¹

¹*Uco Chirurgia Generale Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti Trieste*

²*Unità Operativa di Chirurgia Generale, Toracica e Vascolare, Ospedale "Guglielmo da Saliceto Piacenza*

³*Dipartimento di Chirurgia Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli Pordenone*

⁴*Dipartimento di Chirurgia Generale Ospedale di Aosta*

Relatore: Greta Giacomel

Introduzione

Il bypass gastrico laparoscopico (GBP) è una delle procedure bariatriche più efficaci, in termini di perdita di peso a lungo termine e di risultati metabolici. La letteratura dimostra che in più del 30% dei pazienti il GBP non raggiunge l'obiettivo ponderale e fino al 60% dei pazienti diabetici tipo 2 non raggiungono la remissione del diabete 1 anno dopo l'intervento. Scopo dello studio è stato valutare la percentuale di fallimento del Bypass gastrico laparoscopico sia sotto l'aspetto ponderale che metabolico. Per ciascun outcome abbiamo individuato la presenza di correlazioni statistiche con alcuni parametri del paziente (antropometrici, sociali, anamnestici e demografici) e della tecnica chirurgica utilizzata, al fine di identificare eventuali fattori predittivi negativi.

Metodi

Studio prospettico longitudinale multicentrico su 771 pazienti obesi affetti, sottoposti da Novembre 2011 a Maggio 2013 a Bypass gastrico laparoscopico in quattro centri italiani di chirurgia bariatrica con 1 anno di follow-up. (U.C.O. di Chirurgia Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste; U.C.O. Chirurgia Generale, Toracica e Vascolare Ospedale di Piacenza; Dipartimento di Chirurgia Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli Pordenone, Dipartimento di Chirurgia Generale Ospedale di Aosta). Tutti i pazienti presentavano i medesimi criteri di inclusione secondo le correnti LineeGuida. Pre-operatoriamente sono stati analizzati i seguenti parametri: antropometrici (peso, l'indice di massa corporea (BMI), eccesso di peso, eccesso BMI), metabolici (emoglobina glicata (HbA1c), dislipidemia, ipertensione arteriosa e sindrome metabolica) e sociali (stato civile, occupazionale, abitudine al fumo), la tecnica chirurgica (dimensione della tasca gastrica e lunghezza dell'ansa biliare ed alimentare) e l'eventuale precedente procedura bariatrica fallita. Ad 1 anno di follow-up sono stati registrati: peso, BMI, la percentuale di eccesso di peso perso (EWL%), la percentuale di eccesso di BMI perso (% BMIL), HbA1c. E' stato definito insuccesso ponderale la perdita di eccesso di peso perso inferiore al 50% (%EWL <50%); è stato definito l'insuccesso metabolico il mancato raggiungimento di valori di HbA1c < 6%.

Risultati

Ad 1 anno dall'intervento, dei 771 pazienti totali, 83 (10,8%), hanno fallito l'outcome ponderale. L'analisi univariata e multivariata hanno confermato le relazioni statisticamente significative tra %EWL<50 e BMI>50 ($p < 0.001$), presenza di sindrome metabolica ($p = 0.03$), presenza di DM ($p = 0.04$), volume della tasca gastrica di 60ml ($p < 0.001$). La relazione tra %EWL e BMI>50 è stata ulteriormente confermata alla correlazione lineare ($p < 0.001$). In tutti i 105 pazienti diabetici, i livelli medi di HbA1c si sono significativamente ridotti dal dosaggio pre al post-operatorio [da $7.8 \pm 1.4\%$ a $5.9 \pm 0.8\%$ ($- 1.9 \pm 1.2\%$, $p < 0.0001$)]. In 44 pazienti (42%) non si è verificata la completa remissione del DM. Alla correlazione lineare, elevati valori pre-operatori dell'HbA1c erano statisticamente correlati ad una mancata remissione del diabete ($p < 0.001$). 30 pazienti diabetici (17%) hanno ottenuto un insuccesso ponderale, comunque con una HbA1c $< 6\%$ ($p = 0.01$). All'analisi multivariata, i pazienti diabetici sono stati suddivisi in due gruppi (HbA1c tra 6 e 7.8%, HbA1c $> 7.8\%$), riconoscendo come fattori predittivi negativi indipendenti per la mancata risoluzione del DM sia un BMI pre-operatorio $< 50 \text{ Kg/m}^2$ ($p = 0.02$), sia HbA1c $> 7.8\%$ ($p < 0.01$).

Discussione

Il Bypass gastrico è considerato in letteratura uno tra gli interventi che maggiormente determinano un significativo e duraturo calo ponderale, e al contempo la risoluzione del diabete. Tuttavia in letteratura la mancata riduzione del calo ponderale raggiunge il 35% dei pazienti. Nel nostro studio, l'insuccesso ponderale è del 10.8% dei pazienti. Per identificare eventuali fattori predittivi negativi sono stati correlati diversi parametri (antropometrici, sociali, anamnestici, demografici e di tecnica chirurgica), confermando delle relazioni statisticamente significative tra l'insuccesso ponderale e il BMI preoperatorio > 50 , la presenza di sindrome metabolica e di DM e un grande volume della tasca gastrica. In ambito metabolico, abbiamo invece osservato come tutti i pazienti diabetici mostrino un miglioramento significativo dell'Hb glicata ad un anno dall'intervento, pari a $5.9 \pm 0.8\%$ ($p < 0.0001$). Il 58% dei pazienti ha ottenuto la remissione completa del DM, mentre il 42% non ha raggiunto l'outcome previsto. Così come in alcuni lavori della letteratura, abbiamo riconosciuto come fattori predittivi negativi indipendenti per la mancata risoluzione del DM sia un BMI preoperatorio $< 50 \text{ Kg/m}^2$ ($p = 0.02$), sia HbA1c preoperatoria elevata, ovvero $> 7.8\%$ ($p < 0.01$).

Follow-up

Deficit vitaminici e minerali in seguito ad intervento di Sleeve Gastrectomy: ma i pazienti seguono le prescrizioni dietetiche e la supplementazione prescritta? La nostra esperienza nel corso di 1 anno di follow-up

Luigi Schiavo, Giuseppe Scalera, Renato Sergio, Gabriele De Sena, Francesca R. Ciorra e Alfonso Barbarisi

Dipartimento Universitario di Scienze Anestesiologiche, Chirurgiche e dell'Emergenza, Seconda Università degli Studi di Napoli. Primo Policlinico, IX Divisione di Chirurgia Generale, Vascolare e Biotecnologie

Relatore: Dott. Luigi Schiavo

Introduzione

La “sleeve gastrectomy” (SG) è, ad oggi, uno degli interventi di chirurgia dell'obesità maggiormente praticati. Si tratta di una gastrectomia verticale, praticata lungo la grande curvatura dello stomaco, con cui si asporta completamente il fondo gastrico ottenendo uno stomaco residuo di 60-150 ml. Pur non trattandosi di un intervento malassorbitivo, i pazienti sottoposti a SG sviluppano carenze nutrizionali sia di tipo vitaminico che minerale. In letteratura medica viene riportato che ad un anno dall'intervento di SG circa il 60% dei pazienti mostra deficit vitaminici e minerali, soprattutto di folati, vitamina B12, vitamina D, zinco e ferro^[1].

Le cause di tali deficit sono soprattutto anatomiche (ridotto apporto dietetico in conseguenza della drastica riduzione del volume gastrico) e biochimiche (in conseguenza della rimozione del fondo gastrico si assiste ad una diminuita produzione di fattore intrinseco ed acido idro-clorico che giocano un ruolo chiave nei meccanismi fisiologici di assorbimento della vitamina B12 e del ferro, rispettivamente). A nostro parere, una ulteriore concausa potrebbe essere legata alla scarsa compliance del paziente nel seguire le prescrizioni dietetiche e la terapia supplementativa vitaminica e minerale. Lo scopo della nostra ricerca è stato quello di valutare i deficit vitaminici e minerali dei nostri pazienti obesi sottoposti a SG e di valutare la loro compliance nel seguire esattamente e con regolarità la dieto-terapia e la supplementazione prescritta.

Metodi

Nel periodo tra il 2012 ed il 2014, 98 pazienti obesi con indice di massa corporea (BMI) medio di 45.4 Kg/m² ± 6.1 e di età media di 45.5 ± 12.2, sono stati sottoposti a SG presso la nostra struttura. Nel post-operatorio, a 3, 6, 9 e 12 mesi dall'intervento, il follow-up dei pazienti ha previsto, oltre alla rilevazione del peso corporeo, alla misura impedenziometrica della composizione corpora ed alle analisi chimico-cliniche di controllo (esame completo delle urine, azotemia, uricemia, creatinemia, glicemia, emoglobina glicata, insulinemia basale, sideremia, ferritina, transferrina, transaminasi (GOT e GPT), γ -GT, TSH, fT3, fT4, tireoglobulina, anticorpi anti-tireoglobulina e anti-perossidasi, dosaggio del paratormone, quadro proteico, emocromo, colesterolo totale, colesterolo HDL, colesterolo LDL, trigliceridi, elettroliti), anche la valutazione del quadro

vitaminico e minerale (vitamina D3, vitamina A, vitamina B1, vitamina B6, folati, vitamina B12, zinco, selenio e calcio) e la valutazione della compliance dei pazienti nel seguire le raccomandazioni dietetiche (con particolare riferimento alle porzioni di frutta, verdura, cereali e legumi) e la terapia suppletiva di vitamine e minerali.

Risultati

Dalla valutazione del quadro dei micronutrienti è emerso il seguente dato: a 3 mesi dall'intervento, il 25% dei pazienti presentava deficit vitaminici e minerali; a 6, 9 e 12 mesi la percentuale è salita a 32%, 43% e 57%, rispettivamente. I deficit di folati, vitamina B12, zinco e ferro si sono manifestati dal 3° mese e riguardavano il 10%, l'8%, il 18% ed il 9% dei pazienti, rispettivamente; a 6, 9 e 12 mesi la percentuale è salita al 15%, 19 e 22%, rispettivamente per i folati; al 12%, 15% e 18%, rispettivamente per la vitamina B12; al 22%, 28% e 34%, rispettivamente per lo zinco; al 12%, 16% e 18%, rispettivamente per il ferro. I deficit di vitamina D sono comparsi dal 6° mese ed hanno riguardato il 24% dei pazienti; a 9 e 12 mesi la percentuale è salita al 30% e 32%, rispettivamente.

I dati si riferiscono alla nostra esperienza nel corso di un 1 anno di follow-up.

Dalla valutazione della compliance dei pazienti nel seguire le prescrizioni dietetiche sono emersi i seguenti dati: a 3 mesi dall'intervento, il 39% dei pazienti ha dichiarato di non seguire fedelmente la dieto-terapia prescritta; a 6, 9, 12 mesi la percentuale è salita al 45%, 51% e 74%, rispettivamente.

In termini di consumo di frutta, a 3, 6, 9 e 12 mesi dall'intervento è emerso che i pazienti consumavano il 35%, 41%, 49% e 55%, rispettivamente in meno di quanto loro prescritto; in termini di consumo di verdura, a 3, 6, 9 e 12 mesi dall'intervento è emerso che i pazienti consumavano il 48%, 56%, 73% e 82%, rispettivamente in meno di quanto loro prescritto; in termini di consumo di cereali, a 3, 6, 9 e 12 mesi dall'intervento è emerso che i pazienti consumavano il 56%, 69%, 78% e 87%, rispettivamente in meno di quanto loro prescritto. In termini di consumo di legumi, a 3, 6, 9 e 12 mesi dall'intervento è emerso che i pazienti consumavano il 42%, 51%, 68% e 74%, rispettivamente in meno di quanto loro prescritto.

Dalla valutazione della compliance dei pazienti nel seguire la supplementazione prescritta è emerso che a 3, 6, 9 e 12 mesi dall'intervento, il 43%, 51%, 59% e 67%, rispettivamente dei pazienti ha dichiarato di non seguire con regolarità l'integrazione prescritta.

Discussione

Pur non trattandosi di un intervento malassorbitivo, i nostri pazienti obesi sottoposti a SG sviluppano già dal 3° mese post-intervento carenze nutrizionali sia di tipo vitaminico che minerale, nonostante venga prescritta loro una specifica dieto-terapia associata alla supplementazione di micro-nutrienti.

In questo studio, i dati ottenuti inerentemente a:

- 1) valutazione della compliance dei pazienti nel seguire le prescrizioni dietetiche post-intervento e
- 2) valutazione della compliance dei pazienti nel seguire la supplementazione vitaminica e minerale prescritta, ci permettono di ipotizzare che le carenze di micronutrienti riscontrate in seguito ad intervento di SG potrebbero essere attribuite non solo, come riportato nella letteratura medica, alle modificazioni gastriche indotte dall'intervento (diminuita produzione di fattore intrinseco e di acido idro-clorico) ed al ridotto apporto di cibo ma anche a due concause e cioè:

- 1) I pazienti non seguono esattamente le indicazioni dietetiche post-intervento

- 2) I pazienti non assumono con regolarità gli integratori di vitamine e minerali loro prescritti.

Considerando che per aderenza alla terapia si intende il conformarsi del paziente alle raccomandazioni dei sanitari riguardo ai tempi, alle dosi e alla frequenza nell'assunzione del farmaco e/o dell'integratore per l'intero ciclo di terapia e considerando che la scarsa compliance alle prescrizioni è la principale causa di non efficacia delle terapie, ulteriori studi sono necessari al fine di comprendere le cause che inducono i pazienti sottoposti a SG a non aderire esattamente e con regolarità alle prescrizioni in modo da sviluppare strategie adeguate finalizzate al miglioramento

Bibliografia

^[1]Gehrer S, Kern B, Peters R, et al. Fewer nutrient deficiencies after laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) than after laparoscopic Roux-Y-gastric bypass (LRYGB)- a prospective study. *Obes Surg.* 2010;20:447-53.

Follow-up

Efficacia a lungo termine della Sleeve gastrectomy laparoscopica: analisi dei risultati ad un follow-up di 84 mesi

Emanuele Soricelli¹, Giovanni Casella¹, Marco Collalti¹, Domenico Giannotti¹, Maria Giulia Bernieri², Alfredo Genco¹, Nicola Basso³, Adriano Redler¹

¹Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Policlinico Umberto I, "Sapienza" Università di Roma

²Dipartimento di Radiologia, Policlinico Umberto I, "Sapienza" Università di Roma

³Policlinico Umberto I, "Sapienza" Università di Roma

Relatore: Emanuele Soricelli

Introduzione

Negli ultimi anni la Sleeve gastrectomy laparoscopica (SGL) si è affermata come una delle procedure bariatriche più efficaci per il trattamento dell'obesità patologica e delle patologie ad essa correlate. Tuttavia, se da un lato gli ottimi risultati a breve e medio termine sono supportati da casistiche molto ampie, dall'altro permane una carenza di studi riguardanti il follow-up a lungo termine (> 5 anni) nei pazienti sottoposti a SGL. Scopo dello studio è quello di valutare l'andamento della curva ponderale e delle patologie correlate all'obesità a 7 anni di distanza dall'intervento di SGL.

Metodi

Analizzando retrospettivamente il database prospettico riguardante i soggetti sottoposti a SGL nel nostro dipartimento, sono stati selezionati per questo studio quei pazienti che avessero raggiunto un follow-up di 84 mesi (7 anni). Sono stati valutati i parametri antropometrici pre-operatori (sesso, età, altezza, peso, Body Mass Index – BMI) e l'incidenza di patologie quali il Diabete Mellito di tipo 2 (DMT2), l'Ipertensione arteriosa e la Sindrome delle Apnee Notturne (SAN). Gli effetti della SGL sulla curva ponderale sono stati espressi in termini di perdita percentuale dell'eccesso di peso corporeo (Excess Weight Loss - %EWL) di calo ponderale (espresso in kg) e di calo ponderale relativo (Relative Weight Loss – %RWL), inteso come il rapporto tra il peso ad un determinato intervallo di follow-up e quello dell'intervallo precedente. E' stata inoltre valutata l'incidenza e l'entità del recupero ponderale.

Risultati

Trentadue pazienti (12 M e 32 F; età media: 44 anni) con un BMI pre-operatorio di 48.6 ± 8.4 kg/m² sono stati inclusi nello studio. Il DMT2, l'Ipertensione e la SAN sono stati diagnosticati rispettivamente nel 6.2%, 40.6% e 25% dei pazienti prima dell'intervento. L'%EWL a 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 anni dall'intervento è stato rispettivamente del 73.1%, 76.3%, 75.4%, 73.7%, 71.6%, 69.0%, 65.7%. Negli stessi intervalli temporali il %RWL è stato rispettivamente di -59.2%, -4.1%, 0.4%, 1.1%, 1.6%, 1.7%, 2.4%. A 84 mesi dalla SGL, il calo ponderale medio è stato di 44.7 ± 18.2 kg, con un recupero di 11.1 ± 9.5 kg rispetto al nadir del dimagrimento. Nonostante un recupero ponderale > 10 kg si sia verificato nel 40.6% dei casi, il 78.1% dei pazienti ha mantenuto un % EWL > 50% a 7 anni dalla procedura. La risoluzione del DMT2, dell'ipertensione e della SAN è stata ottenuta rispettivamente nel 100%, 61% e 75% dei pazienti.

Discussione

I risultati di questo studio sembrano dimostrare come la SGL mantenga la propria efficacia sull'andamento della curva ponderale e delle comorbidità anche ad un follow-up a lungo termine. Un lieve incremento ponderale è stato registrato a partire da 48 mesi, tuttavia, a 7 anni dalla procedura il 78.1% dei pazienti mostra un % EWL > 50%.

Bibliografia

^[1]Gagner M, Deitel M, Erickson AL, Crosby RD. Survey on laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) at the Fourth International Consensus Summit on Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg.* 2013;23(12):2013–2017.

^[2]Basso N, Casella G, Rizzello M, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy as first stage or definitive intent in 300 consecutive cases. *Surg Endosc.* 2011;25(2):444–449.

^[3]Diamantis T, Apostolou KG, Alexandrou A, Griniatsos J, Felekouras E, Tsigris C. Review of long-term weight loss results after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis.* 2014 Jan-Feb;10(1):177-83.

^[4]Sarela AI, Dexter SP, O’Kane M, Menon A, McMahon MJ. Long-term follow-up after laparoscopic sleeve gastrectomy: 8-9-year results. *Surg Obes Relat Dis.* 2012;8(6):679–684.

^[5]Bohdjalian A, Langer FB, Shakeri-Leidenmühler S, Gfrerer L, Ludvik B, Zacherl J, Prager G. Sleeve gastrectomy as sole and definitive bariatric procedure: 5-year results for weight loss and ghrelin. *Obes Surg.* 2010 May;20(5):535-40.

^[6]Himpens J, Dobbeleir J, Peeters G. Long-term results of laparoscopic sleeve gastrectomy for obesity. *Ann Surg.* 2010 Aug;252(2):319-24.

Follow-up

Fattori psicologici preoperatori e perdita di peso dopo bypass gastrico laparoscopico

C. Lai¹ P. Aceto², I. Petrucci¹, C. Callari³, P. Giustacchini³, L. Sollazzi², G. Mingone⁴, R. Bellantone³, M. Raffaelli³

¹Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università "Sapienza", Roma

²U.O. Anestesia, UCSC, Policlinico A. Gemelli, Roma

³U.O. Chirurgia Endocrina e Metabolica, UCSC, Policlinico A. Gemelli, Roma

⁴U.O. Patologie dell'Obesità, UCSC, Policlinico A. Gemelli, Roma

Relatore: C. Lai

Introduzione

Alcuni studi recenti hanno dimostrato che alcune caratteristiche psicologiche possono influenzare la perdita di peso dopo chirurgia bariatrica. Obiettivo di questo studio è stato quello di valutare la relazione tra alessitimia o depressione e la perdita di peso a tre e a sei mesi dopo bypass gastrico laparoscopico secondo Roux-en-Y (LRYGBP).

Metodi

Sono stati arruolati 76 pazienti, di età compresa 18 ei 60 anni, candidati ad intervento di LRYGBP. Preoperatoriamente, ai pazienti è stato chiesto di completare due questionari (scala della depressione di Hamilton e scala dell'alessitimia di Toronto). È stata valutata la perdita totale di peso (espressa come percentuale) a 3 e 6 mesi di follow-up post-operatorio. Per l'analisi statistica, è stata utilizzata l'Anova.

Risultati

L'Anova ha mostrato che sia nei pazienti alessitimici che in quelli depressi la percentuale di perdita di peso a 6 mesi era significativamente minore rispetto ai pazienti non alessitimici e non depressi, rispettivamente; mentre nessuna veniva riscontrata a 3 mesi di follow-up. I confronti post-hoc hanno rivelato che, nei pazienti con alti livelli di alessitimia, la percentuale di perdita di peso a 6 mesi era minore rispetto a quella dei pazienti non alessitimici ($23.1 \pm 5.0\%$ vs $27.3 \pm 5.6\%$; $p=0.001$); lo stesso effetto è stato riscontrato nei pazienti con un grado di depressione moderato ($24.0 \pm 5.0\%$) o lieve ($26.0 \pm 5.0\%$) se confrontati con i pazienti non depressi ($28.1 \pm 6.5\%$) ($p=0.0004$ and $p=0.023$, rispettivamente).

Discussione

Questi risultati suggeriscono che elevati livelli di alessitimia e un livello di depressione anche lieve possono influenzare la perdita di peso a 6 mesi di follow-up nei pazienti obesi sottoposti a bypass gastrico. Un sostegno psicologico mirato nel post-operatorio potrebbe essere utile in questi pazienti, al fine di migliorare l'outcome dell'intervento chirurgico.

Follow-up

Utilità della psicoterapia di gruppo nel percorso del Bendaggio Gastrico

G. Pecoraro, A. De Blasio, C. Cucciniello, N. Formisani, G. Loiarro, D. Galletta

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche. Unità Obesità e Disturbi del Comportamento Alimentare, Università degli Studi "Federico II" Napoli

Relatore: Pecoraro Giuseppe

Introduzione

Le dimensioni mentali che costituiscono il campo psichico dell'obesità sono: impulsività, ansia, immagine corporea e tono dell'umore. Il bendaggio gastrico è un intervento restrittivo che, per le sue caratteristiche, richiede la partecipazione attiva del soggetto al processo di dimagrimento e mantenimento di peso e il rafforzamento del sistema motivazionale. Lo scopo del nostro studio è di mettere in luce i passaggi relativi al percorso pre e post-intervento e la loro utilità, con particolare attenzione all'efficacia della psicoterapia di gruppo prima e dopo chirurgia bariatrica, nell'incremento della compliance al bendaggio.

Metodi

129 pz (19M e 110F; età media 35 anni; BMI medio 43,5) con comportamento alimentare tipo gorging e snacker sono stati sottoposti a valutazione di accesso alla chirurgia bariatrica. La valutazione comporta: colloquio psichiatrico, per l'esame di stato mentale al fine di escludere patologie psichiatriche controindicanti la chirurgia bariatrica; intervista semistrutturata per il comportamento alimentare; valutazione psicodiagnostica per l'analisi delle dimensioni mentali con i seguenti tests: Binge Eating Scale (BES) e Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11) per l'impulsività; Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) per il comportamento alimentare; Beck Depression Inventory-II (BDI-II) e Short Form Quality of Life-36 (SF-36) per il tono dell'umore; Body Uneasiness Test (BUT) per l'immagine corporea; State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y 2) per l'ansia di tratto. E' stato formulato uno specifico progetto terapeutico in base ai risultati dell'analisi dimensionale: 40 pazienti hanno effettuato il percorso di psicoterapia di gruppo prima e dopo l'intervento, 20 il percorso individuale e 69 hanno effettuato esclusivo controllo clinico-nutrizionale.

Risultati

Dopo 1 anno, l'IWL medio è stato del 20%. Nel 25% dei casi, è stato necessario restringere l'anello almeno una volta. Sono stati registrati: 19 casi di rimozione del bendaggio; 6 di altro intervento dopo fallimento terapeutico; 2 casi di disturbo anoressico secondario. Il gruppo di pazienti sottoposti a psicoterapia ha mostrato una maggiore compliance al bendaggio gastrico con una migliore risposta della psicoterapia di gruppo rispetto a quella individuale valutata per via telematica. Non si sono verificate complicanze a lungo termine rispetto al gruppo sottoposto unicamente a controllo clinico-nutrizionale. Nel follow-up post operatorio, 20 pazienti si sono

sottoposti a psicoterapia individuale, 40 pazienti a psicoterapia di gruppo, 42 pazienti ad esclusivo controllo clinico-nutrizionale.

Discussione

Il percorso di psicoterapia di gruppo in associazione al bendaggio gastrico è efficace nel facilitare la compliance all'intervento. La realizzazione dell'integrazione dell'unità psiche-soma, attraverso il gruppo, facilita l'accettazione reale del percorso bariatrico e il raggiungimento della stabilità di peso dopo dimagrimento attraverso il miglioramento della relazione con sé e con gli altri.

Bibliografia

^[1]Ogden J, Hollywood A, Pring C. (2014). The Impact of Psychological Support on Weight Loss Post Weight Loss Surgery: a Randomised Control Trial. *Obes Surg.* Sep 9.

^[2]Dodsworth A, Warren-Forward H, Baines S. (2010). Changes in eating behavior after laparoscopic adjustable gastric banding: a systematic review of the literature. *Obes Surg.* 20(11):1579-93.

Follow-up

“The Real Body”. Indagine psico-socio-demografica sul vissuto corporeo conseguente ad un importante calo ponderale

E. Paone¹, P. Stefanini², L. Pierro¹, A. Reho³

¹"Sapienza" Università degli Studi di Roma - Chirurgia Generale

²"Paride Stefanini" Policlinico Umberto I

³Istituto Sant'Ambrogio di Milano Campanile Fabio Cesare ASL - VT Ospedale di Civita Castellana

Relatore: Emanuela Paone

Introduzione

Negli ultimi anni numerose ricerche hanno indagato la relazione tra obesità ed immagine corporea (IC), quale rappresentazione individuale interna del proprio aspetto esteriore. L'insoddisfazione per la propria IC è un elemento critico nel vissuto psichico dei soggetti obesi e la sua pervasività si ritiene possa motivare comportamenti finalizzati alla modificazione e al miglioramento del proprio corpo, tra i quali il ricorso ad interventi invasivi per il calo ponderale, come quelli di chirurgia bariatrica. Tuttavia, nonostante l'ingente perdita di peso indotto da questi ultimi, alcuni studi dimostrano che in buona parte dei soggetti operati emerge un residuo di insoddisfazione relativa alla propria IC correlata alla presenza di pelle in eccesso; ciò potrebbe motivare la richiesta di successivi interventi di chirurgia plastica e ricostruttiva dopo i quali, tuttavia, può persistere l'insoddisfazione per le forme del proprio corpo. A tal proposito il seguente studio, si è posto l'obiettivo di indagare il vissuto psichico relativo all'IC in pazienti che hanno effettuato un percorso di calo ponderale significativo, al fine di valutarne disagio, interesse e motivazioni che possono emergere nel ricorso alla chirurgia plastica.

Metodi

È stata eseguita un'indagine su scala nazionale attraverso la somministrazione di un questionario online, costruito ad hoc, tra dicembre 2014 e febbraio 2015. Esso è costituito da 38 domande sia a scelta multipla che a risposta aperta, che valutano le fasi del percorso bariatrico e, nell'eventualità, quelle relative all'intervento di chirurgia plastica. I partecipanti hanno risposto al questionario accedendo al sito www.amiciobesi.it la cui diffusione è stata possibile mediante l'utilizzo di social network.

Risultati

Al questionario hanno risposto 710 soggetti, di età compresa tra i 18 ed i 60 anni (Donne 89,31%, Uomini 10,83%). Dalle risposte dei soggetti emerge che gli interventi di chirurgia bariatrica maggiormente effettuati sono Bendaggio Gastrico (BG) (27,95%), Laparoscopic Sleeve Gastrectomy (LSG) (31,94%), By-Pass Gastrico (BPG) (33,58%). Solo il 29% ha effettuato interventi di Chirurgia Plastica Ricostruttiva, mentre il restante 70,91% no. Tra coloro che hanno

effettuato la Chirurgia plastica, gli interventi maggiormente effettuati risultano il lifting cosce (26,3%), mastoplastica (31,51%), addominoplastica (78,77%). Dai dati emerge che, tra coloro che sono ricorsi alla chirurgia plastica per correggere i distretti corporei non graditi, il 33,48% riferisce di essere soddisfatto solo in parte, ed il 54,42% sente di non aver ancora raggiunto l'obiettivo generale prefissato all'inizio del percorso bariatrico.

Discussione

In accordo con gli studi presenti in letteratura, i dati emersi mostrano che, nonostante il soggetto sia messo in condizione di raggiungere il calo ponderale prima, e il rimodellamento corporeo poi, permane in taluni un sentimento di insoddisfazione e di non riconoscimento per l'immagine e le forme corporee. Ciò evidenzia la necessità di un intervento di tipo psicologico-clinico per quei pazienti che scelgono di ricorrere alla chirurgia plastica ricostruttiva, quale sostegno a questa ulteriore fase di cambiamento.

Bibliografia

- ^[1]Sarwer, D. B., Thompson, J. K., Mitchell, J. E., & Rubin, J. P. (2008). Psychological considerations of the bariatric surgery patient undergoing body contouring surgery. *Plastic And Reconstructive Surgery*, 121(6), 423e-434e. doi:10.1097/PRS.0b013e3181772aa8 .
- ^[2]Staalesen, T., Fagevik Olsén, M., & Elander, A. (2013). Experience of excess skin and desire for body contouring surgery in post-bariatric patients. *Obesity Surgery*, 23(10), 1632-1644. doi:10.1007/s11695-013-0978-z.

Follow-up

Temperamento ed esito di bypass gastrico a 3 anni dall'intervento in pazienti affetti da obesità di grado severo

AL Cremonini, E. Dall'Aglio, C. De Panfilis, I. Generali, G. De Sario, F. Tartamella, E. Melani, F. Marchesi

Università degli studi di Parma

Relatore: De Sario Giuseppina

Introduzione

La chirurgia bariatrica permette di ottenere risultati significativamente superiori in termini di perdita e mantenimento del peso corporeo rispetto alla terapia dietetica e comportamentale. Tuttavia i risultati dipendono in parte dalla tecnica chirurgica utilizzata, ma anche dall'abilità del paziente di rendere propri e permanenti alcuni cambiamenti nello stile di vita; tali cambiamenti dipendono largamente da fattori psicologici. Le caratteristiche del temperamento possono giocare un ruolo importante a questo riguardo, riflettendosi in differenze inter-individuali nell'ambito di capacità di auto-controllo e reattività emozionale. Lo studio si pone l'obiettivo di valutare se e come le caratteristiche del temperamento di pazienti obesi sottoposti ad intervento di bypass gastrico possano influenzare la perdita di peso e l'aderenza al percorso medico-nutrizionale al follow-up post-chirurgico a 3 anni.

Metodi

53 pazienti affetti da obesità severa (BMI >45 kg/m²) candidati ad intervento di bypass gastrico sono stati sottoposti ad una valutazione psichiatrica approfondita pre-intervento, caratterizzata da interviste strutturate e questionari atti a valutare la presenza e la severità di disturbi psichiatrici dell'asse I e II secondo il DSM-IV. Il temperamento è stato valutato attraverso l'utilizzo del questionario "Temperament and Character Inventory (TCI). La perdita di peso a 1 anno è stata valutata in termini di riduzione di BMI, percentuale di peso corporeo totale perso (%TWL), percentuale di eccesso di BMI perso (%EBMIL) e percentuale di peso corporeo in eccesso perso (%EWL). Per valutare l'aderenza al percorso medico-nutrizionale sono stati utilizzati i seguenti parametri: dieta (recall alimentare e compilazione di diario di 1 settimana), tempo dedicato ad attività fisica, regolarità nell'assunzione di integratori e nell'esecuzione di esami ematici e strumentali richiesti, puntualità degli appuntamenti, andamento dei parametri laboratoristici (emocromo, assetto lipidico, proteico e glucidico, quadro marziale, elettroliti e vitamine).

L'associazione tra variabili psichiatriche di partenza e variabili di perdita di peso è stata dapprima valutata con analisi univariata e successivamente con quattro regressioni lineari gerarchiche. Ancora in corso invece è l'analisi statistica dei dati raccolti per valutare il rapporto tra le caratteristiche di temperamento rilevate prima dell'intervento e l'aderenza al percorso medico-nutrizionale nei tre anni successivi ad esso.

Risultati

Dopo aggiustamento per valori di BMI iniziale e delle covariate psichiatriche, è emerso che il punteggio più elevato di “Persistenza” al TCI predice in modo esclusivo la successiva perdita di peso a 1 anno in termini di riduzione BMI, %EWL, %EBMIL, %TWL, rendendo conto di circa il 30-50% di varianza nella perdita di peso. Pazienti con punteggi di “Persistenza” più bassi mostrano al contrario una perdita di peso significativamente inferiore rispetto a pazienti con punteggi più alti.

Discussione

Come da definizione di persistenza, i tratti del temperamento che denotano l'abilità del paziente di perseverare verso un obiettivo nonostante la frustrazione immediata, predicono la perdita di peso ottenuta a un anno dall'intervento di bypass gastrico. Rimane ancora da valutare come questi tratti di personalità influenzino l'aderenza al percorso medico-nutrizionale di follow-up valutata a tre anni.

In ogni caso questi dati suggeriscono la necessità di una valutazione psichiatrica preoperatoria in modo da ottimizzare i risultati a lungo termine.

Bibliografia

- [1] Van Hout G & van Heck G. Bariatric Psychology, Psychological aspects of weight loss surgery. *Obesity Facts* 2009;2:10-15.
- [2] Derryberry D, Rothbart MK. Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Dev Psych* 1997;9:633-52.
- [3] Cloninger CR, Przybeck TR, Svravick DM. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50: 975-90.
- [4] Fassino S, Leombruni P, Pierò A et al. Temperament and character in obese women with and without binge eating disorders. *Compr Psychiatry* 2002;43:431-7.
- [5] Dalle Grave R, Calugi S, marchesini G et al. Personality features of obese women in relation to binge eating and night eating. *Psychiatry Res* 2013;207:86-91.
- [6] Sullivan S, Cloninger CR, Przybeck TR, Klein S. Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *Int J Obesity* 2007;31:669-74.
- [7] De Panfilis C, Torre M, Cero S, et al. Personality and attrition from behavioral weight-loss treatment for obesity. *Gen Hosp Psychiat* 2008;30:515-20.
- [8] De Panfilis C, Cero S, Torre M, et al. Utility of the Temperament and Character Inventory (TCI) in outcome prediction of laparoscopic adjustable gastric banding: preliminary report. *Obes Surg* 2006;16:842-47.
- [9] Leombruni P, Pierò A, Dosio D et al. Psychological predictors of outcome in vertical banded gastroplasty: a 6 months prospective pilot study. *Obesity Surgery* 2007;17:941-48.
- [10] Colquitt JL, Picot J, Loveman E, Clegg AJ. Surgery for Obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009, Issue 2. Art. No.: CD003641. DOI: 10.1002/14651858.CD003641.pub3.
- [11] Livhits M, Mercado C, Vermilov I, et al. Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: systematic review. *Obes Surg* 2012;22:70-89.

- [12] Cloninger CR, Przybeck TR et al. The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to its Development and Use. Centre for Psychobiology of Personality, Washington University, St Louis, MO, 1994.
- [13] Claes L, Vertommen S, Smits D, Bijttebier P. Emotional reactivity and self-regulation in relation to personality disorders. *Pers Ind Diff* 2009;47:948-53.
- [14] Hoermann S, Clarkin JF, Hull JW, Levy KN. The construct of effortful control: an approach to borderline personality disorder heterogeneity. *Psychopathology* 2005;38:82-86.
- [15] Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry* 2007;164:328-34.
- [16] Mauri M, Rucci P, Calderone A, et al. Axis I and II disorders and quality of life in bariatric surgery candidates. *J Clin Psychiatry* 2008;69:295-301.
- [17] Pull CB. Current psychological assessment practices in obesity surgery programs: what to assess and why. *Curr Opin Psychiatry* 2012;23:30-36.
- [18] Zimmerman M. Diagnosing Personality Disorders. A review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:225-45.
- [19] Fried M, Hainer V, Basdevant A, et al. Inter-disciplinary European guidelines on surgery of severe obesity. *Int J Obes* 2007;31:569-77.
- [20] Pfohl B, Blum M, Zimmerman M. Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV). 1997. Washington DC, American Psychiatric Press. (Italian version in Conti L. Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria, 1259-1270. 2000. Firenze, Società Editrice Europea).
- [21] First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis-I Disorders, Research version, Patient Edition (SCID-I/P- RV). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, November 2002 Revision; Web Site <http://www.scid4.org> (Italian translation by Perrone R).
- [22] Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, et al. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Dis* 1992;11:191-204.
- [23] Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol, Neurosurg Psychiatr* 1960;54:875-76.
- [24] Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50.
- [25] Garner DM. Eating Disorder Inventory-2 Professional Manual. Psychological Assessment Resources. 1993 Odessa, FL.
- [26] Metropolitan Height and Weight tables. New York: Metropolitan Life Foundation. *Statistical Bulletin* 1983;64:2-9.
- [27] Belanger SB, Wechsler FS, Nademin ME, Virdern TB III. Predicting outcome of gastric bypass surgery utilizing personality scale elevations, psychosocial factors, and diagnostic group membership. *Obes Surg* 2010;20:1361-71.
- [28] Kanske P, Kotz SA. Reprint of 'Effortful control, depression and anxiety correlate with the influence of emotion on executive attentional control'. *Biol Psychol* 2013;92:456-63.
- [29] Schlam TR, Wilson NL, Shoda Y, et al. Preschoolers delay of gratification predicts their body mass 30 years later. *J Pediatr* 2013;162:90-93
- [30] Davis C, Patte K, Curtis C, Reid C. Immediate pleasures and future consequences. A neuropsychological study of binge eating and obesity. *Appetite* 2010;54:208-13.
- [31] Spitznagel MB, Garcia S, Miller LA et al. Cognitive function predicts weight loss after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2013;9:453-9.
- [32] Spitznagel MB, Galioto R, Limbach K, Gunstad J, Heinberg L. Cognitive function is linked to adherence to bariatric postoperative guidelines. *Surg Obes Relat Dis*, in press.

- [33] Mischel W, Ayduk O, Berman MG, et al. 'Willpower' over the life span: decomposing self-regulation. *SCAN* 2011;6:252-56.
- [34] De Panfilis C, Meehan KB, Cain NM, Clarkin JF. The relationship between effortful control, current psychopathology, and interpersonal difficulties in adulthood. *Compr Psychiatry* 2013;54:454-61.
- [35] Larsen JK, Geenen R, Maas C, et al. Personality as a predictor of weight loss maintenance after surgery for morbid obesity. *Obes Res*. 2004;12:1828-34.
- [36] Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Hebebrand J, Senf W. Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? *Obes Res* 2004;12:1554-69.
- [37] Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD et al. Relationship of psychiatric disorders to 6-Month outcomes after gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2008;4:544-49.
- [38] Magro DO, Geloneze B, Delfini R, et al. Long term weight regain after gastric bypass: a 5-year prospective study. *Obes Surg* 2008;18:648-51.
- [39] Ritz P, Caiazzo R, Becouarn G et al. Early prediction to lose weight after obesity surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2013;9:118-22.

Follow-up

Funzione della Psicoterapia di gruppo nel conseguimento del mantenimento di peso dopo chirurgia bariatrica

A. De Blasio, G. Pecoraro, C. Cucciniello, N. Formisani, G. Loiarro, D. Galletta

Dipartimento di Neuroscienze, Scienze Riproduttive e Odontostomatologiche. Unità: Obesità e Disturbi del Comportamento Alimentare, Università degli Studi "Federico II" Napoli

Relatore: De Blasio Antonella

Introduzione

L'insoddisfazione e il disagio corporeo sono il principale fattore che motiva la richiesta di chirurgia bariatrica nei pazienti obesi. Lo scopo del lavoro è di valutare dopo il dimagrimento il cambiamento delle componenti dell'immagine corporea e l'efficacia della psicoterapia di gruppo nella stabilizzazione della stessa al fine di realizzare il mantenimento di peso come fattore di guarigione dall'obesità.

Metodi

20 pazienti (BMI medio $48\pm 8,31$; F12/M8; età media $38\pm 10,71$) sono stati sottoposti alla valutazione per l'accesso alla chirurgia bariatrica (t0). L'analisi della struttura dell'immagine corporea è stata valutata con il Body Uneasiness Test (BUT) correlato alla Binge Eating Scale (BES) e alla Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Al dimagrimento (t1), la stessa valutazione è stata effettuata per stabilire i criteri della fondazione della terapia di gruppo nel mantenimento di peso. L'outcome psicoterapeutico è stato valutato a 6 mesi dalla fine della psicoterapia con intervista.

Risultati

Al t0: BES punteggio medio 14,65; BDI-II punteggio medio 15,34; BUT: punteggio medio GSI 1,83. PST 16,33. Al t1: BES punteggio medio 6,36; BDI-II punteggio medio 8. BUT: punteggio medio GSI 1, PST 11,24. La componente cognitiva dell'immagine corporea risulta modificata, ma non quella percettiva: item CSM della BUT A invariato. Sufficiente compliance alla procedura bariatrica e alla psicoterapia di gruppo effettuata con il metodo body therapy. Al t2: outcome clinico della terapia: stabilità di peso a 6 mesi dalla fine. Il t-Student è stato usato per l'analisi statistica dei dati.

Discussione

La chirurgia bariatrica è uno strumento efficace per ottenere il dimagrimento e la trasformazione del meccanismo di regolazione della fame e degli aspetti depressivi. L'invarianza della componente

percettiva dell'immagine corporea al dimagrimento evidenzia che il percorso di psicoterapia di gruppo con tecniche focalizzate sul corpo è necessario per realizzare il cambiamento dell'immagine corporea essenziale ad ottenere il mantenimento di peso.

Bibliografia

^[1]Teufel, M., Rieber, N., Meile, T., Giel, K.E., Sauer, H., Hünemeyer, K., Enck, P.& Zipfel, S. (2012). Body image after sleeve gastrectomy: reduced dissatisfaction and increased dynamics. *Obesity Surgery*, Aug; 22(8): 1232-7. doi: 10.1007/s11695-012-0690-4.

^[2]Cash, T.F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. London, UK, and San Diego, CA. Academic Press Elsevier; 334-342.

Follow-up

Follow-up psicologico dopo chirurgia bariatrica: l'approccio gruppale

P. Dondi, C. Sgarbi, L. Valentini, M. Penna, M.G. Notarangelo, S. Cavedoni

U.O. Psicologia Ospedaliera, Servizio di Psicologia Clinica, Azienda USL, Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense, Modena

Relatore: Sonia Cavedoni

Introduzione

L'Unità Operativa di Psicologia Ospedaliera dell'Azienda USL di Modena presso il Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense ha strutturato, dal 1997, protocolli multidisciplinari per la valutazione e il trattamento di pazienti gravi obesi (BMI>40 o BMI 35 in comorbidità associata). Il trattamento di elezione per i quadri di grave obesità è rappresentato dalla chirurgia bariatrica. L'obesità, in quanto dimensione cronicizzata e stabile nella vita dell'individuo, rappresenta un complesso intreccio in ambito psicosomatico. Il sintomo obesità può rappresentare, soprattutto se di sviluppo, un "fenomeno psicosomatico", organizzazione caratterizzata da deficit di mentalizzazione, aree lacunari nel Sé che ostacolano l'esperienza di separazione e di perdita, e l'impossibilità di elaborare l'esperienza del lutto (Scoppola, 2011). Il problema centrale del paziente psicosomatico è dunque l'impossibilità che egli incontra nel portare a livello di coscienza alcuni contenuti arcaici, e anche l'impossibilità in cui, allo stesso tempo, egli si trova di farli oggetto di una Comunicazione nella quale l'esperienza realizzata sia conoscibile ed esprimibile attraverso le funzioni del pensiero.

Metodi

Il lavoro presentato fa riferimento al trattamento psicologico gruppale di pazienti operati di Sleeve Gastrectomy o Gastric By-Pass la cui spettanza di calo ponderale si aggira intorno al 30% del peso iniziale entro il primo anno dall'intervento.

Risultati

Come suggerito dalle Linee-Guida NICE for bariatric surgical service for the treatment of severe obesity (NHS National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007) il percorso psicologico prevede una prima fase di assessment preliminare ed un follow-up gruppale per il primo anno dopo l'intervento. I riconosciuti fattori terapeutici specifici del gruppo, le molteplici possibilità di mirroring e di attivare la mentalizzazione lo rendono un luogo psichico ideale per la rappresentazione del corpo e per favorire processi di integrazione psicosomatica. Nel contributo verranno descritte diverse dinamiche del lavoro di gruppo durante il processo di cambiamento ponderale, con particolare riferimento alle implicazioni nel Body Image, alla condivisione dei vissuti individuali e dei timori del rischio di ricaduta in meccanismi disfunzionali alimentari.

Discussione

Verranno descritte le osservazioni cliniche effettuate in setting di piccolo gruppo a tempo determinato (1 anno) con frequenza mensile. Al momento i pazienti che hanno completato questo follow up sono circa 50. L'osservazione clinica è stata integrata da questionari standardizzati e validati per verificare l'esito del processo terapeutico nelle sue componenti trasformative sia somatiche che mentali. I questionari DSQ (Defence Style Questionnaire di Andrews, G., Singh, M., Bond, M., 1993); PWB (Psychological Well-being Scales di Ryff, C., validazione italiana a cura di Ruini C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C., Fava, G.A., 2003); SQ (Symptom Questionnaire di Kellner, R., 1978); BUT (The Body Uneasiness Test di Cuzzolaro, M., Vetrone, G., Marano, G., Garfinkel, P.E., 2006) sono stati somministrati all'inizio e al termine del follow up.

Bibliografia

- ^[1]Cuzzolaro M, Franco M, Vetrone G; 2009. Obesità e immagine negativa del corpo in Bosello O (a cura di); Obesità: un trattato multidisciplinare. Kurtis.
- ^[2]Scoppola L; 2009. Vicissitudini psicosomatiche nella disabilità acquisita (a cura di) S. Cavedoni e G. Dallari: Psychomedia.
- ^[3]Scoppola L.; 2011. La parola non trovata. Franco Angeli.
- ^[4]Scoppola L.; 2005. L'esperienza di essere Sè. Franco Angeli.
- ^[5]Corbella S., Girelli R., Marinelli S. (a cura di). 2004. Gruppi Omogenei. Borla.

Follow-up

Aderenza terapeutica del paziente obeso sottoposto a chirurgia bariatrica: cause di drop out alle visite di follow up, andamento del calo ponderale ed aderenza terapeutica all'integrazione vitaminico-minerale

Kob Michael, Dell'Edera Claudia, Schrei Marion, Trovato Rita, Flaim Chiara, Tornifoglia Delia, Lucchin Lucio

U.O.C. di Dietetica e Nutrizione Clinica, Ospedale Generale di Bolzano, Italia

Relatore: Michael Kob

Introduzione

La chirurgia bariatrica è un' opzione terapeutica efficace nel trattamento dell'obesità complicata (Colquitt et al., 2014). Ciò nonostante è necessario un follow up a vita sia per prevenire e trattare deficit nutrizionali sia per evitare ricadute in termini ponderali (Mechanick et al., 2009). La percentuale di pazienti che abbandona il programma postchirurgico dopo almeno 12 mesi dall'intervento varia dal 15% (Shen et al., 2004) all' 89% (Bellows et al., 2014). Il drop out sembra favorire un calo ponderale inferiore rispetto a quello di chi mantiene il contatto sia dopo bendaggio gastrico regolabile (BGR) (Sivagnana et al., 2010) che dopo bypass gastrico (RYGB) (Kim et al., 2014). Non sono ancora stati trovati fattori predittivi significativi per spiegare il rischio di drop out (Moroshko et al., 2012) e pochi studi hanno indagato in modo specifico la causa dell'abbandono della terapia. L'obiettivo di questo studio è:

- 1) Verificare tramite intervista telefonica le cause di drop out ad almeno 12 mesi dall'intervento chirurgico;
- 2) Confrontare il calo ponderale e l'aderenza alla terapia con supplementi vitaminico-minerali nel gruppo di pazienti regolarmente seguiti e nel gruppo in drop out.

Metodi

Sono stati analizzati i dati di 128 soggetti consecutivi sottoposti ad intervento di BGR (n=49) e RYGB (n=92) presso l'Ospedale Regionale di Bolzano nel periodo 2000-2010. I pazienti in drop out sono stati contattati telefonicamente utilizzando un questionario strutturato (adattato da Grossi et. al., 2006) che indaga le motivazioni del drop out (possibile anche segnalare più di un motivo), il calo ponderale riferito (indicato come riduzione del peso in eccesso, %EWL) e la compliance alla terapia supplementare vitaminico-minerale.

Risultati

Nei 128 soggetti sottoposti ad intervento di chirurgia bariatrica il tasso di drop out a distanza di almeno 12 mesi dall'intervento è stato del 18% (n=28, % femmine:%maschi=37:63, %BGR:%RYGB=43:54). Dei 28 pazienti contattati, 22 (79%) hanno partecipato all'indagine telefonica e 6 non risultavano raggiungibili. Le cause principali di abbandono del programma di follow up sono state: «non sento la necessità» (59%), «mancanza di tempo» (36,5%), «impegni di

lavoro» (27%) e «cause logistiche» (20,5%). La %EWL nei soggetti in carico è stata più alta di quella dei pazienti in drop out (media 64,4±41,9% vs. 46,3%±29,4%, p<0.05). La percentuale di pazienti sottoposti a RYGB che non assumevano regolarmente gli integratori vitaminico-minerali è stata del 46,7% nel gruppo drop out (vs. 28,1 % nel gruppo follow up, p=0.217)

Discussione

Dallo studio emerge che la percentuale di drop out risulta essere inferiore alla media riportata in letteratura (Moroshko et al., 2012). Fa riflettere il fatto che la causa di drop out più frequente (59%) non è legata a fattori di ordine pratico come mancanza di tempo e/o distanza dal centro di riferimento, ma alla percezione individuale di poter proseguire da soli. Un ulteriore dato interessante è relativo al fatto che il 63% dei drop out è di sesso maschile. Inoltre vengono confermati i risultati di altri studi, che dimostrano che il calo ponderale dei soggetti in drop out è generalmente inferiore a quello dei pazienti in follow up. Per quanto riguarda la supplementazione con integratori vitaminico-minerali, non viene effettuata da quasi la metà dei pazienti sottoposti a RYGB in drop out.

Alla luce dei dati riscontrati emerge che la riduzione del tasso di drop out è da considerare un obiettivo prioritario nel trattamento a lungo termine. Le possibili strategie da implementare potrebbero essere:

- 1) migliorare l'informazione circa l'importanza dei follow up sia per la gestione del calo ponderale, sia per la prevenzione/diagnosi e terapia delle sindromi carenziali;
- 2) implementare tecniche per migliorare e rinforzare la motivazione (es. tecniche di counseling, maggior coinvolgimento della famiglia);
- 3) individuare precocemente i pazienti in drop out (es. tramite registri specifici) e contattarli per invitarli nuovamente ai controlli;
- 4) ottimizzare dati e orari delle visite di follow up (proporre diverse fasce orarie, raggruppare più controlli in un'unica giornata, creare ambulatori specifici sul territorio);
- 5) coinvolgere maggiormente altre figure sanitarie (es. medici di medicina generale, diabetologi);
- 6) sperimentare nuove tecniche per migliorare il follow up

Bibliografia

^[1](social network, SMS, Email)

^[2]Bellows CF et al., Bariatric aftercare and outcomes in the Medicaid population following sleeve gastrectomy. *JLS* 2014 Oct;18(4). pii: e2014.00280 Colquitt JL et al., Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Aug 8;8;

^[3]Grossi E et al., Complexity of attrition in the treatment of obesity: clues from a structured telephone interview. *Int J Obes* 2006; 30:1132-7.

^[4]Kim HJ et al., Does patient compliance with follow-up influence weight loss after gastric bypass surgery? A systematic review and meta-analysis. *Obes Surg* 2014; 24:647-651.

^[5]Mechanick JI et al., American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Obesity* 2009 Apr;17 Suppl 1:S1-70.

^[6]Moroshko I et al., Predictors of attrition in bariatric aftercare: a systematic review of the literature. *Obes Surg* 2012; 22:1640-47.

^[7]Shen R et al., Impact of patient follow-up on weight loss after bariatric surgery. *Obes Surg* 2004; 14: 514-519.

^[8]Sivagnanam P et al., The importance of follow-up and distance from center in weight loss after laparoscopic adjustable gastric banding.

Criteri di accreditamento dei centri di chirurgia bariatrica

Indagine sulla qualità dei servizi ospedalieri offerti all'utenza nel percorso di cura del paziente sottoposto a chirurgia bariatrica

Marina Biglia¹, Laura Pierro², Emanuele Basili³, Rosaria Astarita⁴, Emanuela Paone⁵

¹*Presidente Amici Obesi Onlus Associazione Nazionale Pazienti Obesi*

²*Dipartimento di Chirurgia Generale "Paride Stefanini" Policlinico Umberto I - "Sapienza" Università degli Studi di Roma*

³*"Sapienza" Università degli Studi di Roma*

⁴*"Sapienza" Università degli Studi di Roma*

⁵*Dipartimento di Chirurgia Generale "Paride Stefanini" Policlinico Umberto I - "Sapienza" Università degli Studi di Roma*

Relatore: Marina Biglia

Introduzione

La qualità dell'assistenza sanitaria fornita ai pazienti può influenzare la qualità di vita dell'individuo in termini di benessere fisico, psicologico e sociale legato ai bisogni ed alle aspettative durante tutte le fasi del percorso di cura. L'assistenza sanitaria è da intendersi nell'accezione di: accessibilità alle strutture, disponibilità di informazioni e risorse, qualità ed efficienza delle prestazioni erogate. L'assistenza offerta ai pazienti obesi presso centri specializzati ed organizzati su rete territoriale, è attualmente regolamentata dalle direttive specifiche sottoscritte dalla Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità (SICOOb), indicanti i criteri standard per l'accreditamento di un Centro di Chirurgia Bariatrica. Il presente studio socio-demografico mira a raccogliere dati informativi circa la qualità dei servizi ricevuta dall'utenza allo stato attuale, durante le varie fasi del percorso di Chirurgia Bariatrica a partire dal reclutamento nella struttura d'afferenza, e successivamente nel percorso post-operatorio a lungo termine. Tale raccolta dati potrebbe permettere di implementare la qualità dell'assistenza clinica dei Centri Bariatrici esistenti ed evidenziarne eventuali deficit, al fine di rispondere in modo congruo alle richieste di cura dei pazienti.

Metodi

E' stata eseguita un'indagine socio-demografica attraverso la somministrazione di un questionario online, costituito da 35 Item a scelta multipla e 2 a risposta aperta. La raccolta dati è stata effettuata tra Gennaio e Febbraio 2015. Le domande del questionario valutavano vari aspetti del percorso bariatrico inerenti la fase pre-operatoria (scelta della struttura e motivazioni, reclutamento) e la fase post-operatoria (re-interventi, eventuale cambiamento di struttura e motivazioni, follow-up). I partecipanti hanno risposto al questionario accedendo al sito www.amiciobesi.it, la cui diffusione è stata possibile mediante l'utilizzo di social network.

Risultati

Cinquecento i partecipanti rispondenti al questionario (Donne 91,38% , Uomini 8,62%; 42% di età compresa tra i 36-45 anni, 28% tra i 46-55 anni, 18% tra 26-35 anni). La maggior parte dei partecipanti risiede in Lombardia (22%), Piemonte (15%) e Lazio (12%), mentre gli interventi sono stati effettuati maggiormente in Lombardia (46%), Lazio (12%) e Toscana (7%) evidenziando una 'migrazione' in regioni differenti da quelle di residenza (38%). Tra le motivazioni della scelta della struttura per effettuare l'intervento, emerge in particolare l'opzione 'consiglio di altri pazienti' (40%) evidenziando la scarsa informazione ricevuta da parte delle figure mediche (specialisti e medici di base). Per quanto riguarda i follow-up post-operatori si evidenzia una riduzione nella

frequenza delle visite, in particolare per l'area psicologica (-70%). Inoltre emerge che il 29% dei pazienti non esegue il percorso post-operatorio nella struttura in cui è stato operato. Il 30% del campione ha effettuato un re-intervento (tra i maggiori: Bendaggio Gastrico 19%, By –Pass gastrico 20%, Sleeve Gastrectomy 15%); di questi 45% lo hanno effettuato in una struttura diversa da quella dell'intervento primario.

Discussione

Dal seguente studio emerge la tendenza a scegliere strutture collocate in una regione diversa da quella di residenza; ciò potrebbe correlarsi sia all'assenza di strutture adeguate nella propria regione, che alla scarsa informazione relativa alla loro presenza. Vi è la tendenza a scegliere la struttura su consiglio di pazienti già operati piuttosto che sulla base di un invio specialistico. La riduzione delle visite post-operatorie potrebbe correlarsi sia alla scarsa compliance dei pazienti, che all'assenza di organizzazione nelle strutture d'afferenza, in termini di tempo e/o di risorse, per la programmazione e l'attuazione di percorsi di cura specifici per i pazienti operati. Per concludere, le prospettive future dovrebbero mirare a diffondere maggiore informazione relativa ai centri di cura per l'obesità, in particolare tra le figure sanitarie di base. Approfondire le cause della migrazione tra le diverse strutture esistenti, nonché quelle relative alla drastica diminuzione dell'adesione ai follow-up post-operatori.

Bibliografia

^[1]OECD(2015), OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards, OECD Publishing, Paris.DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>.

^[2]Ministero della Salute, Appropriatelyzza clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e del diabete mellito, n. 10, luglio-agosto 2011, disponibile a <http://www.quadernidellasalute.it/archivio-quaderni/10-luglio-agosto-2011.php>.