

IDabstract	92
Speaker	Contine Alessandro under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Accreditamento del chirurgo e centri SICOB
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Storia di un nuovo centro partito da zero: 24 mesi di attività, risultati e prospettive nella speranza di raccogliere critiche e suggerimenti costruttivi</b>
AUTORI	Dr. Alessandro Contine U.O. Chirurgia Generale Usl Umbria 1 Ospedale di Città di Castello Direttore Dr. Cesari Maurizio
RELATORE	-
INTRODUZIONE	In Italia ed Europa più del 10% della popolazione è obesa. Le indicazioni alla chirurgia bariatrica si stanno allargando sempre più; in relazione a BMI, comorbilità associate ed età. I registri nazionali ed europei ci dicono che i pazienti che vengono operati in relazione a quelli che hanno una concreta indicazione sono solo una piccola percentuale. Per questo la chirurgia bariatrica deve essere incrementata ed i registri nazionali stanno rilevando un incremento significativo di questo tipo di chirurgia. Nella nostra U.O. di Chirurgia Generale la chirurgia bariatrica è entrata da due anni; siamo partiti da zero. Stiamo seguendo meticolosamente le linee guida con ambiziosi obiettivi.
METODI	Da circa 3 anni, su interesse della nostra Direzione e del nostro Direttore, alcuni componenti dell'equipe sono stati incaricati di approfondire l'argomento, le indicazioni, la tipologia degli interventi ed eventuali modelli organizzativi sulla chirurgia bariatrica. Nella seconda metà del 2016 abbiamo presentato un modello informativo ai medici di base sulle indicazioni, sulla modalità di accesso, sulla organizzazione e sulla fattibilità di una chirurgia nuova per il nostro territorio. La nostra attività inizia a gennaio 2017 con la composizione di un gruppo multidisciplinare comprendente, endocrinologo, dietista, psichiatra, l'apertura dell'ambulatorio di chirurgia bariatrica. In questi due anni abbiamo operato 21 pazienti. A tutti i pazienti è stato applicato protocollo ERAS. In ambito territoriale il bacino d'utenza comprende circa 80.000 pazienti a fronte di una popolazione residente nel comprensorio della Usl Umbria 1 che arriva a 500000 unità. Nel nostro percorso abbiamo deciso di non selezionare una sola procedura ma rispettare scrupolosamente le caratteristiche del paziente per decidere sul tipo di intervento da proporre. Consapevoli di una learning curve più lunga ma anche di un background favorevole perché la nostra è una Unità di Chirurgia Generale a prevalenza quasi esclusivamente laparoscopica. Elemento fondamentale è stata anche la collaborazione che ci è stata offerta dalla U.O. di Chirurgia Bariatrica dell'Ospedale Sanata Maria Nuova di Firenze che ci ha ospitato per un periodo di training e ci ha assistito nella prima Sleeve e nel primo Mini bypass.
RISULTATI	Nel 2017 abbiamo operato 5 pazienti; nel 2018 il numero è salito a 16. Un totale di 16 Sleeve gastrectomy, 6 Mini bypass e 4 Bypass di cui un Redo. Tutti i pazienti sono stati trattati con tecnica laparoscopica, 5 trocar, 1 drenaggio, le anastomosi vengono eseguite con suturatrice lineare e la breccia eseguita per inserire la suturatrice viene chiusa con v-loc in duplice strato. Usiamo sempre il Seamuard per proteggere la rima di sutura dal sanguinamento e dalla deiscenza; dalla seconda carica sulle Sleeve e solo nell'ultimo tratto nei Bypass e Mini bypass. Nessuna conversione. Nessuna fistola. Nessuna complicanza ne intra ne post-operatoria. Nessuna reammissione a 30 giorni. Tutti i pazienti sono stati valutati secondo i criteri multidisciplinari della SICOB. Tutti i pazienti si sono ricoverati lo stesso giorno dell'intervento. Due pazienti hanno trascorso le prime 24 ore in terapia intensiva ma comunque estubati in sala operatoria. Catetere vescicale posizionato solo ai pazienti sottoposti a Bypass ad Y; rimozione dello stesso in prima

giornata. A nessun paziente è stato posizionato sondino naso-gastrico. Tutti i pazienti si sono alimentati con liquidi chiari da 2-4 ore dopo il risveglio e con dieta semiliquida dalla giornata 1. Tutti i pazienti hanno fatto un transito con gastrografin in giornata 3; 2 pazienti, la prima Sleeve e il primo Mini bypass sono stati dimessi in V e IV giornata, tutti gli altri in terza. Tutti i pazienti sono stati inseriti nel registro nazionale SICOB e tutti vengono indirizzati ad un follow-up a 1,3,6,12,e 24 mesi.

DISCUSSIONE

E' indubbio come l'implementazione di questa chirurgia sia divenuta ad oggi una necessità, per il crescente numero dei pazienti obesi, per il crescente numero delle patologie associate e per l'evidenza di come queste possano migliorare e ridurre il rischio di morte dei pazienti ovest dopo chirurgia abaritarica. L'adesione scrupolosa alle linee guida SICOB è uno strumento preziosissimo; da un lato può rallentare il processo di sviluppo e attecchimento di questo tipo di chirurgia ma per chi deve partire da zero, garantisce una standardizzazione delle procedure che poi ricade inevitabilmente in modo positivo sui risultati. Non crediamo utile scegliere una sola procedura e proporre solo questa ai pazienti a meno che non si abbiano accordi con altri centri disponibili ad accettare pazienti per le procedure non proposte. Le nostre prospettive sono: l'implementazione, l'ufficializzazione del PDTA, diventare un centro affiliato/accreditato sicob ed inaugurare la prima Obesity Unit della regione Umbria

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	73
Speaker	Cottone                      Maurizio                      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Aspetti clinici e gestionali del PDTA obesità
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>L'utilizzo del metodo dello psicodramma analitico nei gruppi psicoterapeutici con pazienti obesi</b>
AUTORI	Dr. Maurizio Cottone psicologo, psicoterapeuta, psicoanalista, psicodrammatista, membro didatta Centro di psicoanalisi e psicodramma analitico SIPsA-COIRAG
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Lo scopo del lavoro sarà quello di mostrare come l'utilizzo del metodo dello psicodramma analitico può risultare uno strumento utile ed efficace inserito all'interno di un approccio multidisciplinare PTDA obesità. All'interno di tale percorso grupale il protagonista è attivamente impegnato a conoscersi ed a sviluppare le sue risorse: egli ascolta le diverse parti del suo mondo interno e relazionale, i suoi dubbi, le sue domande, i suoi blocchi, i sui desideri, i suoi bisogni. Questo approccio consente, grazie all'utilizzo di diverse tecniche proprie della metodologia d'azione (inversione di ruolo, doppio, specchio, soliloquio) lo sblocco di situazioni interiori cristallizzate e ripetitive, la ricerca e la scoperta di opzioni alternative rispettose di Sé e dell'Altro. Con questo metodo la persona può, grazie allo sviluppo di un dialogo attivo, imboccare la via di un cambiamento che coinvolge la propria immagine corporea e l'immagine di Sè.
METODI	lezione frontale con utilizzo di slide o, in alternativa, poster
RISULTATI	miglioramento e integrazione dell' immagine corporea con l'immagine di Sè
DISCUSSIONE	Efficacia dell'utilizzo del metodo dello psicodramma analitico in approccio multidisciplinare PTDA obesità
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	



Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract	31
Speaker	Mosca Pierluigi under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Chirurgia bariatrica e disturbi psichiatrici
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Studio sull'incidenza di disturbi psichiatrici in un campione di obesi candidati alla chirurgia bariatrica nella regione Campania</b>
AUTORI	Matteelli M, Mosca P, Galletta D , Micanti F (DAI: Testa-Collo. UOC: Psichiatria e Psicologia. Scuola di Medicina e Chirurgia, Università "Federico II " Napoli)
RELATORE	-
INTRODUZIONE	L'obesità è considerata una pandemia. Il 40% della popolazione italiana è in sovrappeso o obesa. Molti studi sottolineano l'associazione dell'obesità a disturbi mentali quali: depressione, disturbo di ansia generalizzato disturbo da uso di sostanze, disturbi di personalità. Essi devono essere distinti da alterazioni delle dimensioni mentali del campo psichico dell'obesità : impulsività, umore, ansia e immagine corporea connessi al sistema di regolazione emotiva determinanti la struttura psicopatologica dei comportamenti alimentari. I disturbi mentali sono associati a diversi comportamenti alimentari. La chirurgia bariatrica è considerata una terapia gold standard per l'obesità. Tuttavia, studi di follow-up sottolineano che l'associazione obesità-disturbi mentali determina il fallimento della perdita di peso.
METODI	2205 soggetti obesi sono stati sottoposti a valutazione psichiatrica prima della chirurgia bariatrica. I pazienti sono stati dopo divisi in due gruppi: 1392 soggetti obesi senza associazione con disturbi mentali , 813 con disturbi mentali. Questi ultimi (età media 37,63 DS ± 12,07; 181 M, 632 F; indice medio di massa corporea (BMI) = 45,16 SD ± 12,14) sono stati arruolati in questo studio. L'assenza di disturbi mentali è stato considerato criterio di esclusione.
RISULTATI	Nel nostro campione, Binge Eating Disorder (BED) e Night Eating Syndrome (NES) hanno la prevalenza maggiore. Disturbo d'ansia generalizzato (GAD) e Disturbo depressivo maggiore (MDD) sono anche correlati all'obesità. Il livello di istruzione e l'età non influenzano in modo significativo i disturbi mentali.
DISCUSSIONE	Questo studio sottolinea che l'associazione tra obesità e disturbi mentali è alta tra i candidati alla chirurgia bariatrica nella nostra regione. Il rapporto con i comportamenti alimentari è collegato alle caratteristiche generali dei disturbi mentali. Non sono ancora chiare le influenze reciproche né perché alcuni soggetti obesi soffrono di entrambi e alcuni altri no.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	33
Speaker	Mosca Pierluigi under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Chirurgia bariatrica e disturbi psichiatrici
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Binge Eating Disorder: caratteristiche psicopatologiche e ricaduta sull'efficacia della chirurgia bariatrica</b>
AUTORI	Galletta D, Matteelli M, Mosca P, Micanti F (DAI: Testa- Collo. UOC: Psichiatria e Psicologia. Scuola di Medicina e Chirurgia. Università "Federico II" Napoli)
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Il DSM-5 include il Binge Eating Disorder (BED) nei Disturbi del Comportamento Alimentare, individuando come marker psicopatologico l'impulsività. L'impulsività, che trova le sue basi costitutive in fattori neuro anatomici e psicosociali, è la principale causa dell'abbuffata (binge). L'impulsività insieme ad immagine corporea, umore e ansia contribuisce alla identificazione psicopatologica del BED. E' generalmente indagata nei soggetti obesi senza fare distinzioni tra di essi. Lo scopo di questo studio è di indagare le differenze tra gli obesi BED e non BED candidati alla chirurgia bariatrica della quantità e qualità dell'impulsività.
METODI	1355 soggetti obesi sono stati sottoposti a valutazione psichiatrica prima della chirurgia bariatrica. Criteri di esclusione sono: la presenza di binge come sintomo di disturbi psichiatrici quali: disturbo bipolare, schizofrenia, malattie genetiche quali Prader Willi; la presenza di comportamento alimentare grazing o sweeteating. Sono stati considerati pazienti obesi BED con comportamento alimentare binge e pazienti obesi Non BED con comportamento alimentare gorging o snacking a bassa psicopatologia. 984 soggetti sono stati arruolati in questo studio, di cui 673 non BED (M 267, F 406, età media 37,37±11,6 DS, BMI=45,98±8,6 DS) e 311 BED (M 61, F 250, età media 34,05±10,94 DS, BMI=43,71±10,19 DS). Ogni paziente è stato sottoposto ad una valutazione psichiatrica. Essa consiste in: esame di stato mentale, intervista semistrutturata sul comportamento alimentare, psicodiagnosi per la valutazione dell'impulsività: Barratt Scale (BIS-11), Binge Eating Scale (BES) e i fattori: Impulsività (I) IR, IA, Bu., dell'Eating Disorder Inventory -2 (EDI-2). L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando il test chi quadro di Pearson, l'Ancova e il TTest. La significatività è a p <0,001.
RISULTATI	L'analisi dei dati mostra un aumento globale dell'impulsività nei soggetti BED rispetto ai non BED. I singoli fattori della Barratt : impulsività Cognitiva (IC), motoria (IM), e no planning (InP) mostrano un aumento di CF e MF superiore a NPF correlato all'aumento delle sottoscale EDI-2: I, IR, IA, Bu nei pazienti obesi BED rispetto ai NON BED
DISCUSSIONE	Questo studio dimostra che i soggetti obesi BED soffrono di un disturbo di impulsività globale. Le alterazioni dei fattori interni dell'impulsività associate a quelle delle sottoscale EDI 2: (I) IR, IA, Bu (consapevolezza enterocettiva, insicurezza e insufficiente controllo degli impulsi, disturbo del controllo dello stress emotivo (della resistenza agli insulti emotivi) e incapacità di controllare l'assunzione di cibo). sottolineano la presenza di un disturbo della regolazione emotiva e l'incapacità al controllo sull'assunzione di cibo. Questa mancanza di controllo determina una scarsa compliance dopo la chirurgia bariatrica e conseguentemente recupero di peso nel medio e lungo termine.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato

Note

--

IDabstract	16
Speaker	Di Monte      Cinzia      under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Chirurgia bariatrica e disturbi psichiatrici
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>PRIMA APPLICAZIONE DELLA TORONTO STRUCTURED INTERVIEW FOR ALEXITHYMIA (TSIA) IN UN CAMPIONE DI SOGGETTI OBESI</b>
AUTORI	Di Monte Cinzia*, Di Trani Michela*, Silecchia Gianfranco**, Paone Emanuela**  *Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università "Sapienza", Roma  **Bariatric Centre of Excellence, UOC di Chirurgia Generale Universitaria "Sapienza", Università di Roma, Polo Pontino, Latina
RELATORE	-
INTRODUZIONE	L'alessitimia è un costrutto introdotto da Sifneos nel 1973 e concettualizzato come una condizione in cui sono presenti le seguenti caratteristiche difficoltà nell'identificare e discriminare tra loro i sentimenti; difficoltà a comunicare agli altri i propri sentimenti; stile cognitivo legato allo stimolo, orientato all'esterno; processi immaginativi coartati, con scarsità di vita fantasmatica (Sifneos, 1973, Taylor 1987, Taylor et al., 1991). Lo strumento di valutazione più diffuso per l'assessment di questo costrutto è la 20-items Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), questionario self-report ad oggi molto discusso. La principale obiezione mossa nei confronti della TAS-20 riguarda la possibilità di misurare con uno strumento autosomministrato una dimensione così complessa come l'alessitimia, in cui il soggetto può non essere minimamente consapevole delle proprie difficoltà. Per questo motivo è stato sviluppato un nuovo strumento, metodologicamente differente, per la valutazione dell'alessitimia: la Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA), intervista strutturata somministrata da un ricercatore esperto.
METODI	Sono stati reclutati 50 soggetti obesi che richiedevano intervento di chirurgia bariatrica presso il Bariatric Centre of Excellence, Ospedale ICOT di Latina. I soggetti dovevano risultare idonei all'intervento di chirurgia bariatrica secondo le linee guide internazionali. Ai soggetti, al durante la valutazione psicologica, veniva somministrata una scheda socioanamnestica, la TAS-20, la TSIA e veniva rilevato il peso.
RISULTATI	Le analisi mostrano delle differenze tra i due strumenti impiegati per la valutazione dell'alessitimia. Su 50 soggetti (età media: 41,3 s.d.:10,1; peso medio: 117,8 Kg s.d.:19,8) è emerso tramite analisi del t-test a campione unico che con l'applicazione della TAS-20 i soggetti obesi risultano significativamente meno alessitimici del campione generale italiano (p=0.001) mentre tramite l'applicazione della TSIA i soggetti obesi risultano significativamente più alessitimici del campione generale italiano (p=0.001). Inoltre tramite analisi della correlazione di Pearson emerge che solo il punteggio totale della TSIA correla significativamente con il peso (p< 0.05), mentre il punteggio totale della TAS-20 non correla con il peso.
DISCUSSIONE	Per nostra conoscenza, questo è il primo studio svolto con applicazione della TSIA su un campione di soggetti obesi. Dai risultati ottenuti potremmo ipotizzare che la TSIA è uno strumento più sensibile per l'assessment dell'alessitimia in questo campione, superando la tendenza alla negazione dei soggetti e gli effetti della desiderabilità sociale. Una valutazione adeguata dell'alessitimia può avere numerose implicazioni nella clinica in quanto ci mostra le difficoltà dei pazienti nella gestione e regolazione delle emozioni e l'importanza di lavorare su tali competenze prima di affrontare l'intervento di chirurgia bariatrica.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract	109
Speaker	Antognozzi      Valentina      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Deficit nutrizionali e alterazioni comportamentali del paziente obeso pre e post-chirurgia
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>VALUTAZIONE DELLA FORZA DI PRESA DELLA MANO (HGS) IN PAZIENTI OBESI CANDIDATI ALLA CHIRURGIA BARIATRICA</b>
AUTORI	V. Antognozzi <sup>1</sup> , A. Di Gregorio <sup>2</sup> , P. Alicante <sup>2</sup> , L. Bianco <sup>2</sup> , A. Manna <sup>2</sup> , G. Scognamiglio <sup>1</sup> , L. Scalfi <sup>2</sup> 1Presidio Ospedaliero Santa Maria della Pietà, Casoria (NA); 2Dipartimento di Sanità Pubblica, Scuola di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi Federico II, Napoli
RELATORE	-
INTRODUZIONE	La dinamopenia (DP) è la perdita di forza muscolare, non dovuta a malattie neurologiche o muscolari, che è secondaria alla diminuzione della massa muscolare e che può essere attribuita anche a vari fattori neurali e metabolici, alcuni dei quali particolarmente importanti in presenza di obesità (OB). La coesistenza nello stesso individuo di DP e OB viene definita OB dinamopenica (OB/DP). Si tratta di una condizione associata a maggior rischio di manifestare alterazioni metaboliche, aumento del rischio CV, osteoporosi e fratture non vertebrali, declino dell'efficienza fisica, declino funzionale ecc. In assenza di criteri diagnostici certi per l'OB/DP, gli obiettivi dello studio sono stati (1) la valutazione in individui obesi, di entrambi i generi, delle relazioni dell'HGS con età, statura, peso corporea e BMI; (2) l'analisi della variabilità dell'HGS con la formulazione in termini propositivi di percentili di riferimento utili per l'identificazione dell'OB/DP.
METODI	Il campione sperimentale era composto da 222 individui obesi (130 F e 92 M) d'età compresa tra 20 e 50 anni (113,0±20,0 kg, IMC 40,1±5,6 kg/m <sup>2</sup> ) potenziali candidati alla chirurgia bariatrica. I pazienti sono stati sottoposti a: (1) valutazione antropometrica (statura, peso, indice di massa corporea=IMC); (2) studio della forza muscolare mediante dinamometria della mano (forza di presa della mano=HGS) sia per l'emilato dominante (Em-D) che per quello non dominante (Em-ND). Per ciascuno dei due emilati sono state eseguite tre misure e il valore più elevato di HGS è stato utilizzato per la presentazione dei dati e l'analisi statistica.
RISULTATI	Come atteso peso e statura erano maggiori negli obesi maschi, mentre non esistevano differenze significative fra generi per età e BMI. L'HGS era nettamente maggiore nel genere maschile (Em-D +57,2%, Em-ND +49,7%). Quando l'Em-D era posto a confronto con l'Em-ND una differenza in positivo si osservava soprattutto negli obesi maschi (44,8±7,9 vs. 41,7±7,8 kg, p<0,001), meno nel genere femminile (28,5±5,2 vs 27,9±4,9 kg, p<0,10). Dopo aggiustamento per genere, l'HGS risultava moderatamente correlato (p<0.001) con la statura sia per l'Em-D (r=0.263) che per l'Em-ND (r=0.306), e debolmente correlato con il peso soltanto per Em-ND, mentre non emergeva alcuna associazione significativa con età e BMI. I percentili calcolati (3°-5°-15°-50°-85°-95°-97°) erano per l'Em-D pari a 30,1-32,6-35,8-44,4-53,6-58,1-62,5 kg per il genere maschile e a 17,3-20,3-23,5-28,4-33,7-36,5-38,9 kg per il genere femminile. Per l'Em-ND i valori erano leggermente inferiori, ad esempio con un 5° percentile pari rispettivamente a 29,6 e 20,1 kg. In generale i percentili calcolati per gli individui obesi erano simili a quelli da noi osservati, nel terzo decennio di vita, in un gruppo di uomini e donne normopeso e sovrappeso.
DISCUSSIONE	I risultati di questo studio, pur se parziali, mostrano che in obesi con IMC fra 30 e 58 kg/m <sup>2</sup> senza maggiori comorbidità l'associazione fra HGS e peso corporeo è debole o assente, a differenza di quanto avviene nella popolazione generale. Manca anche una qualsiasi correlazione con BMI o età. Il calcolo dei percentili dell'HGS offre un primo riferimento di massima per l'identificazione dell'OB/DP, che va considerato come un punto di partenza per ulteriori

studi o per qualche più immediata validazione in altri campioni sperimentali. I percentili qui indicati sono simili a quelli di giovani soggetti normopeso/sovrappeso, suggerendo che l'eccesso ponderale di grado elevato, pur in presenza di un presumibile aumento della massa magra corporea, non si associa a un aumento evidente dell'HGS.

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract

78

Speaker

Trusso Zirna Ezio under40

ARGOMENTO

Deficit nutrizionali e alterazioni comportamentali del paziente obeso pre e post-chirurgia

**TITOLO DEL LAVORO**

**Malnutrizione in pazienti con MBPG non responders all' integrazione orale ,  
managment chirurgico.**

AUTORI

E. Trusso Zirna, G.S.M. Veroux, A. Giarrizzo, F. Gulino, F. Ferrara, A. Bellia, M. Iudica, M. Patanè, C. Di Stefano, S. Sarvà, L. Piazza

RELATORE

-

INTRODUZIONE

Esperienza chirurgica di un singolo centro nel managment post- operatorio dei pazienti con malassorbimento grave non responders alla terapia medica

METODI

Individuazione e gestione dei pazienti con MBPG che presentano malnutrizione da malassorbimento. Proposta di intervento di restaurazione, e rivalutazione delle distanze della gastro-entero anastomosi.

RISULTATI

Proposta di intervento di restaurazione, e rivalutazione delle distanze della gastro-entero anastomosi.

DISCUSSIONE

: la realizzazione di un MBPG con gastro entero anastomosi a 150-180 cm del treitz con pouch calibrata su sonda da 36 ch non altera il weight loss e garantisce un miglioramento nel trattamento medico del DM II, prevenendo in maggiore percentuale l'insorgenza di malnutrizione grave, deficit di vitamine gruppo B, FE 2+, acido folico, ecc

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	45
Speaker	Barrea Luigi under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Deficit nutrizionali e alterazioni comportamentali del paziente obeso pre e post-chirurgia
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ADERENZA ALLA DIETA MEDITERRANEA E CALO PONDERALE IN DONNE CON OBESITÀ SEVERA SOTTOPOSTE A CHIRURGIA BARIATRICA</b>
AUTORI	<p>Barrea Luigi 1,#  Muscogiuri Giovanna 1  Annunziata Giuseppe 2  Laudisio Daniela 1  Di Somma Carolina 1  Colao Annamaria 1  Musella Mario 3  Savastano Silvia 1</p> <p>1 Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Unità di Endocrinologia, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Via Sergio Pansini, 5; Napoli, Italia.</p> <p>2 Dipartimento di Farmacia, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Via Domenico Montesano, 49, Napoli, Italia</p> <p>3 Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Via Sergio Pansini, 5; Napoli, Italia.</p> <p># Corresponding Author:  Dott. Luigi Barrea,  E-mail: luigi.barrea@unina.it</p>
RELATORE	-
INTRODUZIONE	<p>La Dieta Mediterranea (DM) è un modello nutrizionale con spiccate proprietà anti-ossidanti e antiinfiammatorie, dovute alla presenza di alimenti, come olio extravergine d'oliva, pesce azzurro, frutta, legumi, verdure, cereali non raffinati, fonte di composti fitochimici, rappresentati principalmente dai polifenoli. Diversi studi hanno riportato che la DM è associata a un minor rischio di aumento di peso. Tuttavia non ci sono evidenze cliniche sull'efficacia del calo ponderale della DM nei pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica, mentre è nota la presenza di una chiara differenza di genere nelle scelte alimentari. Infatti, le donne hanno più motivazione verso un'alimentazione sana rispetto ai maschi. Scopo del presente lavoro è stato di valutare il calo ponderale in donne affette da obesità severa sottoposte a sleeve gastrectomy, in relazione all'aderenza alla DM precedentemente all'intervento.</p>
METODI	<p>Sono state reclutate consecutivamente 66 donne con obesità severa (indice di massa corporea 40.0–45.9 kg/m<sup>2</sup>), con età compresa tra i 18-53 anni, candidate a chirurgia bariatrica, afferenti presso il DAI di Gastroenterologia, Endocrinologia e Chirurgia Endoscopica dell'AOU Federico II di Napoli. Il grado di aderenza alla DM è stato valutato mediante questionario validato PREDIMED, composto da 14 domande. Il punteggio di aderenza alla DM è stato calcolato come segue: punteggio 0-5, bassa aderenza; punteggio 6-9, aderenza media; punteggio ≥10, alta aderenza. Lo stato nutrizionale è stato valutato mediante la somministrazione del diario alimentare dei 7 giorni. La composizione corporea è stata misurata mediante BIA phase-sensitive system (50 kHz BIA 101 RJL, Akern Bioresearch, Florence, Italy Akern), in basale e dopo 3 mesi.</p>
RISULTATI	<p>In basale, nessuna paziente mostrava un alto livello di aderenza alla DM, mentre 31 pazienti (47.0%) e 35 pazienti (53.0%) presentavano una bassa e media aderenza alla DM, rispettivamente. Le pazienti con una media aderenza alla DM presentavano una migliore composizione corporea rispetto alle pazienti con scarsa aderenza alla DM, in</p>

termini di angolo di fase, massa grassa e massa magra ( $p < 0.001$ ), a parità di apporto calorico energetico giornaliero. Durante il follow-up post-bariatrico tutte le pazienti hanno seguito il protocollo nutrizionale standard per 3 mesi. Le pazienti che in basale presentavano una media aderenza alla DM, confrontate con quelle con scarsa aderenza, a 3 mesi mostravano un maggiore calo ponderale in termini di estimated body weight loss, EBWL% ( $31.76 \pm 8.90\%$  vs  $54.51 \pm 9.29\%$ ;  $p < 0.001$ ) e di massa grassa ed una minore riduzione della massa magra.

#### DISCUSSIONE

I nostri risultati indicano che una maggiore aderenza alla DM in basale si associa ad una maggiore perdita di peso in termini di EBWL% e massa grassa, ed una minore perdita di massa magra. I meccanismi coinvolti nella maggiore perdita di peso della DM, potrebbero essere rappresentati dal suo contenuto equilibrato di macro e micronutrienti e di composti fitochimici come i polifenoli, con proprietà anti-ossidante e antinfiammatoria che agiscono mediante vari meccanismi: attivando la  $\beta$ -ossidazione, inducendo sazietà; stimolando il dispendio energetico e inducendo la termogenesi nel tessuto adiposo bruno; modulando il tessuto adiposo e inibendo la differenziazione degli adipociti; promuovendo l'apoptosi degli adipociti e l'aumento della lipolisi. Al di là dei meccanismi patogenetici ipotizzati, i risultati di questo studio estendono gli effetti favorevoli della DM anche sull'outcome post-operatorio nei pazienti candidati alla terapia bariatrica.

#### BIBLIOGRAFIA

-

#### Revisore

Non assegnato

#### Accettazione

Accettato

#### Note

IDabstract	40
Speaker	Neri                      Barbara                      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Deficit nutrizionali e alterazioni comportamentali del paziente obeso pre e post-chirurgia
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Efficacia della supplementazione con un alimento a fini medici speciali per la prevenzione e terapia di carenze nutrizionali in chirurgia bariatrica</b>
AUTORI	B.Neri, P. Bigarelli, F. Filippi, MG Carbonelli UOSD Dietologia e Nutrizione Clinica, AO San Camillo -Forlanini, Roma
RELATORE	-
INTRODUZIONE	<p>È riconosciuto in letteratura che le tecniche chirurgiche utilizzate per combattere la grave obesità possano essere causa di deficit di micronutrienti che hanno ripercussioni cliniche nel breve, medio e lungo termine.(1)</p> <p>Per prevenire tali deficit vengono somministrati ai pazienti nell'immediato post operatorio vari tipi di integratori alimentari di vitamine e minerali specifici per i pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica.</p> <p>La possibilità di utilizzare un alimento a fini medici speciali, espressamente elaborato e formulato per tali interventi, da usare sotto controllo medico, con dosaggi maggiori di vitamine e sali minerali rispetto agli altri integratori specifici, aiuta a contrastare più efficacemente l'instaurarsi di carenze in micronutrienti.</p> <p>Scopo del nostro studio è valutare l'efficacia di detto alimento a fini medici speciali, riconosciuto dal ministero della Salute, specifico per la chirurgia bariatrica, su un campione di pazienti sottoposti a intervento di chirurgia bariatrica presso il nostro centro.</p>
METODI	<p>Per ogni soggetto arruolato sottoposto a intervento di chirurgia bariatrica sono stati registrati: parametri antropometrici (peso, altezza e BMI), l'emocromo e i livelli ematici di acido folico, calcio, paratormone, ferritina, sideremia, transferrina, vitamina B12 e vitamina D al momento dell'intervento (T0) e dopo 3 mesi di assunzione giornaliera di una bustina di tale prodotto(T3).</p> <p>L'assunzione è iniziata nell'immediato post operatorio.</p>
RISULTATI	<p>Sono stati arruolati 30 soggetti sottoposti a vari interventi di chirurgia bariatrica. Il campione è risultato composto da 8 maschi e 22 femmine di età media 44 aa con BMI medio di 42,5 kg/m2. Interventi effettuati: 6 soggetti by pass gastrico; 10 soggetti Lap band; 14 soggetti Sleeve gastrectomy. Al T0 sono stati evidenziati deficit nutrizionali: 6 soggetti con livello di sideremia &lt; di 50; 5 soggetti con livello di Transferrina &lt; 240; 10 soggetti con livello di Vitamina D &lt; a 30 di cui 6 &lt; di 20. A T3 sono stati valutati 28 soggetti, con 2 drop out con una compliance all'assunzione del 100% su 26 soggetti e 2 soggetti dell'50%, poichè non tolleravano il sapore del prodotto. Tra i soggetti si è evidenziato un calo medio di circa 18 kg con variazione media di BMI di 6,8 kg/m2. Nei soggetti con aderenza completa al trattamento, i valori di vitamina D erano superiori a 30 ng/ml e la sideremia è rientrata nei limiti anche nei soggetti carenti.</p>
DISCUSSIONE	<p>I risultati ottenuti, pur sul nostro campione, evidenziano una buona efficacia del trattamento con l'alimento a fini medici speciali per tutti gli interventi da noi valutati per i primi tre mesi. Tale prodotto è efficace nel bilanciare le eventuali mancanze già presenti prima dell'intervento bariatrico spesso difficili da trattare nel post intervento. Nel periodo successivo, se le condizioni nutrizionali del paziente lo permettono, si può passare ad un altro integratore specifico per chirurgia bariatrica per i restanti mesi fino alla stabilizzazione del peso, che avviene in genere dopo il primo anno. La possibilità di gestire le varie carenze con un solo prodotto con le caratteristiche dell'alimento a fini medici speciali, può a nostro avviso, favorire la compliance al trattamento senza dover ricorrere ad ulteriori supplementi</p>
BIBLIOGRAFIA	1. Parrott Jet all.: American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Integrated Health Nutritional Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient 2016 Update: Micronutrients.

Surg Obes Relat Dis. 2017 May;13(5)

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	42
Speaker	Grandone Ilenia under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Deficit nutrizionali e alterazioni comportamentali del paziente obeso pre e post-chirurgia
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Efficacia di un intervento nutrizionale tardivo in grave malnutrizione energetica secondaria a Diversione Bilio Pancreatica: un caso clinico</b>
AUTORI	Ilenia Grandone 1, Federica Ranucci 1, Maria Adele Bufo 1, Luisa Paolini 1, Massimiliano Cavallo 2, Maria Grazia Proietti 3, Giuseppe Fatati 1 1SC Diabetologia Dietologia e Nutrizione Clinica , CMO - Centro Multidisciplinare per lo studio e la terapia dell'Obesità, Azienda Ospedaliera Santa Maria Terni 2Scuola di Specializzazione in Scienza dell'Alimentazione, Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Perugia 3SD Geriatria e Lungodegenza Post acutie Azienda Ospedaliera Santa Maria Terni
RELATORE	-
INTRODUZIONE	L'assenza di un adeguato follow up multidisciplinare e di un attento monitoraggio dello stato nutrizionale costituisce una problematica di rilievo nei pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia bariatrica, ed in particolare per ciò che riguarda interventi con esiti malassorbitivi, primo fra tutti la diversione biliopancreatica (DBP).
METODI	Donna di anni 54 sottoposta ad intervento di DBP nel 2008 per obesità severa, ricoverata presso reparto Internistico dell'Ospedale S. Maria di Terni nel 2017 per anemia grave, malassorbimento e malnutrizione proteico energetica avanzata, frattura dello sterno post traumatica su base osteoporotica , in contesto di pregresse fratture multiple vertebrali trattate con vertebroplastica; diarrea refrattaria a trattamento con comuni farmaci sintomatici (> 15 evacuazioni/die), versamento ascitico e pleurico su base discrasica, infezione delle vie urinarie da P. Mirabilis ad alta carica con piuria/oliguria, sindrome ansioso depressiva non in compenso. Il quadro ematochimico all'ingresso evidenziava segni di malnutrizione severa, grave anemia con necessità di emotrasfusioni, ipocalcemia, ipoalbuminemia, ipopotassiemia, ipofosforemia, iperparatiroidismo secondario, ipotiroidismo, deficit di folati e vitamina B12. Riferita scarsa/nulla aderenza a domicilio ad indicazioni specifiche post chirurgiche, mai effettuati follow up nutrizionali. All'ingresso in reparto veniva impostata terapia dietetica personalizzata, ipolipidica, iperproteica e povera di scorie; prescritto supporto nutrizionale orale con integratore a base di proteine del latte ad alto valore biologico; veniva effettuata terapia ev con aminoacidi a catena ramificata con aggiunta di complesso multivitaminico, albumina, acido folico; le alterazioni elettrolitiche venivano corrette per via ev con potassio cloruro, calcio gluconato, fruttosio difosfato; il versamento ascitico/pleurico su base discrasica veniva trattato con basse dosi di furosemide e potassio canreonato; inoltre trattamento endovenoso con acido clodronico. La diarrea/steatorrea veniva trattata con rifaximina, probiotici, enzimi pancreatici con riduzione della posologia della loperamide. Praticato trattamento antibiotico su antibiogramma dell'infezione urinaria. Effettuata rivalutazione psichiatrica e trattamento fisioriabilitativo.
RISULTATI	Nel corso della degenza si assisteva ad un lento e progressivo miglioramento della sintomatologia gastroenterica; l'indice di massa corporea all'ingresso era di 18.9 Kg/m2, in dimissione 20.2 Kg/m2; graduale svezzamento dalla loperamide con risoluzione parziale della steatorrea e riduzione netta della frequenza e della consistenza delle evacuazioni (da 15 a 3-4/die). Contestualmente gli indici di malnutrizione (albuminemia, prealbuminemia, pseudocolinesterasi) presentavano costante e graduale miglioramento fino a completa normalizzazione alla dimissione. Stabilizzazione dei valori dell'emocromo seppure con persistenza di quadro di anemia a componente mista (iposideremica/da deficit di folati e vitamina B12). Con il progressivo miglioramento dei valori di albuminemia si assisteva a riduzione del versamento ascitico, risoluzione del versamento pleurico e degli edemi declivi discrasici, ripresa della diuresi fisiologica. Il quadro settico

di pertinenza delle vie urinarie veniva risolto con unico ciclo di terapia antibiotica mirata su antibiogramma. Il quadro elettrolitico presentava completa risoluzione in pochi giorni. Effettuato adeguamento della terapia psichiatrica e trattamento riabilitativo fisiokinesiterapico quotidiano.

La paziente veniva dimessa in condizioni notevolmente migliorate, in grado di deambulare autonomamente, con indicazione a terapia dietetica specifica integrata con supplementazione proteica e vitaminica orale e parenterale intramuscolare, programmazione di follow up nutrizionali periodici per valutare la necessità di eventuale procedura di riconversione chirurgica.

#### DISCUSSIONE

Il paziente con malnutrizione proteico energetica secondaria a chirurgia bariatrica malassorbitiva è estremamente fragile, nonché di difficile inquadramento diagnostico e terapeutico a causa della ancor scarsa conoscenza clinica delle sequele correlate alla procedura chirurgica, conoscenza che resta limitatata ai campi specialistici. L'intervento nutrizionale attuato tardivamente rende indispensabile l'utilizzo di vie terapeutiche (supplementazioni vitaminiche parenterali, im ed ev, terapie infusive idroelettrolitiche) sicuramente più invasive rispetto alle convenzionali supplementazioni orali consigliate nelle più utilizzate linee guida di management postoperatorio, e non è in grado di prevenire alcuni tipi di complicanze d'organo già instauratesi (come l'osteopenia e l'osteoporosi) a causa dello scarso monitoraggio. Il nostro caso clinico, dimostrando una chiara efficacia dell'intervento terapeutico nutrizionale seppur tardivo nel paziente post-chirurgico, sottolinea l'indispensabilità di una corretta selezione, gestione e follow up del paziente obeso candidato a chirurgia bariatrica, in modo particolare con aspetti malassorbitivi.

#### BIBLIOGRAFIA

-

#### Revisore

Non assegnato

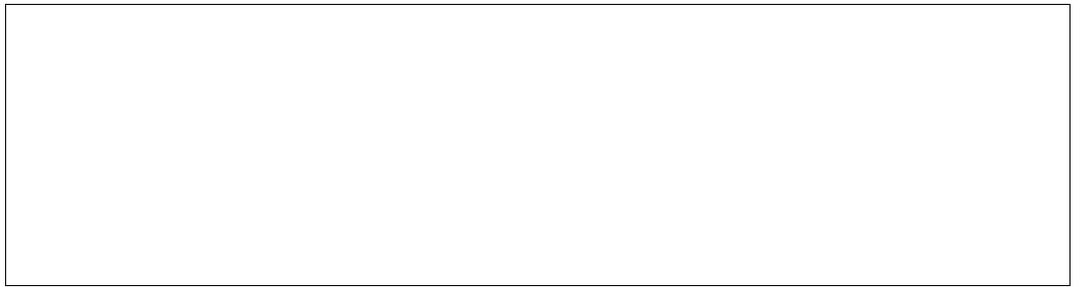
#### Accettazione

Accettato

#### Note

IDabstract	93
Speaker	Solari Francesca under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Deficit nutrizionali e alterazioni comportamentali del paziente obeso pre e post-chirurgia
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Correlazione tra lunghezza dell'ansa biliopancreatica e deficit nutrizionali in soggetti sottoposti a OAGB</b>
AUTORI	Solari Francesca, Beltrame Benedetta, Lucchese Marcello. Dipartimento di Chirurgia generale, bariatrica e metabolica, Ospedale Santa Maria Nuova, Firenze.
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Nel panorama della chirurgia bariatrica il MBG-OAGB si è diffuso in tutto il mondo come nuova ed efficace procedura. In letteratura esistono pochi studi che indagano l'impatto della lunghezza dell'ansa biliopancreatica sul rischio di malnutrizione, la prevenzione della quale è l'obiettivo principale di ogni Dietista/Nutrizionista impegnato nella gestione del follow-up del paziente bariatrico, in particolare dove sussiste un maggior rischio di incorrere in deficit nutrizionali.
METODI	E' stato condotto uno studio retrospettivo su pazienti operati di MGB-OAGB. Tutti i pazienti rientravano nei criteri d'idoneità stabiliti dalle linee guida Sicob: un totale di 124 soggetti sottoposti a Mini Bypass hanno completato il primo anno di follow-up. I controlli sono stati eseguiti a 3, 6 e 12 mesi post operatori, nei quali sono stati valutati l'andamento del peso e le indagini ematochimiche, delle quali è stato considerato il profilo ematologico, profilo proteico, zinco, acido folico, vitamina B12 e D. E' stata valutata la presenza o l'assenza di valori inferiori ai range di normalità per ogni parametro rilevato e utilizzato il test del chi quadro per l'analisi statistica. Il campione è stato suddiviso in tre gruppi in base alla lunghezza del tratto biliopancreatico: 5 soggetti nel gruppo 150 cm, 38 nel gruppo 180 cm e 81 nel gruppo 200 cm. Nell'arco del primo anno due soggetti del gruppo 200 cm sono stati convertiti tra il secondo e terzo controllo a RYGB per reflusso biliare cronico non risolto con terapia conservativa.
RISULTATI	Per quanto riguarda il peso al controllo annuale è stato raggiunto un EWL% di 88,3, 74,9 e 84 per i gruppi 150, 180 e 200 cm rispettivamente. Dall'analisi del profilo ematologico è stata rilevata una differenza significativa a 3 mesi tra i gruppi 180 e 200 cm, sebbene i soggetti di quest'ultimo presentino con prevalenza maggiore la combinazione di più parametri deficitari. Il deficit di prealbumina è un fattore comune in soggetti carenti per altri parametri valutati (emoglobina, ferritina, ferro e B12). L'acido folico è carente per la maggior parte in soggetti del gruppo 200 cm, minimamente nel gruppo 180 cm, con costante aumento dei casi nell'arco del primo anno. La medesima situazione accade anche per la vitamina B12, la quale presenta una differenza significativa a 6 mesi tra i gruppi 180 e 200 cm. Per la vitamina D almeno un soggetto in ogni gruppo è carente a tutti i controlli con differenze significative a 12 mesi tra i gruppi 180 e 200 cm (numero di soggetti deficitari raddoppiato nel gruppo 180 cm).
DISCUSSIONE	Un tratto biliopancreatico di 150 cm produce un buon calo ponderale e può portare a minori rischi di carenze nutrizionali e di conseguenze a malnutrizione, mentre lunghezze maggiori devono essere considerate a maggior rischio. Il follow up nutrizionale deve essere ben strutturato e programmato per poter prevenire o risolvere i possibili deficit che la procedura chirurgica può indurre.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato

Note



IDabstract	24
Speaker	di Biasio                      Alberto    under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Deficit nutrizionali e alterazioni comportamentali del paziente obeso pre e post-chirurgia
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Valutazione della Tolleranza alimentare e del cambiamento del gusto dopo chirurgia bariatrica: tre procedure chirurgiche a confronto</b>
AUTORI	Di Biasio Alberto, De Angelis Francesco, Coluzzi Ilenia, Silecchia Gianfranco °UOC Chirurgia Generale & Bariatric Center of Excellence-IFSO EC Sapienza Università di Roma - Polo Pontino Polo Integrato AUSL LT-ICOT * Diabetes Complications Research Centre, University Collage Dublin
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Le modificazioni anatomiche indotte dalla chirurgia bariatrica, quali la diversa motilità esofagea, l'accelerato svuotamento gastrico, la riduzione nelle secrezioni gastriche e la dumping syndrome, possono alterare la tolleranza alimentare; questo si riflette espressamente sulla qualità della vita dei pazienti operati e soprattutto sulla mancata aderenza ad indicazioni alimentari date. Nonostante ciò in letteratura studi che vadano ad investigare questo argomento sono decisamente carenti. In uno studio condotto dalla nostra divisione chirurgica si è valutata la modificazione della tolleranza alimentare e del cambiamento del gusto dopo Sleeve Gastrectomy ad un FU di 24mesi, evidenziando una riduzione nel consumo calorico giornaliero e cambiamento delle scelte alimentari, con i pazienti che riportavano un ridotto interesse verso cibi ad elevata densità calorica. L'obiettivo dello studio è valutare la tolleranza alimentare ed il cambiamento del gusto dopo chirurgia bariatrica, comparando i risultati di 3 differenti tecniche chirurgiche: Gastric Bypass (RYGB), Sleeve Gastrectomy (SG) e Mini Gastric Bypass (OAGB).
METODI	Sono stati selezionati per lo studio i pazienti operati presso la nostra divisione chirurgica durante l'anno 2016 e 2017, con un FU di 6 e 12 mesi di SG, RYGB e OAGB; sono stati esclusi dal campione pazienti sottoposti ad altre procedure chirurgiche. Durante il follow-up nutrizionale ai pazienti sono stati presi dati antropometrici: peso, altezza, BMI e %EWL; a 6 e 12 mesi la qualità alimentare è stata valutata attraverso un modificato Suter Questionnaire, il quale include domande addizionali valutanti il cambiamento del gusto e delle scelte alimentari. Il questionario si compone dunque di 5 parti riguardanti la soddisfazione riguardo la qualità alimentare, la tolleranza nei confronti di otto differenti tipologie di cibi, la frequenza settimanale del vomito/rigurgito, cambiamento nel gusto e nelle preferenze alimentari. Lo score totale del test va da 1 a 27 punti, dove 27 indica la qualità alimentare eccellente. Per le analisi statistiche è stato utilizzato un test Anova.
RISULTATI	Il BMI medio dei pazienti operati di SG, RYGB e OAGB a 12 mesi è stato rispettivamente di 28,01 kg/m <sup>2</sup> (IQR 2,93), 27,75 kg/m <sup>2</sup> (IQR 3,95) e 29,84 kg/m <sup>2</sup> (IQR 4,94); L'EWL % medio dei pazienti operati di SG, RYGB e OAGB a 12mesi è stato rispettivamente 68,71 % (IQR 17,11), 69,69 % (IQR 10,47) e 67,53 % (IQR 14,69); Confrontando l'EWL di SG, RYGB e OAGB, non si evidenziano differenze statisticamente significative nel follow-up di 6 e 12 mesi. Non sono state evidenziate differenze statistiche significative confrontando i punteggi del Suter Questionnaire a 6 e 12 mesi tra SG vs RYGB vs OAGB. Il punteggio medio del Suter dopo SG è stato: 20,6 (IQR 2,95) a 6 mesi, 21,8 (IQR 2,70) a 12 mesi; dopo RYGB: 21,1 (IQR 2,34) a 6 mesi, 21,5 (IQR 3,04) a 12 mesi; dopo OAGB: 21,8 (IQR 2,94) a 6 mesi, 22,5 (IQR 1,75) a 12 mesi. Valutando singolarmente ogni intervento chirurgico e confrontando i punteggi dei Suter Questionnaire a 6 e 12 mesi, non risultano differenze statistiche significative. A 6 mesi, la SG vs RYGB e OAGB risulta essere l'intervento che permette di consumare con più facilità prodotti come la carne rossa e la carne bianca (52% dei pz vs 36% e 35%); A 12 mesi di follow-up, il RYGB vs SG e OAGB ha mostrato una percentuale maggiore di pazienti che consumano facilmente tali prodotti (75% dei pz vs 67% e 54%). Episodi di vomito che risultano essere assenti per l'80 % dei pz SG e OAGB (a 12 mesi) vs RYGB (65% dei pz).

Già nell'immediato post-operatorio, il 70% dei pz dopo SG e dopo MGB e l'80% dei pz dopo GBP, affermano di avere notato una modificazione nel gusto e nelle scelte alimentari.

Difatti a 6 mesi di SG, OAGB e RYGB, si notano rispettivamente un minor consumo di cibi grassi (74%, 54% e 65%), di alcolici (59% , 64% e 73%) e di dolci (67% , 71 % e 73 %). Questo cambiamento del gusto è legato per la maggior parte dei casi a metodiche di cottura oppure all'odore del cibo stesso.

A 12 mesi, alcuni pz riprendono a consumare qualità di cibi inizialmente non più appetibili.

#### DISCUSSIONE

Tutti e tre gli interventi valutati hanno dimostrato una perdita di peso ottimale (intervallo di %EWL di RYGB, OAGB e SG rispettivamente del (29,5 – 104,8%), (34,9 – 95,2%), e (49,6 – 89,5). I tre interventi inoltre hanno un effetto importante sul cambiamento del gusto e sulla tolleranza di alcuni alimenti rispetto ad altri, determinando poi delle scelte alimentari differenti rispetto al passato. Molto significativa è la riduzione di abitudini scorrette che vengono variate grazie alla modificazione del gusto ed il lavoro del nutrizionista, garantendo perdite di peso e miglioramento della condizione di salute a distanza di anni dall'intervento bariatrico.

#### BIBLIOGRAFIA

-

#### Revisore

Non assegnato

#### Accettazione

Accettato

#### Note

IDabstract	35
Speaker	Nadalini Luisa under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Il codice etico e ruolo dei social nella chirurgia bariatrica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Diffondere la tematica dell'obesità e della chirurgia bariatrica al pubblico con un romanzo letterario clinico (Dall'alto non ti vedo, 2018)</b>
AUTORI	Autore: Luisa Nadalini Affiliazione: Direttore USD Psicologia Clinica BT Gruppo interdisciplinare chirurgia dell'obesità GICOV- Az.Ospedaliera Universitaria AOUI-Verona
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Il romanzo letterario esplora l'incontro che avviene in alcune relazioni familiari quando interviene un cambiamento importante, risalta la condivisione solidale e mette a fuoco una cura particolare che è quella psicoterapeutica. Prefazione - Alessandro De Carlo, Presidente Ordine degli Psicologi del Veneto: “(omissis) una psicologia professionale che emoziona, commuove, crea riflessione su se stessi ed empatia, si vede una scienza che non è più aliena anche a chi non l'ha studiata e praticata ma che ha un suo corpus di nozioni e atti che non può essere compreso da tutti tramite riviste di divulgazione. Si crea una propensione alla fiducia, quella fiducia che proviamo nell'ascoltare chi possiede un sapere che a noi manca, ma porta con sé anche l'autorevolezza per farci sentire al sicuro. La psicologia è una scienza giovane ma, questo libro lo dimostra, è nella giusta direzione per diventare parte della cultura collettiva”. Post-fazione – Laura del Corso, Professore Associato Università di Padova, Segretario Ordine degli Psicologi del Veneto: “(omissis) Il romanzo ha l'ulteriore pregio di evidenziare il valore della collaborazione tra diversi professionisti all'interno di un team multidisciplinare: la psicologa Elisa infatti non lavora da sola ma assieme a medici con i quali in più occasioni si confronta condividendone progetti ed obiettivi terapeutici, nel rispetto delle specifiche competenze. Il romanzo è anche attuale perché l'Autrice, (omissis) attraverso la storia di Mimma, ci pone di fronte ad una patologia un tempo sottovalutata quale l'obesità giovanile, nel cui approccio terapeutico la psicologia riveste un ruolo fondamentale”.
METODI	Descrizione del personaggio: giovane donna obesa, origine della patologia alimentare che l'ha portata in fase adolescenziale a un progressivo aumento ponderale, emerge il suo interesse per la conoscenza della sua storia familiare, l'affetto per i legami familiari e la sua attenzione nelle relazioni d'aiuto
RISULTATI	-Attrarre l'attenzione al Congresso verso la diffusione di sapere clinico psicologico attraverso un romanzo letterario divulgativo, a contrappunto di affermazioni che nei social vengono trattate a volte da testimonial non adeguati e/o in modo non consono. -Mettere a disposizione un sapere. -Contrastare lo stigma.
DISCUSSIONE	Un romanzo letterario che sviluppa in modo clinico il sapere psicologico in merito all'insorgenza della patologia obesità è qualcosa che la psicologia non aveva ancora sviluppato. Il contributo può essere utilizzato all'interno del congresso come elemento di riflessioni sull'eticità della diffusione di informazioni, sulla presenza autorevole nei social della psicologia. Utilizzato all'apertura di una sessione, al suo interno, ecc...
BIBLIOGRAFIA	Luisa Nadalini: Dall'alto non ti vedo (cierre ed. 2018) L'inganno di una persona perbene (Gabrielli ed.2011) violenza di genere.
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato

Note



IDabstract

64

Speaker

Ferrario

Fabio

under40



ARGOMENTO

Il follow-up del paziente obeso

**TITOLO DEL LAVORO****Modificazione del volume epatico in pazienti obesi; diversi approcci dietetico-nutrizionali a confronto**

AUTORI

Dott. Fabio Ferrario, Prof. Gian Carlo Demontis, Dott. Umberto Rivolta, Dott.ssa Daniela Bella, Dott. Gamal Soliman, Dott. Giuliano Sarro

RELATORE

-

INTRODUZIONE

Secondo i dati OMS la diffusione mondiale dell'obesità dal 1975 ad oggi è quasi triplicata. L'obesità è un fattore di rischio cronico, evolutivo e recidivante, a eziopatogenesi complessa consistente in un'alterazione della composizione del corpo caratterizzata da eccesso assoluto e relativo di grasso che peggiora la qualità della vita e provoca complicanze che potrebbero condurre a morte.

Nel paziente obeso, l'aspettativa di vita è ridotta, ed aumenta la probabilità di sviluppare patologie cardiovascolari.

La chirurgia bariatrica nasce come risposta a questo problema, fornendo un un approccio chirurgico finalizzato al trattamento dell'obesità.

Negli ultimi anni al primo posto, è comparso, si è affermato ed è ora prevalente l'intervento di Sleeve Gastrectomy che deve essere considerato a tutti gli effetti un intervento demolitivo di chirurgia maggiore.

La steatosi epatica non alcolica (NAFLD), l'epatomegalia e il grasso viscerale sono frequenti condizioni associate al paziente obeso candidato ad intervento bariatrico che determinano un aumento delle complicanze sia in sede di intervento in termini di difficoltà per l'operatore, sia come fattori di rischio per molteplici malattie associate all'obesità.

Questa tesi ha come endpoint primario la valutazione delle modificazioni del volume epatico in pazienti super obesi, stimate tramite ecografia prima e dopo trattamento dietetico-nutrizionale della durata di 1 mese, utilizzando tre diversi approcci:

1. Dieta LCD (Low Calory Diet) somministrata nel pre-operatorio.
2. Dieta VLCKD (Low-Carbohydrate, Ketogenic Diet) somministrata nel pre-operatorio.
3. Dieta Liquida/frullata/morbida di adattamento somministrata nel post-operatorio.

Come endpoint secondario si ha la valutazione della perdita di peso e di alcuni parametri ad essa associati come il BMI, la massa grassa FM (fat mass) e la massa muscolare FFM (fat free mass).

METODI

Sono stati arruolati 4 pazienti per ogni gruppo, con un BMI > di 45.

Tutti e tre i trattamenti sono durati 1 mese, la dieta VLCKD e la LMF sono state suddivise in differenti fasi.

Tutti i pazienti sono stati visitati all'inizio e alla fine del trattamento e controllati telefonicamente

I pazienti chetogenici sono stati controllati in modo più rigido, convocandoli ad ogni cambio dieta e con il Combur10 Test® per l'analisi della chetonuria.

Per valutare l'endpoint primario è stata effettuata una ecografia addome mono-operatore in tre differenti punti:

sub-xifoideo, 5 cm a destra e 5 cm a sinistra della linea mediana del corpo.

Per valutare l'endpoint secondario è stato utilizzata la bioimpedenziometria verticale.

Durante la prima visita è stata rilevata l'altezza attraverso lo statimetro a muro.

RISULTATI

Lo studio ha evidenziato che ogni dieta, se seguita correttamente, si è dimostrata in

grado di ridurre le dimensioni del fegato, il peso e la massa grassa corporea (FM). La capacità dei tre approcci dietetico-nutrizionali di ridurre la dimensione del fegato risulta però indipendente dalla riduzione del peso.

La dieta Liquida-Morbida-Frullata (LMF), rappresenta, come atteso, il più drastico trattamento in termini di riduzione del fegato (27,7%), induce una rapida perdita di peso e di massa muscolare. Per queste sue caratteristiche viene elaborata garantendo un apporto proteico ottimale di 1,5 g/Kg di peso corporeo attraverso integrazione proteica fino a tre mesi di distanza dall'intervento e con prescrizione dell'attività fisica aerobica.

Ai fini della preparazione all'intervento di chirurgia bariatrica invece la dieta chetogenica VLCKD (Very Low Carbohydrate Ketogenic Diet) rappresenta un buon compromesso in termini di riduzione del fegato, che ha il pregio di determinare la maggiore riduzione della massa grassa (13%) e del peso (6,6%) nel breve periodo (1 mese di trattamento). Permette inoltre di preservare la massa muscolare e di evitare l'instaurarsi di carenze nutrizionali protratte e l'accumulo di corpi chetonici che portano a complicanze nel lungo periodo.

Infine è risultata meno efficace la dieta ipocalorica LCD (Low Calory Diet) basata sulla dieta mediterranea. Questa rappresenta la migliore dieta bilanciata in macro e micronutrienti, senza complicanze nel breve e lungo termine, che previene il rischio di insorgenza di cancro e di patologie cardiovascolari, ai fini della riduzione delle dimensioni epatiche e del peso risulta però essere la più lenta e quindi non risulta idonea come trattamento nutrizionale pre-intervento. Questa dieta ha una maggiore compliance iniziale del paziente, che però risulta avere più difficoltà nel medio-lungo periodo.

DISCUSSIONE

Per il paziente bariatrico il trattamento dietetico-nutrizionale Very Low Carbohydrate Ketogenic Diet rappresenta il miglior compromesso in termini di riduzione del volume del fegato, del peso e della massa grassa nel breve periodo. Risulta in grado di preservare maggiormente la FFM e quindi la massa muscolare. Facilita la preparazione e l'esecuzione dell'intervento chirurgico.

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	86
Speaker	Pastorini Marco under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Il follow-up del paziente obeso
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>FOLLOW UP A LUNGO TERMINE NELL'OBESITA' GRAVE.</b>
AUTORI	Massimo Labate, medico specialista in scienza dell'alimentazione, responsabile percorso di cura per la grave obesità, Casa di Cura Villa Igea, Acqui Terme Marco Pastorini, psicologo, psicoterapeuta, percorso di cura per la grave obesità, Casa di Cura Villa Igea, Acqui Terme
RELATORE	-
INTRODUZIONE	"La maggior parte degli obesi non inizia il trattamento; di quelli che lo inizia, la maggior parte non vi rimangono, di quelli che vi rimangono, la maggior parte non perdono peso; e di quelli che lo perdono, la maggior parte lo riguadagnano" (Stunkard 1959). Scopo: Valutare come il trattamento della Grave Obesità con un approccio terapeutico di tipo multidisciplinare possa ridurre l'elevata frequenza di recidive caratteristiche di questa patologia.
METODI	Dal 1 Gennaio 2016 al 31 Luglio 2016 51 pazienti (11M, 40F) sono stati inseriti nel percorso di cura per la grave obesità. Il percorso di cura per la Grave Obesità di Villa Igea di Acqui Terme prevede un periodo di ricovero in medicina di 4 giorni finalizzato ad un assessment complessivo del paziente, al rafforzamento della consapevolezza di malattia e della motivazione alla cura. Durante il ricovero è previsto approfondimento medico-dietologico, somministrazione di questionari (BDI; BUT; SCL90; BES) e incontri di gruppo a tema (dietistici, comportamentali, motivazionali). Al termine del percorso, a cadenza mensile, i pazienti sono invitati a proseguire il percorso con controlli ambulatoriali, a partecipare ad incontri psiconutrizionali, condotti dal dietologo e dallo psicologo, finalizzati a favorire il confronto tra esperienze e a rafforzare la motivazione. I pazienti sottoposti ad un trattamento multidisciplinare (dietologo, dietista, psichiatra, psicologo e personale infermieristico), sono stati osservati in modo prospettico con un anno di follow-up. Età media 48.6 ± 3,6 anni, peso medio di kg 121.5 ± 4.9, BMI (Kg/m <sup>2</sup> ) medio di 46.3 ± 2.8, WHR medio 0.91 ± 0.3, colesterolo totale medio 205.9 ± 6 mg/dl, HDL medio 48.1 ± 3.6 mg/dl, trigliceridi 140.2 ± 7,6 mg/dl. Abbiamo inoltre analizzato un gruppo di pazienti gravi obesi con un follow-up di un anno sottoposti a trattamento esclusivamente ambulatoriale: sono stati valutati 61 pazienti con età media 55.6 ± 3.4 anni, peso medio Kg 104 ± 3.9, BMI medio 41.2 ± 2.4. Oltre alle routinarie statistiche descrittive, è stato condotto il test t di Student per dati appaiati per valutare eventuali modificazioni avvenute ad un anno di follow-up.
RISULTATI	Nel gruppo con percorso terapeutico multidisciplinare, dopo 12 mesi di follow-up sono rimasti 28 pazienti (8 M, 20 F) pari al 55% del gruppo iniziale. In questi soggetti si è avuto un calo ponderale statisticamente significativo di circa 11 kg come media (p<0.001). Similmente il BMI ha avuto un decremento significativo (p<0.001) di 4.2 kg/m <sup>2</sup> . Significative variazioni nei valori ematici si sono verificate per trigliceridi e colesterolo totale. Nel gruppo ambulatoriale a 12 mesi di follow-up sono rimasti in studio 22 pazienti (5M, 17F); il drop out è stato quindi del 64%. Anche in questi soggetti si è registrata una diminuzione statisticamente significativa (p<0.001) del peso (7 kg come media) e del BMI (2.9 kg/m <sup>2</sup> ). Non è stato possibile paragonare le due popolazioni poiché i 2 gruppi non erano omogenei ed erano stati trattati in periodi di tempo differenti.
DISCUSSIONE	L'utilizzo del percorso di cura terapeutico mediante equipe multidisciplinare, percorso di alimentazione assistita e colloqui psicologico clinici, porta ad un buon outcome con un calo ponderale medio ad 1 anno del 8,7%.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract	43
Speaker	Bella Daniela under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Il follow-up del paziente obeso
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>"Obesità e chirurgia Bariatrica: percorso decisionale dal medico di medicina generale all'intervento chirurgico"</b>
AUTORI	Bella Daniela, Muzzolon Jessica , Maltagliati Manuela, Sarro Giuliano centro di chirurgia bariatrica Ospedale "G. Fornaroli" Magenta
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Nell'ambito della chirurgia bariatrica, il momento in cui il paziente viene valutato ed eventualmente eletto al trattamento chirurgico, è una fase fondamentale che condiziona la buona riuscita dei processi successivi (intervento, controllo nel primo anno e soprattutto mantenimento di uno stile di vita adeguato). L'iter parte dal medico di medicina generale che, secondo le linee guida SICOB, deve effettuare un invio pertinente del paziente affetto da Obesità. Attraverso una flow-chart molto semplice si vuole porre enfasi al concetto di multidisciplinarietà.
METODI	Il paziente, che richiede una valutazione nell'unità di chirurgia bariatrica, necessita la collaborazione di un'equipe che preveda: l'elettività chirurgica (chirurgo), la gestione delle comorbidità o cause secondarie di obesità (endocrinologo/ dietologo), l'assetto psicologico (psicologo dedicato) e l'inquadramento del setting nutrizionale (dietista). Una prima parte riprende le linee guida SICOB 2016 che danno alla figura di Medico di medicina generale (MMG) una traccia per capire se il paziente può in linea di massima rientrare nelle indicazioni (BMI e comorbidità) d'intervento. Nella seconda parte verrà approfondita la necessità di inquadrare il paziente obeso potenzialmente candidabile nell'ambito di 4 macroaree: chirurgica ( idoneità con approfondimento strumentale per esempio ecografia addome completo ed EGDS). clinica (endocrinologo-dietologo) valutazione delle comorbidità e esami ematici ( quali vanno eseguiti ) nutrizionale (equipe dietologo-dietista) anamnesi alimentare e valutazione peso e parametri antropometrici, compatibilità di seguire regime dietetico con la professione svolta, necessità di assumere integratori nel post operatorio ( impatto economico). Valutare uno schema dietetico pre intervento. psicologa ( 3 incontri ) per valutare l'idoneità ed eventuali disturbi del comportamento alimentare o altro che porrebbero la controindicazione all'intervento.
RISULTATI	E' fondamentale la collaborazione e la creazione di un centro di cura dell'obesità che collabori e gestisca i pazienti nel lungo termine e soprattutto inserisca i pazienti non candidabili all'intervento chirurgico all'interno di un percorso personalizzato. Nella discussione finale verranno trattati 2 punti fondamentali: 1.equipe multidisciplinare che condivida i casi . Il paziente deve avere la risposta solo dopo aver passato tutti gli step perché una valutazione sbagliata compromette la riuscita e lo stato di salute del paziente. 2.è inoltre importante che un centro di chirurgia bariatrica abbia dei collegamenti con un centro di cura per l'obesità in modo tale che il paziente non candidabile sia reindirizzato a chi di competenza.
DISCUSSIONE	Flowchart schematica che riassume tutti i concetti. Potrebbe essere consegnata anche al paziente in modo tale che abbia chiaro il percorso da fare per avere il consenso dell'equipe multidisciplinare. L'obesità è una patologia non uno stato fisico e pertanto merita un approccio integrato e completo.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract

46

Speaker

Grandone

Ilenia

under40



ARGOMENTO

Il follow-up del paziente obeso

**TITOLO DEL LAVORO****EFFETTI SUGLI INDICI DI FUNZIONALITÀ EPATICA IN UNA COORTE UMBRA DI PAZIENTI SOTTOPOSTI A SLEEVE GASTRECTOMY**

AUTORI

Ilenia Grandone 1-3 , Amilcare Parisi 2-3 , Massimiliano Cavallo 4, Luisa Barana 4, Marta Scancarello 1-3, Federica Ranucci 1-3 , Stefano Trastulli 2-3, Giuseppe Fatati 1-3

1 SC Diabetologia Dietologia e Nutrizione Clinica, Azienda Ospedaliera Santa Maria Terni

2 UOC Chirurgia Digestiva e Unità del Fegato, Azienda Ospedaliera Santa Maria Terni

3 CMO - Centro Multidisciplinare per lo studio e la terapia dell'Obesità, Azienda Ospedaliera Santa Maria Terni

4 Scuola di Specializzazione in Scienza dell'Alimentazione, Università degli Studi di Perugia

RELATORE

-

INTRODUZIONE

La NAFLD (Non Alcoholic Fatty Liver Disease) rappresenta la causa più emergente di epatopatia a livello mondiale. L'estesa campagna vaccinale contro il virus dell'epatite B e le nuove terapie farmacologiche rivolte alla cura della malattia da virus C unitamente alla contestuale pandemia mondiale di obesità stanno comportando, negli ultimi anni, un lento ma inesorabile shifting delle cause di epatopatia cronica verso le forme a patogenesi non infettiva. La NAFLD rappresenta il primo step di un iter fisiopatologico che passando per la NASH (Non Alcoholic Steatohepatitis), ancora reversibile, giunge, se non si interviene con opportuni correttivi, alla fibrosi epatocitaria con un quadro finale di insufficienza d'organo. Al momento, nessun farmaco risulta registrato per il trattamento della NAFLD. Le linee guida internazionali suggeriscono come primo obiettivo terapeutico il calo ponderale da ottenersi con una corretta alimentazione e con un adeguato e costante esercizio fisico. La chirurgia bariatrica rappresenta un valido strumento, nel contesto di un percorso multidisciplinare, per il trattamento della grande obesità o della obesità gravata da alterazioni del metabolismo intermedio. Scopo dello studio sperimentale retrospettivo è quello di valutare, pertanto, gli effetti di un intervento di chirurgia bariatrica, la Sleeve Gastrectomy, sugli indici surrogati di NASH come gli enzimi epatici (GOT, GPT e gammaGT) sulla scorta di ampi spunti provenienti dalla letteratura sia nel modello sperimentale che nell'uomo (1,2,3).

METODI

Sono stati valutati 87 pazienti consecutivi afferenti al Centro Multidisciplinare per lo studio e la terapia dell'Obesità (CMO) dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni che sono stati sottoposti, nel corso dell'anno 2017, ad intervento chirurgico di Sleeve Gastrectomy presso l'UOC di Chirurgia Digestiva ed Unità del Fegato del medesimo nosocomio. I dati dei pazienti sono stati estrapolati dalle cartelle cliniche cartacee ed informatiche, dai registri operatori e dal sistema informatico di consultazione degli esami di laboratorio dell'Azienda Ospedaliera. Sono stati estrapolati, all'interno della coorte, i pazienti di cui si poteva disporre di valutazione degli indici surrogati di NAFLD immediatamente prima dell'intervento chirurgico e ad una distanza variabile di tempo, definibile come follow-up. I dati sono stati elaborati statisticamente mediante specifiche applicazioni del programma di calcolo Excel (Microsoft) con valutazione della media, delle deviazioni standard e della significatività statistica (p value).

RISULTATI

Degli 87 pazienti sottoposti a sleeve gastrectomy nel 2017, afferenti al CMO, sono stati arruolati 46 pazienti. Di questi, sono stati valutati gli outcome dell'intervento bariatrico in termini di peso corporeo, BMI e indici surrogati di NAFLD come gli enzimi epatici GOT e GPT. Di 20, infine, è stato possibile anche valutare la variazione nel tempo di osservazione dell'indice di colestasi GammaGT. Dei 46 pazienti, 38 erano donne e 8 uomini; l'età media risultava pari a 48,5±9.86 kg, il peso di partenza medio 115,8±23,97 con BMI medio di 44,2±7,10 kg/m<sup>2</sup>. I risultati dello studio, relativamente ai primi 46 pazienti consecutivi, dimostrano in un periodo di osservazione medio di 8.8 mesi ±4.75,

una riduzione ponderale media del 23,7% (al follow up 88,4±20,45 kg) con contestuale riduzione del BMI del 23% (al follow up 34±6,67 kg/m<sup>2</sup>). Per quanto attiene i risultati sugli indici surrogati di NAFLD, la GOT si dimostrava ridursi da 24,1±12,83 UI/L a 18,2±6,45 UI/L (-24,5%) e la GPT da 29,4±16,46 UI/L a 16,2±6,83 UI/L (-44,9%). Limitatamente ai 20 pazienti per cui è stato possibile valutarla, la GammaGT è andata riducendosi da 44,15±35,17 UI/L a 18,45±9,32 UI/L (-58,2%) nello stesso periodo di osservazione. Tutti i risultati appena descritti sono risultati significativi dal punto di vista statistico.

#### DISCUSSIONE

La Sleeve Gastrectomy nella nostra coorte di pazienti ha confermato di indurre una riduzione ponderale statisticamente significativa. La perdita di peso si accompagna ad importanti sequele positive nella popolazione trattata. Il nostro studio sperimentale retrospettivo ne identifica una di queste. La reversione biochimica del fenotipo NAFLD negli individui che si sottopongono a questa procedura chirurgica appare costante e perdurante nel tempo. A fronte, infatti, di un possibile iniziale innalzamento degli indici epatici nell'immediato post-operatorio a causa della manipolazione del fegato nell'atto chirurgico, sin dalle prime settimane dall'intervento si assiste ad un decremento degli stessi valori che si mantiene in tutto il tempo di osservazione nel quale il paziente continua il calo ponderale. Il ruolo del team multidisciplinare nel trattamento del paziente obeso nel follow up a lungo termine dello stesso appare fondamentale. Solo una presa in carico globale può amplificare e stabilizzare nel tempo gli ottimi risultati indotti dalla chirurgia bariatrica.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Watanabe K et al, Effects of Sleeve Gastrectomy on Nonalcoholic Fatty Liver Disease in an Obese Rat Model, Obesity Surgery, June 2018, Volume 28, Issue 6, pp 1532–1539
- 2) Keleidari B et al, Six month-follow up of laparoscopic sleeve gastrectomy, Adv Biomed Res. 2016 Mar 16;5:49
- 3) Motamedi, M.A.K., Khalaj, A., Mahdavi, M. et al, Longitudinal Comparison of the Effect of Gastric Bypass to Sleeve Gastrectomy on Liver Function in a Bariatric Cohort: Tehran Obesity Treatment Study (TOTS), Obesity Surgery (2018).

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract

72

Speaker

Rolla

Jessica

under40



ARGOMENTO

Il follow-up del paziente obeso

**TITOLO DEL LAVORO****GRAVIDANZA DOPO CHIRURGIA BARIATRICA: I PRIMI 1000 GIORNI DEL BAMBINO**

AUTORI

Rolla Jessica (1)  
 Rampulla Alessandro (1)  
 Pazzoni Antonia (1)  
 Franchi Fabrizio (1)  
 Baldini Edoardo (2)  
 Negrati Mara (2)

(1) Ambulatorio Malattie Metaboliche - Ospedale "G. da Saliceto" - Piacenza  
 (2) U.O. Chirurgia Generale - Ospedale "G. da Saliceto" - Piacenza

RELATORE

-

INTRODUZIONE

La chirurgia bariatrica si propone come un efficace metodo di trattamento del paziente con obesità patologica, quando le precedenti terapie abbiano fallito.  
 Il vantaggio è la riduzione del peso nel lungo termine e il conseguente aumento della durata della vita, secondario alla ridotta incidenza di patologie associate. L'obiettivo dello studio è quello di valutare i rischi gestazionali e l'andamento degli esami ematochimici di donne che hanno una precedente storia bariatrica rispetto alle donne sovrappeso/obese non operate, la valutazione dei parametri perinatali (peso e lunghezza alla nascita), complicazioni neonatali, controllo ai 1000 giorni del bambino (dal concepimento ai due anni).

METODI

In questo studio retrospettivo sono stati raccolti i dati presso l'Ospedale Guglielmo da Saliceto di Piacenza, Unità Operativa di Nutrizione Clinica.  
 I due gruppi in studio sono stati divisi in: 1) gruppo dei casi, 8 donne operate di bypass gastrico, e 2) gruppo di controllo di 13 donne con sovrappeso/obesità non sottoposte a intervento di chirurgia bariatrica.  
 I dati sono stati raccolti da una selezione casuale tra le cartelle delle donne operate di chirurgia bariatrica e il gruppo di controllo delle donne sovrappeso e obese non operate che hanno avuto almeno una gravidanza dal 2008 al 2015.  
 Per ogni gruppo è stata ricercata e riportata: la data di nascita delle donne, l'anno della gravidanza, eventuali supplementazioni di macro e micro nutrienti, la data dell'intervento bariatrico e il tempo che è intercorso tra la gravidanza e quest'ultimo (per le donne operate), le complicazioni gestazionali.  
 Per il gruppo delle donne operate sono stati ricercati: il BMI T0= prima dell'intervento bariatrico, BMI T1 pregravidico, BMI T2 alla prima visita dopo la gravidanza; mentre per il gruppo di controllo: BMI T0 alla prima visita, BMI T1 pregravidico, BMI T2 alla prima visita dopo la gravidanza.  
 Per entrambi i gruppi inoltre è stato ricercato: il termine della consegna del parto, il sesso del bambino, peso e lunghezza e i conseguenti percentili alla nascita, eventuali complicazioni neonatali, allattamento, outcome con i parametri dei percentili ai 1000 giorni (ovvero al secondo anno di vita del bambino).  
 Inoltre abbiamo valutato l'assetto glicemico/lipidico delle donne nei due gruppi, in particolare Glicemia, Colesterolo, Trigliceridi, Ast, Alt. Per il gruppo delle donne operate nei tempi T0: prima dell'intervento e T2: dopo la gravidanza, e nel gruppo di controllo T0: alla prima visita e T2: dopo la gravidanza.

RISULTATI

Al momento della gravidanza si registra un'età anagrafica maggiore nel gruppo delle operate ( $35.6 \pm 5.06$ ), rispetto ai controlli ( $32.3 \pm 4.63$ ), e un maggior tempo trascorso tra l'intervento di Bypass gastrico e la gravidanza ( $45.6 \pm 30.30$ ) rispetto al tempo intercorso tra la prima visita e la gravidanza nel gruppo dei controlli ( $29.6 \pm 15.9$ ).

L'80% del campione ha avuto una sola gravidanza e il restante 19% due gravidanze, per un totale di 25 gravidanze totali.

Al T0 il Bmi basale è significativamente più elevato nelle pazienti sottoposte a RYGB rispetto ai controlli. Al tempo T1 si è osservato un calo ponderale del 37% nel gruppo dei RYGB, rispetto a quello del gruppo dei controlli del 13%.

Al tempo T2 (dopo la gravidanza) il calo ponderale risulta ancora una volta statisticamente significativo ( $p=0.0059$ ) nel gruppo RYGB con il 36.6% contro l'8.53% dei controlli.

Dagli esami ematochimici riportati in questo studio si evince una differenza statisticamente significativa nei due gruppi per quanto riguarda la glicemia nel T0 (prima dell'intervento o della dietoterapia) ( $p=0.0022$ ) che scompare nel T2 (dopo la gravidanza). Non esiste differenza significativa per il colesterolo al T0 mentre compare differenza significativa ( $p= 0.0136$ ) al T2.

Analogamente nei due gruppi i trigliceridi risultano comparabili al T0 e con una differenza statisticamente significativa ( $p=0.0119$ ) al T2 con valori più elevati nel gruppo controllo.

Nelle 25 gravidanze riportate nello studio compaiono 18 casi di complicanze mediche materne, di cui 16 nel gruppo di controllo e 2 casi nel gruppo RYGB.

Nello specifico si tratta di 2 casi di Diabete Gestazionale nel gruppo RYGB e nel gruppo di controllo: 8 casi di Diabete Gestazionale, 4 di ipertensione, 2 casi di pre eclampsia e 2 casi di gestosi.

#### DISCUSSIONE

La chirurgia bariatrica è un metodo efficace per la riduzione del peso corporeo a lungo termine, e nelle donne obese in età fertile rappresenta una valida soluzione per affrontare la gravidanza riducendo le complicanze mediche materne come diabete gestazionale e pre eclampsia. Per quanto riguarda gli effetti sul neonato e e ai 2 anni dopo la nascita, dopo chirurgia bariatrica, non vi sono differenze significative sui dati antropometrici tra gruppo RYGB e i controlli.

#### BIBLIOGRAFIA

-

#### Revisore

Non assegnato

#### Accettazione

Accettato

#### Note

IDabstract

49

Speaker

Leonardi

Laura

under40



ARGOMENTO

Il follow-up del paziente obeso

**TITOLO DEL LAVORO****Studio di follow up su pazienti operati da 3 a 5 anni di By-pass gastrico e Sleeve Gastrectomy.**

AUTORI

Leonardi L. \*, Dondi P. \*\*, Valentini L. \*, Cavedoni S. \*, Toschi P. \*\*\*, Miloro C. \*\*\*, Del Vecchio C. \*\*\*\*, Budriesi G. \*\*\*\*\*

\*Servizio Psicologia Ospedaliera, AOU- Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena

\*\* Responsabile Servizio Psicologia Ospedaliera, AOU- Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena

\*\*\*SSD Metabolismo e Nutrizione Clinica, AOU- Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena

\*\*\*\*Tirocinante Servizio Psicologia Ospedaliera, AOU- Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena

\*\*\*\*\*Tirocinante SSD Metabolismo e Nutrizione Clinica, AOU- Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena

RELATORE

-

INTRODUZIONE

Le linee guida internazionali e nazionali e gli studi presenti in letteratura, suggeriscono l'importanza che i pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica intraprendano un percorso di follow up post-chirurgico integrato sui piani medico, nutrizionale e psicologico. In particolare, il percorso psicologico, sia esso di tipo individuale che grupppale (Beck et al. 2012; Saunders R. 2004, Ashton et al. 2009, Opolski M. et al. 2014), risulta essere efficace sia sulle modifiche del proprio comportamento alimentare nel periodo post-chirurgico, con conseguente adattamento psicologico, sia sull'outcome della perdita ponderale che sulla riduzione dei comportamenti disfunzionali (Hollywood A. et al. 2012). Secondo le Linee guida SICOB (2016), l'impiego di psicoterapia di gruppo con funzione di sostegno al percorso di riduzione di peso dopo intervento di chirurgia bariatrica è efficace nel promuovere un migliore risultato nel breve termine, mentre nel lungo termine facilita la stabilizzazione del peso. I risultati degli studi presi in esame andranno confermati da studi pianificati con aumentato rigore metodologico.

L'AOU di Modena sviluppa da circa 20 anni percorsi trattamentali per la cura non chirurgica e chirurgica dell'Obesità in integrazione tra i seguenti Servizi: Struttura Complessa di Chirurgia Generale, d'Urgenza e Nuove tecnologie, Servizio Psicologia Ospedaliera, SSD Metabolismo e Nutrizione Clinica, Struttura Complessa di Endocrinologia, Struttura Semplice Dipartimentale di Medicina Interna Indirizzo Obesità e Disturbi del Comportamento Alimentare.

METODI

Descrizione del progetto

Lo studio qui presentato dal team dell'AOU di Modena riguarda il follow up dei pazienti operati tra il 2012 e il 2015 che hanno aderito al percorso multidisciplinare, in particolare al trattamento psicologico di gruppo della durata di un anno.

Il reclutamento dei pazienti è avvenuto attraverso contatto telefonico preceduto da una lettera in cui venivano informati dello studio e della tipologia delle valutazioni che avrebbero effettuato durante una visita di gruppo a conduzione integrata (Psicologo, Dietista).

Gli obiettivi dello studio sono:

valutare il mantenimento nel tempo degli effettivi risultati raggiunti misurati sui parametri riguardanti il mantenimento ponderale;

il mantenimento di abitudini alimentari e motorie centrate sull'auto-regolazione;

la soddisfazione e il benessere autopercepiti;

la modificazione delle rappresentazioni dell'immagine corporea.

**Campione**  
 200 pazienti operati di Sleeve Gastrectomy e By-Pass Gastrico tra il 2012 e il 2015 di età compresa tra i 21 e i 65 anni.

**Metodologia**  
 Nell'ambito della visita grupale della durata di 90 minuti sono stati esplorati l'adattamento funzionale e l'integrazione somatopsichica attraverso la somministrazione dei seguenti tests:  
 -Psicologici (40' circa):  
 SQ (Symptom Questionnaire di Kellner R., 1987, validazione italiana a cura di Fava G. A. e Kellner R., 1982);  
 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);  
 FIGURE RATING SCALE (di Stunkard, A. J., Sørensen, T., & Schulsinger, F, 1983);  
 BUT (The Body Uneasiness Test di Cuzzolaro M., Vetrone G., Marano G., Garfinkel P.E., 1999).

-Dietistici (20' circa):  
 Questionario "Griglia di valutazione del comportamento alimentare e motorio e utilizzo di chirurgia plastica":  
 Rilevazione del peso corporeo

Nell'ambito dell'incontro grupale sono state, inoltre, raccolte le narrazioni relative all'andamento soggettivo del percorso (30-40' circa)

RISULTATI

**Risultati**  
 Il campione è attualmente in fase di completamento. I dati definitivi e la loro elaborazione verranno presentati in sede di convegno.

DISCUSSIONE

Il campione è attualmente in fase di completamento. I dati definitivi e la loro elaborazione verranno presentati in sede di convegno.

BIBLIOGRAFIA

**Bibliografia**  
 Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, et al. (2000). Body Uneasiness Test, BUT. In Conti L. (a cura di) Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria. SEE1759-61.  
 Kellner R. (1987). A Symptom Questionnaire. Journal of Clinical Psychiatry, 1987 Jul;48(7): 268-74.  
 Ryff CD (1995). Psychological well-being in adult life. Psychological Science, 4,99-104.  
 Stunkard, A. J., Sørensen, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. Research publications-Association for Research in Nervous and Mental Disease, 60, 115-120.  
 Cavedoni S., Dondi P., Valentini L. (2018) Valutazione preliminare e trattamento post-chirurgico rivolti a pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica. In Rebecchi D. (a cura di) Percorsi clinici della Psicologia. Metodi, strumenti e procedure nel Sistema Sanitario Nazionale. Franco Angeli Editore.  
 Position of the American Dietetic Association: Weight Management. Journal of the American Dietetic Association. 2016.  
 S.I.C.OB. Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (2016). Linee guida e stato dell'arte della chirurgia bariatrica e metabolica in Italia.  
 Busetto L, Dicker D, Azran C, et al.: Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management. Obesity Facts 2017;10:597–632  
 Alpigiano G, Antognozzi V, Fedi A, Sartini L, Masini ML, Toschi P. (2006) Ruolo del dietista nella gestione nutrizionale del paziente obeso trattato con terapia chirurgica. Posizioni ANDID

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract

85

Speaker

Pastorini

Marco Pastorini

under40



ARGOMENTO

Il follow-up del paziente obeso

**TITOLO DEL LAVORO****SELF HELP IN OBESITA': L'ESPERIENZA DI OVEREATERS ANONYMOUS  
IMPLICAZIONI CLINICHE E NEL POST-CHIRURGIA BARIATRICA**

AUTORI

Marco Pastorini, psicologo, psicoterapeuta, percorso di cura grave obesità, Casa di Cura Villa Igea

Massimo Labate, medico specialista in scienza dell'alimentazione, responsabile percorso di cura grave obesità, Casa di Cura Villa Igea

RELATORE

-

INTRODUZIONE

Nell'ambito del percorso di cura per la grave obesità di Casa di Cura Villa Igea è previsto un gruppo di confronto con volontari di Overeaters Anonymous finalizzato a presentare una modalità di intervento sulla Food Addiction basata sull'integrazione tra auto-mutuo aiuto e intervento medico-psicologico.

Il concetto di overeating/eccesso alimentare come forma di addiction/dipendenza da cibo è accettato da molte persone che soffrono di questo disturbo. Overeaters Anonymous è un percorso basato sul programma dei 12 passi, utilizzato con successo da tempo in diverse forme di dipendenza che definisce questo specifico disagio come un problema fisico, emotivo e spirituale. Non c'è accordo sul fatto che FA rappresenti una dipendenza da sostanze o un comportamento dipendente. Quel che sembra interessante è ragionare sul fatto che le persone coinvolte si percepiscano dipendenti dal cibo (Perceveid Food Addiction).

I membri di OA condividono un rapporto patologico con il cibo, numerosi tentativi falliti di controllo del peso, abitudini compulsive e ripetute caratterizzate da voracità, iperalimentazione e restrizione.

Il percorso di automutuoaiuto proposto da OA si basa su una serie di strumenti definiti quali: gli incontri programmati, la condivisione di pensieri ed esperienze, la presenza di uno sponsor, un piano alimentare (i tre pasti), il supporto telefonico tra i membri, la revisione della letteratura, l'anonimato, il contributo volontario (1/2 euro).

METODI

Attraverso una revisione della letteratura e dell'analisi delle esperienze internazionali sull'argomento è stata condotta una valutazione dell'efficacia di questo approccio nella gestione dell'obesità e della food addiction anche a seguito della chirurgia bariatrica.

RISULTATI

Terapie non specifiche che utilizzano empatia, condivisione di esperienze ed emozioni sembrano efficaci nella gestione dei disturbi del comportamento alimentare e nella FA.

DISCUSSIONE

Gli approcci self help modellati sul programma dei 12 passi sembrano favorire un supporto a lungo termine dopo un trattamento iniziale sia di tipo multidisciplinare che chirurgico. Alcuni strumenti specifici quali gli incontri programmati, il piano alimentare, le telefonate di supporto sembrano essere molto utili per i partecipanti. La spiritualità, inoltre, rappresenta un indicatore importante di benessere. In sintesi l'integrazione tra approccio specialistico multidisciplinare e programmi di self help può rappresentare una risorsa per i programmi di salute pubblica.

BIBLIOGRAFIA

Farina, Liotti: la svolta relazionale in psicoterapia cognitiva: origini e prospettive della psicoterapia cognitivo-evoluzionista. *Cognitivism clinico* 2018, 15 6-21

Gerra G., A.Zaimovic. Craving: aspetti comportamentali e biologici.

Marlatt G.A., Parks G.A., Witkiewitz K. Clinical Guideline for implementing relapse prevention therapy

Hatmann Boyce: self help for weight loss in overweight and obese adults: systematic review and meta analysis. *American Journal of Public Health*, Mar. 2015, vol.105 n. 3

Rodriguez Martin: Overeaters Anonymous, a mutual help fellowship for food addiction recovery. *Frontiers in Psychology*, Aug 2018, vol9, art 1491

Russel-Mayhew: how does overeaters anonymous help its members. A qualitative

analysis. Eur. Eat Dis. Rev. 18 (2010) 33-42

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	84
Speaker	Porfiri                      Federica                      under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Il follow-up del paziente obeso
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Effetto del trattamento psicoterapico post-chirurgia bariatrica sul calo ponderale: dati preliminari</b>
AUTORI	ML Crosta, F Porfiri, A Zaccaria, F Focà, G Autullo, I Chirico, C Garrone, G Guerra, G Mingrone, M Raffaelli, L Janiri, M Scoppetta UOC Patologia dell'obesità, UOC Chirurgia Endocrina e Metabolica, Istituto di Psichiatria Fondazione Policlinico Agostino Gemelli - Roma
RELATORE	-
INTRODUZIONE	<p>L'obesità costituisce uno dei problemi di salute più diffuso a livello mondiale, in continuo incremento e gravato da numerose comorbidità. In quanto malattia multifattoriale, fattori psichici e sociali ne condizionano e sostengono il quadro clinico. Diversi studi hanno documentato che la chirurgia bariatrica offre una notevole riduzione del rischio di mortalità e di comorbidità ed è l'unico trattamento in grado di determinare una perdita di peso significativa nel lungo termine. Tuttavia, da sola, non garantisce il mantenimento del calo ponderale nel tempo: una significativa percentuale di pazienti può recuperare il peso perso e di conseguenza subire un aggravamento della condizione medica con ripercussioni anche sullo stato psichico. Negli ultimi anni, si stanno studiando approcci complementari alla chirurgia che vanno dalla psicoterapia, alle terapie farmacologiche (soppressori dell'appetito) e alle procedure endoscopiche. Lo studio degli interventi psicologici nei pazienti bariatrici è solo agli albori e si è concentrato principalmente sulla Terapia Cognitivo-Comportamentale e sull'individuazione di predittori per la perdita di peso dopo la chirurgia. Tali studi hanno evidenziato come i comportamenti preoperatori non predicano la perdita di peso postoperatoria. Al contrario, soprattutto i disturbi dell'alimentazione post-chirurgici e l'insorgenza o l'aggravamento di disturbi psicopatologici sono stati associati a risultati di perdita di peso meno ottimali. Ciò evidenzia l'importanza del monitoraggio continuo e a lungo termine di questi fattori e comportamenti di rischio al fine di intervenire precocemente.</p> <p>Obiettivo del nostro lavoro è quello di valutare se l'integrazione dell'intervento di chirurgia bariatrica con un percorso psicoterapico di supporto nel post-operatorio determini un maggior controllo ponderale nel tempo.</p>
METODI	<p>Da Settembre 2015 a Dicembre 2015, a tutti i pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia bariatrica presso la Fondazione Policlinico A. Gemelli di Roma, è stato proposto un trattamento psicoterapeutico di gruppo della durata di 6 mesi con incontri a cadenza settimanale coordinati da due psicoterapeute che si alternavano. 20 pazienti hanno accettato di partecipare: 7 pazienti erano stati sottoposti ad intervento di Sleeve Gastrectomy e 13 pazienti erano stati sottoposti ad intervento di Bypass Gastrico. Gli individui sono stati suddivisi in 3 gruppi terapeutici, due gruppi composti da 7 persone e un gruppo da 6.</p> <p>Successivamente a questi primi pazienti sono stati abbinati 20 soggetti tra i pazienti operati nello stesso periodo che hanno scelto di non effettuare il trattamento psicoterapeutico. La selezione di questo secondo gruppo è stata effettuata attraverso un sistema statistico di matching che ha reso i due campioni omogenei per caratteristiche anagrafiche e psicopatologiche. Nel secondo gruppo, 5 pazienti erano stati sottoposti ad intervento di Sleeve Gastrectomy e 15 ad intervento di Bypass Gastrico.</p> <p>Le caratteristiche del campione erano state raccolte da uno psichiatra che, in sede di valutazione pre-operatoria, aveva effettuato un'intervista semi-strutturata per evidenziare disturbi psichiatrici secondo i criteri del DSM-5 e le attitudini alimentari. Uno psicologo si era invece occupato di effettuare una valutazione psicodiagnostica somministrando una batteria di test composta da: Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90), Eating Disorder Inventory (EDI-2), Binge Eating Scale (BES), Beck Depression Inventory (BDI).</p>

Come da linee guida SICOB, un follow-up telefonico è stato effettuato a 6 – 12 – 24 mesi. Sono stati raccolti i dati relativi al calo ponderale (body mass index - BMI ed excess weight loss - EWL %) e l'eventuale insorgenza di complicanze quali le carenze nutrizionali.

## RISULTATI

Entrambi i gruppi erano costituiti da 17 femmine e 3 maschi. L'età media nel gruppo che aveva effettuato l'intervento psicoterapico era  $44.4 \pm 10.4$  anni e nel gruppo di controllo era  $40.0 \pm 8.1$  anni ( $p= 0.146$ ). Il BMI pre-operatorio nei 2 gruppi era rispettivamente  $43.7 \pm 5.3$  vs.  $43.9 \pm 6.3$  kg/m<sup>2</sup> ( $p= 0.913$ ).

I punteggi dei test, somministrati in fase di valutazione pre-operatoria, erano sovrapponibili nei due gruppi: BDI  $7.9 \pm 4.7$  vs.  $5.5 \pm 3.8$  ( $p= 0.09$ ); BES  $15.2 \pm 8.4$  vs.  $12.8 \pm 8.4$  ( $p= 0.39$ ); SCL-90 global score index  $0.68 \pm 0.4$  vs.  $0.64 \pm 0.5$  ( $p= 0.77$ ). Anche i punteggi delle tre sottoscale dell'EDI-2, che indicano un rischio di disturbo del comportamento alimentare, erano omogenei: impulso alla magrezza  $9.1 \pm 5.6$  vs.  $6.4 \pm 4.5$  ( $p= 0.12$ ); bulimia  $3.2 \pm 3.4$  vs.  $2.7 \pm 2.7$  ( $p=0.57$ ); insoddisfazione per il corpo  $18.9 \pm 6.1$  vs.  $17.5 \pm 6.4$  ( $p= 0.47$ ).

Il follow-up telefonico, effettuato a 6 e 12 mesi, non ha evidenziato differenze statisticamente significative nel BMI e nel EWL% tra i 2 gruppi.

A 6 mesi BMI  $32.1 \pm 5.1$  vs.  $31.9 \pm 4.4$  ( $p= 0.91$ ) e EWL%  $54.0 \pm 18.5$  vs.  $54.6 \pm 14.0$  ( $p= 0.90$ ); a 12 mesi BMI  $27.8 \pm 3.9$  vs.  $29.1 \pm 4.9$  ( $p= 0.35$ ) e EWL%  $73.2 \pm 14.8$  vs.  $67.5 \pm 17.0$  ( $p= 0.27$ ).

Al contrario il follow-up a 24 mesi ha evidenziato una differenza statisticamente significativa nell' EWL%: BMI  $27.0 \pm 3.6$  vs.  $29.3 \pm 4.6$  ( $p= 0.098$ ) ed EWL%  $77.5 \pm 12.7$  vs.  $66.5 \pm 14.7$  ( $p= 0.017$ ).

Per quanto riguarda le complicanze post-operatorie non sono emerse differenze tra i 2 gruppi ( $p= 0.53$ ).

Ulteriori dati saranno disponibili alla data del congresso.

## DISCUSSIONE

L'obiettivo della nostra ricerca è stato quello di valutare se l'integrazione di interventi psicoterapici di supporto, nel post operatorio, potesse influire sul calo ponderale e sul suo mantenimento. Definiti i limiti della ricerca, quali il ridotto campione e i follow-up troppo brevi per poter parlare di risultati a lungo termine, è stato constatato, che i soggetti appartenenti al campione sperimentale hanno ottenuto esiti migliori rispetto al campione di controllo, a due mesi dall'intervento chirurgico. L'analisi delinea quindi, la necessità di progettare e intensificare specifici trial clinici post-chirurgici, al fine di migliorare la qualità del percorso riabilitativo e, di conseguenza, il successo chirurgico nei pazienti obesi. Pertanto, si auspica all'ampliamento dei protocolli di ricerca presentati in questo studio per confrontare la nostra tipologia di intervento con altre tecniche innovative.

## BIBLIOGRAFIA

- Velapati SR, Shah M, Kuchkuntla AR, Abu-Dayyeh B, Grothe K, Hurt RT, Mundi MS. Weight Regain After Bariatric Surgery: Prevalence, Etiology, and Treatment. *Curr Nutr Rep.* 2018 Dec;7(4):329-334
- Anderson LM, Chacko TP. Bariatric Outcomes: Self-Management for Sustained Surgical Success: A Multicomponent Treatment for Dysregulated Overeating in Bariatric Surgery Patients. *J Addict Nurs.* 2018 Jan/Mar;29(1):32-42
- Paul L, van der Heiden C, Hoek HW. Cognitive behavioral therapy and predictors of weight loss in bariatric surgery patients. *Curr Opin Psychiatry.* 2017 Nov;30(6):474-479.

## Revisore

Non assegnato

## Accettazione

Accettato

Note



IDabstract

89

Speaker

Soliman

Gamal

under40



ARGOMENTO

Il follow-up del paziente obeso

**TITOLO DEL LAVORO****Bendaggio gastrico e la gestione del plateau del peso corporeo: differenti approcci dietetici a confronto.**

AUTORI

Autori: Dott. Soliman Gamal, Dott. Rivolta Umberto, Dott. Sarro Giuliano, Dott. Cattaneo Antonio, Dott.ssa Bella Daniela, Dott.ssa Sarro Simonetta

Relatore: Dott. Soliman Gamal

RELATORE

-

INTRODUZIONE

Dopo il posizionamento di Bendaggio Gastrico Regolabile (LAGB) i pazienti si sottopongono ad un follow-up per ottimizzare la perdita di peso, durante le visite il paziente viene educato ad una corretta alimentazione. Quest'ultima viene introdotta per gradi partendo dall'analisi delle abitudini alimentari del paziente analizzando il diario alimentare settimanale. Lo scopo di questo lavoro è quello di dimostrare l'efficacia di un protocollo di digiuno intermittente sul miglioramento nell'aderenza al protocollo dietetico e nella perdita di peso nel lungo periodo rispetto alla semplice restrizione calorica a 5 pasti o un approccio chetogenico.

METODI

digiuno intermittente (IF, intermittent fasting) è un termine generico riferito a un'ampia categoria di protocolli alimentari dove viene previsto un periodo di digiuno totale o di semi-digiuno (forte restrizione calorica) a breve termine, in maniera più o meno frequente e per un tempo più o meno lungo. Nello specifico abbiamo testato il Time-Restricted Feeding (TRF), letteralmente alimentazione a tempo ristretto, che prevede l'alternanza tra fasi di digiuno e di alimentazione entro periodi di tempo molto più brevi, sempre all'interno delle 24 ore; Il modello da noi utilizzato di TRF è stata la versione da 16 ore di digiuno e 8 di alimentazione, il cosiddetto rapporto "16/8" detto LeanGains. Questo schema di alimentazione può apportare benefici legati alla sua influenza sui ritmi circadiani biologici a prescindere dal deficit calorico, inoltre risulta essere molto vantaggioso per poter assecondare i ritmi giornalieri del paziente seguendo le sensazioni di fame, le esigenze sociali e le preferenze personali. Sono stati arruolati 20 pazienti dal 01/01/2017 al 31/12/2017. la dieta chetogenica è una dieta a basso apporto di glucidi (<50 gr) in modo da indurre il metabolismo al consumo di corpi chetonici ed acidi grassi. Criteri di inclusione sono stati considerati il pregresso posizionamento di LAGB da almeno un anno, la stabilità dal peso da 3 mesi (con oscillazioni non superiori al 5%), il BMI superiore a 28 Kg/m<sup>2</sup>. Il modello clinico prevede la presenza di un'educazione alimentare di base, la compliance del paziente, e l'assenza di disturbi del comportamento alimentare. Durante la visita di controllo, che ha cadenza mensile, vengono effettuati simultaneamente educazione alimentare con eventuali modifiche dei protocolli dietetici, un'eventuale regolazione del bendaggio e breve colloquio psicologico.

RISULTATI

Abbiamo potuto osservare un miglioramento dell'aderenza al protocollo dietetico tra il modello TRF ed il controllo a 5 pasti giornalieri (5P) a calorie equiparate nel lungo periodo. I pazienti sottoposti a TRF riferiscono un miglioramento delle sensazioni di fame e sazietà con una perdita di peso maggiore: in media %EWL (percentuale di excess of weight loss) pari a 30% in 6 mesi rispetto a 15% al gruppo a 5 pasti giornalieri e conseguenti minori regolazioni del bendaggio gastrico. I pazienti sottoposti a dieta VLCD chetogenica mostravano un iniziale maggiore perdita di peso non mantenuta nel lungo periodo.

DISCUSSIONE

Il miglior saziamento indotto dallo schema TRF induce i pazienti ad un minor introito calorico giornaliero che si tramuta in una maggior perdita di peso nel lungo periodo e in

un minor numero di regolazioni del bendaggio gastrico. Il LAGB è una componente di un percorso di rieducazione alimentare, che deve essere integrato con un corretto stile di vita, attività sportiva ed una equilibrata selezione degli alimenti senza però escludere la possibilità di un meal timing personalizzato ed approcci dietetici non convenzionali.

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	77
Speaker	Patanè Marco under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Il follow-up del paziente obeso
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Chirurgia bariatrica e gravidanza: incidenza, indicazioni e rischi. Esperienza di un singolo centro.</b>
AUTORI	Patanè M., Veroux G. S. M., Gulino F., Trusso Z. E., Iudica M., Giarrizzo A., Ferrara F., Bellia A., Sarvà S., Pappalardo A. G., Di Stefano C., Piazza L. ARNAS GARIBALDI CENTRO CATANIA, CH. GENERALE
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Lo scopo dello studio è di valutare l'incidenza, l'indicazione ed i rischi della gravidanza nei soggetti bariatrici sottoposti a MGB o SG. Particolare attenzione va posta sull'integrazione alimentare e sul timing nel programmare una gravidanza.
METODI	E' stata eseguita una review di precedenti studi retrospettivi effettuata presso altri centri. Viene riportata la nostra esperienza su giovani pz donne che hanno affrontato una gravidanza nel periodo post-operatorio dopo essersi sottoposte ad intervento di MGB o SG. I dati post-operatori raccolti in modo prospettico comprendono: dati demografici, percentuale di perdita di peso in eccesso e BMI, complicazioni pre-, peri- e post-parto, esami di laboratorio sullo stato nutrizionale.
RISULTATI	La nostra esperienza si è mostrata in linea con i dati della letteratura, molte pazienti hanno portato a termine una gravidanza in sicurezza.
DISCUSSIONE	Il numero di giovani donne obese in età fertile è in continuo aumento ed una gravidanza, se non programmata e seguita accuratamente da un team multidisciplinare composta da chirurghi bariatrici, nutrizionisti, ginecologi e psicologi, comporta dei rischi sia materni che fetali. Purtroppo ad oggi gli studi presenti in letteratura non permettono di tracciare delle linee guida ed è quindi necessario ulteriore approfondimento e nuovi studi per fronteggiare questo fenomeno crescente.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	



di rimanere in contatto anche all'esterno, in questo modo hanno la possibilità di sperimentare la loro modalità di relazionarsi.

DISCUSSIONE

Secondo la teoria di riferimento riportata, il percorso individuale e di gruppo svolto dalla paziente, le sta facendo sviluppare un'attivazione dei nessi referenziali, mettendo in moto il ciclo referenziale quindi una comunicazione tra il sistema non verbale non simbolico, il sistema non verbale simbolico ed il sistema verbale simbolico. In concomitanza con la prosecuzione del percorso individuale e di gruppo, la paziente potrà raggiungere un'elaborazione delle esperienze vissute così da poter modulare e regolare le emozioni vissute nelle sue future esperienze di vita, diminuendo i comportamenti di agito che le avevano fatto sviluppare la patologia.

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	19
Speaker	Kob Michael under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Il follow-up del paziente obeso
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>L'AUTOFLUORESCENZA CUTANEA – MARKER NON INVASIVO DELL'ACCUMULO DEGLI ADVANCED GLYCATION END PRODUCTS (AGES) - IN SOGGETTI OBESI AD INIZIO TRATTAMENTO E A DISTANZA DI 12 E 24 MESI DOPO SLEEVE GASTRECTOMY</b>
AUTORI	Kob Michael*, Mezzanato Davide#, Corazzini Valentina*, Trovato Rita*, Vedovato Laura*, Tornifoglia Delia*, Mueller Martin§, Mazzoldi Mariantonietta°, Lucchin Lucio*  * U.O.C. di Nutrizione Clinica, Ospedale Regionale di Bolzano, Bolzano # Scuola Provinciale Superiore di Sanità "Claudiana", Bolzano § Dipartimento di Chirurgia generale, Ospedale Regionale di Bolzano, Bolzano ° Servizio di Psicologia Ospedale-Territorio, Comprensorio Sanitario di Bolzano, Bolzano
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Un eccessivo accumulo di AGEs (Advanced Glycation End products, prodotti terminali della glicazione non enzimatica) negli spazi extracellulari sembra avere un ruolo importante nella patogenesi di malattie macro- e microvascolari [1]. Queste molecole derivano in parte dagli alimenti ingeriti (cibi cotti ad alte temperature e prodotti industriali), tabacco e caffè, ma vengono formati anche per via endogena nel corso dell'invecchiamento ed in stati prolungati di stress ossidativo, infiammazione cronica ed iperglicemia. L'autofluorescenza cutanea (skin autofluorescence, SAF) è un marker che può essere misurato in maniera rapida e non invasivo e sembra correlare con i livelli di AGEs accumulati nella cute di una persona [2]. La SAF si è dimostrata avere valore predittivo per eventi cardiovascolari fatali e non fatali [3][4], complicanze diabetiche [5][6], e nella progressione dell'insufficienza renale cronica [7]. Un aumento della SAF è stato osservato anche nell'obesità centrale [8] e obesità grave [9]. I dati disponibili per quanto riguarda le variazioni dei livelli di AGEs e di SAF dopo cambiamenti dello stile di vita sono scarsi. Alcuni autori hanno osservato una lieve riduzione dei livelli di AGEs nel siero di soggetti con sovrappeso ed obesità dopo un calo ponderale ottenuto tramite dieta ipocalorica [10][11]. Esiste ancora più scarsa letteratura sulle modifiche nel tempo degli AGEs/SAF nei soggetti sottoposti a chirurgia bariatrica, una terapia efficace nel trattamento della grande obesità e del diabete mellito tipo 2 [12]. Lo scopo dello studio è stato quello di analizzare retrospettivamente i livelli di SAF di soggetti con obesità di II e III grado, sottoposti a sleeve gastrectomy ad inizio trattamento e rivalutati a distanza di 12 e 24 mesi dall'intervento chirurgico.
METODI	Sono state analizzate le cartelle cliniche di 103 soggetti obesi caucasici consecutivi sottoposti a sleeve gastrectomy nel periodo 4/2015-11/2017. Il Body mass index (BMI) è stato calcolato utilizzando la formula $BMI = \text{peso (kg)} : \text{altezza (m)}^2$ e la percentuale di perdita di peso in eccesso (% excess weight loss, %EWL) è stata calcolata utilizzando come peso in eccesso (EW, excess weight) la formula: $EW \text{ (kg)} = \text{peso preoperatorio} - \text{peso con BMI di } 25 \text{ kg/m}^2$ . La SAF è stata misurata tramite l'AGE Reader (DiagnOptics Technologies, Groningen, The Netherlands) prima (T0) e a distanza di 12 (T12, n=103) e 24 (T24, n=64) mesi dall'intervento di sleeve gastrectomy. I valori a T0 sono stati confrontati con i valori di riferimento nella popolazione generale stratificati per età [13]. La SAF viene espressa in "arbitrary units" (AU). Le variazioni della SAF e del peso corporeo a T12 e T24 sono stati analizzati.
RISULTATI	Prima dell'intervento di sleeve gastrectomy il 53,4% dei soggetti presentava valori di SAF maggiori ai valori di riferimento per età. La SAF media a T0 era del $2,4 \pm 0,6$ AU ed era più elevata nei soggetti diabetici ( $2,6 \pm 0,1$ AU) rispetto ai soggetti non diabetici ( $2,4 \pm 0,7$ AU) ( $p=0,09$ ). I livelli di SAF correlavano con l'età ( $r=0,532$ ; $p<0,0001$ ), ma non con altri

fattori come BMI ed emoglobina glicata (HbA1c).  
Calo ponderale: A distanza di 12 mesi dall'intervento chirurgico la media del calo ponderale era 27,6+-8,4% e la %EWL era del 48,1+-17,2%. Il 42,7% dei soggetti aveva perso 50% del peso in eccesso. A distanza di 24 mesi nei 64 soggetti in follow-up il calo ponderale medio era del 24,7+-10,4% e la %EWL del 43,0+-20,6 e la percentuale di soggetti con %EWL>=50% era del 32,8%.  
SAF: La SAF media a 12 mesi risultava invariata (2,4+-0,6, p=0,811 rispetto a T0), ma nel 49,5% dei soggetti c'è stata una riduzione dei valori di SAF, nel 36,9% aumento e nel 13,6% è rimasta invariata.  
A 24 mesi la SAF media era del 2,5+-0,7 AU (p=0,025 rispetto a T0), e nel 59,4% dei soggetti c'è stata una riduzione della SAF, nel 28,1% un aumento e nel 12,5% è rimasta invariata.  
Non sono state osservate differenze tra soggetti con diabete e senza diabete per quanto riguarda la %EWL e la variazione della SAF a 12 e 24 mesi. Il decorso della SAF non era diverso nei soggetti che a T0 presentavano valori normali rispetto a soggetti con SAF elevata.  
L'81% dei soggetti con un follow-up di 24 mesi che a 12 avevano una %EWL>=50 mostrava un miglioramento significativo della SAF a 24 mesi rispetto al 51% dei soggetti con %EWL<50% (test Chi quadro; p=0,045).

## DISCUSSIONE

La %EWL a 12 mesi era inferiore rispetto a molti trials clinici pubblicati in letteratura [14]. Questo risultato deve essere considerato alla luce di due aspetti: a) i nostri dati considerati "real world" sono stati ricavati da un'analisi retrospettiva di cartelle cliniche e b) tutti i pazienti hanno effettuato un percorso preoperatorio di almeno 6 mesi con lo scopo di perdere peso prima dell'intervento. Il tasso di pazienti con %EWL>=50 (considerato criterio "di successo" nella chirurgia bariatrica) si è ridotto sensibilmente a 24 mesi. A T0, il 53,4% dei pazienti dimostrava un aumentato della SAF, marker che correla con l'accumulo di AGEs nel tessuto cutaneo e che oggi può essere considerato un fattore di rischio cardiovascolare. Tuttavia, nel 46,6% dei soggetti i valori erano nella norma. L'unico fattore che correlava con i livelli di SAF era l'età, ma non il BMI o l'HbA1c. Il decorso della SAF a 12 e 24 mesi era molto variabile, comunque una riduzione della SAF è stata osservata nella metà dei pazienti a 12, e nel 60% dei soggetti a 24 mesi. Non abbiamo trovato fattori che correlano con il decorso della SAF, se non una più alta percentuale di pazienti con un miglioramento della SAF a 24 mesi in quelli con una %EWL>=50 a 12 mesi rispetto a quelli con una %EWL inferiore. Per quanto ne sappiamo, il nostro studio è il primo che descrive il decorso della SAF dopo chirurgia bariatrica. Sánchez E et al. [9] hanno trovato livelli di SAF di 46 soggetti sottoposti a chirurgia bariatrica superiori a quelli di soggetti non-obesi, ma non hanno raccolto dati sul andamento della SAF dopo l'intervento chirurgico. In conclusione, dai dati estrapolati si evidenzia una riduzione dei valori di SAF con il calo ponderale in una importante percentuale di pazienti.  
Alla luce di questi dati preliminari, si conferma la necessità di ulteriori studi per confermare con maggiore evidenza cioè che è emerso allo stato attuale.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] Stirban A et al., Mol Metab 2014; 3(2)
- [2] Meerwaldt R et al., Diabetologia 2004; 47 (7)
- [3] Lutgers HL et al., Diabetologia. 2009; 52(5)
- [4] Redondo-Cavero I et al., J Am Heart Assoc 2018; 7 (18)
- [5] Bos DC et al. Diabetes Technol Ther. 2011; 13(7)
- [6] Noordzij MJ et al., Diabet Med. 2012 Dec;29(12):1556-61
- [7] Smit AJ et al., Curr Opin Nephrol Hypertens 2010; 19(6)
- [8] den Engelsen C et al., Dermatoendocrinol. 2012 4(1)
- [9] Sánchez E et al., Endocrinol Diabetes Nutr 2017; 64(1)
- [10] Gugliucci A et al. Ann Nutr Metab. 2009;54(3):197-201
- [11] Deo P et al., Int J Environ Res Public Health. 2017;14(12)
- [12] Gloy VL et al., BMJ. 2013, 347:f5934
- [13] Koetsier M et al., Diabetes Techn Therap 2010; 12 (5)
- [14] Kang JH et al., Medicine (Baltimore) 2017; 96 (46)

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract	9
Speaker	Cappello Silvia under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Il follow-up del paziente obeso
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Risultati preliminari a 1 anno di uno studio clinico osservazionale sull'efficacia degli interventi chirurgici di by-pass gastrico e di sleeve gastrectomy in termini di calo ponderale, modificazioni della composizione corporea e compliance dietetica</b>
AUTORI	Zugnoni Maria <sup>1</sup> , Cappello S. <sup>1</sup> , Masi S. <sup>1</sup> , Martinelli V. <sup>3</sup> , Cappa A. <sup>3</sup> , Pellegrino E. <sup>2</sup> , Peri A. <sup>2</sup> , Pietrabissa A. <sup>2</sup> , Caccialanza R. <sup>1</sup>  1) UOC Dietetica e Nutrizione Clinica, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia 2) UOC Chirurgia 2- Ambulatorio Multidisciplinare Bariatrica, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia 3) Università di Pavia-Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Pavia
RELATORE	-
INTRODUZIONE	La chirurgia bariatrica consente un rapido calo ponderale nell'immediato periodo post-intervento, con importanti modificazioni della composizione corporea. Il mancato cambiamento del comportamento alimentare e dello stile di vita nel post-operatorio può portare al recupero del peso, vanificando i risultati. Una possibile determinante dell'efficacia dell'intervento chirurgico è infatti l'aderenza alle indicazioni dietetiche e comportamentali, che è riconducibile alle problematiche di ordine psicopatologico frequentemente presenti in questa tipologia di pazienti.
METODI	È stato osservato un campione di 46 pazienti (femmine 91.3%), con età media di 41.8 ±10.2 anni e body mass index (BMI) medio pre-intervento di 43.5 ± 6.8 kg/m <sup>2</sup> , trattati con interventi di sleeve gastrectomy nell'82.6% dei casi e con by-pass gastrico per il restante 17.4%. All'intervento, relativamente alla composizione corporea, il campione presentava i seguenti valori: angolo di fase (PhA) medio di 6.2° ± 0.8°; body cell mass (BCM) media di 32.9 kg ± 6.6 kg, massa magra (FFM) media di 60.6 kg ± 11.1 kg; acqua corporea totale (TBW) media di 43.1 L ±12.6 L. La forza muscolare (HG) media, misurata con un dinamometro digitale, è risultata di 19.5 kg ± 7.9 kg. I pazienti sono stati rivalutati in follow-up dietetico a 1, 3, 6 e 12 mesi dall'intervento e, oltre ai parametri di peso e composizione corporea, sono stati rilevati, tramite recall delle 24 ore, gli intake calorici e proteici.
RISULTATI	La riduzione percentuale del peso in eccesso (EWL%) è risultata in media del 65.6 % ± 16.8% a 6 mesi e del 82.7 % ± 21.5% a 1 anno dall'intervento. Il BMI medio è risultato pari a 31.5± 5.9 a 6 mesi e 28.3 ± 5.8 a 1 anno. Sono state registrate le seguenti variazioni dei parametri di composizione corporea: PhA medio di 5.7° ± 1° a 6 mesi e di 5.6°± 0.6 ° a 1 anno (rispettivamente Δ -0.5° e Δ -0.6°); BCM media di 28.1 kg ± 6.1 kg a 6 mesi e di 27.6 kg ±5.3 kg a 1 anno (rispettivamente Δ -4.8 kg e Δ -5.3 kg); FFM media di 54.2 kg ± 9.6 kg a 6 mesi e di 53.2 kg ± 8.7 kg a 1 anno (rispettivamente Δ -6.4 kg e Δ -7.3 kg); TBW media di 40.3 L ±7.4 L a 6 mesi e 38.1 L ±7.7 L a 1 anno (rispettivamente Δ -2.8 L e Δ -5 L). La forza muscolare (HG) media è risultata di 23 kg ±8.3 kg a 6 mesi e 23.5 kg ±8.5 kg a 1 anno (rispettivamente Δ +3.5 kg e Δ +4 kg). La valutazione degli intake calorici e proteici ha evidenziato un apporto medio di calorie pari a 584 kcal ± 162 kcal e un apporto medio di proteine pari a 59 g ± 15 g al 1° mese; 678 kcal ± 210 kcal e 42 g ± 14 g di proteine al 3° mese; 846 kcal ± 231 kcal e 47 g ± 13 g di proteine al 6° mese; 962 kcal ± 203 kcal e 49 g ± 10 g di proteine a 1 anno dall'intervento.

**DISCUSSIONE**

I risultati preliminari a un anno dall'intervento mostrano risultati positivi in termini di riduzione percentuale del peso in eccesso. Le modificazioni della composizione corporea evidenziano una riduzione nei primi 6 mesi della massa magra e della massa cellulare che vanno però stabilizzandosi ad 1 anno; questo dato pare confermato anche dai valori relativi alla forza muscolare che risulta aumentata a 12 mesi. Gli intake calorici come atteso, aumentano gradualmente nell'arco del primo anno. Gli intake proteici invece soddisfano il fabbisogno stimato condiviso dalle società di settore di 60 g al giorno, solo con l'ausilio di supplementazione proteica in polvere (mediamente g 30 /die), il primo mese post-intervento. Ai controlli successivi, con l'abbandono della supplementazione, il mantenimento di appropriati intake proteici appare molto difficoltoso e si evidenzia pertanto il ruolo fondamentale del counseling dietistico, volto a fornire indicazioni pratiche per indirizzare le scelte alimentari verso la corretta composizione bromatologica della dieta.

**BIBLIOGRAFIA**

-

**Revisore**

Non assegnato

**Accettazione**

Accettato

**Note**

IDabstract

32

Speaker

Matteelli

Michele

under40



ARGOMENTO

Il follow-up del paziente obeso

**TITOLO DEL LAVORO****Efficacia della terapia di gruppo nel medio termine post- intervento per il conseguimento della stabilità di peso. Riflessioni sull'accettazione della nuova immagine corporea**

AUTORI

Pecoraro G, Mosca P, Matteelli M, Galletta D, Micanti F (DAI: Testa- Collo. UOC: Psichiatria e Psicologia. Scuola di Medicina e Chirurgia, Università "Federico II " Napoli)

RELATORE

-

INTRODUZIONE

Il recupero del peso che può verificarsi dopo la chirurgia bariatrica dipende da fattori nutrizionali, psicologici e quelli correlati alla chirurgia stessa. La persistenza della preoccupazione e il disagio per la forma del corpo dopo la perdita di peso sono considerati fattori di rischio per il recupero di peso. La perdita di peso dopo la chirurgia bariatrica determina un cambiamento della componente cognitivo-comportamentale della immagine corporea, ma non quella emotiva. Lo scopo di questo studio è di dimostrare che la psicoterapia di gruppo può modificare la componente emotiva dell'immagine corporea così da raggiungere il mantenimento del peso.

METODI

Sono stati arruolati 30 pazienti con le seguenti caratteristiche: età media  $38 \pm 10,71$  DS (18 donne, 12 uomini); BMI medio di  $48 \pm 8,31$  DS. Tutti i partecipanti sono stati sottoposti alle procedure di valutazione per l'accesso chirurgia bariatrica. La valutazione dell'immagine corporea è stata indagata usando il Body Uneasiness Test (BUT) (T1). I pazienti sono stati sottoposti alla stessa valutazione psicodiagnostica al raggiungimento del dimagrimento dopo la chirurgia bariatrica (T2). Sono stati sottoposti a psicoterapia di gruppo con modello body therapy con obiettivo il rafforzamento dell'autostima e l'appropriazione della nuova immagine corporea.

RISULTATI

La terapia di gruppo ha determinato: un aumento significativo della capacità di usare il corpo nella relazione con gli altri e una maggiore tendenza a realizzare nuove esperienze in relazione al miglioramento dell'autostima.

DISCUSSIONE

La psicoterapia di gruppo rappresenta un efficace strumento in grado di costruire una nuova percezione dell'immagine corporea, un miglioramento dell'autostima e perciò determinare il rafforzamento del senso della propria identità. Questo processo è necessario ad ottenere il mantenimento di peso, fondamentale per la guarigione dall'obesità

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract

13

Speaker

Magrin

Patrizia

under40



ARGOMENTO

Il follow-up del paziente obeso

**TITOLO DEL LAVORO**

**LA QUALITÀ DI VITA NEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A CHIRURGIA BARIATRICA:  
STUDIO DI COORTE LONGITUDINALE RETROSPETTIVO**

AUTORI

Tamara Antonijevic, Dip. di Chirurgia, Ospedale di Gorizia  
Susi Kovic, Dip. di Chirurgia, Ospedale di Gorizia  
Luisa Vandelli, Dip. di Chirurgia, Ospedale di Gorizia  
Patrizia Magrin, Dip. di Chirurgia, Ospedale di Gorizia  
Carlo Nagliati, Dip. di Chirurgia, Ospedale di Gorizia  
Damiano Pennisi, Dip. di Chirurgia, Ospedale di Gorizia  
Alessandro Balani, Dip. di Chirurgia, Ospedale di Gorizia

RELATORE

-

INTRODUZIONE

Background: L'obesità è un fenomeno associato a una ridotta qualità di vita, che si esprime con difficoltà nello svolgimento di attività quotidiane, malessere psicologico e limitazioni nel funzionamento sociale.  
Obiettivo: Dimostrare una correlazione tra riduzione del BMI e miglioramento della qualità di vita del paziente obeso in seguito a chirurgia bariatrica attraverso uno strumento validato scientificamente (Questionario di Laval) che misuri analiticamente il dato.

METODI

Materiali e metodi: È stato condotto uno studio di coorte longitudinale retrospettivo nell'Area di Chirurgia Bariatrica dell'Ospedale "San Giovanni di Dio" di Gorizia, presso l'ASS n°2 Isontina, nel periodo ottobre 2016 – marzo 2018. Lo strumento utilizzato per la rilevazione dei dati è stato il Questionario di Laval, i cui punteggi sono stati confrontati a tempi diversi dall'intervento chirurgico.

RISULTATI

Risultati: Sono stati presi in considerazione 21 soggetti (15 donne e 6 uomini), 11 dei quali hanno svolto un intervento di Sleeve Gastrectomy e 10 dei quali hanno svolto un intervento di Bypass Gastrico, che hanno completato il follow-up annuale. Durante il percorso, ognuno di loro ha compilato il Questionario (a "tempo 0", 3 mesi, 6 mesi e 1 anno dall'intervento) e attraverso l'analisi e il confronto dei dati raccolti, si è evidenziato che a una riduzione del BMI, aumenta il punteggio di Laval e migliora dunque la qualità di vita.

DISCUSSIONE

Discussione: Nonostante il limite dello studio riguardante l'impatto della soggettività nella compilazione dello strumento, lo strumento si è dimostrato efficace nella rilevazione del parametro "qualità di vita" e i risultati dello studio hanno messo in evidenza un miglioramento della qualità di vita associato a una riduzione del BMI.  
Conclusioni: I risultati ottenuti hanno dimostrato il raggiungimento dell'obiettivo dello studio e l'importanza di avere uno strumento specifico per l'obesità in grado di valutare singolarmente ogni ambito di vita quotidiana.

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note



IDabstract

25

Speaker

Ranucci

Claudia

under40



ARGOMENTO

Il follow-up del paziente obeso

**TITOLO DEL LAVORO****Cause dell'abbandono del percorso dietetico del paziente sottoposto a Sleeve Gastrectomy dopo 1 anno dall'intervento. L'esperienza del Servizio Dietetico dell'Ospedale San Giovanni Battista di Foligno USL UMBRIA 2**

AUTORI

C. Ranucci a, R. Pippi b, A. Monni c, G. Della Bina c, N. Capitini c, S. Caporicci c, T. La Ferla d, M. Boni e

a dietista libero professionista, PhD

b C.U.R.I.A.MO Healthy Lifestyle Institute, (Centro Universitario di Ricerca Interdipartimentale Attività Motoria), University of Perugia

c Servizio Dietetico Ospedale San Giovanni Battista Foligno, Usl Umbria 2

d Psichiatra dirigente medico presso SPDC Ospedale San Giovanni Battista Foligno, Usl Umbria 2

e Chirurgo responsabile struttura semplice dipartimentale di chirurgia bariatrica Ospedale San Giovanni Battista Foligno, Usl Umbria 2

RELATORE

-

INTRODUZIONE

Il follow-up postoperatorio è importante per i pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica. Secondo le linee guida SICOB il team multidisciplinare deve offrire un percorso di follow-up adeguato a tutti i pazienti operati. Il percorso comprende la gestione ed il trattamento delle comorbidità e delle complicanze a breve e lungo termine e la riabilitazione nutrizionale con counseling adeguato. I risultati del trattamento dipendono dall'adesione da parte del paziente al programma di follow-up che, proprio per questo, è fondamentale non solo per raggiungere dei risultati, ma soprattutto per il mantenimento degli stessi a lungo termine. L'abbandono della terapia è frequente nei soggetti obesi e spesso concausa di mancati risultati in termini di calo ponderale.

L'obiettivo dello studio è mostrare gli effetti dell'intervento svolto presso il Servizio Dietetico dell'Ospedale di Foligno, valutando la riduzione del BMI rispetto a fattori potenzialmente predittivi (quali ad esempio BMI pre-intervento, età e genere dei pazienti, presenza di disturbi psichiatrici) e indagare le cause relative all'abbandono del percorso nutrizionale nel corso del primo anno post operatorio.

Altri importanti obiettivi sono l'individuazione di "un periodo critico" dopo il quale si registra un maggior numero di abbandoni e la valutazione del grado di soddisfazione del paziente dopo l'intervento. L'insoddisfazione per i risultati raggiunti è infatti un fattore determinante l'abbandono della terapia, strettamente collegato alle aspettative di perdita di peso del paziente stesso.

METODI

Tra i pazienti sottoposti a Sleeve Gastrectomy afferenti al Servizio Dietetico dell'Ospedale di Foligno nel periodo tra il 2013 e il 2017 sono stati osservati 281 pazienti (di cui 198 donne e 83 uomini), con età media di  $47 \pm 10,9$  anni ed un valore medio di BMI pari a  $45,9 \pm 8,61$  kg/m<sup>2</sup>.

Durante i primi 3 mesi d'intervento sono stati previsti incontri con cadenza mensile, successivamente ogni paziente è stato rivalutato a 6, 9, 12, 18 mesi poi controlli annuali. A 18 mesi dall'accesso all'intervento è stato possibile analizzare lo stato ponderale di 84 soggetti; l'analisi è stata limitata ai soli partecipanti di cui si disponevano tutti i dati per i vari tempi di osservazione.

Sono state misurate le variabili antropometriche e calcolata la percentuale di perdita di peso in eccesso rispetto ad un peso ideale (o % EWL) ed i cambiamenti nell'indice di

massa corporea ( $\Delta$ BMI).  
Successivamente, considerato che dopo 1 anno 142 pazienti avevano interrotto il programma dietetico, si è andati ad indagare le cause dell'abbandono attraverso un'intervista telefonica semistrutturata, basata sulle indicazioni riportate nel lavoro "Complexity of attrition in the treatment of obesity clues from a structured telephone interview"(Grossi et al,2006).E' stato possibile ricontattare telefonicamente 60 circa pazienti, 40 dei quali si sono dimostrati disponibili a rispondere alle domande. Vengono presentate le analisi descrittive e le variazioni dei valori medi nei vari tempi di osservazione delle variabili studiate a 3 mesi o T1, a 6 mesi o T2, a 12 mesi o T3 e a 18 mesi o T4 dall'inizio dell'intervento. Per migliore valutazione il campione è stato suddiviso in 4 sottogruppi in base al valore del BMI .Per valutare gli effetti dell'intervento è stata inoltre condotta un'analisi della varianza per misure ripetute. La significatività statistica è stata fissata a  $p < 0,005$ ; tutte le analisi presentate sono state condotte utilizzando Microsoft Office Excel 2010 ed SPSS, versione 20.0.

#### RISULTATI

I dati mostrano una significativa variazione delle principali variabili osservate (peso, BMI, EWL) nel tempo, dipendente dal valore di BMI con cui i soggetti si presentano al Servizio, ma indipendente dall'età e dal genere.  
Secondo una prima analisi statistica dei dati circa il 50,5 % dei pazienti abbandona il percorso nutrizionale dopo 1. Per quanto riguarda le cause dell'abbandono l'80 % del campione intervistato afferma di avere la certezza di perdere peso aggiuntivo senza un aiuto professionale, il 27,5 % non è riuscito a continuare il trattamento da solo e 7,5 % ha perso la motivazione. Il 67,5 % degli intervistati risulta soddisfatto del risultato ottenuto. In particolare riguardo le difficoltà incontrate nel raggiungere il Servizio Dietetico per sottoporsi ai controlli, il 40 % ha riferito di aver interrotto il trattamento per motivi di distanza dall'ospedale (pazienti afferenti da diverse regioni italiane), il 35 % problemi di lavoro, il 12,5 % per problemi di salute personali e famigliari.

#### DISCUSSIONE

L'importanza dell'aderenza alla terapia è determinante nel successo a lungo termine. L'analisi dei dati è uno strumento molto utile per migliorare il servizio offerto e mettere in atto delle strategie per evitare l'abbandono precoce del trattamento. Conoscere le ragioni per le quali i pazienti abbandonano il protocollo nutrizionale ed individuare il lasso temporale in cui si registra l'abbandono, consente di modulare il servizio a seconda delle necessità dei pazienti (esempio consulenze telefoniche per coloro che risiedono lontano dal centro). Alla luce dei dati ottenuti si ipotizza che possa essere utile organizzare incontri di gruppo con i pazienti operati con lo scopo di facilitare l'approccio con il team multidisciplinare e creare coesione tra i pazienti stessi. L'obiettivo degli incontri sarà in primis mettere a conoscenza del percorso clinico – assistenziale previsto e l'importanza dell'aderenza alla terapia anche quando vi è stato un buon risultato.

#### BIBLIOGRAFIA

Grossi R, Dalle Grave E, Mannucci et al., (2006) Complexity of attrition in the treatment of obesity: clues from a structured telephone interview. Int J Obes 1-6, DOI 10.1038/sj.ijo.0803244.  
-Jiandani et al., (2016) Predictors of early attrition and successful weight loss in patients attending an obesity management program BMC Obesity 3:14 DOI 10.1186/s40608-016-0098-0

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	22
Speaker	Ojeda Mercado Daniela under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Il follow-up del paziente obeso
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>La Prevalenza di Obesità in Età Pediatrica</b>
AUTORI	D. Dellepiane (1), D. Ojeda Mercado (1), V. Rossini (1), L. Molteni (2). (1) Ospedale Fatebenefratelli di Erba, Reparto Dietologia e Nutrizione Clinica (2) Ospedale Fatebenefratelli di Erba, Reparto Endocrinologia
RELATORE	-
INTRODUZIONE	L'obesità è la malattia metabolica più comune in età pediatrica nei paesi industrializzati. In Italia, la percentuale di obesità e sovrappeso infantile è del 31%. E' importante sottolineare che i bambini obesi rischiano di sviluppare malattie metaboliche. L'obiettivo del presente studio è di mostrare gli effetti dell'utilizzo di un approccio educativo basato su una dieta mediterranea bilanciata.
METODI	A causa dell'importante incremento delle malattie metaboliche relazionate all'età pediatrica, durante il 2016, è stato creato un ambulatorio dedicato unicamente alla cura di pazienti pediatrici avventi problemi metabolici. Il campione analizzato è composto da 30 bambini. Sono stati calcolati i seguenti valori: il peso, il BMI e l'indice HOMA. I dati sono stati ottenuti analizzando un periodo temporale di sei mesi. I cambiamenti osservati dimostrano l'effetto dell'applicazione di una dieta salutare bilanciata e dei consigli nutrizionali.
RISULTATI	L'età media dei pazienti è di 10,83 anni. Il BMI medio iniziale era pari a 27,36 e ha subito un decremento del 7%, equivalente a 25,44. L'indice HOMA medio era pari a 7,2 ed a seguito di un decremento del 19,02% ha raggiunto il valore di 5,83. Infine, il peso iniziale che era di 72 Kg è diminuito del 13,19% raggiungendo 62,5 Kg.
DISCUSSIONE	Al fine di poter ridurre l'eventuale rischio di sviluppare comorbidità relazionate all'obesità, risulta essere fondamentale curare preventivamente in età infantile tale malattia. Inoltre, grazie allo studio condotto, è stata dimostrata l'importanza dell'insegnamento ai bambini della conduzione di abitudini alimentari sane e del mantenimento di un peso salutare al fine di poter osservare una crescita regolare. L'analisi effettuata ha fornito i dati iniziali che saranno utilizzati e confrontati con i futuri dati provenienti dai pazienti dell'ambulatorio.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract

17

Speaker

Ernesti

Ilaria

under40



ARGOMENTO

Il trattamento non chirurgico dell'obesità: ruolo dei palloni intragastrici e delle procedure emergenti

**TITOLO DEL LAVORO**

**Trattamento dietoterapico combinato con Pallone Intragastrico: un caso clinico incoraggiante**

AUTORI

Ilaria Ernesti 1, Lidia Castagneto-Gissey 2, Giovanni Casella 2, Daniela Dellepiane 3, Leone Giuseppe 2, Alfredo Genco 2.  
1 Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sapienza Università di Roma.  
2 Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Sapienza Università di Roma.  
3 Servizio di Dietologia, Ospedale Sacra Famiglia Fatebenefratelli Erba, Como.

RELATORE

-

INTRODUZIONE

Introduzione: Presentiamo il caso clinico di M., una paziente di 61 anni, affetta da obesità di II grado, sindrome metabolica ed iperinsulinemia.  
In anamnesi patologica remota riferiva di aver contratto le malattie esantematiche dell'infanzia ed esser stata sottoposta ad intervento di appendicectomia a 14 anni. L'anamnesi ponderale metteva in evidenza numerosi tentativi dietoterapici fallimentari, con difficoltà nell'aderire allo schema prescritto. L'età d'insorgenza dell'eccesso ponderale coincideva con la seconda gravidanza, avuta a 35 anni, con un progressivo aumento fino al raggiungimento del peso massimo dopo la menopausa (49 anni). Da quel momento, la paziente ha mantenuto il peso in modo stabile, senza importanti oscillazioni ponderali.  
Al momento della nostra osservazione, maggio 2018, M. presentava i seguenti valori antropometrici: Peso: 112 kg, indice di massa corporea (BMI): 39 kg/m<sup>2</sup>, circonferenza vita (CV) 125 cm. Dalle abitudini alimentari si riscontravano iperfagia prandiale ed emotional eating, M. negava night eating ed episodi di abbuffate compulsive.

METODI

In considerazione della storia clinica e delle abitudini alimentari abbiamo sperimentato il seguente protocollo: la prima fase, di pretrattamento, caratterizzata da due mesi di dieta chetogenica (VLCKD), la seconda fase, della durata di 4 mesi, di trattamento con Pallone Intragastrico (Ellipse) e dieta fortemente ipocalorica (VLCD), seguita, infine, dalla fase di mantenimento con dieta mediterranea ipocalorica (MD). Sono stati eseguiti esami ematici prima e al termine del protocollo.

RISULTATI

Il 7 maggio è iniziata la prima fase, il 4 luglio è stato posizionato il Pallone intragastrico, che è stato espulso per via naturale al termine della 15° settimana di trattamento e, dal 20 ottobre ad oggi la paziente ha seguito la fase di mantenimento. M. ha mostrato una buona aderenza al follow-up nutrizionale, effettuando visite di controllo ogni 3 o 4 settimane. Abbiamo ottenuto in termini di peso, circonferenza vita e BMI, rispettivamente, i seguenti risultati nel tempo:  
Fase di pretrattamento VLCKD: Peso da 112 kg a 103 kg; CV da 125 cm a 119 cm, BMI da 39 a 37,7 kg/m<sup>2</sup>  
Fase di trattamento Ellipse: Peso da 103 kg a 84,4 kg; CV da 119 a 107 cm; BMI da 37,3 a 30,7 kg/m<sup>2</sup>  
Fase di mantenimento DM ipocalorica: Peso da 84,4 a 80,5 Kg; CV da 107 a 98 cm; BMI da 30,7 a 29 kg/m<sup>2</sup>  
In sette mesi abbiamo ottenuto un calo ponderale totale di 31,5 kg, un Excess Weight Loss del 28%, una riduzione di 27 cm di CV e di 10 punti di BMI, uscendo dalla definizione di obesità. Al calo ponderale si è associata la riduzione dell'HOMA-IR index da 4,8 a 2,6 (1).

DISCUSSIONE

Questi risultati, sia in termini di calo ponderale che di indici metabolici (circonferenza vita ed insulino-resistenza), sono stati ottenuti con un protocollo che ha combinato la dieta VLCKD al trattamento con Pallone Intragastrico, seguito da una fase di mantenimento con DM. Questi risultati sono sovrapponibili a quelli che si ottengono nei

primi mesi dopo intervento di chirurgia bariatrica (2,3). Il successo ottenuto con questa paziente ci incoraggia a proseguire in questa direzione, che sembra essere, nel breve termine, un'alternativa terapeutica efficace e sicura nella riduzione del calo ponderale e nella risoluzione delle patologie obesità-correlate (insulinoreistenza e sindrome metabolica).

BIBLIOGRAFIA

Matthews DR, Hosker JP, Rudenski AS, Naylor BA, Treacher DF, Turner RC. Homeostasis model assessment: insulin resistance and beta-cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man. *Diabetologia*. 1985 Jul;28(7):412-9.

Gloy VL, Briel M, Bhatt DL, Kashyap SR, Schauer PR, Mingrone G, Bucher HC, Nordmann AJ. Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2013 Oct 22;347:f5934. doi: 10.1136/bmj.f5934. Review.

Wolfe BM, Kvach E, Eckel RH. Treatment of Obesity: Weight Loss and Bariatric Surgery. *Circ Res*. 2016 May 27;118(11):1844-55. Review.

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract

18

Speaker

Genco

Alfredo

under40



ARGOMENTO

Il trattamento non chirurgico dell'obesità: ruolo dei palloni intragastrici e delle procedure emergenti

**TITOLO DEL LAVORO**

**Metabolic effects of a New Procedureless Intragastric Balloon (Elipse®): Italian Group's Experience on 324 patients with overweight and obesity**

AUTORI

Alfredo Genco MD a, Cristiano Giardiello MD b, Michele Rosa MD c, Giuseppe Samir Sukkar MD d, Marco Rovati MD e, Francesco Greco MD f, Andrea Formiga MD g, Marcello Lucchese MD h, Ilaria Ernesti MD i, Marco Antonio Zappa MD l.

a. Department of Surgical Sciences, Sapienza University of Rome, Italy  
 b. Department of General Surgery dept., "Pineta Grande Clinic", Caserta, Italy  
 c. Department of "Micros Clinic", Modica, Italy  
 d. Department of Dietetics and Clinical Nutrition Unit, "San Martino University", Genoa, Italy  
 e. Department of General Surgery, University of Milan, Italy  
 f. Department of Bariatric Surgery "Fondazione Poliambulanza", Brescia, Italy  
 g. Department of General Surgery, "Istituti clinici Zucchi" San Donato Group, Monza, Italy  
 h. Department of General and Bariatric Surgery, "Santa Maria Nuova Hospital", Florence, Italy  
 i. Department of Experimental Medicine-Medical Physiopathology, Food Science and Endocrinology Section, Sapienza University of Rome, Rome, Italy.  
 l. Department of General Surgery "FateBeneFratelli Hospital", Erba, Italy

RELATORE

-

INTRODUZIONE

Elipse® Balloon (Allurion Technologies, Natick, MA USA) è un pallone intragastrico di nuova generazione che non richiede anestesia nè endoscopia per il posizionamento e la rimozione. Scopo dello studio è di verificare l'efficacia di Elipse sulla perdita di peso e sul miglioramento del profilo glico-metabolico nei pazienti obesi e/o sovrappeso.

METODI

Da novembre 2017 a marzo 2018 e' stato effettuato uno studio prospettico multicentrico che ha coinvolto 9 centri italiani per la cura dell'obesità. I dati sono stati raccolti in un database condiviso. Nello studio sono stati inclusi pazienti di età compresa tra 18 e 65 anni, con un BMI  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> ed  $\leq 45$  kg/m<sup>2</sup>. La procedura di posizionamento è estremamente semplice: Elipse® è contenuto all'interno di una capsula dissolvibile di origine vegetale, connessa ad un sottile catetere; il paziente deglutisce la capsula con l'aiuto di un bicchiere d'acqua e/o con il supporto di uno stiletto; si procede a RX diretta addome per conferma del corretto posizionamento della capsula all'interno della cavità gastrica (attraverso il reperi di un anello radiopaco), infine il device viene riempito con 550 ml di soluzione dedicata ed il catetere viene rimosso. Elipse® è stato progettato per rimanere nella cavità gastrica per 4 mesi, aprirsi spontaneamente ed essere espulso per via naturale.

RISULTATI

Sono stati arruolati 324 pazienti (54% sesso femminile) con età media  $45.77 \pm 11.1$  anni, peso medio  $103.99 \pm 23.6$  kg e BMI medio  $36.8 \pm 6.15$ . Tutti i pazienti hanno deglutito la capsula senza complicanze ed è stato confermato il corretto posizionamento nella cavità gastrica mediante RX addome. Dopo 16 settimane di trattamento, il calo ponderale medio è stato di 14.3 kg, il total body weight loss del 13.75%, l'excess weight loss del 31%, con una riduzione media di 4.98 kg/m<sup>2</sup> punti di BMI. Quattro palloni (1.3%) sono stati rimossi precocemente per intolleranza. Un pallone (0.3%) è desufflato precocemente ed è stato espulso senza complicanze dopo 90 giorni dal posizionamento. Non si sono verificate ostruzioni intestinali o altre complicanze gravi. E' stato osservato un miglioramento significativo del profilo glicemico e di alcuni parametri della sindrome metabolica prima e al termine del trattamento (16 settimane): Circonferenza Vita (cm) da  $111.0 \pm 16,2$  a  $95.2 \pm 9.7$  (p < 0.0001)

Trigliceridi (mmol/L) da 135.2 ± 77.3 a 133.4 ± 72.6 (NS)  
Colesterolo HDL (mmol/L) da 57.08±9.7 a 58.15 ± 8.7 (NS)  
Colesterolo LDL (mmol/L) da 125.0 ± 43.9 a 101.1 ± 32.21 (p < 0.0001)  
Colesterolo totale (mmol/L) da 199.2 ± 28.4 a 185.9 ± 26.5 (p < 0.0001)  
HbA1c (mmol/mol) da 42.1 ± 11.8 a 37.0 ± 11.0 (p < 0.001)  
Glicemia a digiuno (g/dL) da 112.1 ± 14.5 a 99 ± 13.9 (p < 0.001)

DISCUSSIONE

I risultati ottenuti, seppur nel breve termine, sono incoraggianti. Al momento, Elipse® può essere considerato l'unico trattamento non endoscopico, non chirurgico e non farmacologico, che risulti sicuro ed efficace nella cura dell'obesità/sovrappeso e nella risoluzione delle patologie obesità correlate, quali sindrome metabolica e pre-diabete.

BIBLIOGRAFIA

Bray GA, Frühbeck G, Ryan DH, Wilding JP. Management of obesity. Lancet. 2016 May 7;387(10031):1947-56.

Popov VB, Ou A, Schulman AR, Thompson CC. The Impact of Intragastric Balloons on Obesity-Related Co-Morbidities: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am Gastroenterol. 2017 Mar;112(3):429-439.

American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2018 Abridged for Primary Care Providers. Clin Diabetes. 2018 Jan;36(1):14-37.

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract

20

Speaker

Dellepiane

Daniela

under40



ARGOMENTO

Il trattamento non chirurgico dell'obesità: ruolo dei palloni intragastrici e delle procedure emergenti

**TITOLO DEL LAVORO**

**Risultati a medio termine del trattamento dell'obesità patologica mediante ASPIRE THERAPY: a case-report.**

AUTORI

Daniela Dellepiane 1, Ilaria Ernesti 2, Fulvio Cappelletti 3, Daniela Ojeda Mercado 4, Alfredo Genco 5.  
1 Servizio di Dietologia, Ospedale sacra Famiglia Fatebenfratelli, Erba.  
2 Dipartimento di Medicina Sperimentale, sezione di Fisiopatologia Medica, Scienza dell'Alimentazione ed Endocrinologia, Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma  
3 Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva, Ospedale Koelliker, Torino  
4 Dipartimento di Dietologia, Ospedale Koelliker, Torino  
5 Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma.

RELATORE

-

INTRODUZIONE

Descriviamo il caso clinico di una paziente di 43 anni (G.D.), con familiarità positiva per obesità, diabete di II tipo, ipertensione arteriosa ed IMA, affetta da obesità associata a sindrome metabolica, ipercolesterolemia LDL, sindrome depressiva in trattamento polifarmacologico ed Esofago di Barrett senza displasia. All'anamnesi ponderale si riscontra sovrappeso dall'infanzia, con incremento esponenziale a seguito di due gravidanze ravvicinate.  
Nel 2009, all'età di 35 anni, G. raggiunge un BMI di 38 kg/m<sup>2</sup> per cui posiziona bendaggio gastrico, ottenendo un calo ponderale di 15 kg (- 7 punti di BMI) in due anni di trattamento.  
In seguito ad alcuni episodi di abbuffata, si rende necessaria la rimozione del device per slipping della tasca gastrica.  
Nei quattro anni successivi, la paziente non solo recupera il peso perso ma raggiunge il peso massimo di 105 kg, con BMI di 41.7 kg/m<sup>2</sup>.

METODI

A dicembre 2015 si sottopone a trattamento endoscopico con ASPIRE THERAY, senza insorgenza di complicanze peri-procedurali.

RISULTATI

A distanza di sei mesi dal posizionamento la paziente manifesta sintomi da ipopotassiemia con crampi muscolari, affaticabilità ed irritabilità che sono regrediti con opportuna integrazione elettrolitica in pochi giorni.  
Nel corso del follow-up è stato registrato un calo ponderale di 20 kg nel primo anno, fino al raggiungimento del peso minimo di 82 kg (BMI 32,4 kg/m<sup>2</sup>), che la paziente mantiene a distanza di 30 mesi dal posizionamento. La paziente ha inoltre ottenuto un miglioramento del profilo glico-metabolico con normalizzazione dei valori di colesterolo LDL e della glicemia a digiuno, non rientrando più nei criteri della Sindrome Metabolica. Ha ridotto inoltre la terapia medica antidepressiva. Effettua periodicamente supplementazione di Vitamina D, ferro ed acido folico per os.  
All'EGDS effettuata ad aprile 2018, la cavità gastrica risulta esente da alterazioni, mentre sono presenti segni di deterioramento del device. Nonostante sia stata posta indicazione alla rimozione come da protocollo, la paziente rifiuta tale procedura. G. riferisce infatti di aver modificato la propria alimentazione: effettua l'aspirazione del contenuto gastrico 1-2 volte al giorno (dopo un pasto principale) ma ha contemporaneamente ridotto la quantità delle porzioni, aumentato il tempo della durata del pasto, con una riduzione significativa della calorie introdotte durante la giornata. Dal posizionamento del device non ha presentato episodi di abbuffate.

DISCUSSIONE

Conclusioni: Questa esperienza clinica, seppur singola, dimostra che ASPIRE THERAPY è una procedura sicura ed efficace nel trattamento dell'obesità patologica di III grado, ed è

ben accettata dalla paziente che ha modificato il proprio stile di vita, riuscendo a mantenere a medio termine i risultati ottenuti.

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract

70

Speaker

Schiano di Cola Rita

under40



ARGOMENTO

Il trattamento non chirurgico dell'obesità: ruolo dei palloni intragastrici e delle procedure emergenti

**TITOLO DEL LAVORO****PROGRAMMA ELIPSE: AGGIORNAMENTI DAL P.O. PINETA GRANDE**

AUTORI

R. Schiano di Cola, E. Silvestri, F. Di Gioia, G. Serino, C. Giardiello  
Dipartimento di Chirurgia Generale, d'Urgenza e Metabolica. Centro di eccellenza per lo Studio ed il trattamento multidisciplinare dell'Obesità. Servizio di dietetica e Nutrizione - Obesity Center  
P.O. Pineta Grande, Castelvoturno, Caserta

RELATORE

-

INTRODUZIONE

I palloncini intragastrici rappresentano una valida opzione per i pazienti affetti da Obesità sia per valutare l'adesione ad un regime alimentare corretto e ad uno stile di vita più sano che per ottenere un calo ponderale soddisfacente (in previsione o meno di un eventuale intervento chirurgico).  
Considerando che il limite maggiore del classico palloncino intragastrico (ad acqua o aria) risulta essere il posizionamento e la relativa rimozione in endoscopia, Elipse TM, risulta, invece, sempre più una valida alternativa. È il primo pallone gastrico che viene posizionato in regime ambulatoriale senza richiedere endoscopia o anestesia, viene ingerito, risiede nello stomaco per 18-20 settimane ed è progettato in modo tale da essere eliminato in modo sicuro attraverso il tratto gastrointestinale.  
Scopo del presente lavoro è stato riportare la nostra esperienza in termini di compliance al posizionamento e al trattamento.

METODI

Da Aprile 2016, 158 pazienti tra quelli che hanno richiesto l'inserimento di Elipse TM sono risultati idonei al posizionamento: sono stati esclusi da questa analisi 1 paziente (M, 65 aa, IMC 40 kg/m<sup>2</sup>) che ha mostrato scarsa compliance nell'ingestione della compressa, 2 pazienti che lo hanno rimosso in meno di 48 h per riferita intolleranza, 23 pazienti che ancora risultano in trattamento e i 4 persi al follow-up.

RISULTATI

Dei 128 pazienti oggetto di analisi, sono stati valutati i principali parametri antropometrici al tempo 0 e all'eliminazione; inoltre è stata valutata la tollerabilità, la presenza di sintomi ed eventi avversi, il grado di sazietà e la compliance al trattamento dietetico ipocalorico bilanciato proposto. Abbiamo infine chiesto ai pazienti di esprimere un giudizio complessivo di gradimento (scala da 1 a 10) del trattamento ed eventuali commenti.  
Il palloncino è stato riempito con 500 ml di fluido attraverso un sottile catetere successivamente rimosso.  
Ai pazienti è stata consigliata oltre ad una terapia con IPP per tutta la durata del trattamento, una terapia antiemetica ed antispastica specifica per le prime 48 ore e una dieta ad hoc con successiva rivalutazione dietistica mensile.  
I pz avevano età media 40±13 anni, peso 105±23 kg, altezza media 1.65 m, IMC 38±6 kg/m<sup>2</sup>.  
Gli eventi avversi più comuni sono stati nausea e vomito trattati con terapia medica. Non ci sono stati eventi avversi gravi, e tutti i palloni sono stati evacuati naturalmente, ad eccezione di n°2 pazienti, i quali hanno espulso il palloncino attraverso il vomito (per gastroenterite e in una donna, nausea gravidica). Anche in questi ultimi casi i pazienti avevano completato il trattamento.  
Il grado di sazietà è stato maggiore nei primi 2 mesi, e la compliance al trattamento ipocalorico bilanciato è stato accettato di buon grado nella maggior parte dei pazienti. A 4 mesi, la media del peso corporeo totale perso è stata di circa 10±6 kg (10% del peso iniziale). È interessante considerare che la media include pazienti che attraverso il trattamento hanno raggiunto la perdita di peso anche di 25 kg e pazienti che non hanno riportato alcun calo ponderale a causa di una mancata aderenza al trattamento dietetico

	proposto.
DISCUSSIONE	<p>La nostra esperienza conferma che Elipse TM sia una valida opzione per il trattamento dell'Obesità.</p> <p>La perdita di peso è stato simile a quello osservato negli studi precedenti di palloncini endoscopicamente posizionati, col vantaggio di una minima invasività sia nel posizionamento che nella rimozione.</p>
BIBLIOGRAFIA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Yorke E, Switzer NJ, Reso A, Shi X, de Gara C, Birch D, Gill R, Karmali S: "Intragastric Balloon for Management of Severe Obesity: a Systematic Review." - <i>Obes Surg.</i> 2016 Sep;26(9):2248-54.</li> <li>2. Choi SJ1, Choi HS1. "Various Intragastric Balloons Under Clinical Investigation." - <i>Clin Endosc.</i> 2018 Sep;51(5):407-415. doi: 10.5946/ce.2018.140. Epub 2018 Sep 27.</li> <li>3. Saber AA, Shoar S, Almadani MW, Zundel N, Alkuwari MJ, Bashah MM, Rosenthal RJ: "Efficacy of First-Time Intragastric Balloon in Weight Loss: a Systematic Review and Meta- analysis of Randomized Controlled Trials." - <i>Obes Surg.</i> 2017 Feb;27(2):277-287.</li> <li>3. Machytka E, Gaur S, Chuttani R, Bojkova M, Kupka T, Buzga M, Giannakou A, Ioannis K, Mathus-Vliegen E, Levy S, Raftopoulos I: "Elipse, the first procedureless gastric balloon for weight loss: a prospective, observational, open-label, multicenter study." - <i>Endoscopy.</i> 2017 Feb;49(2):154-160.</li> <li>4. Trang J, Lee SS, Miller A, Cruz Pico CX, Postoev A, Ibikunle I, Ibikunle CA. "Incidence of nausea and vomiting after intragastric balloon placement in bariatric patients - A systematic review and meta-analysis." - <i>Int J Surg.</i> 2018 Sep;57:22-29.</li> </ol>
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	37
Speaker	Bove Vincenzo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Il trattamento non chirurgico dell'obesità: ruolo dei palloni intragastrici e delle procedure emergenti
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>TRANSORAL OUTLET REDUCTION FOR WEIGHT REGAIN AFTER GASTRIC BYPASS: ONE YEAR FOLLOW-UP</b>
AUTORI	Vincenzo Bove, Ivo Boškovski, Rosario Landi, Giulia Gibiino, Lucrezia Laterza, Francesca Mangiola, Francesca D'Aversa, Pietro Familiari, Andrea Tringali, Fabia Attili, Vincenzo Perri, Guido Costamagna  Digestive Endoscopy Unit, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS. Università Cattolica del Sacro Cuore, Centre for Endoscopic Research Therapeutics and Training - CERTT, Rome, Italy
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Enlargement of gastrojejunal anastomosis is associated with weight regain in patients with Roux-en-Y gastric bypass (RYGB). Endoscopic transoral outlet reduction (TORe) has proven safe and effective for treatment of weight regain. The objective of this study was to evaluate the safety and the efficacy in weight loss and quality of life after TORe.
METODI	Patients with at least 50% of weight regain and enlarged gastric outlet after RYGB treated at our centre were retrospectively identified from a prospectively collected database. Endoscopic outlet reduction was performed with Overstitch (Apollo Endosurgery), a full-thickness endoscopic suturing device. Before suturing the outlet rims were cauterized with pulsed Argon Plasma Coagulation on 40 Watts, 1l/min (VIO 300D, ERBE Elektromedizin GmbH). Telephonic follow-up was done at 1, 3, 6 and 12 months. The quality of life was evaluated according to the Quality Of Life Scale (QOLS).
RISULTATI	Thirty-three patients (29 female, mean age 43.7) underwent TORe from January 2015 to April 2017. Baseline mean BMI was 37.9 (range 31-50) and weight was 107.9 kg (range 77-132). Mean procedure time was 34 minutes (range 15-60) and a mean number of 2.3 stitches per patient were placed (range 2-4) on the level of the gastric outlet. After suturing the patency of the redone outlet was tested with a standard gastroscope. There were 2 (6%) complications: one patient developed fever due to a small retrogastric collection and was treated with antibiotics, while one patient had a gastric perforation that required urgent surgery. Mean hospital stay was 2.4 days (range 1-10). Thirty patients completed the follow up at 1, 3, 6 and 12 months. Three patients were lost during the follow-up. Mean weight loss at 1-month was 8.7 kg, at 3 months was 11.7 kg, at 6 months was 14.1 kg while at 12 months was 14.8 kg. Mean BMI was 32 and the %EWL was 34.5 at 1 year. Only two patients regained weight compared to baseline during the follow up. All the patients reported satiety after 1 month, which was confirmed by 56% of patients after 6 months and by 37.5 % after 12 months of follow-up. In addition, over 50% of the study population had an improvement quality of life in terms of physical activity, relationships and dietary habits at 1 year follow-up.
DISCUSSIONE	In our experience TORe was a safe and effective procedure in patients with weight regain after RYGB, with stable promising results even in the long-term follow-up. Moreover, our study showed an improvement in patients' quality of life, in terms of satiety, relationships, dietary habits and aerobic physical exercise. Further clinical trials are needed to confirm these results and to establish the role and correct timing of TORe after RYGB in the multidisciplinary strategy.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato

Note



IDabstract	36
Speaker	Bove Vincenzo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Il trattamento non chirurgico dell'obesità: ruolo dei palloni intragastrici e delle procedure emergenti
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>THE ROLE OF MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN ENDOSCOPIC SLEEVE GASTROPLASTY</b>
AUTORI	Ivo Boškosi, Vincenzo Bove, Rosario Landi, Lucrezia Laterza, Francesca Mangiola, Francesca D'Aversa, Giulia Gibiino, Andrea Tringali, Pietro Familiari, Fabia Attili, Vincenzo Perri, Guido Costamagna  Digestive Endoscopy Unit, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS. Università Cattolica del Sacro Cuore, Centre for Endoscopic Research Therapeutics and Training - CERTT, Rome, Italy
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Endoscopic sleeve gastropasty (ESG) is a relatively novel endoscopic procedure that reduces the gastric lumen with proven less complications and less 6 months weight loss compared to laparoscopic sleeve gastropasty (LSG). At present there are no studies investigating the role of multidisciplinary approach in ESG. The aims of the present study were to evaluate the role of multidisciplinary assessment (MA) prior ESG, weight loss outcomes, quality of live improvements and adverse events.
METODI	From May 2016 to May 2018 all patients that underwent ESG were retrospectively evaluated from a prospective database. Included patients had 2° and 3° degree of obesity or 1° with comorbidities. Also patients not suitable for surgery (age > 65 and/or serious comorbidities) were enrolled. Age below 18 was exclusion criteria. Previous gastric or esophageal surgery was also an exclusion criteria. All patients underwent upper GI endoscopy to exclude pathologies. Until September 2017 before ESG only psychiatric evaluation was requested, while after this date we adopted the guidelines of the Italian Society for Obesity Surgery and all patients were evaluated on a multidisciplinary fashion prior ESG. The multidisciplinary team was composed by: gastroenterologist, surgeon, psychiatrist, endocrinologist and dietitian. Patients were divided in two groups: group 1 were patients with ESG before MA and group 2 were patients with ESG after MA. We compared this two groups in terms of weight loss outcomes, quality of live improvements and adverse events. Quality of live was measured with the Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). All procedures were done with the Apollo Overstitch suturing system (Apollo Endosurgery) and a double channel gastroscope Olympus 2TGIF-160 (Olympus Japan). All procedures were done in general anesthesia and with insufflation of CO2. All patients had ambulatory visit t 1, 3 and 6 months after ESG and weight loss outcomes were measured in terms of Excess Weight Loss (%EWL), the Total Body Weight Loss (%TBWL) and BAROS scale were assessed. Statistical analysis was done with chi-square test and <0.05 value was considered significant. The study was approved by the local Ethical Committee (N° 19211/18).
RISULTATI	31 patients were identified (20 female; mean age 45.4, range 23-73). Mean BMI at inclusion was 41.6 (range 31.6-62.4). Mean %EWL and %TBWL at 6 months was 37,1 and 16,7 respectively (Table 1). Non procedure related complications were observed. Comparing the two groups there was significant (P< 0.05) difference in terms of %EWL (26.5% Vs. 42.2%) and %TBWL (14.7% Vs. 18.8%), with better results in group 2. There was also a significant improvement in the BAROS scale in the patients in group 2 (2.5 Vs. 5.7).
DISCUSSIONE	MA before ESG has a fundamental role in terms of better procedure outcomes for both

weight loss and quality of life in obese pts.

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract

88

Speaker

Galasso

Giovanni

under40



ARGOMENTO

Il trattamento non chirurgico dell'obesità: ruolo dei palloni intragastrici e delle procedure emergenti

**TITOLO DEL LAVORO****TECHNICAL SUCCESS OF ENDOSCOPIC REVISION OF GASTRIC BYPASS: A PILOT STUDY**

AUTORI

Giovanni Galasso\*, Guido Ariemma\*\*, Alessandra D'Alessandro\*, Francesco Paolo Zito\*, Ugo Bardi\*\*\*, Cristiano Giardiello\*

\* Pineta Grande Hospital, Castelvolturmo (CE)

\*\* Casa di Cura Maria Rosaria, Pompei (NA)

\*\*\* Casa di Cura Salus, Battipaglia (SA)

RELATORE

-

INTRODUZIONE

Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) is the most effective bariatric surgery for morbidly obese patients, however weight regain was observed in up to 50% of patients after 2 ys. Transoral outlet reduction via endoscopic suturing seems to represent an efficacy and safe revision technique. The efficacy of this procedure has been evaluated in terms of clinical success (weight reduction) or morphology (anastomosis diameter). However, the clinical success of bariatric surgery is strongly related to patient compliance, while the evaluation of anastomosis diameter is not standardized and is not able to evaluate the role of pouch reduction. The functional efficacy of TORE in term of gastric-pouch emptying has never been evaluated. We designed a pilot study in order to investigate the possibility to objectify the technical efficacy of TORE.

METODI

We enrolled 5 patients (3F; 35±9 ys) scheduled for transoral outlet reduction via endoscopic suturing. According to the technique adopted in our centre, the TORE was considered complete when the anastomosis was visually closed. All patients performed a gastric emptying evaluation by scintigraphy before and 2 weeks after TORE procedure. At T0 (before procedure) a standard solid meal with Tc99m (37 Mbq) was administered and serial pictures were obtained every 5 min for 30 min; the same procedure was performed 2 wks after TORE(T1). Data were collected in a database and analysed by paired t-test.

RISULTATI

All patients underwent to TORE procedure, performed by the same endoscopist, obtaining the complete visual closure of the anastomosis, without complications. Esophageal transit was normal and similar at T0 and T1. Gastric-pouch emptying at 30 min was 94±12% and 29±17% at T0 and T1, respectively (p<0,01). No cases of solid meal intolerance were registered.

DISCUSSIONE

Although limited by the paucity of sample size and the absence of long-term evaluation, our study demonstrated that gastric-pouch emptying by scintigraphy may represent a standardized, safe and easy functional test to evaluate the technical efficacy of transoral outlet reduction via endoscopic suturing.

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract 61

Speaker Girardi Valerio under40

ARGOMENTO La chirurgia bariatrica del BMI 30-35

**TITOLO DEL LAVORO** **DMT2 non controllato e bariatrica in BMI 30-35 : revisione letteratura**

AUTORI V Girardi, G Barone, M Gualtierotti, A Forgiione, P De Martini, G Ferrari ASST GOM Niguarda

RELATORE -

INTRODUZIONE Da pochi anni si è consolidata come pratica clinica corretta il proporre la chirurgia bariatrica -in questo caso metabolica- per i pazienti con BMI fra 30 e 35 con DMT2 non ben controllato. Lo scopo di questo lavoro è di fare il punto sui risultati emersi in letteratura dopo tale evidenza

METODI E' stata effettuata una review della letteratura, recuperando i dati inerenti al trattamento chirurgico dei pazienti obesi I° con diabete non controllato, ed in generale, i dati sull'andamento del diabete in paziente sottoposti a chirurgia bariatrica e non.

RISULTATI Sono stati presi in considerazioni plurimi lavori della letteratura, inerenti al trattamento del diabete (scompensato o no) nel paziente con obesità di I-II-III°

DISCUSSIONE I risultati a breve termine dei pazienti sottoposti a chirurgia metabolica per trattamento DMT2 non ben compensato sono molto ben consolidati. Sicuramente vi è necessità di ulteriori studi per poter comprendere il potenziale a lungo termine.

BIBLIOGRAFIA -

Revisore Non assegnato

Accettazione Accettato

--

IDabstract	227
Speaker	De Peppo      Francesco      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La chirurgia bariatrica del BMI 30-35
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Trattamento endoscopico e chirurgico dell'obesità in età pediatrica e adolescenziale: sei anni di esperienza presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù</b>
AUTORI	F.De Peppo*, V.Nobili°, E.Ceriaty*, D.Fintini#, O.Adorisy*, S.Gentile^, S.Amendola ^, P.Marchetti*, S.Battaglia*, R.Caccamo* *UOSD Chirurgia Pediatrica - Ospedale Pediatrico Bambino Gesù – sede di Palidoro-Roma ° UOC Epatologia , Gastroenterologia e Nutrizione - Ospedale Pediatrico Bambino Gesù # UOC Endocrinologia - Ospedale Pediatrico Bambino Gesù ^ UOSD Psicologia Clinica – Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
RELATORE	-
INTRODUZIONE	<p>Presso L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù è stato avviato dal 2013 un programma multidisciplinare per il trattamento dell'obesità patologica nel bambino e nell'adolescente. E' stato costituito un pool multidisciplinare per la presa in carico dei pazienti e per definire il trattamento terapeutico. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a screening clinico e funzionale per individuare la presenza di comorbidità.</p> <p>185 bambini di età variabile tra 8 e 18,5 anni sono stati sottoposti a trattamento endoscopico mediante posizionamento di pallone intragastrico. 19 di essi sono stati trattati con pallone deglutibile Obalon mentre nei restanti 166 casi è stato usato il Bioenterics Intragastric Balloon. Nel primo gruppo non sono state osservate complicanze e in due pazienti il pallone è stato espulso senza alcun sintomo. Nel gruppo trattato con il BIB è stata osservata un sanguinamento gastrico in una bambina di 8 anni affetta da Sindrome di Prader Willi per cui è stato rimosso il presidio dopo 3 mesi circa.</p> <p>124 pazienti (età 8 e 19 anni) con obesità essenziale o genetica severa e BMI&gt;40 sono stati sottoposti ad intervento chirurgico laparoscopico : 113 sleeve gastrectomy e 11 bendaggi gastrici regolabili con lap-band. Nel gruppo chirurgico abbiamo registrato tre complicanze: un leak cardiaco risolto in seconda giornata con nuova sutura laparoscopica e drenaggio , una stenosi del tubulo in sede medio-gastrica a risoluzione spontanea, un ematoma perisplenico trattato conservativamente. Nessuna complicanza è stata registrata negli ultimi 78 casi. Non abbiamo avuto complicanze nei pazienti trattati con bendaggio gastrico regolabile lap-Band.</p> <p>Verranno descritti i risultati a breve e lungo termine e la procedura di start up del programma di chirurgia bariatrica in età pediatrica.</p>
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	100
Speaker	Chiappetta      Sonja      under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La chirurgia metabolica tra interventi malassorbitivi ed interventi restrittivi
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Procedure selection in obesity and metabolic surgery based on the Edmonton Obesity Staging System – a nationwide German register-based cohort study (StuDoQ MBE)</b>
AUTORI	Sonja Chiappetta, Rudolf Weiner, Vincenzo Bottino members of StuDoQ MBE of Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie/StuDoQ Department of Obesity and Metabolic Surgery, Sana Klinikum Offenbach, Offenbach, Germany Department of General Surgery, Section Obesity and Metabolic Surgery, Villa Betania, Naples, Italy
RELATORE	-
INTRODUZIONE	The application of the Edmonton Obesity Staging System (EOSS) for the selection of obese patients has been accepted in metabolic surgery, since it is a more comprehensive measure of obesity-related diseases and predictor of mortality than body mass index (BMI). The aim of this study was to determine whether EOSS can also be used or procedure selection, being a predictive tool to minimize perioperative complications.
METODI	This was a nationwide cohort study using prospectively inserted data from the German register for obesity and metabolic surgery StuDoQ MBE. All patients undergoing SG, RYGB and OAGB between 02/2015 and 07/2017 as a primary treatment for severe obesity were included. Data included gender, age, BMI, ASA, early postoperative complications next to the Clavien-Dindo Classification, and 30-day mortality. Preoperative EOSS score was retrospectively calculated based on comorbidities and laboratory blood test.
RISULTATI	A total of 9437 patients (72.1% female), undergoing SG (n= 4456 (47.2%)), RYGB (n= 3850 (40.8%)) and OAGB (n= 1131 (12%)) were included. Mean BMI was 49.5 kg/m <sup>2</sup> +/- 7.8 (range 35–103.5). The most common EOSS stage was 2 (76.1%), followed by stages 3 (13.4%) and 4 (7.1%). The total postoperative complication rate was 5.3%, with 5.1% in RYGB, 5.9% in SG and 4.1% in OAGB. Highest rate of postoperative complications occurred in EOSS 3 (7.8%) and 4 (6.8%). 30-day mortality was 0.2% with highest mortality for SG in EOSS 3 (0.8%) and EOSS 4 (0.92%). Crosstabs showed a prevalence of Clavien-Dindo 3 and 4 complications of 3.4% (SG), 3.6% (RYGB) and 1.6% (OAGB) in EOSS 2 and 3.2% (SG), 5.1% (RYGB) and 5.6% (OAGB) in EOSS 3.
DISCUSSIONE	This large German cohort with 9437 patients showed highest postoperative complications and highest mortality in patients with EOSS ≥ 3. Crosstabs analyzing postoperative complications showed lowest incidence of Clavien-Dindo 3 and 4 after SG in patients with EOSS 3 and lowest incidence after OAGB in patients with EOSS 2. SG and OAGB should be the procedure of choice in these patients to reduce perioperative morbidity and mortality, nevertheless it has to be in mind that in EOSS 3 and 4 SG has the highest mortality of all procedures.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato

Note



IDabstract	103
Speaker	Nannipieri      Monica      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La chirurgia metabolica tra interventi malassorbitivi ed interventi restrittivi
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Ipoglicemia post-prandiale dopo chirurgia bariatrica: può la Neuromedina U svolgere un ruolo nella patogenesi?</b>
AUTORI	D. Moriconi <sup>1</sup> , D. Tricò <sup>1</sup> , S. Baldi <sup>1</sup> , M. Anselmino <sup>2</sup> , S. Taddei <sup>1</sup> , M. Nannipieri <sup>1</sup> . 1Department of Clinical and Experimental Medicine; 2Unit of Bariatric Surgery Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Pisa.
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Introduzione ed obiettivi: La neuromedina U (NMU), un neuropeptide multifunzionale, è abbondantemente prodotto dall' intestino umano e sopprime la secrezione insulinica $\beta$ -cellulare. Per tale motivo NMU potrebbe avere una importante funzione nella regolazione del metabolismo glucidico. L'ipoglicemia post-prandiale (PPHG), frequente complicazione della chirurgia bariatrica, è indotta da una precoce ed inappropriata secrezione insulinica, ed in parte dalla mancata inibizione della secrezione insulinica. Abbiamo quindi valutato il ruolo di NMU sullo sviluppo di PPHG in soggetti trattati con bypass gastrico con ansa alla Roux en-Y (RYGB).
METODI	Materiali e metodi: 34 soggetti obesi trattati con RYGB erano sottoposti a curva da carico di glucosio (OGTT) della durata di 5 ore, prima e 18-24 mesi dopo chirurgia. PPHG era definita come glucosio plasmatico $\leq 3.3$ mmol/L, associato a tipici sintomi e confermati all' OGTT. La sensibilità insulinica era calcolata mediante OGIS e la funzione $\beta$ -cellulare tramite un modello di analisi del C-peptide in risposta all' OGTT.
RISULTATI	Risultati: dopo chirurgia 19 soggetti presentavano PPHG, che non si verificava nei rimanenti 15 (No-PPHG). Il BMI era inferiore nei PPHG rispetto ai No-PPHG ( $29.2 \pm 4.0$ vs $32.8 \pm 5.7$ kg/m <sup>2</sup> , $p=0.045$ ). Dopo chirurgia, la glicemia a digiuno e media durante OGTT, e la concentrazione insulinica a digiuno erano simili in entrambi i gruppi. Come atteso, il nadir del glucosio era minore nei soggetti con PPHG ( $72 \pm 5$ vs $48 \pm 9$ mg/dl, $p<0.0001$ ). La concentrazione insulinica media e la secrezione insulinica durante OGTT era maggiore nei PPHG ( $p=0.05$ ). L' insulino-sensibilità periferica era simile in ambedue i gruppi, sebbene la sensibilità $\beta$ -cellulare al glucosio fosse più alta nei soggetti con PPHG ( $74 \pm 49$ vs $125 \pm 64$ pmol.min <sup>-1</sup> .m <sup>-2</sup> .mM <sup>-1</sup> , $p=0.02$ ). La concentrazione plasmatica a digiuno di NMU era simile nei PPHG e nei No-PPHG ( $686 \pm 304$ vs $538 \pm 309$ ), mentre la concentrazione di NMU al nadir del glucosio era inferiore nei PPHG rispetto ai No-PPHG ( $929 \pm 453$ vs $620 \pm 369$ pg/ml, $p=0.03$ ). E' stata trovata una forte correlazione positiva tra NMU a digiuno al nadir del glucosio ( $r=0.85$ , $p<0.0001$ ), ed una correlazione inversa tra l' AUC dell'insulina nei primi 60 min e NMU al nadir ( $r=0.37$ , $p=0.03$ ).
DISCUSSIONE	Conclusioni: concentrazioni più basse di NMU al nadir del glucosio erano trovate in individui con PPHG dopo RYGB. Queste concentrazioni correlavano negativamente con l'AUC insulinica nei primi 60 min durante OGTT, suggerendo una perdita della risposta controregolatoria mediata da NMU.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato

Note



IDabstract	82
Speaker	Boru Cristian Eugeniu under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La chirurgia restrittiva e la malattia da reflusso
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Risultati a lungo termine (5 anni) dopo la sleeve gastrectomy e cruroplastica posteriore concomitante</b>
AUTORI	Cristian Eugeniu Boru, Gianfranco Silecchia UOC Chirurgia generale & Bariatric Centre of Excellence IFSO-EC, SICOB Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e Biotecnologie Sapienza Università di Roma
RELATORE	-
INTRODUZIONE	La riparazione dell'ernia iatale (HH) durante la sleeve gastrectomy laparoscopica (LSG) è stata proposta per ridurre l'incidenza della malattia di reflusso gastroesofageo postoperatorio (MRGE) e / o la migrazione intratoracica (ITM). La necessità di una riparazione intraoperatoria in pazienti asintomatici è ancora controversa.
METODI	I precedenti risultati a medio termine di uno studio prospettico comparativo che valutava la concomitanza cruroplastica posteriore con LSG (gruppo A 48 pazienti con cruroplastica semplice vs gruppo B 48 rinforzato con protesi bioassorbibile) hanno confermato la sicurezza e l'efficacia delle procedure simultanee. Lo scopo attuale era di riportare l'aggiornamento del follow-up a 60 mesi, valutando l'incidenza della MRGE e delle lesioni esofagee e la recidiva della HH.
RISULTATI	Il follow-up è stato completato nel 79,5% dei pazienti. La MRGE ricorrente è stata registrata in 6/32 (18,8%, gruppo A) e in 9/44 (20,5%, gruppo B, p> 0,05). Esofagite di grado A e GERD sono stati mostrati in 2 pazienti (6,25%), rispettivamente 2 (4,5%) di ciascun gruppo (p> 0,05) e l'HH ricorrente è stata confermata successivamente dallo studio di contrasto e dalla TC. Non sono state trovate né le lesioni di Barrett né il MRGE de novo. Un totale di 12 pazienti (12,5%, 8 rispettivamente 4) sono stati convertiti entro cinque anni per GERD persistente / ricorrente, con solo 1 caso di de novo (gruppo B, mostrato nel follow-up iniziale di 21 mesi). Il fallimento della cruroplastica iniziale con ITM è stato registrata in 9 pazienti (18,4% per il gruppo A e 4,6% per il gruppo B, p<0,05); quindi, è stata eseguita una cruroplastica posteriore di nuovo, rinforzata con rete bioassorbibile.
DISCUSSIONE	La selezione accurata del paziente (assenza di HH di grandi dimensioni, assenza di esofagite severa, assenza di sintomi gravi di lunga durata), la tecnica appropriata della LSG (senza una gastrectomia stretta), combinata con la cruroplastica posteriore (semplice o rinforzata, basata sulle dimensioni del difetto iatale e la qualità della crura) assicura l'efficacia, con un tasso di insuccesso (recidiva) a cinque anni del 12,5%. I risultati della LSG combinata con la cruroplastica posteriore in termini di soddisfazione dei pazienti sono stati favorevoli in tutti i casi.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract

23

Speaker

Carandina

Sergio

under40



ARGOMENTO

La chirurgia restrittiva e la malattia da reflusso

**TITOLO DEL LAVORO****Conversione della Sleeve Gastrectomy in Roux en Y gastric bypass per reflusso postoperatorio severo: risultati di uno studio multicentrico.**

AUTORI

Sergio Carandina ; Clinica Madonna della Salute, Porto Viro (Ro); Centre chirurgical de l'obésité, Clinique Saint Michel Toulon, France.  
 Massimiliano de Palma; Clinica Madonna della Salute, Porto Viro (Ro).  
 Jacopo d'Adostino, Clinique Générale de Marignane, Marseille, France  
 Antonio Valenti ; Hôpital privée de Marne la vallée, Bry-sur-Marne, Paris, France  
 Laura Montana ; Hôpital Universitaire d'Avicenne, Université Paris XII, Paris, France  
 Christophe Barrat ; Hôpital Universitaire d'Avicenne, Université Paris XII, Paris, France  
 Marius Nedelcu ; Centre chirurgical de l'obésité, Clinique Saint Michel Toulon, France.  
 Andrea Sartori ; Clinica Madonna della Salute, Porto Viro (Ro)

RELATORE

-

INTRODUZIONE

L'obesità sta diventando un'emergenza sanitaria globale. Il trattamento di questa malattia cronica e delle sue comorbidità è uno degli elementi più importanti nei bilanci della sanità dei paesi occidentali. Attualmente, l'unico trattamento a lungo termine dimostratosi essere efficace per l'obesità patologica è la chirurgia bariatrica. Durante l'ultimo decennio, la sleeve gastrectomy laparoscopica (SGL) è diventata la procedura bariatrica più eseguita in tutto il mondo. Il successo della SGL nella comunità bariatrica è dovuto non solo alla sua comprovata efficacia nel trattamento dell'obesità e delle relative comorbidità a breve e a lungo termine, ma anche perché è considerata meno impegnativa dal punto di vista tecnico rispetto ad altre procedure di malassorbimento. Sfortunatamente, come con tutte le altre procedure di chirurgia bariatrica, la SGL non è esente da problemi a lungo termine. L'effetto collaterale principale della SGL a lungo termine sembra essere l'insorgere di una grave malattia da reflusso gastrico (MRGE). In studi recenti, circa il 30-60% dei pazienti presentava a distanza dall'intervento sintomi correlati al reflusso gastrico. Una MRGE severa oltre a determinare una scarsa qualità della vita del paziente, se non adeguatamente trattata può portare a una grave esofagite che a sua volta può evolvere in una lesione precancerosa come l'esofago di Barrett. Per questi motivi, in caso di mancato controllo del reflusso con il trattamento medico basato su inibitori della pompa protonica, la MRGE è diventata un'indicazione alla conversione della SGL in bypass gastrico. Tuttavia, questo atteggiamento non risolve sempre il problema e in alcuni casi persistono i sintomi del reflusso. Lo scopo di questo studio era di valutare l'efficacia della conversione del bypass gastrico nel controllo della MRGE dopo sleeve.

METODI

Si tratta di uno studio multicentrico retrospettivo che include pazienti operati di sleeve e che hanno sofferto di MRGE non rispondente al trattamento medico nel postoperatorio e quindi sono stati convertiti in bypass gastrico Roux-en-Y per laparoscopia (LRYGB). Lo studio ha coinvolto una clinica privata convenzionata italiana, un'università e tre centri privati francesi. Da un punto di vista clinico, la MRGE dopo la sleeve è stata considerata in presenza di bruciore di stomaco intenso, dolore epigastrico, nausea e vomito, rigurgito, ascensione del liquido gastrico in bocca in posizione sdraiata, raucedine secca continua e mal di gola. Gli accertamenti preoperatori prima della conversione includevano un Rx prime vie, una gastroscopia, una valutazione nutrizionale, cardiologica, endocrinologica e anestesiologicala. Tutti i pazienti positivi all'Helicobacter Pylori sono stati sottoposti a eradicazione del batterio prima dell'intervento. Nel caso in cui la Rx prime vie rivelasse anomalie della sleeve, il paziente veniva sottoposto a una scansione TC 3D dello stomaco. Lo scanner gastrico aveva lo scopo di creare una sorta di mappa tridimensionale dello stomaco per escludere la presenza di una dilatazione

gastrica a livello della giunzione esofagogastrica possibile causa del reflusso. La presenza di esofagite dello stadio B o superiore, secondo la classificazione di Los Angeles, o un esofago di Barrett alla gastroscopia in un paziente trattato con IPP per più di tre mesi è stata considerata come un'indicazione alla conversione. Tutti i pazienti senza trattamento medico o trattamento sottodosato sono stati trattati con gli inibitori del pompon (PPI) ad alte dosi e rivalutati clinicamente dopo 1 e 2 mesi. La persistenza dei sintomi a 3 mesi dall'inizio del trattamento è stata considerata un'indicazione per la chirurgia. L'outcome primario di questo studio era la valutazione del miglioramento della sintomatologia del reflusso dopo conversione.

#### RISULTATI

Ottanta casi di conversione di sleeve in LRYGB a causa di un reflusso severo e non responsivo al trattamento medico sono stati valutati retrospettivamente. La popolazione consisteva di 74 femmine e 6 maschi. L'IMC medio pre-sleeve era 42.9 [6.1 e 34] 5.9 al momento della conversione. La conversione in Bypass è stata effettuata in media 50 [24.2 mesi dopo la sleeve. Durante l'intervento di sleeve 3 pazienti sono stati sottoposti al trattamento di una coesistente ernia iatale mentre la stessa procedura è stata eseguita in 18 pazienti in concomitanza con la conversione. La valutazione clinica postconversione ha evidenziato la persistenza della sintomatologia del reflusso in 21 pazienti malgrado la risoluzione dell'esofagite documentata dalla gastroscopia postoperatoria. Quarantacinque pazienti su ottanta erano stati operati prima della sleeve di un bendaggio gastrico. Questi pazienti sono stati comparati con quelli che hanno subito solo due chirurgie. Diciassette del primo gruppo e solo 4 del secondo presentavano ancora una sintomatologia postconversione con una differenza fortemente significativa.

#### DISCUSSIONE

Il reflusso rappresenta attualmente la complicanza a lungo termine più grave dopo la sleeve. Una grossa percentuale di pazienti è costretta ad assumere inibitori di pompa tutti i giorni e per tutta la vita al fine di attenuare la sintomatologia e migliorare la qualità di vita. In una percentuale di questi pazienti l'assenza di una risposta al trattamento medico necessita una conversione della sleeve in bypass gastrico. I risultati del presente studio sembrano dimostrare però che malgrado la conversione non sempre la sintomatologia scompare e la qualità di vita del paziente migliora. Inoltre sembra che pazienti che siano stati sottoposti anche al bendaggio gastrico presentino un rischio più significativo di fallimento della conversione in LRYGB. Con la creazione della piccola tasca gastrica del bypass la quantità di succo acido che risale in esofago è esigua come dimostrato dalla risoluzione dell'esofagite alla gastroscopia postoperatoria. D'altro canto probabilmente persiste un'anomalia importante della motilità esofagea che impedisce la scomparsa della sensazione di reflusso acido. La pregressa inserzione dell'anello gastrico ha verosimilmente determinato una dilatazione esofagea transitoria e/o permanente con conseguente alterazione della normale motilità esofagea. Tale evenienza va a nostro avviso presa in considerazione quando si propone un intervento di sleeve gastrectomy ad un paziente che ha già avuto un bendaggio gastrico o in alternativa dovrebbe essere sottoposto a manometria esofagea preoperatoria.

#### BIBLIOGRAFIA

-

#### Revisore

Non assegnato

#### Accettazione

Accettato

#### Note

IDabstract	4
Speaker	Balla                      Andrea                      under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La chirurgia restrittiva e la malattia da reflusso
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Valutazione pH-manometrica nei pazienti obesi candidati a Sleeve Gastrectomy o a By-pass gastrico per via laparoscopica: risultati preliminari di uno studio in corso</b>
AUTORI	Andrea Balla, MD1, Livia Palmieri, MD1, Diletta Corallino, MD1, Francesca Meoli, MD1, Danilo Badiali, MD2, Emanuela Ribichini, MD2, Annamaria Pronio MD1, Pietro Ursi, MD, PhD1, Silvia Quaresima, MD, PhD1, Alessandro M. Paganini, MD, PhD, FACS1  1 Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica Paride Stefanini", Sapienza Università di Roma, Azienda Policlinico Umberto I, Roma, Italia  2 Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Sapienza Università di Roma, Azienda Policlinico Umberto I, Roma, Italia
RELATORE	-
INTRODUZIONE	La prevalenza della malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) è circa del 20% nella popolazione generale. L'obesità è un noto fattore di rischio per la MRGE e/o per l'ernia iatale (EI) così come per l'esofagite erosiva. Circa il 50-70% dei pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica per obesità patologica presenta MRGE mentre una EI concomitante è presente in circa il 15% dei pazienti con un Body Mass Index (BMI) superiore a 35 kg/m <sup>2</sup> . Anche se l'obesità si associa spesso alla MRGE, i sintomi tipici e atipici del reflusso (pirosi retrosternale, dolore toracico non cardiaco, laringite, etc.) sono spesso assenti o sottostimati nei pazienti obesi. Questo rende la diagnosi di MRGE difficile in questi pazienti, in particolare quando la gastroscopia e la pH-manometria preoperatorie non vengono eseguite di routine. I questionari che indagano i sintomi della MRGE da soli hanno bassa accuratezza diagnostica. Inoltre la Sleeve Gastrectomy (SG), attualmente l'intervento più frequentemente utilizzato, in diverse serie si è dimostrato aumentare il reflusso, se già presente, oppure favorirne la comparsa de novo. Scopo del presente studio è di valutare l'evoluzione della MRGE nei pazienti obesi candidati a chirurgia bariatrica.
METODI	I pazienti vengono sottoposti a SG o a By-Pass Gastrico (BG) per via laparoscopica sulla base della pH-manometria all'elettrodo distale. Al paziente viene anche somministrato il questionario MRGE-Health Related Quality of Life (MRGE-HRQL). A 6 mesi dall'intervento viene effettuata una valutazione solo con questionario e a 12 mesi viene ripetuta la valutazione con questionario e pH-manometria che vengono confrontati con i dati preoperatori.
RISULTATI	Da Luglio 2017 a Dicembre 2018, 15 pazienti sono stati arruolati. Nel gruppo sottoposto a SG sono stati inclusi 10 pazienti con BMI medio preoperatorio di 41.3 Kg/m <sup>2</sup> (range 36-48). Lo score MRGE-HRQL medio preoperatorio era di 4.8 (range 0-34). Alla manometria preoperatoria 6 su 10 pazienti mostravano incompetenza cardiaca. Alla pH-metria il tempo percentuale di reflusso acido in ortostatismo in media è stato di 2.1 (range 0.2-5) e il tempo percentuale di reflusso acido in clinostatismo in media è stato di 3 (range 0-20.1). Il punteggio medio secondo DeMeester era di 14 (range 0.7-78.9). Nel gruppo sottoposto a BG sono stati inclusi 5 pazienti con BMI medio preoperatorio di 42.6 Kg/m <sup>2</sup> (range 37.5-49.1). Lo score MRGE-HRQL medio preoperatorio era di 4.2 (range 0-16). Alla manometria preoperatoria due su 5 pazienti mostravano incompetenza cardiaca e tre pazienti mostravano peristalsi inefficace. Alla pH-metria il tempo percentuale di reflusso acido in ortostatismo in media è stato di 25.3 (range 4.3-84.8) e il tempo percentuale di reflusso acido in clinostatismo in media è stato di 25.2 (range 0-95.2). Il punteggio medio secondo De Meester era 125.8 (range 15-416). In 5 dei 10 pazienti sottoposti a SG il punteggio MRGE-HRQL medio a 6 mesi dall'intervento era 2 (0-6) e il

BMI era 28.5 (range 26–32.4). In 4 dei 5 pazienti sottoposti a BG il punteggio MRGE-HRQL medio a 6 mesi era 1.5 (range 0–4) e il BMI era 32.3 (range 29–34.7). A 12 mesi, il punteggio MRGE-HRQL medio in 2 pazienti sottoposti a SG era 6 (0–12) con BMI di 25.3 kg/m<sup>2</sup> (range 24.6–26.1). Alla manometria postoperatoria un paziente mostrava spasmo esofageo diffuso e due pazienti insufficiente riserva peristaltica. Alla pH-metria il tempo percentuale di reflusso acido in ortostatismo in media è stato di 7.3 (range 6–8.6) e il tempo percentuale di reflusso acido in clinostatismo in media è stato di 5.35 (range 0.3–10.4). Il punteggio medio secondo DeMeester era di 33.1 (13.7–52.5).

DISCUSSIONE

Nei pazienti asintomatici o paucisintomatici per MRGE, una più accurata valutazione funzionale prima dell'intervento di SG consente una migliore selezione della procedura chirurgica da effettuare in modo da ridurre l'insorgenza postoperatoria di MRGE severo o de novo dopo SG. La valutazione postoperatoria della MRGE fornisce dati utili sull'impatto della SG sul reflusso. Per trarre conclusioni definitive è necessario un campione più ampio di pazienti.

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note



Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract	8
Speaker	Casella Giovanni under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La chirurgia restrittiva e la malattia da reflusso
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Valutazione pH-manometrica prima e dopo intervento di sleeve gastrectomy</b>
AUTORI	Prof Giovanni Casella Dott Giuseppe Leone Dott.ssa Lidia Castagneto Gissey Dott.ssa Ilaria Ernesti Prof Alfredo Genco  Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Policlinico Umberto I - Sapienza Università di Roma
RELATORE	-
INTRODUZIONE	L'evoluzione della malattia da reflusso gastroesofageo (mRGE) dopo sleeve gastrectomy (SG) è controversa. L'indicazione stessa all'intervento di SG, in pazienti con sintomi preesistenti di mRGE, è posta in discussione da molti autori. Ad oggi la ph-manometria non è considerata esame di routine nella preparazione alla chirurgia bariatrica. L'obiettivo di questo studio è quello di valutare l'evoluzione della mRGE prima e dopo SG, mediante manometria esofagea e pH metria delle 24 h ad alta risoluzione in relazione alla sintomatologia clinica.
METODI	Cinque pazienti sottoposti a SG valutati prima e a 2 anni dall'intervento con manometria esofagea, pH metria delle 24 ore ad alta risoluzione (HRM). Sono stati presi in esame i seguenti parametri: LESP (pressione sfintere esofageo inferiore), IRP (pressione integrale di rilasciamento), DCI (integrale di contrazione distale), tempo di esposizione all'acido in ortostatismo e clinostatismo, punteggio di De Meester.
RISULTATI	Cinque pazienti con età media di $43,6 \pm 9,8$ anni, BMI $38,7 \pm 1,6$ kg/m <sup>2</sup> candidati ad intervento di SG, sono stati sottoposti a manometria esofagea, pH metria delle 24 ore prima e due anni dopo l'intervento chirurgico. I soggetti hanno raggiunto un follow up medio di $23,4 \pm 1,3$ mesi con BMI di $27,1 \pm 4,0$ kg/m <sup>2</sup> . I dati manometrici e pH-metrici pre e post operatori variavano rispettivamente: LESP $25,7 \pm 7$ mmHg versus LESP postoperatoria di $24 \pm 10$ mmHg ( $p = 0,7$ ) V.N. 10-40 mmHg. IRP $5,9 \pm 5,6$ mmHg versus IRP postoperatoria di $5,1 \pm 2,7$ mmHg ( $p = 0,7$ ) V.N. < 15 mmHg. DCI $3267 \pm 1307$ mmHg-s-cm versus DCI postoperatoria di $2813 \pm 1632$ mmHg-s-cm ( $p = 0,6$ ) V.N. >450 mmHg-s-cm <5000 mmHg-s-cm. DL $6,12 \pm 2,5$ sec. versus la DL postoperatoria di $5,6 \pm 1,5$ sec. ( $p = 0,7$ ) V.N. > 4,5 sec. L'esposizione all'acido in ortostatismo % $14,4 \pm 28,8$ versus % postoperatoria di $5,7 \pm 5,7$ ( $p = 0,4$ ) V.N. < 6,3. L'esposizione all'acido in clinostatismo % $9,4 \pm 17,3$ versus % postoperatoria $1,9 \pm 3,4$ ( $p = 0,3$ ) V.N. < 1,2. Punteggio di De Meester $64,5 \pm 118,8$ versus postoperatorio di $18,8 \pm 20,1$ ( $p = 0,4$ ) V.N. < 18.
DISCUSSIONE	A due anni dalla SG, i valori pre e post intervento, soprattutto in termini di esposizione all'acido in ortostatismo, clinostatismo e punteggio di De Meester, subiscono un miglioramento, seppure in maniera non statisticamente significativa.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato

Note

--



Note

IDabstract 228

Speaker Lombardo Mauro under40

ARGOMENTO La preparazione del paziente al trattamento chirurgico bariatrico

**TITOLO DEL LAVORO** Potential nutritional deficiencies in obese subjects five years after bariatric surgery

AUTORI Mauro Lombardo, Arianna Franchi, Elvira Padua PhD, Valeria Guglielmi, Monica D'Adamo, Giuseppe Annino, Gentileschi P., Ferdinando Iellamo, Alfonso Bellia, Paolo Sbraccia

RELATORE

INTRODUZIONE Few studies have investigated the long-term variation of nutritional parameters after bariatric surgery. We examined changes in weight, vitamin status and patient-reported dietary supplements use up to 5 years after surgery.

METODI Circulating vitamin levels and data on self-reported dietary supplements use were collected in patients undergoing Roux-en-Y gastric bypass (RYGB), sleeve gastrectomy (SG) and adjustable gastric banding (AGB). These parameters were re-assessed 3 and 5 years after surgery.

RISULTATI Sixty subjects (48 women, mean age = 41.6 years  $\pm$  11.3 years) completed the 5-year follow-ups after surgery (AGB n = 8; SG n = 36; RYGB n = 16). No early post-surgery complications were reported. Average weight loss after 60 months was 29.7  $\pm$  12.4 kg and excess body weight loss was 40.6  $\pm$  20.4 kg. Percentage excess weight loss was 63.1  $\pm$  26.1% (AGB 40.4  $\pm$  31%; SG 61.7  $\pm$  22.3%; RYGB 77.6  $\pm$  22.6%). At 5 years, nutritional deficiencies were reported in 28%, 70% and 87% of AGB, SG and RYGB patients, respectively. Dietary supplements use was infrequent before surgery, whereas it was reported by 61% and 73% of patients at 3 and 5 years after surgery (AGB 37%; SG 75%; RYGB 94%).

DISCUSSIONE Despite the widespread recommendation to use multivitamin supplements, nutritional deficiencies cannot be ruled out, even after 5 years of follow-up post-bariatric surgery. As a result, continuous intermittent surveillance of nutritional parameters is suggested in post-bariatric surgery patients.

BIBLIOGRAFIA

Revisore Non assegnato

Accettazione Accettato

Note

IDabstract	99
Speaker	Anzolin Francesca under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La preparazione del paziente al trattamento chirurgico bariatrico
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Variazioni antropometriche, profilo metabolico e nutrizionale pre/postintervento in 447 pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica presso l' AUSL di Bologna.</b>
AUTORI	Anzolin Francesca*, Boschi Sergio***, Gagliardi Stefano***, Malaguti Monica**, Gloria Tommesani**, Valeriani Luca*, Zoni Luisa*. UO Nutrizione Clinica*, UA Dietetica**, UO Chirurgia della Pianura*** AUSL Bologna.
RELATORE	-
INTRODUZIONE	L'obesità patologica si può associare ad alterazioni del quadro metabolico e dello stato nutrizionale. Si è valutata la variazione del peso, della sensibilità insulinica e dello stato nutrizionale nei pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica da novembre 2011 a dicembre 2018 presso l'AUSL di Bologna.
METODI	Da novembre 2011 a dicembre 2018 presso l'AUSL Bologna, ospedale di Bentivoglio sono stati sottoposti a chirurgia bariatrica 447 pazienti, in particolare sono stati effettuati 80 bendaggi, 354 sleeve gastrectomy, 11 bypass gastrici e 2 minibypass. I pazienti hanno effettuato controllo nutrizionale a 3/6/12 mesi nel corso del primo anno. Sono stati rilevati i parametri antropometrici, si è valutata la variazione della sensibilità insulinica attraverso l'indice Homa (HI) e lo stato nutrizionale attraverso indici nutrizionali a breve e lunga emivita
RISULTATI	Nel preintervento si è rilevato a digiuno un valore medio di glicemia alterato (110.9 mg%) ed un'aumentata secrezione di insulina (20.5 mcU/ml) con conseguente alterazione dell'indice Homa (5.31) indicativa di ridotta sensibilità insulinica; il valore medio di emoglobina glicata era 40.57mmol/mol, prossimo ai limiti per diagnosi di diabete mellito. A 3 e 6 mesi dall'intervento si è osservata la normalizzazione dei valori di glicemia, insulina e HI (a 6 mesi glucosio 85.57 mg%, insulina 8.28 mcU/ml, HI 2.08), con trend ad ulteriore riduzione dell' HI a 12 mesi (insulina 5.83 HI 1.26); normalizzata l'emoglobina glicata. Lo stato nutrizionale nel preintervento era nella norma (proteine 7.09 g/l, albumina 40.84 mg%, prealbumina 24.16 mg%, RBP 4.39, transferrina 295mg%) e si è mantenuto tale anche a 6 e 12 mesi. Nel preintervento si segnala vitamina D ridotta, mentre acido folico, vitamina B12 e sideremia sono risultati nella norma. Il peso medio nel preintervento era di kg 120.5 +/- 25.2. Confrontando la variazione del peso a 12 mesi del gruppo bendaggio (109.7 kg ± 89.4 kg) e sleeve gastrectomy (122.9 kg ± 83.6) si osserva un calo di peso sostanzialmente doppio nei pazienti sottoposti a sleeve rispetto ai pazienti sottoposti a bendaggio; a 12 mesi nei pazienti operati, si rileva EWL 58.4%, in particolare nel bendaggio 38.6% e nella sleeve 52.6%
DISCUSSIONE	l'attività di chirurgia bariatrica svolta presso l'AUSL di Bologna è risultata efficace, in linea con i dati della letteratura, per i risultati ottenuti su calo di peso, %EWL, e miglioramento del compenso metabolico.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato

Note



IDabstract

102

Speaker

Pantuso

Gianni

under40



ARGOMENTO

La preparazione del paziente al trattamento chirurgico bariatrico

**TITOLO DEL LAVORO****Il Pallone intragastrico come approccio terapeutico per pazienti con obesità di classe I (BMI 30-35) non candidabili a interventi maggiori di chirurgia bariatrica: un'analisi del rapporto efficacia- sicurezza.**

AUTORI

Autori: Riccardo Di Gregorio, Rita Alloro, Luigi Lazzaro, Ina Macaione, Stefania Martorana, Veronica Morreale, Giuseppina Guercio, Gianni Pantuso.

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO "PAOLO GIACCONE" PALERMO

UOC DI CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO

UOS DI CHIRURGIA ENDOCRINA E DELL'OBESITA'

RELATORE

-

INTRODUZIONE

I trattamenti per i pazienti adulti con un'obesità di I classe (BMI 30-35) includono diete con ridotto apporto calorico, l'esercizio fisico, modificazioni comportamentali e l'uso selettivo di farmaci. Le evidenze più recenti rivelano che questo approccio risulta in una perdita di peso di appena il 4-10 % in un periodo di tempo compreso tra 4 e 12 mesi. Qualche strategia prevede il ricorso a farmaci anoressizzanti, inclusi la Sibutramina e l'Orlistat, considerate terapie aggiuntive e coadiuvanti alle variazioni dietetico-comportamentali e all'incremento dell'attività fisica. Il fallimento di questi approcci potrebbe permettere la progressione verso quadri di obesità più severi, portando alla necessità di ricorso alla chirurgia bariatrica e quindi ad interventi quali il Bypass Gastrico Roux-en-y (RYBG) e la Sleeve Gastrectomy (SG). Per questi pazienti con un'obesità di prima classe, confinante con la condizione di sovrappeso, in cui si è andati incontro a un fallimento dei trattamenti standard dietetico-comportamentali e farmacologici e che non possiedono ancora i requisiti necessari (BMI>45 o BMI > 35 con comorbidità associate) all'esecuzione di interventi chirurgici, nel tempo si è sempre più affermato il posizionamento endoscopico di palloncino intragastrico come trattamento primario alternativo a quelli tradizionali. Ben assodato e ormai parte della comune pratica clinica è, invece, il ricorso al posizionamento endoscopico di palloncino intragastrico in pazienti super-obesi al fine di ottenere una riduzione di peso tale da renderli candidabili ai più comuni interventi di chirurgia bariatrica (RYBG e SG), ritenuti definitivamente risolutivi per questi pazienti affetti da obesità grave. Il nostro è uno studio clinico parallelo che si propone di effettuare un'analisi prospettica della sicurezza e dell'efficacia del trattamento con IGB (Intragastric Balloon) per adulti con BMI compreso tra 30 e 35, comparando simultaneamente la EWL% dopo procedura di questi pazienti

METODI

Ottanta pazienti sono stati arruolati per questo studio. Dodici di questi in condizione di obesità di prima classe (BMI 30-35) e sessantotto obesi e super-obesi (BMI >35) sono stati sottoposti al posizionamento endoscopico di palloncino intragastrico BIB® System sotto sedazione endovenosa. Il palloncino è stato riempito con soluzione fisiologica (in media 600 mL). I pazienti sono stati seguiti nel periodo di permanenza dell'IGB con controlli a 1-2 settimane e successivamente mensilmente per 6 mesi. Dopo sei mesi, sono stati sottoposti a rimozione del palloncino intragastrico mediante utilizzo di "overtube" esofageo al fine di aumentarne la sicurezza e in seguito monitorati per ulteriori 6 mesi dalla rimozione.

RISULTATI

Il tempo medio di permanenza è stato di 187,5 ±26 giorni per i pazienti con BMI >35 e 197 ± 22 giorni per i pazienti con BMI 30-35. Sintomi di intolleranza, compresi nausea e dolore, sebbene transitori, si sono presentati nel 50-95% dei pazienti per diversi giorni, ma soltanto per il 5% della totalità dei pazienti è stata necessaria la rimozione precoce dell'IGB (prima dei 6 mesi). Non sono state registrate complicanze legate alla procedura né esofagiti, erosioni, perforazioni o ostruzioni legate all'IGB. La percentuale di Excess Weight Loss (EWL%) nei pazienti con obesità di I livello è stata pari al 60,5 ± 12% e pari a 20 ± 9% nel gruppo di pazienti con BMI > 40 (Pvalue <0,001).

DISCUSSIONE

Per gli adulti con obesità lieve che hanno fallito i trattamenti standard, il posizionamento di palloncino intragastrico per 6 mesi possiede un profilo di sicurezza accettabile e un'efficacia in termini di perdita di peso eccellente, in rapporto all' esecuzione della stessa procedura su pazienti con obesità grave. Tale procedura, pertanto, va considerata come approccio terapeutico importante nella cura dell'obesità lieve al fine di evitare la progressione di questa verso quadri di obesità più severi e come reale alternativa alle tradizionali terapie non chirurgiche e/o endoscopiche. Sono in corso anche degli studi che mettono a confronto i risultati sul calo ponderale dopo IGB e dopo Plicatura Gastrica endoscopica con Overstich. A nostro avviso l'indicazione all' IGB in pazienti obesi gravi rimane comunque un'ottima soluzione come procedura di iniziale dimagrimento propedeutica ad interventi chirurgici bariatrici per la significativa riduzione delle problematiche cardiorespiratorie collegate alle procedure anestesologiche.

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	98
Speaker	Anzolin Francesca under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La preparazione del paziente al trattamento chirurgico bariatrico
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Oltre il "Pdta del paziente chirurgico bariatrico" dell'Azienda Usl di Bologna.</b>
AUTORI	Boschi Sergio***, Anzolin Francesca*, Gagliardi Stefano***, Malaguti Monica**, Tommesani Gloria**, Bresadola Francesca****, Taddei Stefania****, Valeriani Luca*, Zoni Luisa*. UO Nutrizione Clinica*, UA Dietetica**, Uo Chirurgia della Pianura***, Uo Anestesia e terapia intensiva Area Nord**** Ausl Bologna
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Nel novembre 2011 si è costituito il Gruppo Interdisciplinare per il Trattamento dell'Obesità Patologica dell' Azienda Usl di Bologna che ha visto coinvolti professionisti afferenti a diverse discipline. Sede dell' attività di chirurgia bariatrica dell'Ausl Bologna è l'Ospedale di Bentivoglio. Dal 2011 a dicembre 2018 sono stati effettuati 447 interventi, nel dettaglio bendaggio gastrico 80, sleeve gastrectomy 354, bypass gastrico 11, minibypass gastrico 2. L'evoluzione logica dell'attività è stata lavorare in maniera condivisa per la creazione di un PDTA che è stato pubblicato ad aprile 2018.
METODI	Nel Pdta del paziente chirurgico bariatrico, il paziente accede all'ambulatorio di chirurgia dell'obesità su invio del medico di medicina generale o altro specialista. Il chirurgo invia il paziente a visita psicologica per escludere controindicazioni psicologico/psichiatriche e a visita dietologica presso l'UO Nutrizione Clinica ospedale Maggiore dove è previsto un percorso nutrizionale finalizzato al miglioramento delle abitudini alimentari e alla regolarizzazione dei comportamenti. L'idoneità all'intervento e l'indicazione al tipo di intervento è effettuata dal Team Bariatrico composto da chirurgo bariatra, medico nutrizionista clinico, dietista, psicologa, infermiere del preoperatorio, anestesista. Il preoperatorio gestisce gli accertamenti preintervento del paziente. Durante il ricovero la dietista del team consegna gli schemi per la rialimentazione postintervento. Nel postoperatorio è previsto un follow up chirurgo/nutrizionista embricato (1° e 9° mese chirurgo bariatra; 3°, 6°, 12° mese medico nutrizionista, 18° mese dietista, a seguire controllo annuale medico nutrizionista/chirurgo) finalizzato al calo di peso e al cambiamento delle abitudini alimentari e dello stile di vita precedenti all'intervento. Il paziente può effettuare percorso psicologico nel pre/postintervento presso la psicologia ospedaliera aziendale (incontri individuali, percorsi di gruppo, "Incontri aperti"); il team bariatrico propone inoltre "I meeting di Bentivoglio: incontri formativo-educazionali per pazienti con obesità patologica" e "Dialoghiamo di Obesità" in occasione dell'Obesity Day"; il paziente viene invitato a seguire le attività di "Datti una mossa!" proposta dalla UO Epidemiologia, Promozione della Salute e Comunicazione del Rischio aziendale. Sono stati individuati indicatori delle varie fasi del pdta (Tempo di attesa della prima visita chirurgica, Adesione all'accesso del percorso prebariatrico, Tempistica presa in carico dietologica, Durata del percorso pre-Team bariatrico,
RISULTATI	la valutazione dell'attività svolta dalla pubblicazione del Pdta secondo indicatori del pdta stesso è in corso. E' stato effettuato mensilmente l'incontro di team.
DISCUSSIONE	Il Pdta del paziente chirurgico bariatrico interessa figure professionali e unità operative diverse in ambito aziendale con una presa in carico del paziente pre/postintervento multidimensionale. Dall'autunno 2018 è iniziato un confronto Ausl Bologna e Azienda Ospedaliera-Universitaria S-Orsola-Malpighi per la creazione di un pdta interaziendale che coinvolge chirurghi ed anestesisti delle due aziende per la fase strettamente chirurgica ed i medici dell'UO Nutrizione Clinica AUSL Bologna e dell' Endocrinologia dell' Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola Malpighi per la fase pre/postchirurgica.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract

44

Speaker

Rahimi

Farnaz

under40



ARGOMENTO

La preparazione del paziente al trattamento chirurgico bariatrico

**TITOLO DEL LAVORO****EVALUATION OF RESULTS IN THE USE OF A VERY LOW-CALORIE KETOGENIC DIET (VLCKD) vs A VERY LOW-CALORIE NON-KETOGENIC DIET (VLCnKD) IN A 4-WEEK PREOPERATIVE PERIOD, IN PATIENTS UNDERGOING BARIATRIC SURGERY**

AUTORI

F. Rahimi, S. Boschetti, L. Rossi, M. Fadda, A. De Francesco

RELATORE

-

INTRODUZIONE

The 2016 Guidelines of the Italian Society for Obesity Surgery (SICOB) recommend a preoperative reduction of body weight in patients who are to undergo bariatric surgery, especially in the presence of high BMI and/or in patients with severe visceral obesity. This preoperative weight loss reduces liver volume and the amount of visceral fat, by facilitating the laparoscopy intervention and reducing the duration of surgery. It is recommended to obtain this weight reduction through the prescription of a diet with a very low caloric intake, and also a ketogenic diet. The aim of this study is to evaluate whether a diet with a very low caloric ketogenic intake has the ability to reduce body weight and to modify the body composition favourably compared with a non-ketogenic diet with the same caloric intake.

METODI

We enrolled 94 patients (39 M, 45 F, mean age  $45 \pm 12$  years, mean BMI  $47.5 \pm 8$ ) consecutively affiliated to our Unit of Clinical Nutrition of the Città della Salute e della Scienza Hospital of Turin, candidates for bariatric surgery who agreed to undertake a four-week weight loss programme in a preoperative 4-week period. Patients were assigned alternatively to the ketogenic or non-ketogenic arm. The 47 patients of the ketogenic arm (28 M, 19 F, mean age  $45 \pm 11$  years, mean BMI  $49 \pm 8$ ) received a VLCKD with the following components: Protein 85 g. Lipids 30 g. Carbohydrates 30 g. Kcal. 730 for 28 days. This treatment involved the combination of natural foods with hypoglucidic replacement meals produced by the companies NewPenta Pentadiet system and Named Dietacare system. The 47 patients of the non-ketogenic arm (20 M, 27 F, mean age  $45 \pm 14$  years, mean BMI  $46 \pm 9$ ) received a VLCnKD with the following nutritional components: Protein 75 g. Lipids 30 g. Carbohydrates 65 g. Kcal.830 for 28 days. This treatment included the combination of natural food with two 230 ml oral nutritional supplements per day, Glucerna SR vanilla, strawberry or chocolate flavour from the company Abbott. At t0 (beginning of the dietary programme) and at t1 (after 4 weeks), the following parameters were evaluated: weight, Body Mass Index (BMI), waist circumference (WC), Hand Grip Strength (HGS, Sammons Preston, Bolingbrook IL), Fatty Liver Index (FLI) according to the method of Bedogni et al. (2006 BMC Gastroenterology), and through mono-frequency bioimpedance method (BIA 101, Akern Florence) Fat Mass (FM), Fat Free Mass (FFM), Muscle Mass (MM), Body Cellular Mass (BCM), Total Body Water (TBW), Extracellular Body Water (EBW), Intracellular Body Water (IBW). Parameters were analysed using Student's t-Test for paired data or for independent samples where appropriate. Values of  $p < 0.05$  were considered significant.

RISULTATI

The VLCKD patients had significantly higher starting BMIs than the VLCnKD patients and both groups achieved a significant weight loss from T0 to T1, which was greater in the VLCKD group, although not significantly different from the VLCnKD group. Compliance to the diet was good in both groups without significant differences. For the other parameters taken into consideration, there was a significant difference between T0 and T1 in both groups as regards WC, FLI, FM, FFM, ECW and ICW. Only the decrease of the waist circumference of 8 cm between t0 and t1 was the same in the two groups; all the other indices starting from that relating to hepatic steatosis, FLI, (indirect index of reduction of the hepatic volume), the loss of fat mass, maintenance of muscle mass, reduction of extracellular water and increase of intracellular water were always favourable for the group following a ketogenic VLCD.

The VLCKD patients had significantly higher starting BMI than the VLCnKD patients and both groups achieved a significant weight loss from T0 to T1, which was greater in the VLCKD group (BMI kg/m<sup>2</sup>:49 →44), although not significantly different from the VLCnKD group (BMI kg/m<sup>2</sup> :46→43). Compliance to the diet was good in both groups without significant differences. For the other parameters taken into consideration, there was a significant difference between T0 and T1 in both groups as regards WC (cm.136→126 vs 131→123), FLI (97→90vs98→95) , FM (kg 61,1→54,8 vs 58,9→54,1), FFM (kg66,8→64,4 vs 66,3→63,3), ECW (lt.24,4→23,3 vs 22,7→21,7) and ICW(lt 25,8→25,9 vs 26,9→25,9). Only the decrease of the waist circumference of 8 cm between t0 and t1 was the same in the two groups; all the other indices starting from that relating to hepatic steatosis, FLI, (indirect index of reduction of the hepatic volume), the loss of fat mass, maintenance of muscle mass, reduction of extracellular water and increase of intracellular water were always favourable for the group following a ketogenic VLCD.

**DISCUSSIONE** Both of the strongly hypocaloric diets allowed preoperative patients to undergo bariatric surgery to obtain a good weight reduction. However, the ketogenic regime, with the same compliance, seems more effective in reducing the parameters related to hepatic volume (FLI) and total fat mass (FM) with a greater maintenance of muscle mass (MM) and of total lean mass (FFM). Good adherence to a particularly strict regime such as the VLCD could also allow us to hypothesise good compliance also with dietary indications provided post-bariatric surgery in the population observed.

**BIBLIOGRAFIA**

Alvarado R. et al., The impact of preoperative weight loss in patients undergoing laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass, *Obes. Surg.* 2005 Oct;15(9):1282–6

Società Italiana di Chirurgia della Obesità e Malattie Metaboliche. S.I.C.OB. Linee Guida di Chirurgia della Obesità 2016.  
[http://www.sicob.org/00\\_materiali/linee\\_guida\\_2016.pdf](http://www.sicob.org/00_materiali/linee_guida_2016.pdf)

Schiavo L. et al. A 4-Week Preoperative Ketogenic Micronutrient-Enriched Diet Is Effective in Reducing Body Weight, Left Hepatic Lobe Volume, and Micronutrient Deficiencies in Patients Undergoing Bariatric Surgery: a Prospective Pilot Study. *Obes. Surg.* 2018 Mar 3

Leonetti F. et al. Very low-carbohydrate ketogenic diet before bariatric surgery: prospective evaluation of a sequential diet. *Obes. Surg.* 2015 Jan;25(1):64–71

**Revisore** Non assegnato

**Accettazione** Accettato

**Note**

IDabstract

71

Speaker

Barrea

Luigi

under40



ARGOMENTO

La preparazione del paziente al trattamento chirurgico bariatrico

**TITOLO DEL LAVORO****STUDIO PILOTA SULLE MODIFICHE DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA E DEL PROFILO METABOLICO IN PAZIENTI CON OBESITÀ MODERATA/GRAVE CANDIDATI A CHIRURGIA BARIATRICA IN CORSO DI DIETA CHETOGENICA.**

AUTORI

Luigi Barrea 1,  
Daniela Laudisio 1,  
Giovanna Muscogiuri 1,  
Giuseppe Annunziata 2,  
Angela Arnone 1,  
Mario Musella 3,  
Annamaria Colao 1,  
Silvia Savastano 1.

1 Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Unità di Endocrinologia, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Via Sergio Pansini, 5; Napoli, Italia.

2 Dipartimento di Farmacia, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Via Domenico Montesano, 49, Napoli, Italia

3 Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Via Sergio Pansini, 5; Napoli, Italia.

# Corresponding Author:

Dott. Luigi Barrea,

E-mail: luigi.barrea@unina.it

RELATORE

-

INTRODUZIONE

Il calo ponderale pre-operatorio nei pazienti obesi candidati alla chirurgia bariatrica è significativamente associato a riduzione sia della morbidità che della mortalità, indipendentemente dalle tecniche chirurgiche. In particolare, sono stati riportati la riduzione dei tempi operatori, una minore incidenza di sanguinamento intra-operatorio e un rischio inferiore di complicanze nell'immediato post-operatorio, quali la deiscenza anastomotica. Un calo ponderale pari al 10% del peso corporeo migliora il profilo metabolico e la performance cardio-respiratoria, con conseguente riduzione del rischio anestesilogico e tromboembolico. Inoltre la riduzione delle dimensioni del lobo epatico di sinistra, facilita l'accesso alla giunzione gastroesofagea. Infine, il calo ponderale pre-operatorio è inoltre un fattore prognostico positivo per il calo ponderale post-operatorio. Trattamenti dietetici intensivi pre-operatori possono tuttavia indurre uno stato catabolico con riduzione della massa muscolare che influisce negativamente sul rischio intra-operatori e sull'outcome chirurgico. La terapia medica-nutrizionale chetogenica è basata sulla riduzione dell'apporto dei carboidrati, promuovendo la mobilizzazione dei lipidi dai depositi corporei e stimolando la loro ossidazione a scopo energetico dovuto alla modifica del rapporto insulina/glucagone. L'elevata disponibilità di acetyl-CoA viene utilizzata per la produzione dei corpi chetonici, che sono utilizzati sia come substrato energetico che come stimolatori della sazietà a livello centrale. Precedenti studi clinici hanno dimostrato l'efficacia della dieta chetogenica nella preparazione agli interventi bariatrici in termini di riduzione di peso e miglioramento dei parametri metabolici. Tuttavia non sono stati attualmente riportati gli effetti della dieta chetogenica sulla composizione corporea nei pazienti obesi candidati alla chirurgia bariatrica.

METODI

Scopo del lavoro è stato di valutare la composizione corporea ed il profilo metabolico in pazienti con obesità moderata/grave candidati a chirurgia bariatrica. Sono state

reclutate 14 donne, età 18-50 anni che hanno seguito una dietoterapia chetogenica ipocalorica, normoproteica per 21 giorni. In tutte le pazienti sono stati valutati i seguenti parametri: indici antropometrici (peso, altezza, circonferenza vita), indice di massa corporea (BMI), composizione corporea (bioimpedenziometro BIA phase-sensitive system 50 kHz BIA 101 RJL, Akern Bioresearch, Florence, Italy Akern), analisi biochimiche e indice Homeostatic Model Assessment of Insulin Resistance (HoMA-IR). Come indice di adesione alla dietoterapia chetogenica è stato utilizzato il Ketur-Test (ROCHE DIABETES CARE ITALY SpA) per valutare la presenza di chetonuria al 5° e al 21° giorno. Come indici di sicurezza al regime dietetico chetogenico sono stati monitorati elevazione della pressione arteriosa, alterazioni elettrolitiche (sodio e potassio), emocromo, creatinina, azotemia, velocità di filtrazione glomerulare (eGFR) e transaminasi.

#### RISULTATI

Tutti i pazienti hanno mostrato un Ketur-Test positivo senza alterazioni dei parametri utilizzati come indici di sicurezza durante il protocollo. Il BMI ( $35.08 \pm 5.84$  vs  $32.89 \pm 5.45$  kg/m<sup>2</sup>;  $p < 0.001$ ), la circonferenza vita ( $100.92 \pm 14.56$  vs  $97.39 \pm 14.87$  cm;  $p < 0.001$ ), la glicemia ( $86.64 \pm 10.10$  vs  $79.21 \pm 8.67$ ;  $p = 0.011$  mg/dL), l'insulina ( $11.53 \pm 5.20$  vs  $7.15 \pm 3.98$   $\mu$ U/mL;  $p = 0.010$ ) e l'indice HoMA-IR ( $2.53 \pm 1.22$  vs  $1.39 \pm 0.74$ ;  $p = 0.003$ ), hanno mostrato significative riduzioni. All'esame bioimpedenziometrico, i pazienti hanno riportato variazioni significative di resistenza ( $485.57 \pm 66.95$  vs  $478.50 \pm 69.24$  Ohm,  $\Omega$ ;  $p < 0.001$ ), reattanza ( $43.86 \pm 9.09$  vs  $48.14 \pm 9.96$  Ohm,  $\Omega$ ;  $p < 0.001$ ), angolo di fase ( $5.10 \pm 0.58$  vs  $5.71 \pm 0.73^\circ$ ;  $p < 0.001$ ) e massa grassa ( $37.08 \pm 8.59$  vs  $32.29 \pm 8.79$  kg;  $p < 0.001$ ).

#### DISCUSSIONE

I risultati ottenuti indicano che il calo ponderale indotto dalla dieta chetogenica si associa a miglioramento non solo degli indici biochimici ma anche dei parametri della composizione corporea. Tali risultati sottolineano l'indicazione alla prescrizione della dieta chetogenica come un ulteriore importante strumento di preparazione del paziente obeso candidato alla chirurgia bariatrica.

#### BIBLIOGRAFIA

-

#### Revisore

Non assegnato

#### Accettazione

Accettato

#### Note

IDabstract

28

Speaker

Schiavo

Luigi

under40



ARGOMENTO

La preparazione del paziente al trattamento chirurgico bariatrico

**TITOLO DEL LAVORO****LA CORREZIONE PREOPERATORIA DEI DEFICIT VITAMINICO/MINERALI NEI PAZIENTI OBESI CANDIDATI A SLEEVE GASTRECTOMY PUO' ESSERE UTILE NEL PREVENIRE L'INSORGENZA PRECOCE DI DEFICIT MICRONUTRITIVI POSTOPERATORI**

AUTORI

Luigi Schiavo 1, Vincenzo Pilone 1,2, Gianluca Rossetti 3, Antonio Iannelli 4

1 Centro di Eccellenza di Chirurgia Bariatrica SICOB, UOC Chirurgia Generale e d'Emergenza, AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, plesso "G. Fucito", Mercato San Severino (Sa)

2 Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria "Scuola Medica Salernitana", Università di Salerno

3 Unità di Chirurgia Bariatrica e Metabolica, Istituto Clinico "Beato Matteo", Vigevano (Pavia)

4 Université Côte d'Azur, Nizza, Francia

RELATORE

-

INTRODUZIONE

I deficit micronutritivi (DM) precoci in seguito ad intervento bariatrico di Sleeve Gastrectomy (SG) sono frequenti. I pazienti obesi spesso mostrano DM prima della SG. Obiettivo dello studio è stato quello di valutare se la correzione preoperatoria dei DM svolge un ruolo nella prevenzione dei DM postoperatori precoci.

METODI

80 pazienti (58 femmine, 22 maschi) sottoposti a SG sono stati retrospettivamente valutati. I pazienti sono stati divisi in due gruppi. Nel Gruppo A (n = 42, 30 femmine, 12 maschi) sono stati inseriti i pazienti che hanno ricevuto la correzione preoperatoria dei DM

mentre nel Gruppo B (n = 38, 28 femmine, 10 maschi) sono stati inseriti i pazienti non trattati.

Lo status micronutritivo dei pazienti è stato valutato prima della SG e dopo 3 e 12 mesi dall'intervento in entrambi i gruppi. Nel post-SG, i pazienti di entrambi i gruppi hanno seguito

lo stesso protocollo dietetico e suppletivo ed il loro intake calorico è stato valutato attraverso questionari.

RISULTATI

Prima della SG, i pazienti senza correzione di micronutrienti erano per lo più carenti in vitamina B12 (10,5%, 3 femmine, 1 maschio), folati (15,8%, 5 femmine, 1 maschio), vitamina D (39,5%, 10 femmine, 5 maschi), ferro (26,3%, 8 femmine, 2 maschi), e zinco (7,5%, 2 femmine, 1 maschio) mentre i pazienti che avevano ricevuto la correzione

preoperatoria dei DM non risultavano deficitari in alcun micronutriente. Dopo 3 e 12 mesi

dalla SG, nessun paziente dal gruppo A ha sviluppato deficit "ex novo", mentre tutti i pazienti

del gruppo B hanno continuato ad essere carenti, malgrado l'aderenza alla dieta e la supplementazione vitaminico/minerale specifica. Nessuna differenza significativa dell'intake

calorico è stata osservata in entrambi i gruppi di studio, dimostrando che i DM che si osservano nel periodo post-SG iniziale potrebbero essere dovuti, almeno in parte, ai DM preoperatori

piuttosto che causati dall'intervento chirurgico.

DISCUSSIONE

La correzione preoperatoria dei DM nei pazienti obesi candidati a SG può essere utile nel prevenire l'insorgenza precoce di deficit

micronutritivi postoperatori.

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	39
Speaker	Campedelli Virginia under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La preparazione del paziente al trattamento chirurgico bariatrico
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>OBESITÀ E SALUTE SESSUALE: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO SU UOMINI OBESI CANDIDATI A CHIRURGIA BARIATRICA</b>
AUTORI	V. Campedelli*, F.M. Nimbi**, C. Simonelli**, G. Silecchia*, E. Paone*  *UOC Chirurgia Generale & Bariatric Center of Excellence IFSO, SICOB – Sapienza Università di Roma, Polo Pontino (LT); **Dipartimento Psicologia Dinamica e Clinica - Sapienza Università di Roma e Istituto di Sessuologia Clinica Roma (ISC) ;
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Esistono pochissimi studi in letteratura che trattano in modo specifico l'area sessuologica del paziente obeso, dalle problematiche medico-endocrinologiche al vissuto psicologico. L'obesità negli uomini è spesso associata a difficoltà sessuali tra cui la Disfunzione Erettile (DE) risulta essere quella più diffusa. L'obiettivo del presente studio è stato quello di esplorare ed approfondire la salute sessuale di uomini obesi che richiedono un trattamento di cura mediante la chirurgia bariatrica.
METODI	I partecipanti alla ricerca sono stati 152 pazienti uomini obesi, tra i 19 e i 67 anni, sottoposti a valutazione psicodiagnostica per idoneità psicologico-psichiatrica al percorso di cura bariatrico, afferiti al Reparto di Chirurgia Generale e Centro d'Eccellenza Italiano ed Europeo di Chirurgia Bariatrica dell'Università "La Sapienza" di Roma – Polo Pontino (LT), tra settembre 2015 e giugno 2018. Il protocollo auto-somministrato è stato costituito da un questionario sociodemografico con domande self report sugli stili di vita in area sessuale, la Symptom checklist-90 Revised (SCL-90-R), l'International Index of Erectile Function (IIEF) e il Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire (SDBQ).
RISULTATI	Le statistiche descrittive hanno mostrato dei punteggi generali di psicopatologia nell'SCL-90-R nella media, con un punteggio leggermente elevato nella dimensione della somatizzazione. L'IIEF non mostra una compromissione generale dell'area sessuale, nonostante venga sottolineata difficoltà importante nell'area dell'erezione. Il SDBQ riporta punteggi elevati sia nella scala che riguarda le credenze stereotipate sul maschio ("macho beliefs"), sia il fattore "conservatorismo sessuale".
DISCUSSIONE	I risultati di questo studio esplorativo evidenziano come effettivamente ci sia una sofferenza nell'area della sessualità in cui interagiscono anche fattori cognitivi come le credenze stereotipate sul genere e sull'attività sessuale. L'importanza di questi risultati è da considerare sia dal punto di vista delle implicazioni cliniche che possono comportare e sia per l'approfondimento futuro in ambito sessuologico.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	26
Speaker	Giorgio Gioia under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La preparazione del paziente al trattamento chirurgico bariatrico
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ipertensione nell'obesità e alessitimia</b>
AUTORI	gioia giorgio psicologa psicoterapeuta obimed, filomena cesaro p.o. pineta grande hospital
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Il presente studio vuole indagare la relazione tra ipertensione arteriosa nell'obesità ed alessitimia.
METODI	test specifici per alessitimia e colloquio clinico
RISULTATI	L'ipotesi è che una disregolazione emotiva sussista alla base sia del rapporto con il cibo sia dell'ipertensione. Per fare ciò è stato reclutato un campione di soggetti con diagnosi di ipertensione da almeno 2 anni. Il gruppo di controllo è costituito da soggetti affetti da obesità di qualsiasi grado senza diagnosi di ipertensione.
DISCUSSIONE	esiste una correlazione tra ipertensione arteriosa nell'obesità e alessitimia. perchè e in che modo tale correlazione sussista è ancora da indagare.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract

74

Speaker

Gregoris

Francesca

under40



ARGOMENTO

La preparazione del paziente al trattamento chirurgico bariatrico

**TITOLO DEL LAVORO****Il percorso nutrizionale preoperatorio al Centro di chirurgia dell'obesità dell'Ospedale di Gorizia. Relazione tra percorso nutrizionale pre-operatorio e risultati a 12 mesi dall'intervento di by pass gastrico e sleeve gastrectomy**

AUTORI

Francesca Gregoris dietista, Monica Menin dietista, Edda Dagnolo dietista, Carlo Nagliati chirurgo, Pennisi Damiano chirurgo, prof. Alessandro Balani primario  
Centro di eccellenza di Chirurgia dell'obesità dell'ospedale S. Giovanni di Dio di Gorizia.

RELATORE

-

INTRODUZIONE

Da diversi anni ormai le linee guida delle società scientifiche più autorevoli, raccomandano il calo di peso preoperatorio nei pazienti candidati alla chirurgia bariatrica, soprattutto se in presenza di BMI molto elevato o di grave obesità viscerale, anche attraverso la prescrizione di una dieta a basso contenuto calorico/chetogenica nel periodo preoperatorio.

E' dimostrato che la diminuzione del peso corporeo riduce notevolmente le dimensioni del grasso viscerale e del fegato facilitando l'esecuzione degli interventi laparoscopici, riducendo il tempo di esecuzione e il rischio di conversione, migliorando i risultati a breve e lungo termine soprattutto nei pazienti super-obesi.

Al fine di favorire la perdita di peso preoperatoria, dalle evidenze in letteratura, pare chiaro come l'impiego di una dieta a basso contenuto calorico/chetogenica da 15 a 30 giorni prima dell'intervento ottenga risultati soddisfacenti in minor tempo, con un costo minore e meno effetti collaterali rispetto al palloncino intragastrico.

La nostra esperienza si è evoluta nel tempo arrivando a garantire un approccio dietetico diversificato, personalizzato, che prevede un programma educativo, un piano dietetico ipocalorico bilanciato, una dieta chetogenica e l'uso del palloncino intragastrico. Metodi che talvolta usiamo anche in modo sequenziale e che permettono di farci ottenere risultati migliori rispetto all'uso di un unico orientamento.

Un recente studio effettuato nel nostro centro ha voluto verificare se ci fossero relazioni tra il percorso nutrizionale di tipo educativo preoperatorio e i risultati nel postoperatorio.

METODI

In questo studio sono stati inclusi 193 pazienti. Sono stati suddivisi in due gruppi sulla base di un calo o meno di peso preoperatorio del 5%, con l'obiettivo di individuare una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi in termini di eccesso di peso perso a 12 mesi dall'intervento.

RISULTATI

I pazienti del sottogruppo che hanno ottenuto un calo del 5% o più del peso corporeo, nel periodo preoperatorio, hanno ottenuto un calo ponderale del 10% in più rispetto a quelli con minor perdita di peso, a 12 mesi dall'intervento di sleeve gastrectomy e by pass gastrico.

DISCUSSIONE

Questo recente studio effettuato presso il nostro centro ha permesso di confermare che il calo ponderale preoperatorio con percorso nutrizionale di tipo educativo è fattore predittivo di maggior successo postoperatorio a 12 mesi dall'intervento.

BIBLIOGRAFIA

-

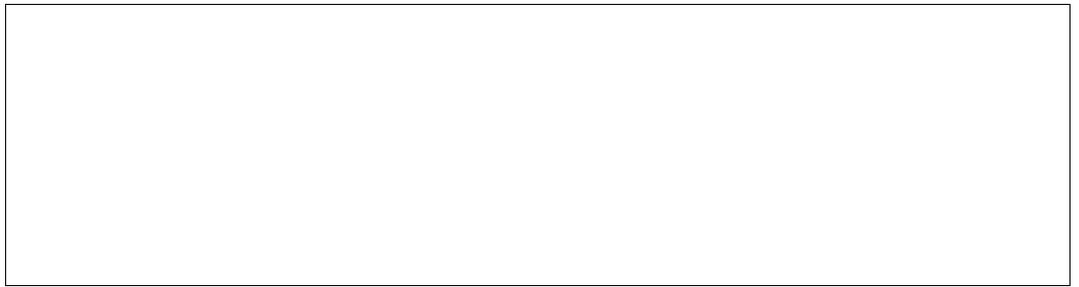
Revisore

Non assegnato

Accettazione

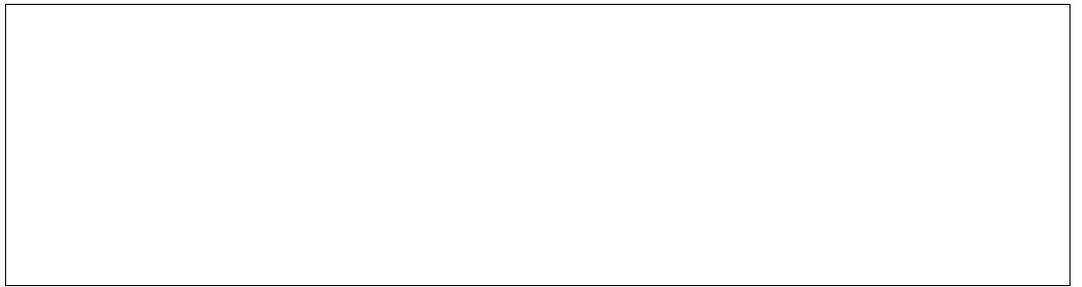
Accettato

Note



IDabstract	48
Speaker	Iovino Michele Giuseppe under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La Super e Super-Super Obesità
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Il MGB/OAGB come procedura "single stage" nel trattamento dei pazienti super e super- super obesi: analisi retrospettiva dei risultati su 49 pazienti</b>
AUTORI	M.G. Iovino UOSD Chirurgia Bariatrica AORN Cardarelli L. Costigliola AOU Federico II E. Manno UOSD Chirurgia Bariatrica AORN Cardarelli
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Non c'è consenso unanime su quale sia la procedura ideale per il trattamento del paziente super e super super obeso e parimenti è controverso se sia preferibile optare per una "chirurgia" in un unico tempo o in due tempi. Lo scopo di questo lavoro è presentare l'esperienza ed i risultati del Centro di Chirurgia Bariatrica e Metabolica dell'Ospedale Cardarelli (dir. Dott. E. Manno) nel trattamento dei pazienti affetti da super e super- super obesità sottoposti nel biennio 2014- 2015 A MBP/OAGB in un unico tempo.
METODI	Dal database informatico (registro SICOB/database personale) sono stati estratti i dati relativi ai pazienti affetti da super (BMI>50) e super-super obesità (BMI>60) e selezionati tutti quelli sottoposti a MGB/OAGB (primo operatore EM). Sono stati registrati i dati relativi a sesso, età, comorbidità, durata dell'intervento chirurgico, durata della degenza post- operatoria, complicanze e "weight loss". Tutti i pazienti sono stati sottoposti a visite di follow- up periodiche (1-3-6-12-18-24-36 mesi) dal chirurgo operatore o dal suo primo aiuto.
RISULTATI	Sono stati identificati 49 pazienti. 25 femmine e 14 maschi con BMI>50 (media 54): gruppo 1 (g1). 5 maschi e 5 femmine con BMI>60 (media 73): gruppo 2 (g2). Età media g1 42,8. Età media g2 40. Tutte le procedure sono state eseguite con tecnica laparoscopica da un solo chirurgo e non ci sono state conversioni a open. Il tempo medio dell'intervento è stato di 78 min (41- 147) e la degenza media post operatoria di 3,2 (2-14). Nessun paziente è stato riammesso in ospedale dopo la dimissione. L'unica complicanza intraoperatoria è stata un'eterotomia trattata con sutura laparoscopica. L'unica complicanza maggiore è stata un tromboembolia polmonare che ha necessitato di terapia intensiva con completa risoluzione del quadro clinico. Non si sono verificati decessi. EWL g1-g2 medio 36 mesi 82%. BMI 36 mesi g1 27,8 g2 34,9.
DISCUSSIONE	MGB/OAGB laparoscopico è una procedura tecnicamente sicura in mani esperte per il trattamento dei pazienti SO e SSO. Il MGB/OAGB ha il vantaggio di essere una procedura eseguibile in un unico tempo, reversibile e revisionabile. L'indice di massa corporea non può e deve essere il parametro per stabilire il miglior approccio chirurgico che piuttosto deve tener conto di eventuali precedenti interventi chirurgici addominali, della distribuzione del grasso e dell'esperienza del centro. La perdita di peso a breve termine (3 anni) è stata soddisfacente tuttavia maggiori informazioni sull'outcome si avranno dopo un più lungo follow-up.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato

Note



IDabstract	79
Speaker	Bottani Giorgio under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Le complicanze in chirurgia bariatrica: prevenzione e trattamento
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>PLICATURA GASTRICA E SLEEVE GASTRECTOMY. Complicanze e risultati a 5 anni.</b>
AUTORI	Bottani Giorgio, Mandolino Francesca, Bottani Alessandro ICLAS –Istituto Clinico Ligure ad Alta Specialità - Direttore: G. Bottani
RELATORE	-
INTRODUZIONE	La Plicatura Gastrica verticale (LGP) è l'evoluzione meno invasiva della sleeve gastrectomy(LSG). Si determina una restrizione gastrica ripiegando e suturando la grande curvatura: si ha una riduzione dell'80% della capacità gastrica. La tecnica di Talebpour è in corso di validazione nelle società scientifiche. La metodica della sleeve gastrectomy è quella proposta da Gagner. Abbiamo confrontato i risultati e le complicanze della plicatura gastrica con la sleeve gastrectomy a cinque anni.
METODI	Con approvazione del Comitato Etico, abbiamo realizzato 100 plicature gastriche e 100 sleeve gastrectomy in quattro anni (2010-2015) con stessa tecnica, medesimo chirurgo e follow-up. I criteri d'inclusione sono SICOB. 88 donne 12 uomini per LGP e 80 e 20 per LSG (età media è 32,5 anni, il BMI medio 41 kg/m <sup>2</sup> (LGP) e 43kg/ m <sup>2</sup> (LSG). La tecnica: dissezione angolo di His, liberazione della grande curvatura gastrica con bisturi a radiofrequenza. Si plica fondo, corpo e antro gastrico verso l'interno con sonda di 32-Fr o un gastroscopio, con una doppia fila di punti staccati extramucosi dall'alto verso il basso. La tecnica della sleeve è sec.Gagner: tubulizzazione gastrica con suturatrice lineare su una linea parallela alla piccola curvatura con sonda di calibro 32 ch. Per ambedue le tecniche controllo radiologico in 1° e dimissione in 2°-3° giornata (LGP) e in 5°(LSG) con dieta liquida. Alimentazione libera dalla 6° settimana. Le visite di controllo sono 1,3,6,12, e ogni 6 mesi. Verifiche endoscopiche annuali.
RISULTATI	Tutte le procedure laparoscopiche, senza conversioni. Il tempo operatorio medio è 65 minuti per LGP e 85 per la LSG. La degenza media è 3 giorni per la LGP e 5 giorni per la LSG L'andamento dell' %EWL: Per la LGP 1° mese-17% ,6° mese-50%,1° anno-62%2° anno 60%,3° anno 59%, 5° anno 58% Per la LSG 1° mese- 22%,6° mese-41%,1° anno- 68%2° anno 67%,3° anno 65% 5° anno 65%
DISCUSSIONE	Complicanze: Per la LGP: Nausea e vomito sono presenti nel 20%, risolti in due settimane. Una micro perforazione e una stenosi antro gastrico(secondo caso) per errore chirurgico. Un caso di perforazione, un caso psicopatologico con recupero del peso (convertito in LSG) ad oggi. All'endoscopia esofagite lieve in due pazienti. A sei mesi nessuna lesione. La dimensione del lume a 5 anni: dilatazioni nel 10%. Per la LGP 2 leak, risolte con sutura e drenaggio, 4 casi di GERD. La plicatura gastrica ha il più basso tasso di complicanze precoci tra tutte le procedure bariatriche. Gli eventi avversi sono legati all'inesperienza tecnica. I controlli endoscopici dimostrano che la piega parietale lentamente si riduce per la risoluzione dell'edema iniziale, i risultati radiologici hanno rivelato la dilatazione significativa del LGP nel 10%. La %EWL ha raggiunto un soddisfacente 58% a 5 anni, paragonabile ad altri metodi restrittivi, senza complicazioni importanti tardive. Questa tecnica ha bisogno di più casistiche e richiede tempo per essere valutata, anche se le prime esperienze di Talebpour a 12 anni sono confortanti
BIBLIOGRAFIA	Elie Chouillard, Naim Schoucair, et al. OBES SURG (2016)26:1167-1172 Laparoscopic Gastric Plication (LGP) as an Alternative to Laparoscopic Sleeve Gastrectomy (LSG) in Patients with Morbid Obesity: A Preliminary, Short-Term, Case-Control Study Abdelbaki TN1, Huang CK, Ramos A, Neto MG et al. Gastric plication for morbid obesity: a systematic review. Obes Surg 2012;22:1633-9.
Revisore	Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract

95

Speaker

Allaria

Alfredo

under40



ARGOMENTO

Le complicanze in chirurgia bariatrica: prevenzione e trattamento

**TITOLO DEL LAVORO****MANAGEMENT OF GASTRO-BRONCHIAL FISTULA COMPLICATING A SLEEVE-GASTRECTOMY: A CASE REPORT.**

AUTORI

Rosa D'Amico, Landino Fei, Ottavia Manto, Ilaria Ferrante, Giovanbattista Martinisi, Flavio Giordano e Alfredo Allaria.

U.O.C. Fisiopatologia Chirurgica dell'Apparato Digerente, Università degli Studi della Campania "L.Vanvitelli".

RELATORE

-

INTRODUZIONE

La sleeve gastrectomy laparoscopica (LSG) è un intervento definitivo e molto ben accettato per il trattamento dell'obesità patologica. Attualmente è la prima procedura di chirurgia bariatrica maggiormente praticata nel Nord America, in Asia e nelle regioni del Pacifico e seconda solo al Roux – en – Y gastric bypass (RYGB) in Europa e nell'America del Sud [1, 2]. Nonostante la sua relativa semplicità tecnica rispetto alle più complesse procedure di malassorbimento, la LSG non è priva di complicanze. Con un'incidenza inferiore al 2.4% [3] la fistola rappresenta la più temuta e seria complicanza post sleeve gastrectomy. La maggior parte delle deiscenze dopo LSG (85.7 %) si verifica più frequentemente nella porzione prossimale della rima di sutura, a livello dell'ultima agraffe metallica, vicino all'angolo di His [1,2].

Diverse classificazioni e trattamenti sono stati descritti sulla base del tempo di insorgenza rispetto all'intervento chirurgico (precoce [1-4 giorni], intermedia [4-9 giorni], tardiva [> 10 giorni]), l'aspetto radiologico della perdita e / o la gravità della sua presentazione clinica. Parliamo infatti di fistola di tipo I: minima deiscenza in assenza di raccolte ascessuali; fistola di tipo II: deiscenza estesa o raccolta ascessuale intraaddominale; fistola di tipo III o complessa, deiscenza complessa associata ad una fistola interna sottodiaframmatica o ad una fistola esterna gastrocutanea. La fistola gastro – bronchiale rientra in quest'ultimo gruppo. Si tratta di una rara e severa complicanza di interventi di chirurgia bariatrica, soprattutto sleeve gastrectomy laparoscopica, associata a tassi di morbilità e mortalità elevati [4].

La diagnosi, effettuata mediamente a 7.2 mesi dall'intervento, è supportata dal quadro clinico (tosse con vomica, febbre, astenia, polmoniti ricorrenti, dispnea e tachicardia), ma soprattutto dagli esami strumentali: TC torace e addome con e senza mdc; esofagogastroduodenoscopia e broncoscopia. [1,2,4,5]

Il nostro caso clinico tratta di un paziente di 25 anni, affetto da fistola gastro bronchiale (tipo III sec. Al Hajj et al) post sleeve gastrectomy laparoscopica diagnosticata nel settembre 2017 e trattata con impianto autologo di cellule staminali mesenchimali multipotenti, ricavate dal tessuto adiposo microframmentato, dopo un primo trattamento combinato chirurgico-endoscopico.

METODI

In letteratura, varie sono le tecniche descritte per il trattamento (endoscopiche, chirurgiche e combinate) anche se, ad oggi, non esiste ancora un protocollo standardizzato, data la varietà e la complessità dei quadri clinici di presentazione. Tuttavia, vi è comune accordo nel definire la necessità di un approccio multidisciplinare. Nel nostro caso, dopo un primo approccio combinato chirurgico endoscopico, abbiamo prediletto un approccio conservativo avvalendoci dell'impianto autologo di cellule staminali mesenchimali multipotenti, ricavate da tessuto adiposo microframmentato. Per questo abbiamo utilizzato il sistema Lipogems un dispositivo medico monouso di classe II A per la processazione a circuito chiuso in un unico tempo chirurgico di tessuto adiposo lipoaspirato destinato ad impianto autologo.

La procedura consiste in:

**1.PRELIEVO**

Questa fase può essere eseguita in anestesia generale o loco regionale. Previa infiltrazione di una soluzione composta da fisiologica, adrenalina, lidocaina, si procede al

prelievo del tessuto adiposo. Entrambe le procedure avvengono attraverso l'utilizzo di una serie di cannule a punta smussa collegate a siringhe Luerlock® contenute nel kit.

**2.PROCESSAZIONE**

Il tessuto prelevato è processato immediatamente sul campo operatorio all'interno del sistema LIPOGEMS®. Questa fase permette una graduale riduzione dei cluster adiposi fino ad ottenere un prodotto particolarmente fluido e privo delle componenti oleose ed ematiche pro-infiammatorie.

**3.INNESTO**

Conclusa la fase di processazione il tessuto viene prelevato dal dispositivo ed immediatamente trasferito nella sede d'interesse.

RISULTATI

A 40 giorni dall'innesto il controllo radiologico ha mostrato una completa risoluzione del tramite fistoloso

DISCUSSIONE

Gli effetti immunomodulatori e anti infiammatori delle cellule staminali mesenchimali sono stati ampiamente studiati e utilizzati per la riparazione di fistole associate a malattie croniche intestinali, nonché, recentemente, di fistole broncopleuriche, ma non di fistole gastro bronchiali.

Nel nostro caso, il trapianto di cellule staminali mesenchimali autologhe si è dimostrato efficace nella riparazione di una fistola gastro bronchiale, facendo prospettare nuove possibilità di trattamento future, da applicare a pazienti selezionati; anche se, altri studi si rendono necessari.

BIBLIOGRAFIA

**BIBLIOGRAFIA**

[1] Emad Abdallah, M.D.a, Hosam Hamed, M.D.b,\*, Mohamed Fikry, M.S.c. Refractory complex gastrobroncho-cutaneous fistula after laparoscopic sleeve gastrectomy: a novel technique for endoscopic management. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 12(2016) e 63–e 67.

[2] G. Al Hajj1 & R. Chemaly1. Fistula Following Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: a Proposed Classification and Algorithm for Optimal Management. *OBES SURG* (2018) 28:656–664 DOI 10.1007/s11695-017-2905-1.

[3] Aurora A R, Khaitan L, Saber AA. Sleeve gastrectomy and the risk of leak: a systematic analysis of 4,888 patients. *Surg Endosc* 2012; 26 (6):1509–15.

[4] Silva LB1, Moon RC, Teixeira AF, Jawad MA, Ferraz AA, Neto MG, Ramos AC, Campos JM. Gastrobronchial Fistula in Sleeve Gastrectomy and Roux-en-Y Gastric Bypass--A Systematic Review. *Obes Surg*. 2015 Oct;25(10):1959-65. doi: 10.1007/s11695-015-1822-4.

[5] Nasser Sakran a Ahmad Assalia b Andrei Keidar c David Goitein d, e . Gastrobronchial Fistula as a Complication of Bariatric Surgery: A Series of 6 Cases. *Obes Facts* 2012;5:538–545

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract	52
Speaker	Oldani Alberto under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Le complicanze in chirurgia bariatrica: prevenzione e trattamento
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Preliminary results of Laparoscopic Mini Gastric Bypass vs Laparoscopic Mini Gastric Bypass with Braun anastomosis for the treatment of morbid obesity and as redo surgery in de novo reflux after sleeve gastrectomy. What's better?</b>
AUTORI	S. Olmi, A. Oldani, G. Cesana, F. Ciccarese, M.Uccelli, S. De Carli, R. Villa, G. David Unità Operativa di Chirurgia Generale e Oncologica Centro di Chirurgia Laparoscopica Avanzata Centro di Chirurgia dell'Obesità Policlinico San Marco – Zingonia (BG)
RELATORE	-
INTRODUZIONE	<p>Although Laparoscopic Mini Gastric Bypass is a promising bariatric procedure, a large number of surgeons have strong objections to this procedure mainly because of risk of symptomatic bile reflux, marginal ulceration, severe malnutrition, and long-term risk of gastric and esophageal cancer. Lateral entero-enterostomy placed distally to a gastro – jejunal anastomosis in preventing bile reflux after gastric resection and gastro-jejunal anastomosis, but at present its efficacy in a bariatric surgery context has not been evaluated.</p> <p>The objectives of the present study were the evaluation of the incidence of postoperative onset of severe reflux, esophagitis and esophageal ulcers after Laparoscopic Mini Gastric Bypass and the validation of Braun anastomosis as a therapeutic option for these clinical conditions.</p>
METODI	<p>From January 2013 to December 2018, 100 patients have been admitted to our Department to be surgically treated by performing Laparoscopic Mini Gastric Bypass. Patients have been divided into 3 groups on the basis of the indications to this surgical procedure; Group A: presence of de novo gastro esophageal reflux disease or severe esophagitis after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy, with or without weight regain; Group B: Laparoscopic Mini Gastric Bypass as primary procedure. Another group of 30 patients (Group C) underwent Laparoscopic Mini Gastric Bypass with Braun anastomosis as primary bariatric surgical procedure for morbid obesity.</p> <p>We have conducted a retrospective analysis of the surgical outcomes in terms of perioperative mortality, short – mid and long term postoperative complications and weight loss, with a median follow up of 24 months; particular attention has been paid to the onset of de novo reflux signs or symptoms.</p>
RISULTATI	<p>Group A: 50 patients underwent Laparoscopic Mini Gastric Bypass as redo surgery; incidence of postoperative GERD, esophagitis or esophageal ulcers was 26% (13 cases). All these patients have been successfully treated by performing Braun anastomosis.</p> <p>Group B: 20 patients underwent Laparoscopic Mini Gastric Bypass as primitive bariatric surgery procedure; incidence of de novo reflux was 25% (5 cases); Braun anastomosis was performed with complete resolution of signs and symptoms in all cases.</p> <p>Group C: 30 patients underwent Laparoscopic Mini Gastric Bypass with Braun anastomosis as primary surgical treatment for morbid obesity; no cases of de novo reflux, esophagitis or anastomotic ulcers occurred.</p>
DISCUSSIONE	Despite the large amount of concerns regarding Laparoscopic Mini Gastric Bypass, our study demonstrated its safety and efficacy in terms of weight loss and resolution of obesity related diseases; Braun anastomosis seems to be an useful surgical tool in order to prevent the onset of de novo reflux, esophagitis and anastomotic ulcers.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract	69
Speaker	Piatto Giacomo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Le complicanze in chirurgia bariatrica: prevenzione e trattamento
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Coleperitoneo massivo tre mesi dopo mini bypass gastrico: conversione a bypass gastrico per via laparoscopica</b>
AUTORI	Giacomo Piatto, Natale Pellicanò, Cesare Lunardi, Alberto Sartori, Nicola Clemente, Maurizio De Luca. Ospedale "San Valentino", UOC Chirurgia Generale - Montebelluna (TV)
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Il Mini Bypass gastrico è una procedura bariatrica relativamente nuova, ch si sta diffondendo rapidamente in tutto il mondo per la sua semplicità di esecuzione e la sua efficacia in termini di perdita di calo ponderale e risoluzione delle patologie legate all'obesità. L'incidenza di fistole dopo questa operazione è relativamente basso (0,8-1,6%), ma rappresenta la complicazione più temuta. Pochi casi di peritonite dopo bypass gastrico sono disponibili, ma non sono riportati casi di coleperitoneo ritardato.
METODI	In questo lavoro descriviamo il caso di una donna di 51 anni che è giunta al pronto soccorso con peritonite acuta tre mesi dopo Mini Bypass gastrico, causata da un massivo coleperitoneo sostenuto da una deiscenza pressoché completa della anastomosi gastro-digiunale. Abbiamo quindi effettuato una review sistematica della letteratura presente sull'argomento.
RISULTATI	La paziente è stata sottoposta ad intervento chirurgico urgente di resezione dell'anastomosi ed a conversione a bypass gastrico su ansa alla Roux, tutto per via laparoscopica. Il decorso post-operatorio è stato caratterizzato dalla comparsa di iperpiressia e dispnea, sostenuta da versamento pleurico apico-basale sinistro, drenato, con successivo risoluzione del quadro febbrile. La paziente è stata dimessa in 14° giornata post-operatoria, asintomatica ed in buone condizioni generali. I follow-up sono regolari.
DISCUSSIONE	La conversione di emergenza a bypass gastrico laparoscopico su ansa alla Roux si è dimostrata una tecnica sicura ed efficace. I dati disponibili dalla letteratura confermano questa efficacia, ma ogni caso rappresenta una sfida per il chirurgo, dal momento che la migliore gestione deve essere adattata al paziente.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	80
Speaker	Dammaro Carmelisa under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Le complicanze in chirurgia bariatrica: prevenzione e trattamento
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>La mobilitazione precoce del drenaggio chirurgico esterno associata al trattamento endoscopico previene la cronicizzazione della fistola gastrica dopo interventi di chirurgia bariatrica.</b>
AUTORI	C Dammaro1, P Lainas1, JL Dumont2, H Tranchart1, G Donatelli2, I Dagher1.  1Service Chirurgie Digestive Minimale Invasive, Hôpital Antoine Bécclère, APHP – Clamart (France)  2Service d'Endoscopie, Hôpital Privé des Peupliers, Paris (France)
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Oggigiorno la chirurgia bariatrica è universalmente riconosciuta come il miglior trattamento per l'obesità patologica. Seppur rara, una delle complicanze più temute è la fistola gastrica cronica. L'obiettivo di questo studio è quello di descrivere una strategia di prevenzione della cronicizzazione delle fistole gastriche dopo sleeve gastrectomy e bypass gastrico.
METODI	I dati, raccolti prospettivamente e analizzati, si riferiscono a 16 pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica che hanno sviluppato una fistola gastrica precoce diagnosticata mediante TAC addominale con Gastrografin. Tutti i pazienti dello studio sono stati trattati secondo un protocollo che prevede un reintervento laparoscopico precoce per il posizionamento di un drenaggio esterno, seguito dal trattamento endoscopico della fistola con pigtail e/o protesi e da una rapida mobilitazione del drenaggio esterno.
RISULTATI	Da Aprile 2013 a Dicembre 2017, 16 pazienti (15F/1M; età mediana 38.5 anni) sottoposti a chirurgia bariatrica (14 sleeve gastrectomy e 2 bypass gastrici) hanno sviluppato una fistola gastrica precoce (mediana: 4 giorni; range [1-9]) e sono stati trattati seguendo il protocollo precedentemente descritto. Il 37% (6 pazienti) era già stato sottoposto ad un primo intervento di chirurgia bariatrica (3 bendaggi gastrici, 1 sleeve gastrectomy e 2 gastroplastiche verticali). La mediana dell'intervallo di tempo tra il reintervento chirurgico precoce per il posizionamento del drenaggio esterno ed il trattamento endoscopico è stata di 4 giorni; range [3-17]. La mobilitazione del drenaggio chirurgico è stata iniziata 2 giorni dopo il trattamento endoscopico. Tutti i pazienti hanno completato il follow-up ad un anno. Abbiamo ottenuto la guarigione nel 93.8% ovvero in 15 pazienti. Il nostro protocollo ha fallito in un solo paziente (6.2%) per il quale il trattamento endoscopico era stato eseguito 17 giorni dopo il reintervento con una mobilitazione del drenaggio esterno iniziata 25 giorni dopo quest'ultimo. Il paziente è stato sottoposto a gastrectomia totale 18 mesi dopo l'intervento di chirurgia bariatrica.
DISCUSSIONE	Questo studio dimostra l'efficacia di un approccio combinato (chirurgia, endoscopia e mobilitazione precoce del drenaggio chirurgico) nel trattamento e nella prevenzione della cronicizzazione della fistola gastrica. Considerando le devastanti conseguenze di una fistola cronica, tutti i chirurghi dovrebbero considerare questo protocollo come una potenziale arma a disposizione nel loro arsenale.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato

Note

--

IDabstract	6
Speaker	Millo Paolo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Le complicanze in chirurgia bariatrica: prevenzione e trattamento
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>MANAGEMENT DELLE COMPLICANZE IN CHIRURGIA BARIATRICA</b>
AUTORI	A. Usai, E. Ponte, M. Grivon, R. Brachet Contul, R. Lorusso, M.J. Nardi, M. Roveroni, S. Mochet, A. Bellocchia N. Leone, P. Millo Chirurgia Generale e Urgenza Ospedale U. Parini Aosta
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Il By pass gastrico rappresenta uno degli interventi di chirurgia bariatrica più utilizzati per trattare l'obesità e le sue comorbidità. La gestione di tali pazienti, sebbene debba spettare al centro di riferimento, sempre più spesso viene affidata anche al chirurgo generale. Lo scopo di questo lavoro è identificare le più comuni complicanze della chirurgia bariatrica e la loro gestione.
METODI	Da gennaio 2005 a dicembre 2018, nel nostro centro sono stati eseguiti un totale di 1550 interventi di chirurgia bariatrica. Abbiamo analizzato in modo retrospettivo i dati raccolti, suddividendoli in base al tipo di intervento eseguito e le relative complicanze.
RISULTATI	<p>Il tasso di complicanze post operatorie dopo chirurgia bariatrica è stato del 6,1% (95 casi). Secondo la nostra esperienza, nel 98,5 % dei casi, l'approccio laparoscopico ha portato a risoluzione del quadro. Nel gruppo di pazienti sottoposti a bendaggio gastrico, la complicanza riscontrata più frequentemente è stata la dislocazione dell'anello gastrico, con sintomi di occlusione (32 pts): in questi casi, il decalibraggio e la rimozione del dispositivo hanno portato a risoluzione dei sintomi. Due sono stati i casi di erosione gastrica da bendaggio.</p> <p>Tra i pazienti sottoposti a GBP, il dolore addominale da ernia interna è stato il riscontro più frequente (33 pts), seguito da sindrome aderenziale (8 pts), stenosi anastomotica (7 ptz), volvolo (3pts) ed intussuscezione del viscere (1 pt). Si segnalano anche due casi di litiasi coledocica e un caso di colelitiasi sintomatica.</p> <p>Altre complicanze sono state l'ascesso intraddominale (4 casi), l'ematoma (1 caso). Solo in un caso, per comparsa di dolori addominali, si è resa necessaria una gastrotomia e la successiva gastroscopia. Sono stati anche documentati disordini di tipo funzionale, quali sindrome di dumping e quadri di malnutrizione (in 4 casi, si è resa necessaria la revisione chirurgica di tali complicazioni).</p>
DISCUSSIONE	La gestione delle complicanze post operatorie in chirurgia bariatrica richiede diagnosi accurata e tempestiva. Anche il chirurgo generale deve orientarsi in questa disciplina e conoscere le possibili implicazioni anatomiche e metaboliche della chirurgia bariatrica, per riconoscere i sintomi e segni di questi pazienti e trattarli precocemente. La laparoscopia rimane l'approccio diagnostico e terapeutico migliore.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	



IDabstract	55
Speaker	Furbetta Francesco under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Le complicanze in chirurgia bariatrica: prevenzione e trattamento
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Technical details and result of a laparoscopic management of gastric band erosions</b>
AUTORI	Furbetta Francesco <sup>1</sup> , MD; Gragnani Francesca <sup>1</sup> , MD; Guidi Francesco <sup>1</sup> , MD; Furbetta Niccolò <sup>2</sup> , MD.  <sup>1</sup> General and laparoscopic Surgery, Leonardo Clinic, Sovigliana-Vinci (Florence), Italy <sup>2</sup> General Surgery, Departement of Surgery, University of Pisa, Italy
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Laparoscopic Adjustable Gastric Banding (LAGB) is proven to be a safe and effective treatment option for obesity in the long term. However, in recent decades, LAGB prevalence progressively decreased worldwide principally due to the incidence and the management of the complications. In particular, band erosion remains the most critical complication of the LAGB. Understanding the optimal management of the complications, becomes therefore of primary importance. The aim of this study is to describe technical details of our minimally-invasive management of band erosion and to analyze outcomes in 63 patients.
METODI	From October 1995 to March 2018, 3566 LAGB were performed at our Institution. Data of patients who underwent gastric band removal because of band erosion were retrieved from a prospectively collected Institutional database, and used for the present retrospective evaluation. Since November 2011 an original laparoscopic gastric banding removal technique was introduced. The technique proposed is based on the particular re-opening mechanism of the band. In fact, the Lap-band has a particular shape that allows re-opening it by keeping the closing system fixed and pulling the posterior branch. An ideal gastrotomy is performed on the unimpaired anterior gastric wall at the level of the fundus where the migrated band is touchable with the grasp, far away from any inflamed, sclerotic tissue. Through the gastrotomy, the band inside the gastric cavity is grasped and sectioned. Exploiting the fixity given by the migration of the closure system inside the gastric wall, pulling the posterior branch leads to the Lap-band re-opening. Subsequently the removal of the band appears very simple. The unpaired gastric wall, far from the inflamed tissue, can be finally safely sutured.
RISULTATI	One-hundred three patients (2,9% of the entire casuistic) with eroded band were diagnosed and treated at our Institution. Sixty-three patients were treated with the laparoscopic gastric banding removal technique introduced in November 2011. All the bands placed in these patients were the Lap-Band system (Allergan, Irvin, CA). All the operations have been performed laparoscopically with no conversion or intraoperative complications. There were no major complications and peri-operative (30 days) mortality.
DISCUSSIONE	The experience, combined with the particular opening mechanism of the Lap-Band system (Allergan, Irvin, CA), has allowed us to develop a safe laparoscopic reintervention technique for erosion. Proper preoperative management and a standardized minimally-invasive technique could help to cope with erosion, the most frightening complication of LAGB. Understanding the optimal management of complications and safe reoperation techniques can lead to a reversal of the trend in the LAGB diffusion, currently declining all over the world.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato

Accettazione

Note

IDabstract 63

Speaker Foletto Mirto under40

ARGOMENTO

**TITOLO DEL LAVORO** **LSG: One minute to fire is better than 20 secs?**

AUTORI Foletto M, U.O.S.D Week Surgery, Bariatric Unit, Padua University Hospital  
Albanese A, U.O.S.D Week Surgery, Bariatric Unit, Padua University Hospital  
Prevedello L, U.O.S.D Week Surgery, Bariatric Unit, Padua University Hospital  
Auricchio P, U.O.S.D Week Surgery, Bariatric Unit, Padua University Hospital

RELATORE -

INTRODUZIONE Laparoscopic Sleeve Gastrectomy (LSG) is safe and effective in the mid and long-term on weight loss and comorbidities resolution.  
Staple line bleeding is one of the most recurrent and feared early complication, occurring in 1- 4% of cases.

METODI From January to August 2018, 116 patients (mean age 43 years, F 69, M 47, mean BMI 40 Kg/m<sup>2</sup>) underwent LSG at our Institution. In 57 patients stapler was closed for 1 minute and in 59, 20 seconds before firing, respectively.  
Mean operative time, points of Haemoglobin loss and drainage output in 1st and 2nd post-operative day (POD) were collected and compared. P< 0,005 was considered significant.

RISULTATI Haemoglobin points loss resulted higher in the 1 minute group (10.9 ± 0.07 vs 8.01 ± 0.7 ; P=0,0001) and also drainage output in 1st and 2nd POD (81.3 ± 48.37 vs. 57.5 ± 9.37, p=0.003; 70.9 ± 51.7 vs 67.88 ± 9.38 ml, p=0.001 ).  
Therefore mean operative time was shorter in the 1 minute group ( 63.2±13.9 min, 68.7 ±9.3 min).

DISCUSSIONE According to our experience, the longer duration of stapler closure before firing reduce acute bleeding during operation and mean operative time, but doesn't affect staple line bleeding in the peri-operative (1st and 2nd POD).

BIBLIOGRAFIA -

Revisore Non assegnato

Accettazione

Note

IDabstract	67
Speaker	Pavone                      Giovanna                      under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Le complicanze in chirurgia bariatrica: prevenzione e trattamento
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>LAPAROSCOPIC AND ROBOTIC SLEEVE GASTRECTOMY: OUR INITIAL EXPERIENCE</b>
AUTORI	G. Pavone, N. Tartaglia, F. Vovola, M. Pacilli, F. Petruzzelli, F. Maddalena, A. Fersini, A. Ambrosi. Chirurgia Generale Dipartimento di Scienze mediche e chirurgiche Università di Foggia
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Sleeve gastrectomy has gained popularity in recent years and laparoscopic sleeve gastrectomy has become the most common procedure for the treatment of morbid obesity, thanks to its safety, feasibility and good results. Robotic sleeve gastrectomy is an alternative surgical option, but its utilization is still expanding. The aim of this study is to evaluate if there are any differences between the robotic and laparoscopic techniques.
METODI	During the 2018, 26 patients with pathological obesity were admitted to the Department of Medical and Surgical Sciences, University of Foggia and we have compared patients undergoing robotic sleeve gastrectomy (RSG) with the group submitted to laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG).
RISULTATI	We analyzed 26 patients underwent sleeve gastrectomy with a mean age of 42,58 years of which 19 were female; 11 treated with robotic approach and 15 with laparoscopic approach. The initial mean body mass index (BMI) was 45,73 kg/m <sup>2</sup> and weight 130,50 kg. The mean operative time was 132,27 min for RSG (including docking time) and 114,67 min for LSG (p=0,2). The median length of stay was 5,5 days, and it is the same for both groups of patients (p=0,89). Mortality and conversions were nil. We reported only 1 case of re-do surgery in a patient underwent to RSG after failure of gastric banding. We observed only 4 cases of post-operative complications: 1 leak treated with surgical approach and 2 bleeding and a port-site infection underwent to medical treatment. Follow-up at 1 month from the recovery in 20 patients has showed an EWL (excess weight loss) 19,72%: 16,11% for robotic group and 23,32% for laparoscopic one (p=0,16); follow up at 6 months in 9 patients detected an EWL 47,46%: 51,52% for robotic group and 47,63% for laparoscopic one (p=0,81).
DISCUSSIONE	There is no significant differences between the robotic and laparoscopic groups in terms of operative time, length of stay, EWL and complications. RSG proved to be a safe and efficient procedure, with satisfactory results comparable to LSG. Longer and larger studies are needed for a better comparative evaluation.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	7
Speaker	Millo Paolo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Le fistole in chirurgia bariatrica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>LA PREVENZIONE DELLA FISTOLA IN CHIRURGIA BARIATRICA</b>
AUTORI	A. Usai, E. Ponte, M. Grivon, R. Brachet Contul, R. Lorusso, M.J. Nardi, M. Roveroni, S. Mochet, A. Bellocchia N. Leone, P. Millo Chirurgia Generale e Urgenza Ospedale U. Parini Aosta
RELATORE	-
INTRODUZIONE	e procedure chirurgiche per obesità sono in continuo aumento, le due tecniche maggiormente utilizzate sono la sleeve gastrectomie (SG), più del 45% dei casi e il gastric by pass (GBP), 39%. Nella SG la fistola con il sanguinamento e la stenosi risultano essere tra le complicanze più frequenti, nelle serie maggiori rappresentano il 5 % dei casi. L'incidenza media di fistola, che normalmente si presenta nella porzione superiore della trancia, e' del 2.1 % (range 1.1 -5.3%). La patogenesi della fistola puo'essere attribuita a meccanismi meccanici o ischemici. In questo senso intervengono molti fattori predisponenti correlati alla tecnica e al paziente. Le piu comuni complicanze del GBP sono il sanguinamento, la stenosi e la fistola. L'incidenza della fistola in letteratura varia tra il 0.1 e 5.8 %. In prevalenza riguarda l'anastomosi G-J ma puo' anche interessare la linea di sutura della pouch gastrica o l'anastomosi J-J
METODI	La scelta della misura della sonda di calibraggio è determinante nella patogenesi della fistola, la creazione di un tubulo troppo stretto può provocare un'iperpressione all'interno della pouch, il rischio diminuisce con sonde di calibro superiore a 40 fr. Per quanto riguarda dove far iniziare la trancia di sezione della sleeve farla partire a più di 5 cm dal piloro vuol dire preservare una porzione maggiore di antro al fine di permettere un migliore svuotamento gastrico e quindi diminuire la pressione intraluminare. Altra ricorrente causa patogenetica dell'insorgenza di fistola e' la presenza di un tubulo gastrico con twist o stenosi, tale meccanismo puo' essere ovviato con l'utilizzo di cariche della suturatrice adeguate. La fistola può essere il risultato di una cattiva combinazione tra altezza dei punti della carica e spessore dei tessuti. Per quello che riguarda il rinforzo della linea di sutura i dati in letteratura sono controversi sia per la SG che per GBP. Nel GBP il tipo di anastomosi utilizzata non sembra influenzare l'incidenza di fistola
RISULTATI	Nella nostra casistica dal 2006 al 2018 abbiamo eseguito sleeve , con prevalenza femminile (71:115), età media 45.6 anni (range 18-65), BMI medio 50,7. La nostra trancia di sutura è realizzata a partire da 5 cm dal piloro, con sonda di calibraggio nell'ultima parte della casistica di 16mm (48fr), ritrovando una morbilità del 10.7% con incidenza di fistola del 0.5% Nella nostra esperienza dal 2000 al 2017 sono stati realizzati 465 GBP, rapporto M:F 102:363, età media 41.5 (range 20-65). BMI medio 46.4 Kg/cm2 EW 66.6 Kg , con un'incidenza di fistola del 3.4%. In 5 casi l'anastomosi era transorale, in 1 caso circolare ocn borsa di tabacco, in 2 casi lineare meccanica in 4 casi manuale e in 4 casi robotica.
DISCUSSIONE	Nell'ambito della chirurgia bariatrica sleeve e gastric by pass restano le tecniche più frequentemente utilizzate. La fistola rappresenta una delle maggiori complicanze di entrambe le metodiche. Nella Sleeve la misura della sonda di calibraggio sembra poter influire sull'incidenza di fistola. Nel GBP il tipo di anastomosi realizzata non incide sulla fistola.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract	5
Speaker	Millo Paolo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Le urgenze dopo chirurgia bariatrica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ERNIE INTERNE DOPO BY PASS GASTRICO PER OBESITA'</b>
AUTORI	A. Usai, E. Ponte, M. Grivon, R. Brachet Contul, R. Lorusso, M.J. Nardi, M. Roveroni, S. Mochet, A. Bellocchia N. Leone, P. Millo Chirurgia Generale e Urgenza Ospedale U. Parini Aosta
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Il by pass gastrico può essere complicato da ernia interna con un tasso di incidenza dall'1% al 5% secondo quanto riportato in letteratura.
METODI	Nel nostro centro, da gennaio 2001 a dicembre 2018 abbiamo sottoposto un totale di 466 pazienti ad intervento chirurgico di by pass gastrico per obesità. Di questi, il 61,5% degli interventi è stato eseguito con ricostruzione antecolica, e il 38.5 % con ricostruzione transmesocolica
RISULTATI	Il tasso complessivo di incidenza di ernia interna nella nostra casistica è stato del 6,2% con un totale di 29 casi. La diagnosi preoperatoria si è basata per il 34% dei casi su imaging, (Tc addome) . Negli altri casi (66%) solo l'esplorazione laparoscopica ha messo in evidenza la presenza di ernia interna. Nel 75% dei casi, vi è stato un riscontro di erniazione attraverso lo spazio del Petersen (22 casi) e nel 20% attraverso lo spazio transmesocolico (6 casi), e transmesenterico 3.4% (1 caso). In tutti i pazienti sottoposti ad intervento, è stata eseguita esplorazione del tratto alimentare, dell'ansa biliopancreatica e del tratto comune con la successiva chiusura delle porte erniarie così individuate con punti non riassorbibili.
DISCUSSIONE	La sintomatologia erniaria si presenta dopo 8-12 mesi dall'intervento e nei casi di importante calo ponderale. La diagnosi solo raramente si basa su imaging; la laparoscopia rimane la miglior scelta diagnostica e terapeutica. La chiusura delle brecce erniarie è mandatoria con punti non riassorbibili.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	83
Speaker	Veroux Gastone Salvatore Maria under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Le urgenze dopo chirurgia bariatrica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Laparoscopia in urgenze post bariatriche: esperienza di un centro ad alto volume.</b>
AUTORI	Veroux Gastone; Arnas Garibaldi Chirurgia Generale, Catania, Trusso Zirna Ezio, Arnas Garibaldi Chirurgia Generale, Catania, Patanè Marco, Arnas Garibaldi Chirurgia Generale, Catania, Gulino Fabrizio, Arnas Garibaldi Chirurgia Generale, Catania, Iudica Marianna, Arnas Garibaldi Chirurgia Generale, Catania, Ferrara Francesco; Arnas Garibaldi Chirurgia Generale, Catania, Bellia Angelo; Arnas Garibaldi Chirurgia Generale, Catania, Piazza Luigi; Arnas Garibaldi Chirurgia Generale, Catania, Sarvà Salvatore, Arnas Garibaldi Chirurgia Generale, Catania, Pappalardo Andrea, Arnas Garibaldi Chirurgia Generale, Catania, Di Stefano Carla, Arnas Garibaldi Chirurgia Generale, Catania,
RELATORE	-
INTRODUZIONE	<p>Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento degli accessi in presidi di area critica per complicanze legate alla chirurgia bariatrica. I pochi studi presenti in letteratura dimostrano come la gestione eseguita da centri di eccellenza e/o accreditati permettano una risoluzione della complicanza con risultati a breve e lungo termine migliori rispetto ai centri non baritrici.</p> <p>Questo studio si propone di analizzare il management delle complicanze bariatriche, con particolare attenzione alla gestione laparoscopica.</p>
METODI	<p>E' stata eseguita una revisione della letteratura sul management delle complicanze acute post chirurgia bariatrica.</p> <p>Nel nostro centro negli ultimi 10 anni sono stati eseguiti oltre 1500 interventi di chirurgia bariatrica, tra primaria, revisione e urgenza. Sono stati presi in esame alcuni casi clinici specifici per complicanza soffermandosi su: caratteristiche preoperatorie; sintomatologia; reperti radiologici; e management laparoscopico/endoscopico eseguito.</p>
RISULTATI	Nei casi clinici esposti la gestione mininvasiva ha determinato la risoluzione della complicanza con ottimi outcome a breve e lungo termine.
DISCUSSIONE	<p>E' ampiamente dimostrato come la chirurgia bariatrica rappresenti la terapia con maggiori tassi di successo per l'obesità severa. Ne consegue un aumento degli accessi al pronto soccorso per le complicanze annesse.</p> <p>Pubblicazioni recenti di comparazione di morbilità e mortalità postoperatoria tra Centri di eccellenza e strutture non accreditate, mettono in evidenza una correlazione positiva tra centri di eccellenza, accreditamento e outcome postoperatori</p> <p>Quando gestite da un team specialistico la maggior parte delle urgenze post-bariatriche possono essere risolte con procedure endoscopiche e laparoscopiche, con ottimi outcome a breve e lungo termine</p>
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	



IDabstract	101
Speaker	Buonaiuto Luca under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Obesità e cancro
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Incidental finding of Gastrointestinal Stromal Tumour (GIST) 2 years after One-anastomosis gastric bypass: a case report.</b>
AUTORI	L. Buonaiuto • M. Pizzi • S. Cantarella • P. Pizzi L. Buonaiuto (✉) Department of General and Bariatric Surgery, Policlinico di Monza, Monza, Italy email: luca.buonaiuto@policlinicodimonza.it M. Pizzi Department of General and Bariatric Surgery, Policlinico di Monza, Monza, Italy S. Cantarella Department of General and Bariatric Surgery, Policlinico di Monza, Monza, Italy P. Pizzi Department of General and Bariatric Surgery, Policlinico di Monza, Monza, Italy
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Gastrointestinal stromal tumours (GISTs) are the most common connective tissue neoplasm of the gastrointestinal tract. Two years after One-anastomosis gastric bypass, a solid tumour of 9 cm diameter was found in lesser omentum as an incidental finding. Introduction The frequency of incidental findings during laparoscopic bariatric surgery is approximately 2%. [1] In bariatric surgery, GISTs have an incidence lower than 1% [2]. GIST is the most frequent mesenchymal tumor of gastrointestinal tract [3]. GISTs arising from the muscularis propria of the GI tract. The most common sites for GIST is the stomach (60%) followed by small bowel (30%), duodenum (5%), colon and rectum (less than 5%), esophagus and appendix (less than 1%) [4]. They can be rarely found outside the digestive tract, like in the mesentery, omentum or retroperitoneum. Lesions with the diameter greater than 5 cm with necrosis, high mitotic index and cellular atypia have intermediate/high malignant potential (20-30% of cases) [5-6]. Surgery is the primary treatment option. Wide resection margins are not necessary (less than 1-2 cm). Regarding gastric GIST, marginal or segmental laparoscopic gastric resection is a safe procedure [7-8]. GIST don't spread to lymph nodes and lymphadenectomy is not recommended during the surgical procedures [9]. An unresectable or malignant lesion with or without dissemination have adverse prognosis; in this case is recommended therapy with selective tyrosine kinase inhibitors (imatinib, sunitinib)[10]. The risk of recurrence is estimated from the mitotic index, size and initial site of the tumor. Clinical presentation of a GIST includes abdominal pain, GI bleeding, hematemesis, melena, anemia, abdominal bloating, intestinal obstruction, nausea, weight loss and palpable mass [11]. Immunohistochemical analysis positive for CD117 determined that these tumors originate in the interstitial cells of Cajal. In accordance with the distribution of these cells, GISTs are more frequent
METODI	A 55-year-old female patient with a body mass index (BMI) of 42.96 kg/m <sup>2</sup> came to our hospital for bariatric surgery. She was a candidate for One Anastomosis Gastric By-pass (OAGB) for morbid obesity after removing LAGB for weight regain. She underwent to OAGB (200 cm biliar tract) without complications. After 18 months/years she had a BMI of 31.25 kg/m <sup>2</sup> . Because of acute flank pain, she went in emergency room for suspected renal lithiasis. Abdominal CT scan with contrast was performed and an incidental findings was diagnosed: a solid tumor of 9 cm diameter was found in lesser omentum. Endoscopic ultrasound (EUS) was performed that revealed no lesion in excluded stomach and a solid retrogastric iso-hypoechoic tumor with central anechoic region without Doppler vascular signal or power Doppler signal. Us-guided FNAB was performed but it was undiagnostic. FDG-PET was performed and it revealed modest and inhomogeneous hyperuptake (early SUV max 2.45; late SUV 3.1). Multidisciplinary oncological and

surgical team decided to surgical excision.  
In order to perform laparoscopic procedures, the abdominal cavity is inflated using Verress needle in left subcostal plane on the emiclavicular line. A 12-mm optical screw trocar (Karl Storz GmbH & Co. KG, Tuttlingen, Germany) was inserted for the camera in the midline supraumbilical position under direct vision; then three 10 mm trocars (Panther Healthcare, Beiqijia, Changping District, Beijing) were inserted: one on left-right upper quadrant, other one on the left-right upper quadrant 10 mm one in epigastrium. A liver retractor was placed in epigastrium. Abdominal adhesions were divided using Lotus (SRA Developments Ltd, Ashburton, Devon, UK). Gastric pouch were separated from excluded stomach. A solid tumor of 6 cm of diameter was on the lesser curvature of the excluded stomach between a peduncle with a diameter of 3 cm. Two cystic tumors of 6 cm diameter each one grew from solid tumor. Then, using a linear stapler (Endo GIA, Medtronic)

RISULTATI

-

DISCUSSIONE

-

BIBLIOGRAFIA

#### References

1. Finnell CW, Madan AK, Ternovits CA, et al. Unexpected pathology during laparoscopic bariatric surgery. *Surg Endosc.* 2007; 21: 867-9.
2. Raghavendra RS, Kini D. Benign, premalignant and malignant lesions encountered in bariatric surgery. *JLS.* 2012; 16:360-72.
3. Nowain A, Bhakta H, Pais S, Kanel G, Verma S. Gastrointestinal stromal tumors: clinical profile, pathogenesis, treatment strategies and prognosis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2005; 20(6):818–24.
4. Laurini JA, Carter JE. Gastrointestinal stromal tumors: a review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 2010; 134: 134–141.
5. Dematteo RP, Gold JS, Saran L, Gonen M, Liau KH, Maki RG, et al. Tumor mitotic rate, size, and location independently predict recurrence after resection of primary gastrointestinal stromal tumor (GIST). *Cancer.* 2008; 112(3):608–15.
6. Scarpa M, Bertin M, Ruffolo C, Polese L, D'Amico DF, Angriman I. A systematic review on the clinical diagnosis of gastrointestinal stromal tumors. *J Surg Oncol.* 2008; 98(5):384–92.
7. Kim IH, Kim IH, Kwak SG, Kim SW, Chae HD. Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) of the stomach: a multicenter, retrospective study of curatively resected gastric GISTs. *Ann Surg Treat Res.* 2014; 87(6):298–303.
8. Liao CH, Yeh CN, Wang SY, Fu CY, Tsai CY, Liu YY, et al. Surgical option for intestinal gastrointestinal stromal tumors—perioperative and oncological outcomes of laparoscopic surgery. *Anticancer Res.* 2015; 35(2):1033–40.
9. Sokolich J, Galanopoulos C, Dunn E, Linder JD, Jeyarajah DR. Expanding the indications for laparoscopic gastric resection for gastrointestinal stromal tumors. *JLS.* 2009; 13(2):165–9.
10. Demetri GD, van Oosterom AT, Garrett CR et al. Efficacy and safety of sunitinib in patients with advanced gastrointestinal stromal tumour after failure of imatinib: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006; 368(9544):1329– 1338.
11. Caterino S, Lorenzon L, Petrucciani N et al. Gastrointestinal stromal tumors: correlation between symptoms at presentati

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

--



Secondo alcuni autori, tuttavia, il meccanismo d'azione malnutritivo del bypass e della diversione biliopancreatica, inducendo importanti modificazioni della composizione fecale e del microbioma colico, potrebbe essere associato ad un aumentato rischio di neoplasie del colon. Gli effetti della malnutrizione, inoltre, in alcuni casi, possono mascherare i sintomi di una neoplasia e ritardarne il riconoscimento, soprattutto se questa coinvolge un tratto di intestino escluso dal transito alimentare. La gestione di questi pazienti nel lungo termine è pertanto particolarmente complessa e risulta fondamentale un regolare follow-up in centri con adeguata esperienza in chirurgia bariatrica.

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	21
Speaker	Leanza                      Silvana    under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Obesità e cancro
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Incidental gastric gastrointestinal stromal tumor (GIST) during laparoscopic bariatric surgery: clinical case report.</b>
AUTORI	Leanza Silvana, Guarino Vincenzo, Campagnacci Roberto, Boni Marcello.  Ospedale Carlo Urbani di Jesi - Area Vasta 2 - ASUR Marche
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) are the most common mesenchymal tumors of the gastrointestinal tract and the stomach is the most commonly involved organ. Incidental pathology found during laparoscopic bariatric surgery has been estimated to be around 2% and in 0.8% of patients tumor is localized on the stomach.
METODI	We discuss a case of a gastric GIST incidentally discovered in a 51 old female during laparoscopic gastric mobilization for sleeve gastrectomy for morbid obesity. Because of the localization of the tumor patient was first subjected to laparoscopic tumor resection and after four months to laparoscopic sleeve gastrectomy. Currently, the patient has lost weight according to what was expected, is asymptomatic and free of disease.
RISULTATI	Currently, the patient has lost weight according to what was expected, is asymptomatic and free of disease.
DISCUSSIONE	In conclusion in case of incidental findings of GISTs during bariatric surgery safe laparoscopic resection of GISTs is an established procedure. Tumor resection with negative margins of incision may be considered as complete oncological treatment.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	41
Speaker	Agus Marina under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Obesità, malattie croniche e trapianti
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Biopsia epatica in corso di chirurgia bariatrica: una procedura da eseguire in tutti i pazienti?</b>
AUTORI	M.Agus, G.Fantola, M.Runfola, R.Moroni Chirurgia dell'Obesità - AO Brotzu, Cagliari
RELATORE	-
INTRODUZIONE	La non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) è considerata la manifestazione epatica della sindrome metabolica, rappresentando oggi la terza causa di trapianto di fegato negli USA. La NAFLD comprende alterazioni istologiche che vanno dalla semplice steatosi (non-alcoholic fatty liver - NAFL) alla steatoepatite (non-alcoholic steatohepatitis - NASH). Il gold standard per la diagnosi e la stadiazione della NAFLD è la biopsia epatica, il cui utilizzo routinario è oggi discusso in letteratura. Lo scopo di questo studio è analizzare la prevalenza di NAFLD nella popolazione di pazienti obesi sottoposti a chirurgia nel nostro Centro ed individuare eventuali fattori predittivi che possano guidare la scelta dell'esecuzione della biopsia epatica nella nostra pratica clinica.
METODI	Sono stati raccolti i dati di 140 pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica e biopsia epatica dal 2014 al 2018 presso il nostro Centro. I criteri di inclusione sono stati: l'esecuzione della biopsia epatica durante l'intervento, la disponibilità del referto istopatologico. I criteri di esclusione comprendevano: anamnesi positiva per abuso di sostanze epatotossiche, presenza di ogni epatopatia accertata o sospetta di natura autoimmune, genetica, infettiva. Per ogni paziente sono state valutate variabili demografiche, antropometriche, cliniche, laboratoristiche; i dati sono stati analizzati in sottogruppi rispetto al risultato della biopsia epatica e comparati tramite analisi univariata e multivariata.
RISULTATI	Sono stati inclusi centoquaranta pazienti (BMI medio 45,2 kg/m <sup>2</sup> ), divisi in tre gruppi secondo il referto della biopsia epatica: fegato normale (39,3%), NAFL (42,8%) e NASH (17,9%). Gli 85 pazienti affetti da NAFLD presentavano valori maggiori di BMI (p<0.01), di ALT (p<0.01), AST (p<0.02), glicemia (p<0.001), HbA1c (p<0.0001), trigliceridi (p<0.001), acido urico (p<0.05), TSH (p<0.001) e Paratormone (p<0.02) ed erano più affetti da sindrome metabolica (p<0.00001). L'unico fattore predittivo correlato allo stadio di gravità dell'epatopatia è la sindrome metabolica risultata significativamente più frequente nel gruppo NASH (p<0.01). Tale dato è stato confermato all'analisi multivariata.
DISCUSSIONE	Questo studio conferma un'alta prevalenza di NAFLD nel paziente obeso sottoposto a chirurgia bariatrica. I nostri risultati, conformi alla letteratura, mettono in evidenza che tutti i parametri clinici e laboratoristici conosciuti come predittivi di NAFLD non possono chiarire, nell'eterogeneità dei pazienti, quali siano più a rischio di presentare lesioni progressive verso la cirrosi epatica. Soltanto la presenza della sindrome metabolica è risultata associata a stadi più avanzati di patologia epatica, in particolare steatoepatite. Nonostante i pazienti affetti da sindrome metabolica risultino più a rischio di uno stadio avanzato di epatopatia, non può essere ritenuto prudente eseguire la biopsia solo a questa popolazione. Il pericolo di misconoscere una diagnosi di NASH e non sottoporre il paziente affetto ad una successiva adeguata sorveglianza risulterebbe infatti intollerabile. In base ai risultati di questo studio, il nostro Centro inserisce nel PDTA del paziente obeso sottoposto a chirurgia bariatrica l'esecuzione della biopsia epatica routinaria.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract	14
Speaker	Nagliati Carlo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Protocollo ERAS in chirurgia bariatrica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Enhanced Recovery after Bariatric Surgery: 202 Consecutive Patients in an Italian Bariatric Center</b>
AUTORI	Carlo Nagliati, Dip. di Chirurgia, Ospedale di Gorizia Troian Marina, Dip. di Chirurgia, Ospedale Cattinara di Trieste Damiano Pennisi, Dip. di Chirurgia, Ospedale di Gorizia Alessandro Balani, Dip. di Chirurgia, Ospedale di Gorizia
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) pathways have been shown to improve postoperative outcomes. However, its application in bariatric surgery is still limited. The aim of the study was to define the safety of ERAS in bariatric patients with regard to postoperative complications, length of hospital stay (LOS) and readmission rates within 30 days from surgery.
METODI	We prospectively investigated the effectiveness and safety of an ERAS protocol within morbidly obese patients who underwent bariatric surgery in a single Institute experience over a two-year period.
RISULTATI	Between June 2016 and September 2018, we performed 89 laparoscopic sleeve gastrectomy (SG), 105 Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) and 8 one anastomosis gastric bypass (OAGB). Twenty patients (9.9%) were revisional cases. Mean (SD) BMI and age at time of surgery were 43.2(±6.2) Kg/m <sup>2</sup> and 46(±11.3) years, respectively. Median (range) surgical time was 118(45-255) minutes. Overall postoperative complication rate was 7.4%, with 6 (3.0%) patients developing grade III-IV complications according to Dindo-Clavien classification. Median LOS was 2 (1-50) days, with mean LOS of 2.3 (± 3.6) days. Overall, 36.6% of patients were discharged by first postoperative day and 77.7% by second postoperative day. Readmission rate was 4.5%. No mortality was observed during the study period.
DISCUSSIONE	In our experience, ERAS in primary and revisional bariatric surgery is safe and feasible, with short LOS, low morbidity and readmission rates, and no mortality. A significant reduction of mean LOS was progressively noted over the study period.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	12
Speaker	Ranucci Federica under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Protocollo ERAS in chirurgia bariatrica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Utilizzo del protocollo ERABS negli interventi di Sleeve Gastrectomy: l'esperienza di Terni</b>
AUTORI	Ilenia Grandone 1, Amilcare Parisi 2, Federica Ranucci 1, Lorenzo Guerci 2, Alice Di Nicola 1, Luisa Paolini 1, Giuseppe Fatati 1 1. SC Diabetologia Dietologia e Nutrizione Clinica , CMO - Centro Multidisciplinare per lo studio e la terapia dell'Obesità, Azienda Ospedaliera Santa Maria Terni 2. UOC Chirurgia Digestiva e Unità del Fegato, CMO - Centro Multidisciplinare per lo studio e la terapia dell'Obesità, Azienda Ospedaliera Santa Maria Terni
RELATORE	-
INTRODUZIONE	<p>La Chirurgia Bariatrica rappresenta, ad oggi, una delle più efficaci strategie di trattamento nell'obesità morbigena, tanto che tra il 2003 e il 2011 il numero degli interventi eseguiti a livello mondiale risulta incrementato da 146000 a 340000 (1). Tali tipi di procedure sono associate, al pari degli altri interventi chirurgici, a possibilità di complicanze peri e post-operatorie; inoltre, il paziente obeso è da considerarsi particolarmente a rischio a causa delle comorbidità spesso presenti e delle maggiori difficoltà tecniche. La mortalità operatoria globale associata alla Sleeve Gastrectomy risulta essere dello 0,2% e la morbilità peri operatoria post-intervento a 30 giorni del 5,9%. (2)</p> <p>Il protocollo ERABS (Enhanced Recovery After Bariatric Surgery) include una serie di interventi peri-operatori evidence-based che hanno come scopo il mantenimento della fisiologica funzionalità gastro-intestinale, la riduzione del dolore e la mobilizzazione precoce allo scopo di ridurre lo stress chirurgico. (3,4) Nonostante l'utilizzo di tali tecniche si sia dimostrato utile nel miglioramento dell'outcome e nella riduzione della durata di degenza nei pazienti sottoposti a chirurgia oncologica, esistono pochi studi in letteratura che dimostrino l'efficacia dell'applicazione dell'intero protocollo nei pazienti bariatrici.</p>
METODI	E' stata effettuata, presso l'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni, una valutazione retrospettiva di 19 pazienti reclutati tra dicembre 2017 e gennaio 2018. I soggetti arruolati presentavano in prima osservazione età media 43,3±7,6 anni e BMI medio 45,5± 5,9 Kg/m <sup>2</sup> . Sono stati sottoposti a Sleeve Gastrectomy eseguita per via laparoscopica. Sono state messe in atto le procedure chirurgiche, anestesilogiche e nutrizionali come indicato nel protocollo aziendale ERABS (5) che include una serie di strategie preoperatorie, intraoperatorie e postoperatorie che mirano ad ottimizzare le condizioni psico-fisiche del paziente, ridurre lo stress chirurgico e favorire una ripresa precoce. L'intervento dietoterapico preoperatorio prevedeva, nei cinque giorni antecedenti la data dell'intervento, assunzione di immunonutrizione per OS (formulazione a base di immunomodulanti: arginina, RNA, acidi grassi ω-3) e dieta povera di scorie, in assenza di preparazione intestinale, come previsto da procedura ERAS. In seconda giornata postoperatoria i pazienti sono stati sottoposti a rialimentazione precoce con inizio della prima fase liquida di "svezzamento". Sono state effettuate, nei controlli durante il ricovero e post-dimissione, le seguenti misurazioni: parametri ematochimici, BMI, durata del ricovero, presenza di complicanze post-operatorie, tasso di riammissione ospedaliera post-intervento.
RISULTATI	I pazienti selezionati hanno presentato elevata compliance alla procedura, sia nell'assunzione dei prodotti di immunonutrizione previsti nel pre-operatorio, che in termini di aderenza alle diete pre- e post-intervento; in particolare, nel campione in esame non sono stati rilevati sintomi gastroenterici tali da compromettere l'adesione al percorso dietoterapico post-operatorio.

Dall'analisi dei dati è emerso che il calo ponderale dei pazienti valutati risulta in linea con il decremento previsto per tale tipologia di intervento. Il tempo medio di degenza è stato di 3,5 giorni e, nel campione osservato, non sono state riscontrate complicanze a seguito dell'intervento né episodi di riammissione ospedaliera, e il tasso di mortalità è stato pari a 0. Nel 65% dei pazienti il valore della procalcitonina, preso in esame quale marker di flogosi/sepsi, era inferiore a 0,12 µg/l e nel 100% inferiore a 0,50 µg/l. Il valore assoluto dei leucociti ha presentato andamento decrescente dalla fase immediatamente post-operatoria a quella della dimissione.

#### DISCUSSIONE

Il protocollo ERAS in chirurgia bariatrica risulta essere una valida alternativa al percorso tradizionale: infatti, presenta elevata compliance da parte dei pazienti e riduce la durata complessiva della degenza e i relativi costi dell'ospedalizzazione. Anche nel nostro campione vengono confermati i risultati già presenti in letteratura riguardo alla sua utilità nella prevenzione della mortalità e delle morbilità già rilevate in altri ambiti. Esistono pochissimi studi che vadano a comparare un percorso di chirurgia bariatrica laparoscopica con protocollo ERAS a quello tradizionale. Pertanto, sono necessarie ulteriori valutazioni su campioni più ampi, nonché studi caso-controllo per confermare la validità di tale protocollo in pazienti affetti da obesità di alto grado candidati a chirurgia bariatrica, al fine di ridurre il tasso di complicanze legate a questa tipologia di interventi attualmente in continuo aumento.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Buchwald H, Oien DM (2013) Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. *Obes Surg* 23:427–436
2. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2013, 9: 159–91.
3. Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations, A. Thorell, A. D. MacCormick, S. Awad, N. Reynolds, D. Roulin, N. Demartines, M. Vignaud, A. Alvarez, P. M. Singh 9, D. N. Lobo, *Societe' Internationale de Chirurgie* 2016
4. Thorell, A., MacCormick, A.D., Awad, S. et al. *World J Surg* (2016) 40: 2065. <https://doi.org/10.1007/s00268-016-3492-3> Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendation
5. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) : un nuovo approccio multidisciplinare nel peri-operatorio. D.Vassallo, I. Bachini, P. Costa, M.L. Amerio. *Attualità in dietetica e nutrizione clinica*, n°1 Vol 10 Giugno 2018

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	51
Speaker	Gallo Ida Francesca under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Protocollo ERAS in chirurgia bariatrica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Il protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) in chirurgia bariatrica. Analisi su oltre 450 pazienti consecutivamente trattati</b>
AUTORI	Vincenzo Bruni, Rossella D'Alessio, Giuseppe Spagnolo, Domenico Borzomati, Ida Francesca Gallo
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Il nostro studio retrospettivo si pone l'obiettivo di dimostrare come l'utilizzo del protocollo ERAS in Chirurgia Bariatrica comporti significativi vantaggi in termini di outcome clinico, qualità di vita e riduzione dei costi senza che questo comporti un aumentato tasso di complicanze per il paziente. Riportiamo l'analisi preliminare di uno studio riguardante l'uso di ERAS presso un centro di chirurgia bariatrica ad alto volume.
METODI	Da Settembre 2017 presso la chirurgia bariatrica del Campus Bio-Medico è stato avviato il protocollo ERAS. Per tutti i pazienti è stata programmata sensibilizzazione circa i vantaggi, ricovero il giorno dell'intervento e gestione anestesiológica secondo le linee guida ERAS. Non è stato previsto il posizionamento del catetere vescicale, del drenaggio addominale e del sondino naso-gastrico. La mobilizzazione, l'assunzione di liquidi e la dimissione sono state programmate entro 3 e 5 e 48 ore dall'intervento. Ai pazienti è stato fornito un contatto telefonico in caso di necessità.
RISULTATI	Da Settembre 2017 ad Ottobre 2018, 474 pazienti (età media: 44 aa; range: 19-67; M: 116; F: 358; BMI medio: 42; range: 34-60) sono stati sottoposti a chirurgia bariatrica presso il nostro centro con utilizzo del protocollo ERAS. Tutti i pazienti sono stati sensibilizzati circa i vantaggi. Nel 94% dei casi il ricovero è avvenuto il giorno dell'intervento; nel 74% dei casi la restrizione dall'assunzione di liquidi non è stata superiore a 6 ore. L'anestesista ha sempre attuato i protocolli ERAS. L'intervento chirurgico è stato la sleeve gastrectomy in 308 pazienti (durata m. 72 min.), il bypass gastrico in 110 (durata m. 94 min.), il mini-bypass gastrico in 22 (durata m. 92 min.) e il bendaggio gastrico in 34 (durata m. 39 min.). Il controllo intraoperatorio di tenuta delle anastomosi o della trancia gastrica mediante infusione di blu di metilene e aria, sempre effettuato, è risultato positivo in 3 casi (0,6%). Un drenaggio addominale è stato posizionato in 11 (2.3 %) casi, sempre per indicazione clinica intraoperatoria. In un caso (0.2%) è stata necessaria la conversione laparotomica. Per 389 (82%) pazienti è stata effettuata la mobilizzazione entro 3 ore. L'assunzione precoce di liquidi (2h) è avvenuta in 454 (95.7%) pazienti. Il reintervento si è reso necessario in 4 (0.8 %) casi. La dimissione è avvenuta entro 48 ore in 393 (82.9%) casi. La durata media della degenza è stata di 76.8 ore. 13 (2.7%) pazienti hanno mostrato una complicanza (Clavien Dindo III/IV). La mortalità è stata assente.
DISCUSSIONE	Studi comparativi mostrano che il protocollo ERAS in chirurgia addominale determina riduzione di morbilità e mortalità, miglioramento della qualità di vita e riduzione dei costi. Tali risultati sembrano potersi ottenere anche in chirurgia bariatrica. I nostri risultati confermano che il protocollo ERAS in un centro di chirurgia bariatrica ad alto volume contiene il tasso di complicanze permettendo al paziente un precocissimo ritorno alle proprie attività.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato

Note

--

IDabstract

53

Speaker

Salsano

Vincenzo

under40



ARGOMENTO

Protocollo ERAS in chirurgia bariatrica

**TITOLO DEL LAVORO**

**Three-Trocar Sleeve Gastrectomy vs Standard Five-Trocar Technique: a Randomized Controlled Trial**

AUTORI

Consalvo Vincenzo, Salsano Vincenzo

Clinique Clementville Montpellier, 25 Rue de Clementville, Montpellier, France.  
Clinique du Parc Montpellier, 50 Rue Emile Combes, Montpellier, France.

Published on: *Obes Surg.* 2017 Dec;27(12):3142-3148. doi: 10.1007/s11695-017-2760-0.  
Trial Registration: researchregistry2386

RELATORE

-

INTRODUZIONE

Purpose: Bariatric surgery is a treatment for morbid obesity. Different surgical procedures have been described in order to obtain excess weight loss (EWL), but currently laparoscopic sleeve gastrectomy is the most commonly performed procedure throughout the world. Reducing abdominal wall trauma and increasing the aesthetic result are important goals for all bariatric surgeons. We conducted a randomized, controlled trial in order to assess if the three-trocar sleeve gastrectomy can be safely carried out or should be abandoned.

METODI

Materials and Methods: From September 2016 to February 2017, 90 patients were enrolled in our trial. Each patients was evaluated by a multidisciplinary team before surgery. Two groups were created after application of the inclusion and exclusion criteria. The primary endpoint was to define the features of early post-operative complications of patients in group 1 (the three-trocar technique—the experimental group) compared to group 2 (five-trocar technique—the control group). The secondary endpoints were to evaluate any differences between the two groups concerning postoperative pain and patients' satisfaction with the aesthetic results

RISULTATI

Results: There was no difference between the two groups concerning age, sex distribution, weight, and BMI. The rate of co-morbidities was similar in both groups. Operative time was inferior in the control group, but patient satisfaction was better in the three-trocar sleeve gastrectomy group.

DISCUSSIONE

Conclusions: The three-trocar sleeve gastrectomy can be safely carried out with a modest increase in operative time, without additional early surgical complications and with a greater patient aesthetic satisfaction.

BIBLIOGRAFIA

1. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Jama.* 2004;292:1724–37.
2. Arterburn DE, Olsen MK, Smith VA. Association between bariatric surgery and long-term survival. *Jama.* 2015;313:62–70.
3. Booth HP, Khan O, Fildes A. Changing epidemiology of bariatric surgery in the UK: cohort study using primary care electronic health records. *Obes Surg.* 2016;26:1900–5.

4. Regan JP, InabnetWB, Gagner M, et al. Early experience with twostage laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass as an alternative in the super-super obese patient. *Obes Surg.* 2003;13:861–4.
5. Czernichow S, Paita M, Nocca D, et al. Current challenges in providing bariatric surgery in France. A nationwide study. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(49):e5314.
6. Azagury DE, Morton JM. Bariatric surgery: overview of procedures and outcomes. *Endocrinol Metab Clin N am.* 2016 Sep;45(3):647–56.
7. Corcelles R, Boules M, Froylich D, et al. Laparoscopic three-port sleeve gastrectomy: a single institution case series. *J Laparoendosc Adv Surg Tech a.* 2016;26(5):361–5.
8. Dunford G, Philip S, Kole K. Three-port laparoscopic sleeve gastrectomy: a novel technical modification. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2016;26(6):e174–7.
9. Inaki N. Reduced port laparoscopic gastrectomy: a review, techniques, and perspective. *Asian J Endosc Surg.* 2015;8(1):1–10.
10. NedelcuM, Eddbali I, Noel P. Three-port sleeve gastrectomy: complete posterior approach. *SurgObesRelat dis.* 2016;12(4):925–7.
11. Chan A-W, Tetzlaff JM, Altman DG, et al. SPIRIT 2013 Statement: defining standard protocol items for clinical trials. *Ann Intern med.* 2013;158(3):200–7.
12. Csendes A, Burdiles P, Burgos AM, et al. Conservative management of anastomotic leaks after 557 open gastric bypasses. *Obes Surg.* 2005;15:1252–6.
13. Rosenthal RJ, Diaz AA, Arvidsson D, et al. International sleeve gastrectomy expert panel consensus Statement: best practice guidelines based on experience of > 12,000 cases. *Surg Obes Relat dis.*

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	66
Speaker	Rivolta Umberto under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Protocollo ERAS in chirurgia bariatrica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ERABS: LA NOSTRA ESPERIENZA</b>
AUTORI	Umberto Rivolta, Vincenza Paola Dinuzzi, Elisa Maria Elena Arborio, Giuliano Sarro A.O. Ospedale G. Fornaroli Magenta (Mi)
RELATORE	-
INTRODUZIONE	<p>La chirurgia bariatrica è diventato l'unico metodo efficace per il trattamento dell'obesità ed è in crescita la domanda per questo intervento chirurgico in tutto il mondo. È necessario trovare nuove strategie e implementarle per ottimizzare l'assistenza peri- e postoperatoria. Un metodo per raggiungere questo obiettivo è la rapidità e il miglioramento del recupero dopo l'intervento chirurgico. Sulla base di questo principio, un certo numero di centri bariatrici ha già applicato e implementato il protocollo Enhanced Recovery After Bariatric Surgery (ERAB) per ottimizzare la cura del percorso del paziente e la sua sicurezza ed efficacia sono ben note. Il protocollo ERABS è associato a una migliore qualità del trattamento chirurgico. Ciò include una migliore pratica di preparazione preoperatoria e standardizzazione delle cure perioperatorie e postoperatorie, che garantirebbe il recupero precoce e migliorerebbe il risultato. L'endpoint primario era la durata della degenza in ospedale. Gli endpoint secondari erano i tempi di turnover - il tempo necessario per preparare la sala operatoria per il caso successivo, tempo di induzione (dall'induzione dell'anestesia fino a quando un paziente è pronto per la chirurgia), tempo chirurgico (durata dell'intervento), tempo della procedura (durata del soggiorno in sala operatoria) e l'incidenza di riammissioni, reinterventi e complicanze durante l'ammissione ed entro 30 giorni dall'intervento. Lo scopo di questo studio è confrontare gli items efficaci del protocollo ERABS in base ai dati della letteratura.</p>
METODI	Presso il nostro centro di Chirurgia Bariatrica dell'Ospedale "Fornaroli" di Magenta abbiamo applicato il protocollo ERABS a partire dal Gennaio del 2017 in 130 pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica ( sleeve gastrectomy, mini bypass, roux en y Bypass ).
RISULTATI	Si sono evidenziati ottimi risultati in termini di riduzione della degenza post-operatoria, delle comorbidità e dei costi. L'adesione completa al protocollo ha permesso di mettere in evidenza gli items più efficaci per il raggiungimento di tali obiettivi. In particolare gli items preoperatori (la preparazione psicologica e nutrizionale nel paziente nel miglioramento della compliance all'intervento chirurgico), gli items intraoperatori (gli interventi eseguiti rigorosamente in laparoscopia, la riduzione di liquidi infusi durante l'intervento chirurgico), la rimozione del sondino nasogastrico prima del risveglio, la rimozione del drenaggio e l'assunzione di liquidi in prima giornata postoperatoria, la mobilitazione entro le 12 ore e la riduzione dell'uso di oppiacei nel post-operatorio.
DISCUSSIONE	Gli items analizzati e applicati del protocollo ERABS risultano efficaci in accordo con i dati forniti dalla letteratura mentre rimangono ancora dubbi sui items non supportati dalla letteratura. Dal momento che il grado di raccomandazione per l'uso di altri items del protocollo ERAS per soggetti obesi sottoposti a chirurgia in generale è forte, l'uso sistematico dell'ERAS potrebbe avere il potenziale per migliorare i risultati anche in chirurgia bariatrica.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato

Note

--

IDabstract	112
Speaker	Boru Cristian Eugeniu under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Il bypass gastrico come unica salvezza dopo procedure bariatriche consecutive, diverse e fallite. Un video report di una sleeve complicata in una paziente multi-operata.</b>
AUTORI	Cristian Eugeniu Boru, Giovanni Forlanni, Gianfranco Silecchia UOC Chirurgia generale & Bariatric Centre of Excellence IFSO-EC, SICOB Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e Biotecnologie Sapienza Università di Roma
RELATORE	-
INTRODUZIONE	La sleeve gastrectomy laparoscopica (LSG) è la procedura bariatrica più eseguita, ma le complicanze potrebbero interferire con l'evoluzione a lungo termine del paziente in base alla sua compliance e tolleranza, all'atteggiamento chirurgico e all'evoluzione imprevedibile.
METODI	Presentiamo il caso di una paziente obesa di sesso femminile, con diabete mellito tipo II e ipertensione arteriosa, con interventi mininvasivi bariatrici multipli sequenziali: LSG nel 2012 complicata da dilatazione gastrica postoperatoria ed ulteriore stenosi mediogastrica funzionale, reintervento per viscerolisi e colecistectomia, con dilatazioni gastriche endoscopiche sequenziali, poi convertita in bypass gastrico con anastomosi gastro-enterale funzionale (ansa di 200 cm), con posizionamento concomitante di un anello gastrico non regolabile tipo Fobi prepiloric, al posto della divisione gastrica. L'ultima operazione è stata complicata dopo 12 mesi del reflusso gastro-esofageo biliare persistente, dolori addominali cronici e meteorismo. Nel 2018 la paziente ha subito la conversione al bypass gastrico R-en-Y laparoscopico RYGB, con resezione dell'anastomosi gastro-enterale, rimozione dell'anello e viscerolisi.
RISULTATI	La conversione nel RYGB è stata complicata dal choleperitoneo post-viscerolisi, trattato con approccio laparoscopico nella nona giornata postoperatoria. Dopo numerosi interventi chirurgici ed endoscopici, la paziente presenta esiti favorevoli a 6 mesi, senza reflusso o dolori addominali, con ulteriore perdita di peso e miglioramento del diabete (riduzione delle dosi d'insulina).
DISCUSSIONE	la chirurgia bariatrica ha un'evoluzione imprevedibile a volte e la conversione in RYGB sembra essere la soluzione migliore.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Cariani
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	90
Speaker	Sarro Giuliano under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ONE STEP SLEEVE GASTRECTOMY- PROCEDURA REVISIONALE IN FALLIMENTO DI GASTRIC BANDING : ESPERIENZA IN 185 casi</b>
AUTORI	GIULIANO SARRO; UMBERTO RIVOLTA; ANTONIO CATTANEO; SIMONETTA SARRO; PAOLA DINUZZI; ELISA ARBORIO. UOC di Chirurgia Generale - Ospedale G. Fornaroli - Magenta ASST OVEST Milanese.
RELATORE	-
INTRODUZIONE	L'augmentata esperienza con il Bendaggio Gastrico ed il maggiore follow up ha evidenziato come questa procedura bariatrica sia gravata da una alta incidenza di complicanze ed una inadeguata perdita di peso. Quale sia la migliore procedura di chirurgia revisionale è ancora oggetto di discussione. Negli ultimi anni la Sleeve Gastrectomy ( SG) è stata considerata una procedura revisionale in pazienti obesi con pregresso gastric banding. Uno degli elementi maggiormente controversi in letteratura è se eseguire la procedura revisionale in " one step, o in "two step". Abbiamo analizzato in modo retrospettivo la nostra casistica relativa al trattamento in one step o two step .
METODI	Sono stati considerati pazienti sottoposti a chirurgia revisionale da Gastric Banding a SG presso il Centro di Eccellenza in Chirurgia Bariatrica dell'Ospedale G. Fornaroli di Magenta . La nostra casistica è rappresentata da 185 pazienti ( 160 F e 25 M. Età media 40,5 anni (25 – 67); BMI 43 (35,16 – 70) . Peso medio 131 (85 – 206). L'intervallo medio tra il posizionamento del band e la redo surgery è stato di 26,4 mesi(range 18 – 62 mesi). L' indicazione alla redo surgery era recupero del peso in 147 casi, scarsa perdita di peso in 35 pazienti, slippage in 3 casi. " One step procedure" era attuata in 176 casi, mentre la" two step procedure" era attuata in 9 casi (2 pz con slippage e 7 con intensa flogosi in sede perigastrica con intervallo di 3 mesi). Il tempo operatorio medio è stato di 80 minuti (70 – 110). La tecnica chirurgica adottata è stata: Pneumoperitoneo diretto con trocar ottico a 14 – 16 mmhg, posizionamento di 4 Trocar (10-12), ed 1 Trocar da 5 mm; rimozione del bendaggio ed esecuzione di SG . La SG è stata condotta partendo da 6 cm dal piloro, calibrata su sonda da 36F.. La trancia gastrica viene trattata con il posizionamento di clips a scopo emostatico. In tutti i pz viene eseguito test intraoperatorio con blu di metilene.
RISULTATI	La mortalità è stata nulla. La morbilità postoperatoria è rappresentata da una fistola (0,5%) sulla linea di sutura gastrica a livello del 1\3 medio (che ha richiesto in 2 giornata un trattamento laparoscopico con toilette , sutura , drenaggio) e due complicanze emorragiche (1,08,%) dalla trancia gastrica con emoperitoneo e sottoposti a revisione laparoscopica dell'emostasi a 24 h. La degenza media è stata di 4 g (3 -15)
DISCUSSIONE	La conversione di un Gastric Banding fallito o complicato a Sleeve Gastrectomy rappresenta una procedura sicura e ben tollerata con basso tasso di complicanze maggiori perioperatorie. La standardizzazione della tecnica chirurgica costituisce il presupposto per la fattibilità e ripetibilità della metodica, determinando una morbilità ed una mortalità sovrapponibile nella nostra casistica alla sleeve gastrectomy primaria .con una incidenza di fistola dello 0,5,% e di complicanza emorragica del 1,08%.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato

Note



IDabstract	38
Speaker	Runfola Matteo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>RYGB da Gastroplastica Verticale: un intervento, diverse indicazioni. Esperienza di un Centro d'eccellenza.</b>
AUTORI	Runfola Matteo MD, Fantola Giovanni MD, Agus Marina MD, Moroni Roberto MD Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche – A.O. Brotzu - Cagliari
RELATORE	-
INTRODUZIONE	La gastroplastica verticale (GPV) è uno degli interventi restrittivi di chirurgia bariatrica più noti e, sino a pochi anni fa, più diffusi al mondo. Nel corso degli ultimi anni il ricorso a questo intervento è andato progressivamente ovunque riducendosi, principalmente per l'elevato tasso di ripresa di peso a medio-lungo termine. Nel 2018, in Italia, sono stati eseguiti solamente 31 casi di GPV su 11491 interventi di chirurgia bariatrica totali (0.27%) (Darti Registro SICOB). Van Gemert et al. riportano fino al 56% di conversioni di GPV, in un periodo di 12 anni, principalmente per insuccesso o per ripresa di peso, ma anche per complicanze resistenti a terapia quali MRGE, disfagia e vomito. Classicamente la procedura di scelta per i casi di conversione di GPV è il by-pass gastrico Roux-en-Y (RYGB) che, in diverse serie, ha dimostrato di essere un intervento sicuro ed efficace nella revisione di GPV. Lo scopo dello studio è quello di analizzare l'esperienza del nostro Centro nella chirurgia di revisione della GPV, in particolare di valutarne gli elementi di complessità ed i fattori predittivi di successo a breve termine.
METODI	Sono stati inclusi in un database prospettico tutti i pazienti sottoposti a RYGB come intervento di revisione post-GPV. In un arco temporale di circa 12 anni (06/2006 - 12/2018) 33 pazienti (31 donne, 2 uomini) sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di revisione post-GPV presso il Centro di Chirurgia Bariatrica di Cagliari. Al momento del primo intervento (GPV: 32 GPV sec Mac Lean, 1 sec Mason; 30 procedure laparoscopiche di cui 2 convertite in laparotomia; 3 procedure laparotomiche), eseguito nel periodo dal 1997 al 2007 l'età media dei pazienti era di 37,7 (+/- 9,23) anni, con un peso medio di 103.4 (+/- 24,06) kg e BMI medio di 41.1 (+/- 8,24). Le indicazioni all'intervento di conversione sono divise in due categorie: ripresa di peso (20 pazienti di cui 3 con associati MRGE e vomito) [Gruppo WR (weight regain)] e complicanze post-GPV: 13 pazienti (6 per MRGE, 7 per disfagia e vomito) [Gruppo LC (late complication)]. Sono stati valutati i parametri antropometrici al momento del reintervento ed il tempo intercorso tra il primo intervento e la procedura di revisione. Per quanto riguarda l'intervento di conversione, sono stati analizzati la durata e la presenza di eventuali complicanze intra- e post-operatorie a 30 giorni (classificate sec Dindo-Clavien). Il follow-up post-operatorio è stato condotto agli intervalli e con le modalità indicate dalle linee guida SICOB.
RISULTATI	Analizzando le singole variabili all'interno di ciascun gruppo: WR [20 pz; intervallo medio tra GPV e RYGB 12,6 (+/- 4,97) anni; Peso: 100,43 (+/- 18,68) kg, BMI: 39.7 (+/- 6,2)]: 17 casi condotti in laparoscopia, 3 casi di conversione in laparotomia (15%) (2 per emorragia intra-op, 1 per sindrome aderenziale). In un ulteriore caso, si è verificata una perforazione ileale intra-op, trattata mediante sutura diretta in laparoscopia (tot 3 complicanze intra-op - 15%). Media tempo operatorio 181 (+/- 65) min. Complessivamente sono state registrate 6 complicanze post-operatorie (30%): 3 accessi intra-addominali, di cui 2 trattati con reintervento (Dindo-Clavien 3b) e uno con terapia antibiotica (Dindo-Clavien 2). Un paziente dei due trattati chirurgicamente ha poi necessitato di ricovero in terapia intensiva (Dindo-Clavien 4); 1 infezione di ferita, 1 caso di raddomiolisi, 1 fistola del remnant gastrico, tutti trattati per via conservativa (Dindo-Clavien 2). Follow up 6 mesi (n17): BMI 32,03 (+/- 5,71), WL 23,8 (+/- 9,07) Kg, EWL 49,49 (+/- 16,33)%; Follow up 12 mesi (n15): BMI 30,68 (+/- 5,1), WL 26,87 (+/- 11,14) Kg, EWL 55,8 (+/- 15,76)%.

LC [13 pz; intervallo medio 15,2 (+/- 2,52) anni; Peso: 71.46 (+/- 9,63) kg, BMI: 28.92 (+/- 4,39)]: 11 RYGB laparoscopiche, 2 RYGB robot-assisted, nessuna conversione laparotomica, nessuna complicanza intra-op., media tempo operatorio 177 (+/- 87) min, nessuna complicanza post-op. Follow up 6 mesi (n12): BMI 25.44 (+/- 3,56), WL 10,27 (+/- 7,73) Kg, EWL 51,16(+/- 29,38) %; Follow up 12 mesi (n8): BMI 25.1 (+/- 5,72), WL 10,77 (+/- 8,53) Kg, EWL 59,4 (+/- 33,8)%.

#### DISCUSSIONE

La chirurgia di revisione è attualmente la categoria in maggior crescita tra le procedure di chirurgia bariatrica, con una crescita dal 6% al 13,5% dal 2013 al 2015. Le principali indicazioni alla conversione della GPV sono correlate all'insuccesso della procedura (mancato calo ponderale o ripresa di peso), o alle complicanze tardive, (stenosi, erosione del bendaggio, MRGE, vomito persistente). I risultati di diversi studi suggeriscono la RYGB laparoscopica come procedura di scelta per la conversione delle GPV per entrambe le indicazioni. I risultati in termini di calo ponderale dopo conversione per ripresa di peso sono difficili da standardizzare e vengono riportati con grande variabilità dai vari studi in letteratura, ma tendenzialmente risultano comparabili con i risultati relativi al primo intervento. Nella nostra casistica, i risultati in termini di calo ponderale ad 1 anno sono stati soddisfacenti, con un EWL medio complessivo del 56,94%; con 6 pazienti (18,2%) con EWL <50% ad 1 anno. È interessante notare come WL ed EWL siano del tutto comparabili tra i due gruppi, a dispetto di BMI pre-RYGB differenti ed indicazioni diverse. La scarsa numerosità dei gruppi non permette di trarre conclusioni esaustive, ma consente di mettere in risalto come la RYGB sia una procedura efficace nella conversione post GPV sia per ripresa di peso, sia per complicanze tardive in cui consente la stabilizzazione dei risultati già ottenuti con un ulteriore calo ponderale. Complessivamente il tasso di conversione in laparotomia (9,1%) e le complicanze postoperatorie (18,2%) sono più alte di quanto atteso per un intervento primario, ma in linea con i dati relativi alla chirurgia di revisione, confermando come la procedura di RYGB per conversione di GPV sia un intervento sicuro laddove eseguito i centri ad alta specialità, con esperienza consolidata nella chirurgia di revisione.

#### BIBLIOGRAFIA

-

#### Revisore

Non assegnato

#### Accettazione

Accettato

#### Note

IDabstract	65
Speaker	Rivolta Umberto under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ONE ANASTOMOSIS GASTRIC BYPASS (OAGB) RISPETTO A BYPASS GASTRICO ROUX-EN-Y (RYGBP) COME SECONDO STEP DOPO SLEEVE GASTRECTOMY (SG).</b>
AUTORI	Umberto Rivolta, Vincenza Paola Dinuzzi, Antonio Cattaneo, Soliman Gamal, Fabio Ferrario, Giuliano Sarro. A.O. Ospedale G. Fornaroli Magenta (Mi)
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Quale tra OAGB e RYGBP sia il migliore intervento di revisione dopo sleeve gastrectomy è ancora in discussione. L'obiettivo è confrontare i risultati a breve termine di RYGB e OAGB come procedura revisionale dopo SG, in relazione ai loro effetti sulla perdita di peso, sulla risoluzione delle comorbidità e sulle complicanze.
METODI	Abbiamo eseguito un'analisi a centro singolo di 35 pazienti (n = 21 OAGB, n = 14 RYGB). Le indicazioni per la chirurgia di revisione comprendevano il recupero di peso (67%) e la malattia da reflusso gastroesofageo intrattabile (33%). I dati sono stati raccolti fino a 1 anno di follow-up (FU) e includevano il tempo di chirurgia di revisione, tempo operatorio, peso, indice di massa corporea, perdita di peso in eccesso e perdita di peso totale, complicanze e risoluzione di comorbidità.
RISULTATI	Il tempo operatorio in minuti è stato di $79 \pm 36$ (OAGB) e $98 \pm 24$ min (RYGB) ( $p = 0,03$ ). Nei primi 30 giorni postoperatori, tre pazienti nel gruppo RYGB e nessun paziente nel gruppo OAGB presentavano complicanze postoperatorie. FU al 100%). A 12 mesi, % TWL medio era $10,3 \pm 7,6\%$ (RYGB) e $15,8 \pm 7,8\%$ (OAGB) ( $p = 0,0132$ ).
DISCUSSIONE	L'OAGB dopo fallimento di SG è risultato essere una procedura più rapida con meno complicanze perioperatorie. A 1 anno di FU, non sono state osservate differenze significative tra RYGB e OAGB per quanto riguarda la riammissione e le complicanze minori. Per il futuro è ancora necessario un FU a lungo termine, compreso il rischio di malnutrizione, per avere una valutazione completa di OAGB come RBS.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	50
Speaker	D'Alessio          Rossella          under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Il bypass gastrico a singola anastomosi come intervento di conversione dopo fallimento di una procedura primaria restrittiva</b>
AUTORI	V. Bruni, I. F. Gallo, G. Spagnolo, D. Borzomati, R. D'Alessio.
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Il bypass gastrico a singola anastomosi (OAGB), realizzato per la prima volta da Rutledge nel 1997, è una tecnica chirurgica associata a risultati eccellenti in termini di calo ponderale e risoluzione delle comorbidità correlate all'obesità (ipertensione, dislipidemia, OSAS, diabete), con basso tasso di complicanze se eseguita da chirurghi esperti. Può essere proposto inoltre come intervento di conversione in caso di fallimento di una procedura primaria restrittiva. L'obiettivo del nostro studio retrospettivo è dimostrarne sicurezza ed efficacia.
METODI	In questo studio sono stati analizzati 67 pazienti sottoposti a OAGB presso il nostro centro in seguito a fallimento di un precedente intervento restrittivo. E' stato quindi valutato il follow-up ad 1 mese di tutti i pazienti, a 3 mesi per 61 pazienti (91%) e a 6 mesi per 45 pazienti (67,2%). Per ciascun paziente sono stati esaminati il tipo di chirurgia primitiva, la degenza ospedaliera, il tasso di complicanze; abbiamo quindi valutato il calo ponderale ottenuto, in termini di variazione dell'indice di massa corporea (BMI) e percentuale di perdita del peso in eccesso (EWL%), a 3 e 6 mesi dall'intervento, ove possibile.
RISULTATI	Da Marzo 2014 a Dicembre 2018, 67 pazienti (età media:50anni; range:24-69; M: 10; F: 57; BMI medio pre Re-do: 41.4; range:29-60; durata media intervento 88.66min; range:40-141min) sono stati sottoposti a OAGB con tecnica laparoscopica. In tutti i casi è stato utilizzato il protocollo ERAS (non posizionati drenaggi addominali né mantenuto sondino naso-gastrico al termine dell'intervento). Il controllo intraoperatorio con blu di metilene è risultato sempre negativo. In nessun caso è stato eseguito RX transito gastrointestinale predimissione. Gli interventi chirurgici primitivi erano: bendaggio gastrico (LAGB) in 51 pazienti, sleeve gastrectomy (LSG) in 10 pazienti, gastroplastica verticale (VGB) in 4 pazienti, plicatura gastrica (GP) in 2 pazienti. La dimissione è avvenuta entro 48h dall'intervento in 58 pazienti (86.5%).
DISCUSSIONE	Il tasso di complicanze precoci è stato del 8,9% (Clavien Dindo III/IV). La mortalità è stata assente. A 3 mesi il BMI medio è risultato uguale a 33,83 (range:25,39-44,98), l'%EWL medio a 38,03%(range:10,24-64,29) e in 13 pazienti (21.31%) è stata superiore al 50%. Nei 45 pazienti rivalutati a 6 mesi il BMI medio è risultato uguale a 30,92(range:22,85-42,16), l'%EWL medio a 53,69% (range:22,39-87,5) e in 24 pazienti (53.3%) è stata superiore al 50%. Pertanto analizzando i dati ottenuti presso il nostro centro possiamo definire l'OAGB come valida proposta nei pazienti che sperimentano un recupero ponderale e/o una mancata remissione delle comorbidità.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato

Note

--

IDabstract	75
Speaker	Manzillo Domenico under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Conversione da bendaggio gastrico regolabile e sleeve gastrectomy a mini-bypass/one anastomosis gastric bypass: esperienza di 10 centri ad alto volume.</b>
AUTORI	Dott. Domenico Manzillo Dott.ssa Giovanna Berardi Dott. Nunzio Velotti Dott.ssa Katia di Lauro Dott. Antonio Vitiello Prof. Mario Musella  università degli studi di napoli federico II
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Background: La Sleeve Gastrectomy laparoscopica (LSG) è l'intervento più comunemente effettuato tra le procedure bariatriche, mentre il Bendaggio Gastrico Regolabile Laparoscopico (LAGB) è stato per circa un decennio l'intervento più diffuso per la perdita di peso. Dopo la LSG e il LAGB, alcuni pazienti possono necessitare di un secondo intervento a causa di una ripresa del peso o per l'insorgenza di complicanze tardive. Il Mini-Bypass/ One Anastomosis Gastric Bypass (MGB/OAGB) è una nuova procedura bariatrica che permette una soddisfacente perdita di peso a lungo termine e ha mostrato una buona efficacia sul diabete mellito di tipo II. Obiettivi: Analizzare retrospettivamente i dati derivanti da 10 diversi centri sulla conversione da LAGB e LSG a MGB/OAGB.
METODI	Metodi: I dati raccolti prospetticamente da 7 centri ad alto volume operatorio sono stati esaminati retrospettivamente. Indice di massa corporea (BMI), percentage excess BMI loss (%EBMIL), ragioni dell'intervento revisionale, remissioni di co-morbidità (ipertensione, diabete mellito, reflusso gastro-esofageo e dislipidemia) e le maggiori complicanze sono state registrate
RISULTATI	Risultati: 300 pazienti sono stati inclusi nello studio; 196 soggetti sono stati sottoposti a conversione da LAGB a MGB/OAGB e 104 sono stati convertiti da LSG. Il BMI medio era $45.1 \pm 7$ Kg/m <sup>2</sup> al momento del primo intervento, $41,8 \pm 6,3$ Kg/m <sup>2</sup> al momento della chirurgia revisionale e $30,5 \pm 5,5$ Kg/m <sup>2</sup> all'ultimo appuntamento in follow-up. Il %EBMIL medio era $13,2 \pm 28,2$ prima del secondo intervento e $73,4 \pm 27,5$ dopo MGB/OAGB. Il tasso di remissione da ipertensione, diabete, reflusso gastro-esofageo e dislipidemia sono 40%, 62,5%, 57,1% e 54,2% rispettivamente. Il follow-up medio è di $20,8 \pm 23,2$ mesi ed il tasso di complicanze complessive è di 8,6%.
DISCUSSIONE	Conclusioni: I nostri dati mostrano che l'OAGB è efficace e sicura come procedura revisionale dopo il fallimento di interventi bariatrici di tipo restrittivo.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato

Note	
------	--

IDabstract

134

Speaker

Facchiano

Enrico

under40

ARGOMENTO

Relazione su invito

**TITOLO DEL LAVORO**

**INTERVENTI DI RIPRISTINO: INDICAZIONI ED OPZIONI TECNICHE**

AUTORI

-

RELATORE

-

INTRODUZIONE

-

METODI

-

RISULTATI

-

DISCUSSIONE

-

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract	127
Speaker	Boskoski Ivo Boskoski under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>LE PROCEDURE CHIRURGICHE ENDO-LUMINALI CON APOLLO</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	143
Speaker	Ferrari Giovanni Carlo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>LE URGENZE DOPO CHIRURGIA BARIATRICA: QUALI DIFFERENZE DALL'URGENZA POST-CHIRURGICA DEL PAZIENTE NORMOPESO?</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	144
Speaker	Monteduro Francesco under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ASPETTI DIAGNOSTICI DELL'URGENZA IN CHIRURGIA BARIATRICA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	133
Speaker	Moroni Roberto under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>INTERVENTI DI REVISIONE: INDICAZIONI ED OPZIONI TECNICHE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	132
Speaker	Rivolta Umberto under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>CONVERSIONE SLEEVE GASTRECTOMY DOPO CHIRURGIA RESTRITTIVA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	131
Speaker	Musella Mario under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>CONVERSIONE A MGB/OAGB DOPO CHIRURGIA RESTRITTIVA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	130
Speaker	Bellini Fabrizio under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>CONVERSIONE A RYGB DOPO CHIRURGIA RESTRITTIVA Fabrizio Bellini (Desenzano del Garda BS)</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	145
Speaker	Zanoni                      Andrea                      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ASPETTI ANESTESIOLOGICO-RIANIMATORI DELL'URGENZA POST-CHIRURGIA BARIATRICA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	128
Speaker	Formiga                      Andrea                      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>LE PROCEDURE CHIRURGICHE ENDO-LUMINALI CON POSE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	



IDabstract	162
Speaker	Galletta Diana Galletta under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>EMPAIRMENT COGNITIVO E DEPRESSIONE NEL PAZIENTE SUPER E SUPER-SUPER OBESO</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	163
Speaker	Santini Ferruccio under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>UN APPROCCIO DIETOLOGICO/FARMACOLOGICO DIVERSO?</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	164
Speaker	Di Giacinto      Ida      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>PROBLEMATICHE ANESTESIOLOGICHE: SOLO DIMENSIONALI?</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	165
Speaker	Pilone Vincenzo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>PROBLEMATICHE CHIRURGICHE: SOLO DIMENSIONALI? E IL TRATTAMENTO CHIRURGICO: IN UNO O DUE TEMPI?</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	166
Speaker	Schiff Sami under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>L'INTERVENTO PSICOLOGICO COME SOSTEGNO DELLA "COMPLIANCE" ALLE PROCEDURE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	167
Speaker	Solari Francesca under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ASPETTI DIETOLOGICI DEL TRATTAMENTO CON DISPOSITIVI INTRAGASTRICI</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	125
Speaker	Pizzi                      Pietro                      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>RUOLO DELLA REDO-SURGERY DEL WEIGHT REGAIN DOPO INTERVENTI RESTRITTIVI</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	124
Speaker	Borrelli Vincenzo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>RUOLO DELLE PROCEDURE ENDOSCOPICHE NEL TRATTAMENTO DEL WEIGHT REGAIN</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	129
Speaker	Perrotta          Nicola          under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>LE PROCEDURE CHIRURGICHE ENDO-LUMINALI SE LA PROCEDURA ENDOLUMINALE FALLISCE: RE-DO ENDOSCOPICA O CHIRURGIA?</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	214
Speaker	Morelli                      Maria Cristina                      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>INSUFFICIENZA EPATICA CRONICA E OBESITÀ</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	114
Speaker	Sisto Antonella under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>STRATEGIE PSICOLOGICO/PSICHIATRICHE NELLA PREPARAZIONE DEL PAZIENTE ALLA CHIRURGIA BARIATRICA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	115
Speaker	Garelli Silvia under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>LA TERAPIA FARMACOLOGICA DELL'OBESITÀ PRIMA DELLA CHIRURGIA BARIATRICA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	116
Speaker	Carbonelli      Maria Grazia      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>RIABILITAZIONE METABOLICO NUTRIZIONALE PRE-CHIRURGICA E TRATTAMENTO DELLA STEATOSI EPATICA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	117
Speaker	Genco                      Alfredo    under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>RUOLO DELLA DIETA CHETOGENICA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	225
Speaker	Iaconelli Amerigo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IL COUNSELLING NUTRIZIONALE NEL FOLLOW-UP A BREVE E LUNGO TERMINE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	224
Speaker	Villanova Nicola under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>PROBLEMATICHE DIETOLOGICHE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	223
Speaker	Magistri CHIARA under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>RUOLO DEL CASE-MANAGER DALLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ALL'INSERIMENTO NEL PROGRAMMA DI FOLLOW-UP</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	222
Speaker	Zappa Marco under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>AGB</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract

221

Speaker

Micanti

Fausta

under40

ARGOMENTO

Relazione su invito

**TITOLO DEL LAVORO**

**PRESENTAZIONE STUDIO FONDAZIONE SICOB (PROPONENTI: N. BASSO, M.G. CARBONELLI, F. MICANTI, G. MINGRONE): "IMPATTO DEL FOLLOW-UP PSICOLOGICO IN OPERATI DI SG E BPG – PROTOCOLLO PER UNO STUDIO CLINICO PROSPETTICO, CONTROLLATO E RANDOMIZZATO**

AUTORI

-

RELATORE

-

INTRODUZIONE

-

METODI

-

RISULTATI

-

DISCUSSIONE

-

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	220
Speaker	Cipriani Riccardo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>LA CHIRURGIA PLASTICA DI RICONFIGURAZIONE È PARTE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE OBESO CON INTERVENTI RICONOSCIUTI DAL SSN: INDICAZIONI E LIMITI.</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	219
Speaker	Millo Paolo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IL RUOLO DEL CHIRURGO BARIATRA NEL FOLLOW-UP</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	218
Speaker	Sarro Simonetta under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>LE PROCEDURE PSICOLOGICO-PSICHIATRICHE DEL FOLLOW-UP A MEDIO E LUNGO TERMINE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	217
Speaker	Pellegrino Eugenia under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>RUOLO DEL CASE-MANAGER NEL PROGRAMMA DI FOLLOW-UP AMBULATORIALE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	201
Speaker	Gentileschi      Paolo      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IL PDTA OBESITÀ NELLA STRUTTURA PRIVATA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	208
Speaker	Boni                      Marcello                      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>CANCRO DEL GIUNTO ESOFAGO-GASTRICO E DELLO STOMACO ESCLUSO DOPO CHIRURGIA BARIATRICA. CURIOSITÀ STATISTICHE O DATI DA TENERE IN SERIA CONSIDERAZIONE?</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	123
Speaker	Pagotto      Uberto      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	202
Speaker	Foletto      Mirto      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IL PDTA OBESITÀ REGIONALE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	203
Speaker	Rottoli Matteo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>L'OBESITÀ E IL CANCRO</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	204
Speaker	Corsi Fabio under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>CANCRO DELLA MAMMELLA NELL'OBESA: UNA REALTÀ CLINICA EMERGENTE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	205
Speaker	Lucchese      Marcello      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IMPATTO DELLA CHIRURGIA BARIATRICA SUL RISCHIO NEOPLASTICO DEL PAZIENTE OBESO</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	216
Speaker	Socci Carlo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>PROBLEMATICHE CHIRURGICHE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	207
Speaker	Trofa Chiara under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ASPETTI PSICOLOGICI DEL PAZIENTE CON OBESITÀ E STORIA DI CANCRO</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	215
Speaker	Carron Michele under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>PROBLEMATICHE ANESTESIOLOGICHE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	209
Speaker	Fantola Giovanni under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>EVIDENCE BASED MEDICINE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	210
Speaker	Bruni Vincenzo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ERAS IN CHIRURGIA DELL'OBESITÀ</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	211
Speaker	RENZI                      ADOLFO                                      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>L'IMPATTO ORGANIZZATIVO/ECONOMICO DELL'ERAS</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	212
Speaker	Trotta                      Manuela                      under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>L'IMPORTANZA DEL LAVORO IN TEAM (CHIRURGO, ANESTESISTA, INFERMIERE, ...)</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	213
Speaker	La Manna      Gaetano      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>INSUFFICIENZA RENALE CRONICA E OBESITÀ</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	146
Speaker	Musella Mario under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>RISULTATI DEL CORSO SECO-SICOB E STRATEGIE DI FORMAZIONE PROFESSIONALE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	206
Speaker	Navarra Giuseppe under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IL PAZIENTE OBESO "GUARITO" DAL CANCRO: INDICAZIONI E TIMING DI TRATTAMENTO BARIATRICO</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	152
Speaker	Anselmino Marco under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>CLASSIFICAZIONE, DIAGNOSTICA, TIMING DI TRATTAMENTO</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	121
Speaker	Scriminaci Maria Carmela under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>WEIGHT REGAIN: FATTORI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTI DISFUNZIONALI</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	181
Speaker	Cerbone Maria Rosaria under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>LE MODIFICHE NEUROFISIOLOGICHE DEL CIRCUITO FAME-SAZIETÀ INDOTTE DALLA CHIRURGIA COME EFFICACE SOSTEGNO AL CAMBIAMENTO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	122
Speaker	Marchesini Regg Giulio <span style="float: right;">under40 <input type="checkbox"/></span>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IL TRATTAMENTO DIETOLOGICO</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	180
Speaker	Sollai Carlo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IL MANTENIMENTO DI PESO DOPO CHIRURGIA BARIATRICA: ASPETTI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	



IDabstract	178
Speaker	Scoppetta      Marta      under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ALCOOL E ABUSO DI SOSTANZE NEL POST-INTERVENTO</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	177
Speaker	Pecoraro Giuseppe under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>I DISTURBI PSICHIATRICI COME OSTACOLO AL CAMBIAMENTO DELLO STILE DI VITA DOPO BARIATRICA: IL PROBLEMA DELLE TERAPIE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	176
Speaker	Petroni Maria Letizia under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>RUOLO DELLA RIABILITAZIONE METABOLICO NUTRIZIONALE PER LA PREVENZIONE DEL RECUPERO DEL PESO</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	175
Speaker	GRANDONE ILENIA under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>LA GESTIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE A BREVE E LUNGO TERMINE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	174
Speaker	Nannipieri      Monica      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IPOGLICEMIA REATTIVA E SUO TRATTAMENTO</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	147
Speaker	DI CAMILLO      EVA      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>L'IMPATTO PSICOLOGICO DELLE COMPLICANZE E RICADUTA SULLA "COMPLIANCE" DEL POST-INTERVENTO</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	148
Speaker	Ciuoli Cristina under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>INQUADRAMENTO E GESTIONE DELLE COMPLICANZE NUTRIZIONALI A BREVE E LUNGO TERMINE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	149
Speaker	Sarro Giuliano under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ATTUALITÀ NELLA PREVENZIONE E NEL TRATTAMENTO DELLE COMPLICANZE DELL'ACCESSO LAPAROSCOPICO, DELLE EMORRAGIE E DEL LEAK</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	183
Speaker	Cesaro                      Filomena                      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>L'ESERCIZIO FISICO COME ACCETTAZIONE DELLA NUOVA IMMAGINE CORPORA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	158
Speaker	Angrisani Luigi under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>SLEEVE GASTRECTOMY E IATOPLASTICA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	172
Speaker	Sbraccia          Paolo          under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>STRATEGIE DI INTERVENTO PER LA PERDITA DI PESO PRE CHIRURGICA TRA RIABILITAZIONE, ENDOSCOPIA E FARMACOTERAPIA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	171
Speaker	Dellepiane Daniela under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IL TRATTAMENTO CON ASPIRE ASSIST</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	170
Speaker	Leuratti      Luca      under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>TRATTAMENTO CON PALLONE INTRAGASTRICO ORBERA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	169
Speaker	De Nucci      Germana      under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>TRATTAMENTO CON PALLONE INTRAGASTRICO SPATZ</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	168
Speaker	Quartararo Giovanni under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ELIPSE BALLOON: NUOVE PROSPETTIVE E IMPLICAZIONI DI UN DISPOSITIVO "PROCEDURELESS"</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	150
Speaker	Chevallier      Jean Mark      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE COMPLICANZE DEL BENDAGGIO GASTRICO REGOLABILE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	159
Speaker	Tolone Salvatore under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>SLEEVE GASTRECTOMY E FUNDUPLICATIO SEC. DOR</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	151
Speaker	Marinari Giuseppe Maria under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>INCIDENZA DELLE FISTOLE ANASTOMOTICHE E SU SLEEVE E: I DATI DI UN CENTRO AD ALTO FLUSSO E REVISIONE DELLA LETTERATURA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	157
Speaker	Furbetta Francesco under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>BENDAGGIO GASTRICO E MRGE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	156
Speaker	Torresan      Francesco      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>FISIOPATOLOGIA E VALUTAZIONE MORFO-FUNZIONALE DELLA MRGE DEL PAZIENTE OBESO: QUANDO È CONTROINDICATO UN INTERVENTO RESTRITTIVO?</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	155
Speaker	Giardiello Cristiano under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE FISTOLE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	154
Speaker	GALASSO GIOVANNI under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ATTUALITÀ NEL TRATTAMENTO ENDOSCOPICO DELLE FISTOLE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	



IDabstract	182
Speaker	Paone Emanuela under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>CRAVING E BINGE: QUALI MODIFICHE DOPO INTERVENTO?</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	160
Speaker	Olmi Stefano under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>SLEEVE GASTRECTOMY E FUNDOPLICATIO SEC. ROSSETTI-NISSEN</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	141
Speaker	Vitiello Antonio under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>RISULTATI DELLA TERAPIA CHIRURGICA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	200
Speaker	Greco Francesco under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IL PDTA OBESITÀ NELLA STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	173
Speaker	Neri Barbara under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLA SARCOPENIA E OSTEOSARCOPENIA NEL PAZIENTE GRAVE OBESO</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	199
Speaker	Longanesi      Annamaria      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>DA PDTA AZIENDALE A PDTA INTERAZIENDALE NELLA STRUTTURA PUBBLICA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	198
Speaker	De Palma      Massimiliano      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Aspetti medico legali e organizzativo/aziendali</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	197
Speaker	Piazza Luigi under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>MGB/OAGB</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	196
Speaker	Camerini Giovanni under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>BPD/DS</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	195
Speaker	Bellini                      Rosario    under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>RYGB</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	194
Speaker	Navarra Giuseppe under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>SG</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	193
Speaker	Casella Giovanni under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>PARTE GENERALE E APPROCCIO LAPAROSCOPICO</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	192
Speaker	Raffaelli Marco under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IMPATTO METABOLICO DI SADI-S E SAGI</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract

137

Speaker

De Lorenzo

Antonino

under40

ARGOMENTO

Relazione su invito

**TITOLO DEL LAVORO**

**NUOVA CLASSIFICAZIONE DEL MORFOTIPO OBESO: QUADRO EVOLUTIVO E METABOLICO**

AUTORI

-

RELATORE

-

INTRODUZIONE

-

METODI

-

RISULTATI

-

DISCUSSIONE

-

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	138
Speaker	De Luca                      Maurizio    under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>INDICAZIONI ALLA CHIRURGIA BARIATRICA NELL'OBESITÀ DI PRIMA CLASSE: SOLO NEI PAZIENTI METABOLICAMENTE UNHEALTHY?</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	



IDabstract	184
Speaker	Madeo Meri under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IDEALE DI MAGREZZA, FATTORI PSICOSOCIALI E NUOVO ADATTAMENTO DOPO CHIRURGIA BARIATRICA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	189
Speaker	LESTI                      GIOVANNI LESTI                      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IMPATTO METABOLICO DEL BYPASS GASTRICO CON FUNDECTOMIA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	185
Speaker	Di Lorenzo      Nicola      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>STATO DELL'ARTE DELLA RICERCA CHIRURGICA IN BARIATRIA</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	186
Speaker	Della Valle      Alberto      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IMPATTO METABOLICO DEL BENDAGGIO GASTRICO REGOLABILE</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract

187

Speaker

Parisi

Amilcare

under40



ARGOMENTO

Relazione su invito

**TITOLO DEL LAVORO**

**IMPATTO METABOLICO DELLA SLEEVE GASTRECTOMY: RAZIONALE, DISEGNO E RISULTATI PRELIMINARI DELLO STUDIO RANDOMIZZATO ESINODOP (EARLY SLEEVE GASTRECTOMY IN NEW ONSET DIABETIC OBESE PATIENTS)**

AUTORI

-

RELATORE

-

INTRODUZIONE

-

METODI

-

RISULTATI

-

DISCUSSIONE

-

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	139
Speaker	Beltrame      Benedetta      under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>QUAL'È IL RUOLO DEL NUTRIZIONISTA NELL'OBESITÀ DI PRIMA CLASSE?</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	188
Speaker	Giovanelli      Alessandro      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>MPATTO METABOLICO DEL RYGB</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	142
Speaker	Papadia      Francesco Saverio      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>LE POSSIBILI URGENZE NEI DIVERSI INTERVENTI CHIRURGICI BARIATRICI</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	190
Speaker	Schettino Angelo Michele under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IMPATTO METABOLICO DEL MGB/OAGB</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	





IDabstract	118
Speaker	Maida                      Pietro                      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>QUALI VANTAGGI PER IL CHIRURGO ALL'INTERVENTO?</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	191
Speaker	Ceriani Valerio under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Relazione su invito
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>IMPATTO METABOLICO DELLA DBP/DS</b>
AUTORI	-
RELATORE	-
INTRODUZIONE	-
METODI	-
RISULTATI	-
DISCUSSIONE	-
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	97
Speaker	Soricelli Emanuele under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Sarcopenia e calo ponderale - Ipoglicemia reattiva
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>SICUREZZA ED EFFICACIA DELLA CHIRURGIA BARIATRICA NEL SOGGETTO OBESO &gt; 65 ANNI: ANALISI DEI DATI DEL REGISTRO NAZIONALE SICOB</b>
AUTORI	E. Soricelli, E. Facchiano, G. Quartararo, L. Leuratti, V. Caputo, B. Beltrame, M. Lucchese U.O. di Chirurgia Generale, Bariatrica e Metabolica Ospedale Santa Maria Nuova USL Toscana Centro - Firenze
RELATORE	-
INTRODUZIONE	L'indicazione ad intervento di Chirurgia Bariatrica nel paziente di età superiore a 65 anni affetto da Obesità grave (Body Mass Index – BMI > 35 kg/m <sup>2</sup> ) rappresenta un argomento molto dibattuto. Infatti esistono dati contrastanti riguardo l'efficacia in termini di calo ponderale ed i tassi di morbilità e mortalità delle procedure chirurgiche bariatriche nella popolazione anziana. Tuttavia, recenti revisioni sistematiche della letteratura hanno mostrato come un accurata selezione pre-operatoria del paziente anziano candidato ad intervento di Chirurgia dell'Obesità possa incidere positivamente sui profili di sicurezza ed efficacia di tali procedure, che risultano paragonabili a quelli riportati nella popolazione < 60 anni. Scopo dello studio è quello di analizzare retrospettivamente i dati peri e post-operatori dei pazienti con età > 65 anni sottoposti ad intervento di Chirurgia Bariatrica ed inseriti nel Registro Nazionale della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche (S.I.C.Ob.)
METODI	E' stata effettuata una ricerca ponendo come unico criterio di selezione l'età > 65 anni al momento dell'intervento Chirurgico. Sono stati quindi eliminati dal gruppo di studio quei pazienti che avevano subito un intervento di Chirurgia Bariatrica di revisione. Sono stati quindi analizzati i dati antropometrici iniziali del gruppo di studio, i dati perioperatori (tipologia di intervento, tempo operatorio, complicanze intraoperatorie e post-operatorie precoci) e i risultati in termini di calo ponderale con un follow-up di 2 anni.
RISULTATI	A Maggio 2018, 897 pazienti (678 donne e 219 uomini) sottoposti ad intervento di Chirurgia Bariatrica primaria risultavano inseriti nel Registro Nazionale. L'età media dei pazienti era di 67.7 ± 2.06 anni, mentre il BMI iniziale medio era di 44.4 ± 7.1 kg/m <sup>2</sup> . La Sleeve gastrectomy (SG) rappresentava l'intervento maggiormente eseguito (388 pazienti: 43.2%), seguita dal Bendaggio gastrico (AGB- 231 pazienti: 25.7%), Bypass gastrico ad Y (RYGB -122 pazienti: 13.5%), Bypass gastrico ad unica anastomosi (OAGB - 39 pazienti: 4.7%) e diversione biliopancreatica (BPD - 24 pazienti: 2.6%). I rimanenti 93 pazienti (10.3%) erano stati sottoposti a procedure chirurgiche o endoscopiche per l'obesità di minore rilievo e pertanto venivano esclusi dallo studio. Negli 804 pazienti rimasti, il tempo operatorio medio è stato di 122.5 minuti per l'AGB, 87 minuti per la SG, 140 minuti per il RYGB, 98.6 minuti per l'OAGB e 209 minuti per la BPD. Sono state registrate 12 complicanze intraoperatorie (1.5%), di cui 7 in corso di AGB, 3 durante SG e 2 durante il RYGB. Complessivamente si sono verificate 33 (4.1%) complicanze post-operatorie precoci (< 30 giorni dall'intervento), di cui 20 dopo SG (5.1%), 8 dopo RYGB (6.5%), 4 dopo AGB (1.7%) e 1 dopo BPD (4.1%). Nel 67.4% dei casi tali complicanze sono state trattate in maniera conservativa mentre nel 32.6% dei casi il loro trattamento ha richiesto un intervento chirurgico. La degenza media è stata di 4.4 giorni (2.5 per l'AGB, 4.6 per la SG, 6.1 per il RYGB, 4.2 per l'OAGB e 8.7 per la BPD). A 2 anni di distanza dall'intervento il tasso di follow-up medio era del 46.4% (47.7% nell'AGB, 36.7% nella SG, 57.4% nel RYGB, 12.8% nell'OAGB e 77.7% nella DBP). Il BMI medio a 2 anni dall'intervento era sceso a 33.8 ± 6.4 kg/m <sup>2</sup> con un percentuale di perdita del peso in eccesso (%Excess Weight Loss: %EWL) del 47.4 ± 22.1%. L'intervento più efficace risultava la BPD (%EWL 62.5%), seguita dall'OAGB (61%), RYGB (58.6%), SG (51.4%) e

	AGB (33.4%).
DISCUSSIONE	Il limite principale di questo studio è rappresentato dalla bassa percentuale di follow-up a medio e lungo termine. Tuttavia, dall'analisi dei dati del Registro Nazionale S.I.C.Ob, la Chirurgia Bariatrica nel soggetto obeso di età > a 65 si è mostrata sicura ed efficace, con un tasso di complicanze accettabile ed una percentuale perdita del peso in eccesso a 2 anni di follow-up > al 50% in tutte le procedure ad eccezione dell'AGB.
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract

94

Speaker

Silvestri

Eufemia

under40



ARGOMENTO

Weight Regain

**TITOLO DEL LAVORO****RECUPERO PESO POST SLEEVE GASTRECTOMY A 3 E 5 ANNI: LA NOSTRA ESPERIENZA**

AUTORI

R. Schiano di Cola, E. Silvestri, F. Di Gioia, G. Serino, C. Giardiello  
 Dipartimento di Chirurgia Generale, d'Urgenza e Metabolica.  
 Centro di Eccellenza per lo Studio ed il trattamento multidisciplinare dell'Obesità.  
 Servizio di dietetica e Nutrizione - Obesity Center P.O. Pineta Grande, Castelvoturno,  
 Caserta

RELATORE

-

INTRODUZIONE

La sleeve gastrectomy è diventata una delle procedure bariatriche più comunemente eseguite come trattamento chirurgico primario per l'Obesità patologica in Italia e nel mondo.

Rispetto ad altre procedure, l'attenzione è maggiormente rivolta al recupero del peso a lungo termine; la problematica è documentata in recenti review anche se non vi è ancora un accordo per standardizzare tale fenomeno e la modalità di azione dell'eventuale chirurgia revisionale.

La definizione maggiormente utilizzata di "Weight regain" risulta essere "un aumento del peso corporeo di oltre 10 kg dal Nadir".

Scopo della nostra analisi descrittiva è stato riportare lo stato dell'arte del recupero del peso dei pazienti sottoposti alla procedura di Sleeve Gastrectomy come procedura primaria a 3 e 5 anni.

METODI

Da Gennaio 2010 a Dicembre 2018 presso il P.O. Pineta Grande (Castelvoturno, Caserta), si sono sottoposti a tale procedura 150 pazienti, tutti selezionati dopo un inquadramento multidisciplinare. Nella fase preintervento sono stati dettagliatamente informati in merito alla necessità della perdita di peso preoperatoria e sulle modifiche inerenti lo stile di vita da effettuare nella fase post a breve e lungo termine nell'ambito di un percorso integrato dietistico-psicologico.

L'intervento chirurgico è stato effettuato da un unico operatore.

Descrizione del campione: I 150 pazienti sono rappresentati da 58 M (39%) e 92 F (61%) con un peso iniziale di  $159 \pm 45$  kg e un IMC di  $58 \pm 14$  kg/m<sup>2</sup>. All'intervento, dopo il percorso multidisciplinare, il peso rilevato era di  $144 \pm 36$  kg e un IMC  $53 \pm 11$  kg/m<sup>2</sup> con una perdita media di circa il 10 % (come suggerito dalla letteratura).

Sono stati esclusi dalla nostra analisi 73 pazienti che non hanno ancora raggiunto il followup a 3 anni. A tutti i pazienti sono state fornite diete specifiche per il decorso postoperatorio con note comportamentali, integrazioni di vitamine e minerali ad hoc e una rigorosa indicazione al followup integrato.

RISULTATI

Dalla nostra analisi si evidenzia un drop-out a 3 anni del 26% e a 5 anni del 35%: le cause più frequenti sono rappresentate dalla difficoltà economica, dalla distanza geografica, e dalla percezione di benessere che induce il paziente a sottovalutare i controlli.

Il recupero del peso a 3 anni risulta essere il 20% nei 74 pazienti oggetto di analisi: 11 pazienti hanno recuperato più di 5 kg rispetto al Nadir, mentre 7 pazienti più di 10 kg. La media della percentuale del recupero peso rispetto al Nadir è stata l'8.6%.

Il recupero del peso a 5 anni risulta essere invece il 29,4% nei 51 pazienti oggetto di analisi: 14 pazienti hanno recuperato più di 5 kg rispetto al Nadir, mentre 10 pazienti più di 10 kg. La media della percentuale del recupero peso rispetto al Nadir è stata il 14.3%.

Nella nostra casistica l'aumento del peso della maggior parte dei pazienti è stato conseguenza di una mancata adesione alle indicazioni dietetiche e di stile di vita fornite.

DISCUSSIONE

In base alla nostra esperienza, il recupero del peso è una tematica delicata da approfondire con l'utilizzo di strumenti univoci e standardizzati poiché questo aspetto deve essere considerato nella scelta della procedura bariatrica da effettuare e dalle

strategie da porre in atto per contrastare tale fenomeno.

BIBLIOGRAFIA

1. Surg Obes Relat Dis. 2017 Jul;13(7):1110-1115. doi: 10.1016/j.soard.2017.03.007. Epub 2017 Mar 23. "What are the long-term results 8 years after sleeve gastrectomy?" - Noel P, Nedelcu M, Eddbali I, Manos T, Gagner M.
2. Obes Surg. 2016 Jun;26(6):1326-34. doi: 10.1007/s11695-016-2152-x. "Weight Regain Following Sleeve Gastrectomy-a Systematic Review." - Lauti M, Kularatna M, Hill AG, MacCormick AD.
3. Scand J Surg. 2018 Sep 6:1457496918798192. "Weight Loss and Resolution of Comorbidities After Sleeve Gastrectomy: A Review of Long-Term Results." - Felsenreich DM, Langer FB, Prager G.
4. Obes Surg. 2018 Nov;28(11):3586-3594. doi: 10.1007/s11695-018-3399-1. "Update: 10 Years of Sleeve Gastrectomy-the First 103 Patients." - Felsenreich DM, Ladinig LM, Beckerhinn P, Sperker C, Schwameis K, Krebs M, Jedamzik J, Eilenberg M, Bichler C, Prager G, Langer FB.

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

IDabstract	29
Speaker	Matteelli Michele under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Weight Regain
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>I fattori psicologici che contribuiscono al mantenimento di peso dopo chirurgia bariatrica</b>
AUTORI	Galletta D, Mosca P, Matteelli M Pecoraro G, Micanti F (DAI: Testa- Collo. UOC: Psichiatria e Psicologia. Scuola di Medicina e Chirurgia, Università "Federico II " Napoli)
RELATORE	-
INTRODUZIONE	La definizione di mantenimento di peso, in letteratura, è un complesso di elementi articolati ed intersecantesi fra di loro. Fra i fattori che lo determinano o al contrario condizionano l'aumento di peso quelli psicologici hanno una notevole rilevanza. Questo studio ha carattere descrittivo e analizza i fattori psicologici più significativi nel processo di stabilizzazione del peso.
METODI	E stata eseguita un'analisi della letteratura degli ultimi 5 anni sui fattori di efficacia e di rischio dopo chirurgia bariatrica. Vengono distinti: fattori psicologici, comportamento alimentare, immagine corporea e fattori psicosociali) e fattori comportamentali (compliance nutrizionale e attività fisica)
RISULTATI	L'analisi della letteratura evidenzia che l'efficacia della chirurgia bariatrica aumenta con la modifica dei fattori psicologici e comportamentali.
DISCUSSIONE	I fattori psicologici e comportamentali contribuiscono a determinare il cambiamento stabile dello stile di vita che a sua volta rafforza la capacità del soggetto di conservare il peso peso dopo l'intervento di chirurgia bariatrica
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	



IDabstract

104

Speaker

Pantuso

Gianni

under40



ARGOMENTO

Weight Regain

**TITOLO DEL LAVORO****WEIGHT REGAIN DOPO BY PASS GASTRICO: TRATTAMENTO ENDOSCOPICO OVERSTITCH. NOSTRA INIZIALE ESPERIENZA.**

AUTORI

Rita Alloro, Riccardo Di Gregorio, Luigi Lazzaro, Ina Macaione, Stefania Martorana, Veronica Morreale, Giuseppina Guercio, Gianni Pantuso  
 AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA POLICLINICO "PAOLO GIACCONE" PALERMO  
 UOC DI CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO ONCOLOGICO  
 UOS DI CHIRURGIA ENDOCRINA E DELL'OBESITA'

RELATORE

-

INTRODUZIONE

Il By-pass gastrico con ansa alla Roux (RYGB) rappresenta la procedura chirurgica più frequentemente eseguita insieme alla Sleeve Gastrectomy per il trattamento dell'obesità.

RYGB determina un calo ponderale secondo un meccanismo "restrittivo" in quanto lo stomaco viene ridotto ad una tasca gastrica con un volume circa di 30 ml e "malassorbitivo" in quanto viene bypassato il primo metro di intestino tenue con un ridotto assorbimento dei nutrienti.

E' stato stimato che il 15-35% dei pazienti sottoposti a RYGB non raggiunge un calo ponderale soddisfacente ( $\geq 50\%$  del peso in eccesso) oppure manifestano weight regain (recupero  $\geq 15\%$  del massimo peso inizialmente perso)

Il weight regain (WR) dopo RYGB è un evento tardivo dell'intervento legato essenzialmente alle modificazioni della funzione di serbatoio a livello gastrico o digiunale. Si stima che 30-35% del peso perso viene recuperato entro il primo anno dall'intervento chirurgico e che il 50% dei pazienti ritorna al peso iniziale (pre-RYGB) entro i cinque anni.

L'eziologia di WR ad oggi è poco chiara: possono concorrere fattori comportamentali (psicologici, nutrizionali), fattori medici (ipotiroidismo, anemia, genetica) e anatomici (fistola gastro-gastrica, dilatazione della tasca gastrica e/o dell'anastomosi gastro digiunale).

Per il trattamento di quest'ultime è previsto un approccio sia di tipo chirurgico sia endoscopico. Il primo, tradizionalmente praticato, presenta una maggiore percentuale di complicanze rispetto ad un approccio endoscopico, efficace e sicuro.

Negli ultimi anni si è assistito ad un sempre maggiore utilizzo del sistema di sutura a tutto spessore "Overstitch" con risultati soddisfacenti nel trattamento delle complicanze responsabili del weight regain.

In questo report presentiamo due casi sottoposti a trattamento endoscopico Overstitch realizzato presso la nostra Unità Operativa.

METODI

**I CASO**

Paziente donna di 48 anni sottoposta nel 2012 a by-pass gastrico (Peso iniziale 170 Kg- Altezza 1.63 mt- BMI 64) . Cospicuo calo ponderale dopo un anno (peso minimo raggiunto 86 Kg), mantenuto stabile sino al 2014. Al controllo ambulatoriale (2015): lieve incremento di peso, piroisi, ipovitaminosi e ipoproteinemia. EGDS: ulcera anastomotica, HP + (trattamento farmacologico). Risoluzione sintomatologia. Controllo EGDS 2016: flogosi anastomotica e fistola gastro-gastrica. Novembre 2018- follow up ambulatoriale: ulteriore incremento di peso (Peso 104 Kg, BMI 39.2 ) EGDS : tasca gastrica di lunghezza circa 8 cm. In corrispondenza della precedente ulcera anastomotica si riscontra tramite fistoloso gastro-gastrico di 1.2 cm di diametro. Più cranialmente ulteriore fistola di diametro circa 8 mm. Dalla fistola più grande si accede allo stomaco escluso che risulta regolare. Ampia anastomosi gastrodigiunale. Gennaio 2019: ulteriore incremento ponderale (Peso 106 Kg, BMI 40). Quadro endoscopico invariato. WR 23.8 %. Si decide di procedere a chiusura degli orifizi fistolosi mediante sutura endoscopica con sistema Overstitch e con lo stesso device veniva ridotta l'ampiezza dell'anastomosi

gastro-digiunale eseguendo una plicatura gastrica. A termine della procedura si valutava la transitabilità dell'anastomosi con endoscopio flessibile di calibro minore e si effettuava un controllo dell'emostasi.

In I giornata post-procedura veniva eseguito Rx tubo digerente che confermava la riuscita della procedura endoscopica per il mancato spandimento del mezzo di contrasto nello stomaco escluso e transito ridotto attraverso l'anastomosi gastro-digiunale rispetto al precedente controllo radiologico.

Il CASO

Paziente donna di 55 anni sottoposta nel 2010 a bendaggio gastrico (Peso 112 kg-Altezza 1.55 mt- BMI 46.6) presso altro nosocomio. Nel 2012 sottoposta a By- pass gastrico (Peso 109 Kg- Altezza 1.55 mt- BMI 45) presso altro nosocomio. Eseguiva follow up ambulatoriali annuali con m

RISULTATI

Il trattamento endoscopico Overstitch si è dimostrato efficace sia nel trattamento della fistola cronica gastro-gastrica sia nella riduzione del volume della tasca gastrica e dell'ampiezza dell'anastomosi gastro-digiunale. Il confronto delle immagini RX tubo digerente pre e post procedura hanno confermato la chiusura dei tramiti fistolosi e la riduzione del volume della tasca gastrica e dell'ampiezza dell'anastomosi . Riteniamo che questo approccio rappresenti una valida opzione a bassa invasività e di facile esecuzione da applicare nei casi di weight regain post by pass gastrico rispetto al trattamento chirurgico che per anni ha rappresentato la metodica di scelta.

DISCUSSIONE

Weight regain dopo RYGB non è infrequente e spesso è associato anche ad un ripresentarsi di condizioni morbose pre-chirurgiche (diabete mellito, ipertensione arteriosa, dislipidemia, ...) che determinano un peggioramento della qualità della vita. A tale proposito sembra che i pazienti con WR e comorbidità riacutizzate abbiano una qualità di vita sovrapponibile ai pazienti affetti da obesità patologica ma non operati. E' importante distinguere WR e perdita di peso scarsa. In quest'ultimo caso si intende una perdita di peso  $\leq 50\%$  dell'EWL (perdita % di peso in eccesso)

Il WR è una condizione patologica rilevante e viene considerata alla pari di una complicanza nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di RYGB.

Numerosi fattori possono determinare WR: stile di vita, status psicologico, squilibrio endocrino-metabolico e problemi di tecnica chirurgica.

Riguardo a questi ultimi, una dilatazione della tasca gastrica, un aumento delle dimensioni dell'anastomosi gastro-digiunale e la fistola gastro-gastrica sono causa responsabile di WR. Haneghan at al. hanno dimostrato che non si hanno differenze significative qualora si abbia un incremento della larghezza o del volume dello stomaco residuo. Diversamente, una variazione della lunghezza della tasca gastrica (5 cm vs 5.8 cm) contribuisce a dare differenze statisticamente significative in termini di WR.

La gastro-digiuno-anastomosi se supera i 20 mm di diametro può determinare variazioni sulla perdita di peso e sul WR. Secondo le varie tecniche chirurgiche è possibile confezionare un' anastomosi manuale (diametro 12-14 mm), mediante l'ausilio di suturatrice circolare (diametro 21-25 mm) oppure con l'ausilio di suturatrice lineare (diametro  $\geq 45$  mm). Jiang HP at al. in una loro meta-analisi hanno comparato un gruppo di pazienti con anastomosi manuale e un gruppo con anastomosi confezionata con suturatrice meccanica. Questi non hanno trovato differenze significative nei due gruppi in riferimento al WR.

La fistola gast

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note

--

IDabstract

62

Speaker

Coluzzi

Ilenia

under40



ARGOMENTO

Weight Regain

**TITOLO DEL LAVORO****VALUTAZIONE DELL'ADERENZA AD UN PERCORSO DI COUNCELLING NUTRIZIONALE NEI PAZIENTI CON WEIGHT REGAIN E INSUFFICIENT WEIGHT LOSS DOPO SLEEVE GASTRECTOMY LAPAROSCOPICA**

AUTORI

Coluzzi Ilenia, Giannetta Isabella Bianca, Gianfranco Silecchia  
UOC Chirurgia Generale & Bariatric Center of Excellence-IFSO EC Sapienza Università di Roma - Polo Pontino Polo Integrato AUSL LT-ICOT

RELATORE

-

INTRODUZIONE

La LSG ad oggi è considerata una procedura metabolica per le alterazioni del pattern ormonale (prevalentemente incretine ed NPY), che prevede dei fallimenti a medio-lungo termine che devono essere tenuti in conto nella fase preoperatoria e informativa del paziente. Infatti, nessun intervento chirurgico è esente dal rischio di ripresa di peso e i pazienti possono sperimentare a una ripresa di peso con un'incidenza che va dal 5.7% al 75.6% rispettivamente a 2 e a 6 anni dopo la LSG. Le cause della ripresa di peso sono molteplici: grandezza del bougie, volume dell'antro residuo, presenza di fondo residuo, dilatazione della pouch, ma soprattutto adeguamento al follow-up, stile di vita e abitudini alimentari scorrette.

Obiettivi: valutare l'aderenza dei pazienti con Insufficient Weight Loss (IWL) e Weight Regain (WR) ad un follow up medio di 6 anni dopo LSG, ad un percorso di counselling nutrizionale strutturato; analizzare le abitudini alimentari e lo stile di vita in pazienti con WR e IWL dopo la chirurgia bariatrica; verificare quali comportamenti alimentari disfunzionali possano incidere sulla ripresa di peso post-operatoria.

METODI

I pazienti sottoposti a LSG presso la nostra divisione chirurgica nel 2012 e 2013 sono stati ricontattati e convocati per un follow-up nutrizionale e valutati mediante misurazione del peso, altezza, BMI, %EWL, integrato alla compilazione del diario alimentare di 7gg. È stato, inoltre, ricostruito il percorso post-operatorio dei pazienti, peso minimo raggiunto, visite di controllo con l'equipe bariatrica (chirurgo, dietista, psicologo); è stata valutata la presenza di interventi incorrenti di altra natura (ortopedici o plastici) e gravidanze. Verrà definito IWL quando non si raggiunge un EWL >50% e Weight Regain WR con %EWL >25% rispetto al nadir. Per i pazienti è stato strutturato un percorso di counselling nutrizionale di 4 sedute con la dietista, a cadenza mensile, nelle quali si procedeva attraverso la correzione delle abitudini alimentari e dello stile di vita.

RISULTATI

Di 180 pazienti convocati per il follow-up nutrizionale e sottoposti a LSG (primary o redo), solo il 68% dei pazienti ha effettuato il follow-up nutrizionale; il 4,2% ha presentato un IWL e il 25% un WR. I pazienti convocati per il follow-up nutrizionale, di età media 47aa, presentano a 6 anni dalla chirurgia un BMI medio di 31,96 kg/m<sup>2</sup>, %EWL media del 61.66% e peso medio di 85kg. Ad un anno dalla chirurgia i pazienti avevano raggiunto un peso minimo medio di 75 kg con BMI medio di 27,9 kg/m<sup>2</sup> e %EWL media del 71,5%. Il 84% dei pazienti ha abbandonato i controlli post-operatori a 24-36 mesi dalla chirurgia e solo una minoranza ha fatto controlli post-operatori con psicologa. Valutando le abitudini alimentari dei pazienti con IWL e WR è risultato un intake calorico medio di 2129kcal/die e 1833kcal/die rispettivamente con 77g di proteine/die e 63g di proteine/die rispettivamente. Il numero dei pasti giornalieri è mediamente di 7; nessuno dei pazienti fa attività fisica regolarmente. Ai pazienti con WR e IWL è stato proposto un percorso di counselling nutrizionale, ma solo il 40% di essi ha deciso di seguirlo; i pazienti che hanno intrapreso le visite hanno ottenuto un discreto calo ponderale (-6kg medi) e un miglioramento delle scelte e preferenze alimentari.

DISCUSSIONE

I dati emersi dalla valutazione nutrizionale da noi condotta, dimostrano quanto la SG possa essere un intervento risolutivo dell'obesità patologica e delle comorbidità ad esse correlate. Infatti il BMI medio del campione a 6 anni dalla chirurgia presenta un valore al

di sotto della soglia dell'obesità di II classe ( 31.96 kg/m<sup>2</sup>) e la %EWL media 61.66%. La nostra valutazione retrospettiva di un campione di pazienti della coorte operata nel 2012, a 6 anni dalla chirurgia, ha evidenziato la presenza di WR nel 25% dei pazienti. E' emerso in questi pazienti un elevato intake calorico per il consumo di cibi ad elevata densità calorica e bevande zuccherate: gli stessi pazienti effettuano più pasti/spuntini giornalieri o presentano un quadro di grazing vero e proprio. L'adeguamento al follow-up nutrizionale è essenziale nei pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica poiché un intervento nutrizionale precoce potrebbe aiutare a prevenire una ripresa di peso post-operatorio, aiutando i pazienti a migliorare definitivamente il proprio stile di vita. Quando non sono presenti complicanze intervento correlate, il counseling nutrizionale potrebbe svolgere un ruolo chiave nel trattamento dei pazienti con weight regain.

BIBLIOGRAFIA

-

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Accettato

Note



	conseguenza un miglioramento della sindrome metabolica.
DISCUSSIONE	I risultati da noi ottenuti confermano e integrano quelli della letteratura, inoltre, questo studio ci permette di riconfermare come la presenza e l'insorgenza di NAFLD e della sindrome metabolica, sia intimamente legata a una serie di dismetabolismi causati da scorrette abitudini alimentari quali una dieta ricca di grassi e la mancanza di esercizio fisico; dimostra ulteriormente che un cambiamento dello stile di vita, volto alla perdita di peso, in unione all' introito giornaliero di polifenoli, possa portare non solo a un miglioramento dei valori metabolici ma sembra anche avere un effetto benefico regolatorio sul metabolismo lipidico epatico, riducendo l'accumulo di grasso negli epatociti, permettendo così il trattamento e soprattutto la prevenzione dell'insorgenza della steatosi epatica non alcolica, considerata la manifestazione epatica della sindrome metabolica
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	

IDabstract	27
Speaker	Cesaro                      Filomena    under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Weight Regain
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Il percorso post-intervento e il "weight regain".</b>
AUTORI	filomena cesaro, gruppo psicologi p.o. pineta grande hospital, obimed
RELATORE	-
INTRODUZIONE	Il percorso post-intervento e il "weight regain".
METODI	colloqui clinici
RISULTATI	<p>La chirurgia bariatrica non affronta meccanismi psicologici che contribuiscono all'adozione di abitudini alimentari e di attività fisica disfunzionali. E', pertanto, possibile che la variabilità del peso perso nel periodo post-operatorio possa in parte dipendere da processi cognitivi, emotivi e comportamentali.</p> <p>La gestione del paziente nel post-intervento attraverso follow-up, risulta indispensabile per prevenire il recupero ponderale a seguito di una scarsa aderenza alle indicazioni alimentari fornite e una scarsa compliance del paziente stesso.</p> <p>La motivazione alta nella fase pre-intervento, che facilita l'aderenza ad un programma alimentare più funzionale tende ad abbassarsi nel post-intervento.</p> <p>La letteratura evidenzia alcuni studi che in pazienti sottoposti a programmi di rieducazione alimentare nel post-intervento hanno prodotto migliori risultati a lungo termine rispetto a pazienti non seguiti.</p>
DISCUSSIONE	presentazione caso clinico
BIBLIOGRAFIA	-
Revisore	Non assegnato
Accettazione	Accettato
Note	