

IDvideo	46
Speaker	scognamiglio giuseppe under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	BENDAGGIO GASTRICO Casi di rimozione difficile
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>perforazione gastrica in paziente con slippage del bendaggio</b>
AUTORI	Giuseppe Scognamiglio, Stefano Cristiano
ABSTRACT	caso clinico. Paziente con perforazione dello stomaco da slippage del bendaggio gastrico.
Annotazioni	
Note	

IDvideo

33

Speaker

Cariani

Stefano

under40



ARGOMENTO

BYPASS GASTRICO Appunti di tecnica

TITOLO DEL LAVORO

**1) RE-DO SURGERY DI VBG LAPAROTOMICA FALLITA: CONVERSIONE LAPAROSCOPICA A BYPASS GASTRICO SU VBG**

AUTORI

Schettino Angelo Michele Ospedale Privato Accreditato San Lorenzino Cesena  
 Cariani Stefano A.O.U. Policlinico S. Orsola Malpighi Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche  
 Amadori Stefano Ospedale Privato Accreditato San Lorenzino Cesena  
 Carrai Carlo Ospedale Privato Accreditato San Lorenzino Cesena  
 Bisulli Raffaele Ospedale Privato Accreditato San Lorenzino Cesena

ABSTRACT

Introduzione

Il recupero ponderale di una gastroplastica verticale (VBG) può avvenire con normale anatomia post-chirurgica o essere associato a complicanze quali la deiscenza sutura verticale, la dilatazione della pouch, la stenosi e/o la torsione dell'outlet, il decubito della benderella e, frequentemente, con MRGE.

La revisione di una VBG rappresenta una sfida chirurgica bariatrica per la riconosciuta difficoltà tecnica, per l'aumentata incidenza di complicanze immediate e tardive, per la possibilità di ottenere un buon equilibrio ponderale del paziente: la strategia chirurgica non può prescindere da un completo studio anatomico-chirurgico e dalla corretta valutazione psicologico-comportamentale del paziente. In letteratura, la conversione a bypass gastrico su ansa alla Roux (RYGB) è la procedura di revisione di VBG più adottata [1,2] e la variante bypass gastrico su gastroplastica (RYGB-on-VBG) [3,4] che consente l'esplorabilità gastro-duodenale si è dimostrata efficace e con ridotta incidenza di complicanze, anche quando adottata come re-do [5]

In questo video si presenta la conversione laparoscopica in RYGB-on-VBG di una VBG laparotomica fallita.

Materiali e Metodi

C.B. paziente di sesso femminile, anni 45, ex fumatrice, altezza cm. 152, peso kg. 102, BMI 44

Familiarità per obesità (linea paterna e materna).

In sovrappeso sin dall'infanzia, dall'età di 10 anni ricorda un susseguirsi di percorsi dietologici e di ricoveri riabilitativi.

All'età di 20 anni con peso corporeo di kg. 133 ( BMI 57) venne sottoposta in altra sede ad intervento di GPV sec. Mason.

Nell'arco di 2 anni ha raggiunto 60 kg. di peso (- 73 kg.). Per un anno è rimasta stabile, poi graduale recupero ponderale, particolarmente nel corso delle due gravidanze (un parto cesareo). Ha successivamente seguito molti percorsi dietologici raggiungendo anche buoni risultati ma temporanei. Si dichiara "spilucatrice" da sempre. Non pratica attività fisica.

Nel pre-operatorio la paziente è stata sottoposta a studio radiologico e endoscopico del tratto esofago-gastrico (valutazione pouch ed outlet), ad ecografia addominale ed a valutazione psicologico-comportamentale.

Tecnica chirurgica.

Creazione del pneumoperitoneo mediante ago di Verres in ipocondrio sx. sull'emiclaveare.

Introduzione di trocar sovraombelicale e dell'ottica, repertando importanti aderenze peritoneali.

Sotto visione si introducono altri due trocar e si procede alla lisi delle aderenze peritoneali permettendo così l'accesso ai quadranti superiori dell'addome. Introduzione sotto visione di altri due trocar. Liberazione della tasca gastrica dalle aderenze con il fegato. Individuazione della benderella in Marlex del precedente intervento, integrata nella parete gastrica. Liberazione di tutta la parete gastrica anteriore, pouch e grande stomaco, fino all'angolo di His. Valutazione idropneumatica del volume e dell'integrità della pouch. Valutazione del corretto calibro dell'outlet gastro-gastrico, su sonda oro-gastrica da 11 mm. Bypass gastrico su ansa alla Roux 75 (tratto bilio-pancreatico) -100 (tratto alimentare) con anastomosi meccanica pouch-digiunale sulla parete anteriore con ENDOGIA 45 VIOLA e sutura manuale in duplice strato della breccia di accesso con V-LOC 3/0 riassorbibile. Anastomosi digiuno-digiunale L-L meccanica con ENDOGIA 45 VIOLA e sutura manuale in duplice strato della breccia di accesso con V-LOC 3/0. Test idropneumatico al blu di metilene negativo per spandimenti perianastomotici. SNG nell'antro gastrico e drenaggio peri-anastomotico.

#### Post-operatorio

L'immediato p.o. è stato privo di complicanze. In 2<sup>a</sup> giornata è stato eseguito Rx T.D. di controllo con Gastrografen che ha dimostrato un regolare transito del m.d.c. sia attraverso l'anastomosi pouch-digiunale (prevalente) che attraverso l'outlet della pregressa VBG, in assenza di spandimenti extraluminali. Pertanto è stato rimosso il SNG e consentita la assunzione di liquidi x os. Dal giorno successivo iniziata dieta semiliquida. In 5<sup>a</sup> giornata p.o. è avvenuta la dimissione previa rimozione del drenaggio addominale. A 40 giorni dall'intervento non si sono verificate complicanze. La paziente ha perduto 14 kg. di peso e, dopo un periodo di 30 gg. di dieta semiliquida, è gradualmente passata a dieta solida.

#### Conclusioni

L'esecuzione laparoscopica della conversione di una VBG in bypass gastrico su gastroplastica (RYGB-on-VBG) non ha presentato complicanze intra e post-operatorie immediate.

Si è dimostrato un intervento sicuro, col vantaggio di consentire l'esplorabilità gastro-duodenale e con ridotta incidenza di complicanze.

#### Bibliografia

1) Vasas P, Dillemans B, Van Cauwenberge S et al.

Short- and Long-Term Outcomes of Vertical Banded Gastroplasty Converted to Roux-en-Y Gastric Bypass

Obes Surg 2013; 23:241-248

2) Iannelli A, Amato D, Addeo P et al.

Laparoscopic Conversion of Vertical Banded Gastroplasty (Mason MacLean) into Roux-en-Y Gastric Bypass

Obes Surg 2008; 18: 43-46.

3) Cariani S, Amenta E

Three-Year Results of Roux-en-Y Gastric Bypass-on-Vertical Banded Gastroplasty: an Effective and Safe Procedure which Enables Endoscopy and X-Ray Study of the Stomach and Biliary Tract

Obes Surg 2007;17:1312-1318.

4) Cariani S, Palandri P, Della Valle E, et al.

Italian multicenter experience of Roux-en-Y gastric bypass on vertical banded gastroplasty: four-year results of effective and safe innovative procedure enabling traditional endoscopic and radiographic study of bypassed stomach and biliary tract

Surg Obes Relat Dis 2008;4:16-25.

5) Cariani S, Agostinelli L, Leuratti L et al.  
BARIATRIC REVISIONARY SURGERY FOR FAILED OR COMPLICATED VERTICAL BANDED GASTROPLASTY (VBG): COMPARISON OF VBG REOPERATION (RE-VBG) VERSUS ROUX-EN-Y GASTRIC BYPASS-ON-VBG (RYGB-ON-VBG)  
Journal of Obesity, Vol 2010, Article ID 206249, 6 pages  
doi:10.1155/2010/206249 ISSN: 20900708 EISSN: 20900716

Annotazioni

Note

IDvideo 13

Speaker Bellini Fabrizio under40

ARGOMENTO BYPASS GASTRICO Appunti di tecnica

**TITOLO DEL LAVORO** **Revisione chirurgica,in ulcera anastomotica sanguinante**

AUTORI ASST - Garda (BS)  
- Bellini Fabrizio  
- TARANTINI MICHELE

ABSTRACT Dal 2004 al 2016 abbiamo eseguito:  
- 580 LRYGBP  
- 16 pazienti con diagnosi endoscopica di ulcera anastomotica.  
B.T. 52 anni, maschio, diabete, iperteso, BMI:44. Forte fumatore  
- 2012: LRYGBP  
- 2014: 3 ricoveri con Hb:7 e melena. Politrasmuso, trattamento endoscopico  
- 2015: ematemesi, melena. Trattamento endoscopico non efficace.  
Intervento laparoscopico di "Degastro e revisione anastomosi gastro-digiunale".

Annotazioni

Note

IDvideo

24

Speaker

Bellini

Fabrizio

under40



ARGOMENTO

BYPASS GASTRICO Appunti di tecnica

**TITOLO DEL LAVORO**

**Il "Blu Test" intraoperatorio riduce le fistole anastomotiche nel LRYGBP.**

AUTORI

Bellini Fabrizio, ASST Garda

Tarantini Michele, ASST GARDA

ABSTRACT

Dal 2004 al 2016 abbiamo eseguito:

-580 LRYGBP, con routinaria esecuzione intraoperatoria del test di tenuta

-7 pazienti con inatteso "Blu Test" positivo

Il test intraoperatorio ha evidenziato in 7 pazienti un risultato inaspettatamente positivo.

Una inattesa micro deiscenza che sarebbe certamente esitata in fistola.

Il test di tenuta, non viene eseguito routinariamente in tutti i centri.

Riteniamo invece che, anche se lo svolgimento dell'atto chirurgico è regolare

l'esecuzione del test di tenuta, sia fondamentale e che riduca la percentuale di fistole anastomotiche postoperatorie.

Il video mostra una conversione da Band a By Pass con blu test positivo.

Annotazioni

Note

IDvideo

38

Speaker

Boru

Cristian Eugeniu

under40



ARGOMENTO

BYPASS GASTRICO Appunti di tecnica

**TITOLO DEL LAVORO**

**COMPARSA DI REFLUSSO GASTROESOFAGEO SEVERO DOPO SLEEVE GASTRECTOMY E CRUROPLASTICA: CONVERSIONE IN R-EN-Y GASTRIC BY PASS CON CONCOMITANTE REVISIONE DI ERNIA IATALE**

AUTORI

Pietro Termine, Cristian Boru, Francesco De Angelis, Angelo Iossa, Marcello Avallone, Anna Guida, Chiara Ciccioriccio, Gianfranco Silecchia  
Università La Sapienza Di Roma, Polo Pontino  
UOC Chirurgia Generale & Bariatric Center of Excellence-IFSO EC  
Polo Integrato AUSL LT-ICOT  
Via F. Faggiana 1668, 04100 Latina  
Tel: 003907736513374, Fax: 003907736513333

ABSTRACT

Introduzione: Il numero esponenziale degli interventi di chirurgia bariatrica ha comportato un incremento parallelo degli interventi di revisione.  
Materiali e metodi: Presentiamo il caso di una paziente obesa di 55 anni, IMC 39 kg/m<sup>2</sup>, affetta da ipertensione ed iperinsulinemia, con ernia iatale di dimensioni inferiori ai 3 cm con assenza di esofagite, sottoposta nel 2013 ad intervento di Sleeve Gastrectomy (SG) con concomitante cruroplastica posteriore.  
Dopo circa 30 mesi dall'intervento la paziente ha raggiunto il BMI di 25.7 kg/m<sup>2</sup> con risoluzione delle comorbidità obesità-correlate. Tuttavia, allo stesso timing, presentava sintomatologia da reflusso gastroesofageo non responsiva a trattamento medico, con evidenza radiologica di ernia iatale.  
Risultati: Presentiamo il video di conversione di SG in bypass gastrico (BPG) con revisione della cruroplastica posteriore. A 3 mesi la paziente ha ottenuto un netto miglioramento della sintomatologia con sospensione della terapia con PPI, mantenuto per almeno un anno di follow-up.  
Conclusioni: La conversione in BPG risulta allo stato attuale il miglior metodo di trattamento in caso di patologia da reflusso post SG.

Annotazioni

Note

IDvideo

51

Speaker

Soricelli

Emanuele

under40



ARGOMENTO

BYPASS GASTRICO Appunti di tecnica

**TITOLO DEL LAVORO****OCCLUSIONE INTESTINALE ACUTA DA "EMOBEZOARIO" DOPO RYGBP: TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO**

AUTORI

OCCLUSIONE INTESTINALE ACUTA DA "EMOBEZOARIO" DOPO RYGBP: TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO

ABSTRACT

Introduzione L'occlusione intestinale acuta (OIA) dopo Bypass gastrico alla Roux (RYGBP) è una complicanza post-operatoria relativamente poco frequente (< 5%) ma che può avere delle conseguenze gravi se non diagnosticata e trattata tempestivamente. Le cause principali di OIA sono la stenosi o angolatura dell'anastomosi digiuno-digiunale (ADD) oppure la sua compressione estrinseca da parte di un ematoma extra-luminale. Più raramente l'ostruzione è determinata dalla formazione di un coagulo all'interno del lume intestinale (emobezoario). Al momento esistono poche pubblicazioni riguardanti la diagnosi e il trattamento dell'OIA da emobezoario. Le opzioni chirurgiche variano dalla semplice enterotomia con aspirazione del coagulo alla resezione dell'ADD con confezionamento di una nuova anastomosi e posizionamento di una gastrostomia. Il presente video mostra il trattamento laparoscopico di un'OIA causata dalla formazione di un emobezoario a livello dell'ADD.

Metodi: Il caso clinico riguarda una paziente di 29 anni, con BMI 46.3 kg/m<sup>2</sup>, sottoposta a RYGBP con tecnica "double loop" sec Lönnroth. In 1° giornata post-operatoria (GPO) la paziente accusava dolore e distensione addominale resistenti alla terapia medica, associati a nausea e vomito con striature ematiche. Gli esami ematochimici evidenziavano un quadro di leucocitosi e di lieve riduzione dell'emoglobina, mentre il drenaggio chirurgico era poco produttivo. La TC addome mostrava una marcata distensione dell'ansa alimentare, di quella biliopancreatica (compreso il duodeno e lo stomaco escluso) e dell'ADD, il cui contenuto appariva di verosimile natura ematica. Le anse intestinali del tratto comune apparivano libere mentre ulteriori possibili cause di OIA venivano escluse.

Risultati: La paziente veniva sottoposta a laparoscopia esplorativa d'urgenza che confermava il quadro di OIA mostrato dalla TC pre-operatoria. Si decideva pertanto di praticare un'enterotomia a livello del moncone biliopancreatico dell'ADD, attraverso la quale veniva aspirato un voluminoso coagulo ematico che occupava interamente il lume dell'anastomosi e del tratto distale delle anse biliopancreatica ed alimentare.

Contemporaneamente veniva introdotta una sonda da 38 Fr attraverso la bocca per decomprimere il tratto prossimale dell'ansa alimentare. Infine, dopo aver escluso sanguinamenti intra-luminali residui, l'enterotomia veniva chiusa sezionando il moncone biliopancreatico dell'ADD mediante suturatrice meccanica con carica vascolare. Il decorso post-operatorio della paziente era regolare, ad eccezione dell'insorgenza di una polmonite trattata con terapia antibiotica. In 1° GPO si assisteva alla ripresa della canalizzazione intestinale e la paziente veniva dimessa in 8° GPO.

Conclusioni: Pure essendo un'evenienza abbastanza infrequente, la formazione di un emobezoario a livello dell'ADD deve essere sempre considerata nella diagnosi differenziale dei pazienti con OIA dopo RYGBP. La TC può fornire informazioni utili circa la natura e la sede dell'ostruzione ed escludere altre eventuali complicanze post-operatorie. Un re-intervento d'urgenza, possibilmente con approccio laparoscopico, è indicato per evitare ulteriori sequele come la necrosi e la perforazione intestinale. L'esecuzione di un'enterotomia a livello del moncone biliopancreatico dell'ADD può rappresentare una soluzione chirurgica valida che permette l'esplorazione e la disostruzione dell'anastomosi, evitando di dover ricorrere a resezioni intestinali più ampie.

Annotazioni

Note

--

IDvideo

9

Speaker

Peri

Andrea

under40



ARGOMENTO

BYPASS GASTRICO Interventi di weight regain

**TITOLO DEL LAVORO**

**Redo-Surgery: from vertical gastroplasty to RYGBP with Fobi ring**

AUTORI

A.Peri, L.Pugliese, V.Gallo, M.De Francesco, S.Malabarba, A.Pietrabissa  
SC Chirurgia Generale 2  
Direttore Prof Andrea Pietrabissa  
Responsabile Chirurgia Bariatrica, Dr Andrea Peri  
IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

ABSTRACT

Il video mostra il caso di una donna di 42 aa, sottoposta a gastroplastica verticale (Mc Lean) nel 1999 con tecnica open e nel 2002 ad addominoplastica a seguito di congruo calo ponderale. Giunge alla Ns attenzione nel 2016 con BMI 52 per progressivo weight regain. Dopo aver eseguito il work-up preoperatorio (EGDS + bx, Rx Transito, TC addome), decidiamo di eseguire un bypass gastrico con posizionamento di anello di Fobi per ridurre il rischio di weght regain nel medio-lungo termine. Decorso post operatorio regolare con dimissione in IV GPO.

Annotazioni

Note

--



IDvideo

57

Speaker

Borrelli

Alessandro

under40



ARGOMENTO

BYPASS GASTRICO Intervento per ernie interne

**TITOLO DEL LAVORO**

**Approccio laparoscopico in urgenza per il trattamento di occlusione intestinale da ernia interna in paziente sottoposta a by pass gastrico laparoscopico**

AUTORI

A.Borrelli, R.Brunaccino, A. Palazzo C. Giardiello  
PO PINETA GRANDE - U.O.C. DI CHIRURGIA GENERALE, D'URGENZA E METABOLICA  
CENTRO DI ECCELLENZA PER IL TRATTAMENTO OBESITÀ  
Responsabile Dott. C. GIARDIELLO

ABSTRACT

L'ernia interna è una causa frequente di occlusione intestinale nei pazienti sottoposti a by pass gastrico per trattamento dell'obesità patologica. Dalla letteratura si evince che l'incidenza varia da 1-10% e dipende dal tempo di follow-up, dalla tecnica chirurgica, se il mesentere è stato chiuso durante l'intervento e dal rapido calo ponderale. Il trattamento di una occlusione intestinale dovuto un'ernia interna dovrebbe essere sempre tentato mediante approccio laparoscopico tranne nei casi in cui già all'imaging sono presenti segni di infarto intestinale. La conversione laparotomica è indicata nei casi in cui è presente un'importante sovra distensione delle anse intestinali con estesa sindrome aderenziale evidente soprattutto nei pazienti plurioperati in laparotomia.

La tecnica presentata in video rappresenta un'opzione efficace per la gestione di questa complicazione. La paziente, in regolare follow-up, operata di By pass gastrico nel 2015 ha presentato in due anni un calo ponderale di circa 60 Kg (EWL 41%) e non ha presentato in passato alcuna complicanza e/o sintomatologia correlata a tale evento. Giunge in PS per importante dolore addominale con alvo chiuso a feci e gas. Gli esami di laboratorio non evidenziano significative alterazioni. L'esame TC addome con mdc eseguito in urgenza evidenzia segni di ernia interna con aspetto stirato ed whirl dell'asse vascolare mesenterico superiore (VMS ruota intorno all'AMS all'origine), distensione fluida della cavità gastrica esclusa e ispessimento parietale dell'ansa digiunale in prossimità dell'anastomosi. Viene pertanto data indicazione ad intervento chirurgico d'urgenza. Si posizionano 3 trocar al fianco sn, 2 lungo l'emilclaveare in sottocostale e fossa iliaca, il terzo lungo l'ascellare anteriore e ombelicale trasversa. Si esplora la cavità addominale che evidenzia anse ileale dilatate ed iperperistaltiche. Si parte identificando la valvola ileocecale e da qui si esplora tutto il piccolo intestino. L'ernia interna coinvolge lo spazio di Petersen (posteriormente alla anastomosi gastrodigiunale). Con caute manovre si procede a liberazione dell'erniata e a chiusura a punti staccati dello spazio e delle altre brecce mesenteriche presenti all'ispezione. Ulteriore esplorazione della cavità permette di verificare la normalità del tratto alimentare, dell'ansa biliare, dell'anastomosi e del tratto comune. Il controllo TC con mdc eseguito in 3° giornata post-operatoria mostra ripristinato l'asse vascolare mesenterico superiore con scomparsa del whirl ileo-mesenterico e della soffiatura fluida dello stesso, assenza di evidenti segni di alterato afflusso e/o deflusso nè sofferenza mesentero-intestinale, assenza di segni di ileo meccanico e/o paralitico. In 5° giornata viene dimessa con regolare decorso post-operatorio.

**CONCLUSIONI:** L'Ernia interna dopo un intervento di bypass gastrico è una complicazione potenzialmente grave e non è rara che richiede rapido riconoscimento ed intervento chirurgico urgente per evitare gravi complicanze vascolari. Il trattamento dell'occlusione dovrebbe essere tentata da esperti chirurghi bariatrici sempre tramite approccio laparoscopico tranne in casi di esteso infarto intestinale, di importante occlusione e/o sindrome aderenziale.

Annotazioni

Note

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for taking notes. It occupies the upper right portion of the page.

IDvideo

30

Speaker

Millo

Paolo

under40



ARGOMENTO

BYPASS GASTRICO Intervento per ernie interne

**TITOLO DEL LAVORO**

**RYGBP COMPLICATED WITH INTERNAL HERNIA IN PREGNANCY**

AUTORI

A. Usai, E. Ponte, M. Grivon, R. Brachet Contul, M.J. Nardi, R. Lorusso, P. Millo  
S.S. Chirurgia dell'Obesità e Malattie Metaboliche responsabile: Dr. P. Millo  
S.C. Chirurgia Generale Direttore ff Dr. S. Razzi  
Ospedale Regionale U. Parini Aosta

ABSTRACT

Introduzione:

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

Materiali e metodi:

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

Risultati:

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

Conclusioni:

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

Annotazioni

Note



Il bypass gastrico videolaparoscopico è considerato l'intervento chirurgico gold standard per l'obesità grave. L'ernia interna costituisce una temibile complicanza di questo intervento. Presentiamo il seguente caso clinico: si tratta di una paziente di sesso femminile, di 59 anni, 60 kg di peso, altezza 157 cm, con un BMI di 24,3. All'anamnesi chirurgica riferiva un'appendicectomia, un'isteroannessiectomia (fibromi), un bypass gastrico double loop VLS 3 anni prima (46 kg di calo ponderale, EWL 85% circa). La paziente afferiva al ns Reparto con un dolore epigastrico perdurante da 12 h che si era successivamente diffuso a tutto l'addome. Ha quindi eseguito una TC addome con mdc che mostrava una distensione di anse tenuali senza sicure immagini di stop; era inoltre presente il segno del vortice (swirl) indicativo di una probabile ernia interna. Si decideva quindi una per una laparoscopia esplorativa (eparina preoperatoria, posizione standard, calze elastiche, compressione pneumatica alternata). All'esplorazione addominale si confermava la presenza di distensione di anse ileali, discrete aderenze addominali che venivano lisate. Si esplora l'ansa alimentare, il piede dell'ansa e l'ansa biliare: si identifica uno spazio a livello del piede dell'ansa occupato da anse ileali che vengono progressivamente estratte da tale spazio e ricondotte nella loro corretta posizione in addome. Si chiude questo spazio con un punto in ethibond. Successivamente si chiude lo spazio di Petersen. L'intervento chirurgico è durato 55 minuti, non si sono verificate complicanze postoperatorie, la dimissione è avvenuta in terza giornata postoperatoria. Gli spazi anatomici possibili sedi di ernie interne sono: spazio mesocolico, spazio di Petersen, spazio intermesenterico, spazio digiuno-digiunale.

I segni radiologici alla TC indicativi per una possibile ernia interna post LRYGB sono: il segno del vortice (alta sensibilità e specificità), segno del fungo, segno dell'occhio dell'uragano, ostruzione del piccolo intestino, cluster di anse del piccolo intestino, piccolo intestino dietro l'AMS, l'anastomosi dislocata a ds, ingrossamento dei linfonodi, ascite, dilatazione dell'ansa alimentare o dell'ansa biliare o del remnant gastrico.

Con la collaborazione del nostro radiologo di riferimento abbiamo elaborato uno schema per individuare cosa ricercare alla TC secondo 4 step diagnostici; innanzitutto ricercare la DILATAZIONE DELL'ANSA ALIMENTARE, la DILATAZIONE DELL'ANSA BILIARE, la DILATAZIONE DEL REMNANT GASTRICO, la DILATAZIONE DEL PICCOLO INTESTINO, un CLUSTER DI ANSE DEL PICCOLO INTESTINO: sono dei dati da ricercare immediatamente, alla portata di tutti i radiologi anche senza grande esperienza/specifiche competenze bariatriche e che impongono al chirurgo, per la sintomatologia sovente acuta, l'indicazione all'intervento chirurgico immediato. Importante ma richiede una base di conoscenza delle tecniche chirurgiche bariatriche è il DISLOCAMENTO DELL'ANASTOMOSI A DS. Successivamente vanno ricercati altri segni come il SEGNO DEL VORTICE (alta sensibilità e specificità), DEL FUNGO e dell'OCCHIO DELL'URAGANO, etc, a bassa sensibilità e bassa specificità solitamente presenti nelle forme di dolore cronico/subacuto che però richiedono adeguata preparazione e competenze in chirurgia bariatrica oltrechè confronto costante fra specialisti. Poi si possono ricercare altri segni che sono però più aspecifici. Un ulteriore aiuto può venire dall'utilizzo del gastrografin di routine o secondo necessità che dipende però dalla scuola radiologica di provenienza.

Per cercare di prevenire l'insorgenza delle IH è necessario rispettare/adottare i seguenti punti tecnici: POSIZIONE ANTECOLICA DELL'ANSA DIGIUNALE, POSIZIONE LINEARE DELL'ANASTOMOSI GASTRODIGIUNALE DA FISSARE CON ALCUNI PUNTI DI SUTURA, CORRETTO ORIENTAMENTO DELL'ANSA ALIMENTARE, NON SEZIONARE L'OMENTO, LE ANASTOMOSI POSIZIONATE NELLO SPAZIO SOVRAMESOCOLICO, NON SEZIONARE IL

MESENTERE, CHIUDERE DI PRINCIPIO I DIFETTI NELLE GIOVANI DONNE (per evitare complicazioni in gravidanza).  
Possiamo concludere che nella gestione delle IH post bypass gastrico VLS sono fondamentali le competenze oltrechè del chirurgo anche del radiologo da affinare oltre che con uno studio specifico anche con una collaborazione costante e proficua tra specialisti.

Annotazioni

Note

IDvideo

28

Speaker

Fantola

Giovanni

under40



ARGOMENTO

BYPASS GASTRICO Punti chiave per prevenire le complicanze

**TITOLO DEL LAVORO**

**Ulcera penetrante dell'anastomosi gastro-digiunale dopo bypass gastrico**

AUTORI

G.Fantola, V.Cabras, S.Pintus, C.Sollai, R.Moroni.  
Chirurgia Bariatrica, Azienda Ospedaliera Brotzu, Cagliari

ABSTRACT

Introduzione

L'ulcera stenotica dell'anastomosi gastro-digiunale è una complicanza comune anche se non frequente dopo bypass gastrico. L'ulcera penetrante è meno frequente. Questa si può manifestare con penetrazione di altro organo cavo (i.e. fistola gastro-gastrica) oppure con penetrazione in organo parenchimoso. Il video presenta il caso di una fistola dell'anastomosi gastro-digiunale penetrante il lobo sinistro epatico dopo 7 anni da redo-surgery.

Video

La paziente è femmina di 44 anni. All'anamnesi nel 2006 intervento di gastroplastica verticale sec. Mc Leen (peso 141kg; BMI 50kg/m<sup>2</sup>), nel 2010 conversione di gastroplastica verticale in bypass gastrico per vomito e ripresa di peso (peso 100kg; BMI 34.4 kg/m<sup>2</sup>). La paziente presentava episodi ricorrenti di epigastralgia e vomito. Agli esami strimentali preoperatori si segnala TC addome negativa e gastroscopia diagnostica per ulcera stenotica dell'anastomosi gastro-digiunale (istologia negativa per eteroplasia). La paziente ha eseguito 4 dilatazioni endoscopiche. Al momento dell'intervento il peso era 50kg e BMI 17.7kg/m<sup>2</sup>.

L'intervento si è articolato in 3 fasi. La prima fase è stata l'identificazione dell'ulcera che si è presentata come ulcera penetrante il lobo sinistro del fegato (reperto intraoperatorio). È stata identificata ed isolata l'anastomosi gastro-digiunale nella parte prossimale del tubulo gastrico e distale dell'ansa alimentare. La gastroscopia intraoperatoria è stata utile nell'identificare il livello di sezione gastrica prossimale del tubulo. La seconda fase è stata la gastroresezione del remnant gastrico. La decisione della gastroresezione è stata presa per avere una buona esposizione del tubulo gastrico e per il sospetto neoplastico dell'ulcera (nonostante precedente istologia negativa). La terza fase è stata quella della riconfezionamento di una nuova anastomosi gastro-digiunale.

Il decorso postoperatorio è stato regolare, Rx transitto con gastrografin e rialimentazione idrica dopo 2 giorni, dimissione dopo 7 giorni.

Conclusioni

Il trattamento dell'ulcera stenotica dell'anastomosi gastro-digiunale è chirurgica dopo fallimento del trattamento endoscopico. L'ulcera penetrante è un reperto intraoperatorio di difficile gestione chirurgica in particolare in paziente già sottoposto a redo-surgery.

Annotazioni

Note

IDvideo

35

Speaker

Cutolo

Pier Paolo

under40



ARGOMENTO

BYPASS GASTRICO Revisione dopo dilatazione tasca gastrica

**TITOLO DEL LAVORO**

**Revisione di tasca gastrica in laparoscopia per recupero ponderale dopo Bypass Gastrico**

AUTORI

Pier Paolo Cutolo, Giulio di Mare, Andrea Centurelli, Andrea Weiss, Giuditta Ravasio, Antonio Zullino, Andrea Califano, Alessandro Giovanelli

ABSTRACT

Il recupero ponderale dopo bypass gastrico per dilatazione della pouch gastrica in pazienti volume eaters può essere affrontato con intervento di revisione della pouch gastrica in laparoscopia che preveda una resezione del cul de sac dell'ansa alimentare qualora dilatata ed una resezione verticale della pouch gastrica calibrata su sonda orogastrica 36 Fr. La riduzione del volume della tasca gastrica ed il diametro dello stomaco possono interrompere il recupero ponderale ed indurre nuovo calo ponderale al paziente. In questo video si presenta un intervento laparoscopico di revisione di pouch gastrica e cul de sac dilatati in un paziente sottoposto tre anni prima a bypass gastrico in laparoscopia e con recupero ponderale per dilatazione della tasca gastrica e del cul de sac.

Annotazioni

Note



IDvideo

48

Speaker

Facchiano

Enrico

under40



ARGOMENTO

BYPASS GASTRICO Revisione dopo dilatazione tasca gastrica

**TITOLO DEL LAVORO**

**RESIZING DELLA TASCA GASTRICA E DEL CANDY-CANE ANASTOMOTICO DOPO RYGBP**

AUTORI

Enrico Facchiano, Emanuele Soricelli, Luca Leuratti, Giovanni Quartararo, Marcello Lucchese

U.O. Chirurgia Generale, Bariatrica e Metabolica - Ospedale Santa Maria Nuova Azienda Sanitaria Toscana Centro – Firenze

ABSTRACT

Introduzione: Il Bypass gastrico alla Roux (RYGBP) rappresenta uno degli interventi chirurgici bariatrici più efficaci in termini di calo ponderale e miglioramento delle patologie correlate all'obesità. Tuttavia, nel 10-20% dei pazienti sottoposti a RYGBP può verificarsi una perdita di peso insufficiente o un recupero ponderale a lungo termine. La patogenesi di tale fallimento è multifattoriale, comprendendo sia la persistenza di uno stile di vita e di abitudini alimentari non corretti, sia delle cause "anatomiche". Quest'ultime sono rappresentate dalla dilatazione della tasca gastrica (TG) e/o dell'anastomosi gastro-digiunale (AGD) o dallo sviluppo di una fistola tra la tasca gastrica e lo stomaco escluso, che possono determinare una riduzione significativa del senso di restrizione gastrica. Il trattamento chirurgico dei fallimenti "anatomici" del RYGBP ha lo scopo di ristabilire un adeguato senso di restrizione gastrica. In tal senso sono state proposte diverse opzioni quali l'applicazione di un bendaggio attorno alla TG, la ricostruzione completa della TG e/o dell'AGD o il loro rimodellamento per via chirurgica o endoscopica. Tuttavia i dati della letteratura sono ancora inconsistenti e non permettono di stabilire la maggiore efficacia di una procedura rispetto alle altre.

Metodi: Il caso clinico riguarda una paziente di 38 anni, sottoposta nel 2012 ad intervento di RYGBP con AGD circolare transorale (BMI 54 kg/m<sup>2</sup>) con un'ottimale perdita di peso post-operatoria (-54 kg). Tuttavia, a distanza di circa 3 anni dall'intervento si verificava un progressivo recupero ponderale (+ 30 kg) che la paziente attribuiva alla significativa riduzione del senso di restrizione gastrica. Dopo aver escluso la contemporanea presenza di alterazioni psico-nutrizionali, la paziente veniva sottoposta ad un Rx digerente con bario che mostrava la dilatazione della TG e del candy-cane anastomotico. Il diametro dell'AGD appariva invece nella norma. La successiva Esofagogastroduodenoscopia confermava i reperti radiologici.

Risultati: La paziente veniva sottoposta ad intervento di resizing della TG e del candy-cane anastomotico per via laparoscopica. Si procedeva dissezione delle aderenze tra il versante inferiore del fegato, lo stomaco escluso e la TG, mettendo in evidenza la notevole dilatazione di quest'ultima. Successivamente veniva disseccato il candy-cane dell'ansa digiunale anastomizzata che risultava anch'esso di dimensioni aumentate, mentre il diametro dell'AGD appariva nella norma. Sulla guida di una sonda oro-gastrica calibratrice da 36 Fr, si procedeva separatamente alla resezione del candy-cane anastomotico e al rimodellamento della tasca gastrica mediante suturatrice lineare da 60 mm (altezza del punto 2-3 mm per il digiuno, 3-4 mm per lo stomaco). Il test al blu di metilene eseguito al termine della procedura risultava negativo. Il decorso post-operatorio era regolare; la paziente veniva sottoposta in 3° giornata post-operatoria (GPO) ad un Rx digerente che non mostrava spandimenti del mdc né ostacoli alla sua progressione attraverso l'AGD. La dimissione avveniva in 4° GPO. A distanza di 6 mesi dall'intervento si registrava un buon calo ponderale (-15 kg) e la paziente riferiva un soddisfacente senso di restrizione gastrica.

Conclusioni: il resizing chirurgico della tasca gastrica e/o del complesso anastomotico può rappresentare una valida opzione terapeutica nei pazienti sottoposti a RYGBP nei quali il fallimento della procedura sia da attribuire a cause "anatomiche". Un'attenta valutazione psico-nutrizionale è comunque di fondamentale importanza per escludere, o trattare adeguatamente, eventuali disturbi che possono contribuire all'insufficiente

perdita di peso o al recupero ponderale.

Annotazioni

Note

IDvideo 55

Speaker Lunardi Cesare Domenico under40

ARGOMENTO INTERVENTI MALASSORBITIVI Appunti di tecnica di BPD, SADIS, SAGI, interposizioni ileali

**TITOLO DEL LAVORO** Single anastomosis gastro-ileal Technical details

AUTORI Cesare Lunardi, Natale Pellicanò, Nicola Clemente, Maurizio De Luca.  
Ospedale Civile S. Valentino, Montebelluna, Treviso  
UO complessa chirurgia generale, toracica e metabolica  
Dir. Dott. Maurizio De Luca

ABSTRACT

Il by pass a singola anastomosi (OAGB) si sta rapidamente affermando come trattamento chirurgico per l'obesità patologica e le malattie correlate divenendo una comprovata opzione nel panorama chirurgico dei nostri reparti.

Tale intervento si è dimostrato di grande efficacia sia nella chirurgia primitiva come in quella di revisione soprattutto dopo fallimento di BG e sleeve gastrectomy.

Argomento di particolare interesse è stabilire l'entità della componente malassorbida introdotta dopo OAGB. Da un lato è teoricamente possibile un eccessivo mal assorbimento dovuto al fatto che la misura dell'ansa bilio-pancreatica inizia dall'angolo di Treitz e che in caso di tenue di ridotta lunghezza si potrebbe avere una insufficiente superficie assorbitiva degli elementi nutrizionali. D'altra parte la componente malassorbitiva talvolta assume un ruolo fondamentale per il successo dell'intervento. Tale aspetto assume maggior rilevanza in caso di chirurgia di revisione soprattutto dopo fallimento di BG o sleeve gastrectomy senza segni di dilatazione della tasca gastrica dove l'insuccesso si presume derivante da una scarsa compliance del paziente.

Per dare una risposta a queste istanze abbiamo recentemente modificato la tecnica dell'OAGB confezionando l'anastomosi gastro-intestinale ad una distanza costante dalla valvola ileo-ciecale di tre metri, mentre la lunghezza dell'ansa afferente che giunge dal Treitz non viene più considerata.

A tale variante dell'OAGB abbiamo dato il nome di SAGI (sigle anastomosis gastro-ileal).

Annotazioni

Note

IDvideo	71
Speaker	Pinna                      Ferdinando                      under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	INTERVENTI MALASSORBITIVI Appunti di tecnica di BPD, SADIS, SAGI, interposizioni ileali
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Long Common Limb Biliopancreatic Diversion (LCL-BPD)</b>
AUTORI	Operatore: Valerio Cieriani - IRCCS Multimedica Sesto San Giovanni, Milano Aiuti: Tiziana Lodi, Andrea Barcella - IRCCS Multimedica Sesto San Giovanni, Milano Video Realizzato da: Ferdinando Pinna - IRCCS Multimedica Sesto San Giovanni, Milano
ABSTRACT	Basandoci sull'esperienza maturata nell'ambito della chirurgia di revisione della Diversione Biliopancreatica di Scopinaro, con una procedura originale da noi denominata Long Common Limb Revisional BPD (LCL-R-BPD), proponiamo una seconda procedura, da noi chiamata Long Common Limb BPD (LCL-BPD), per la terapia di prima istanza del paziente superobeso senza compulsività alimentare. Tale procedura è stata concepita per trattare in unica soluzione quel gruppo di pazienti che altrimenti avremmo candidato a Switch duodenale in due tempi (SLG e successivo completamento)
Annotazioni	
Note	

IDvideo	41
Speaker	Tubazio Igor under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	INTERVENTI MALASSORBITIVI Appunti di tecnica di BPD, SADIS, SAGI, interposizioni ileali
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>SADI associata a re-sleeve gastrectomy</b>
AUTORI	Prof. D. Foschi Dott. A. Rizzi Dott. I. Tubazio
ABSTRACT	L'intervento di anastomosi singola duodeno-ileale dopo sleeve gastrectomy è stato proposto come intervento diretto o di redo- per pazienti con obesità recidiva dopo SG. In questi casi noi proponiamo: -la misurazione diretta del volume gastrico dopo la realizzazione della sutura duodenale; -il passaggio peri-duodenale secondo la tecnica di De Meester per il duodenal switch che a noi pare più diretta, meno traumatica e che risulta più veloce rispetto alla preparazione attraverso la retrocavità degli epiploon in sede peripilorica. Riportiamo i dettagli tecnici di questi tempi chirurgici della SG-SADI.
Annotazioni	
Note	

IDvideo

56

Speaker

Micheletto

Giancarlo

under40



ARGOMENTO

INTERVENTI MALASSORBITIVI Reinterventi dopo BPD, SADIS, SAGI, interposizioni ileali

**TITOLO DEL LAVORO**

**Rimozione di calcoli e riconfezionamento di anastomosi colecisto-digiunale stenotica in esiti di bypass bilio-intestinale.**

AUTORI

1)V.Panizzo,U.O. di Chirurgia Generale e INCO, Istituto Clinico Sant'Ambrogio,Milano,Italia.  
2)G.Micheletto, Dipartimento di Fisiopatologia e Trapianti, U.O. di Chirurgia Generale e INCO, Istituto Clinico Sant'Ambrogio,Milano,Italia.  
3)E.Reitano,Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale, Università degli Studi di Milano, U.O. di Chirurgia Generale, Istituto Clinico Sant'Ambrogio,Milano,Italia.  
4)D.Bona, U.O.di Chirurgia Generale,Istituto Clinico Sant'Ambrogio,Milano,Italia.  
5)G.Saino,U.O. di Chirurgia Generale, Istituto Clinico Sant'Ambrogio,Milano,Italia.

ABSTRACT

Presentiamo il video di una paziente di 35 aa operata di bypass bilio-intestinale (BPBI) per obesità grave nell'ottobre 2011 (peso iniziale 100kg BMI:41) da noi sottoposta a riconfezionamento di anastomosi colecisto-digiunale per stenosi e rimozione di calcoli della colecisti per colelitiasi. La paziente era giunta alla nostra osservazione per episodi di colica biliare con un peso attuale di 57 kg e BMI:23 con soddisfacente equilibrio metabolico e nutrizionale (3 scariche alvine die). Il video dimostra l'approccio laparoscopico con 4 trocar, la plastica in allargamento manuale con v-lock 3/0 riassorbibile dell'anastomosi colecisto-digiunale e la rimozione dei calcoli di colesterina mediante endobag. Il decorso postoperatorio si è svolto regolarmente. La paziente è stata dimessa in III giornata postoperatoria in buone condizioni generali.Successivi esami ecografici hanno dimostrato l'assenza di litiasi della colecisti.

Annotazioni

Note

IDvideo

26

Speaker

Giusti

Maria Paola

under40



ARGOMENTO

INTERVENTI MALASSORBITIVI Reinterventi dopo BPD, SADIS, SAGI, interposizioni ileali

**TITOLO DEL LAVORO**

**Redosurgery di bypass biliointestinale per compromessa qualità di vita**

AUTORI

Marco Antonio Zappa, Maria Paola Giusti, Andrea Porta  
Ospedale "Sacra Famiglia" Fatebenefratelli Erba (CO)  
Dipartimento di chirurgia generale e d'urgenza

ABSTRACT

Gli Autori descrivono il caso clinico di un paziente giunto alla loro osservazione all'età di 38 anni precedentemente sottoposto nel 2011 ad intervento di bypass biliointestinale con un peso di kg 194, altezza cm 179 e BMI Kg/m<sup>2</sup> 60,5.  
Il paziente ha mostrato un calo ponderale di kg 104 ed è giunto all'osservazione con un peso di kg 90, BMI kg/m<sup>2</sup> 28 lamentando scariche alvine in numero variabile da 6 a 12 /die con associata urgenza defecatoria e patologia emorroidaria che determinavano una pessima e insopportabile qualità di vita. Per tale ragione, dopo valutazione da parte del team multidisciplinare, si è posta indicazione ad intervento di Redosurgery e conversione di bypass biliointestinale in bypass gastrico funzionale con fundectomia e stomaco esplorabile per via videolaparoscopica. Il follow up, necessariamente limitato a 3 mesi mostra al 1 mese post operatorio un peso di 88kg e a 3 mesi di 81kg; il quadro nutrizionale ed ematochimico non mostravano alterazioni significative. Da sottolineare come il paziente riferisca una significativa variazione qualitativa nella vita quotidiana.

Annotazioni

Note

IDvideo

36

Speaker

Veroux

Gastone Salvatore Maria

under40



ARGOMENTO

MINI BYPASS GASTRICO Appunti di tecnica

**TITOLO DEL LAVORO**

**Mini Bypass Gastrico: Aggiornamenti e Note di Tecnica**

AUTORI

Gastone Salvatore Maria Veroux, ARNAS Garibaldi Chirurgia Generale Catania, Amy Giarrizzo, ARNAS Garibaldi Chirurgia Generale Catania, Fabrizio Gulino, ARNAS Garibaldi Chirurgia Generale Catania, Ezio Trusso Zirna, ARNAS Garibaldi Chirurgia Generale Catania, Marianna Iudica, ARNAS Garibaldi Chirurgia Generale Catania, Francesco Ferrara, ARNAS Garibaldi Chirurgia Generale Catania, Angelo Bellia, ARNAS Garibaldi Chirurgia Generale Catania, Luigi Piazza, ARNAS Garibaldi Chirurgia Generale Catania

ABSTRACT

Il Mini Bypass Gastrico, descritto per la prima volta da Robert Rutledge in dettaglio nel 2001, si è imposto negli ultimi anni a livello mondiale come valida alternativa al più diffuso Bypass Gastrico su ansa Roux-en-Y. Molteplici sono gli studi che mostrano come il MBG sia una procedura di chirurgia bariatrica a elevata efficacia e a basso rischio con risultati a breve e lungo termine sulla perdita di peso e sulla risoluzione delle comorbidità del tutto sovrapponibili alle altre forme di bypass. Risulta essere, altresì, facilmente revisionabile e reversibile in base alle necessità. In breve, cinque trocars sono utilizzati per la creazione della tasca gastrica lungo la piccola curvatura sulla guida di una sonda orogastrica. Un'ansa digiunale repertata a circa 200 cm dal legamento di Treitz viene utilizzata per eseguire una gastro-entero anastomosi per confezionare un'ansa a omega. La lunghezza dell'ansa digiunale può essere regolata in base alle caratteristiche del paziente. Negli anni la tecnica è stata modificata per permettere una creazione "tension-free" dell'anastomosi gastro-enterica e per ridurre al minimo l'esposizione della mucosa gastroesofagea al reflusso biliare, minimizzando il suo potenziale effetto cancerogeno. Pur persistendo diverse criticità, ad oggi il MBG risulta essere una valida e sicura alternativa ad altre forme più invasive e complesse di bypass per la sua semplicità di esecuzione e minimizzazione del rischio di errore.

Annotazioni

Note

IDvideo	7
Speaker	Grillo                      Maurizio    under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	MINI BYPASS GASTRICO Appunti di tecnica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>VIDEO Totally Robotic MGB/OAGB and RYGBP: Early Experience preview</b>
AUTORI	Manno Emilio Grillo Maurizio Damiano Ivana Dipartimento di Chirurgia generale - Unità di Chirurgia bariatrica e Metabolica AORN Cardarelli di Napoli
ABSTRACT	<p>gli autori mostrano la loro esperienza preliminare su 10 casi consecutivi di MGB/OAGB con tecnica robotica effettuati dal Luglio 2016 al maggio 2017 col sistema robotico Da Vinci Xi.</p> <p>Come riportato in letteratura l'utilizzo del robot in chirurgia bariatrica è fattibile, con tempi operatori più lunghi ma comunque contenuti.</p> <p>Si sottolinea come il vantaggio della tecnica è costituito soprattutto nell'effettuare anastomosi manuali estremamente precise. Nella nostra casistica i pazienti avevano tutti un BMI superiore a 50.</p> <p>Rimangono aperte le questioni relative ad un'approfondita valutazione dei costi/benefici.</p>
Annotazioni	
Note	



IDvideo

50

Speaker

Leuratti

Luca

under40



ARGOMENTO

MINI BYPASS GASTRICO Appunti di tecnica

**TITOLO DEL LAVORO**

**Bypass gastrico con singola anastomosi (OAGB) in paziente con situs viscerum inversus completo: variazioni rispetto alla tecnica classica**

AUTORI

Luca Leuratti, Enrico Facchiano, Giovanni Quartararo, Emanuele Soricelli, Marcello Lucchese

ABSTRACT

Introduzione: il situs viscerum inversus e' una condizione congenita con incidenza di circa 1:15.000 che impone alcune accortezze tecniche rispetto agli interventi standard che danno i risultati migliori quando la condizione e' nota gia' preoperatoriamente. In questo video sono mostrate le peculiarita' anatomiche e le varianti tecniche messe in campo per confezionare in sicurezza l'OAGB.

Materiali e metodi: Una paziente originaria della Costa d'Avorio con obesita' grave (BMI 38) e ipertensione arteriosa in terapia e' stata candidata a OAGB a Settembre 2016. In anamnesi riferiva una diagnosi di situs viscerum inversus totalis confermato ecograficamente. Si e' proceduto ad allestire una sala operatoria ad hoc, pur mantenendo la canonica disposizione della colonna laparoscopica

Risultati: L'intervento e' durato 90 minuti ed e' stato completato con un trocar ottico da 12 mm, altri 3 trocar da 12 mm e uno da 5 mm. E' stato necessario modificare l'algoritmo della tecnica originaria gia' dall'accesso con trocar ottico, inserito sulla linea ascellare anteriore destra. Si e' resa necessaria la preparazione dell'angolo di His e della tasca gastrica prevalentemente con strumenti manovrati con la mano sinistra. Anche la misurazione dell'ansa digiunale ha richiesto un diverso orientamento rispetto alla tecnica classica per ottenere un medesimo risultato funzionale. La paziente e' stata dimessa in 4 giornata postoperatoria e al controllo a tre mesi presenta un buon calo ponderale e assenza di sintomi gastro-esofagei

Conclusioni: L'OAGB e' fattibile e sicuro anche in pazienti portatori di situs viscerum inversus. Bisogna tuttavia prevedere una accresciuta difficolta' tecnica soprattutto in chirurghi destrimani

Annotazioni

Note

IDvideo

32

Speaker

Schettino

Angelo Michele

under40



ARGOMENTO

MINI BYPASS GASTRICO Appunti di tecnica

**TITOLO DEL LAVORO**

**RE-DO SURGERY DI PLICATURA GASTRICA FALLITA: CONVERSIONE LAPAROSCOPICA A BYPASS GASTRICO AD UNICA ANASTOMOSI CON O SENZA ASPORTAZIONE DEL REMNANT GASTRICO**

AUTORI

Schettino Angelo Michele Ospedale Privato Accreditato S. Lorenzino Cesena  
Amadori Stefano Ospedale Privato Accreditato S. Lorenzino Cesena  
Carrai Carlo Ospedale Privato Accreditato S. Lorenzino Cesena  
Bisulli Raffaele Ospedale Privato Accreditato S. Lorenzino Cesena

ABSTRACT

Introduzione

Il recupero ponderale di una plicatura gastrica può avvenire con normale anatomia post-chirurgica o essere associato a complicanze quali la riapertura totale o parziale della plicatura stessa, la dilatazione del tubulo gastrico.

Il chirurgo bariatrico si trova e troverà relativamente spesso davanti alla decisione di come convertire una plicatura gastrica.

La scelta dovrà tener presente l'eventuale difficoltà tecnica, l'aumentata incidenza di complicanze immediate e tardive, per la possibilità di ottenere un buon equilibrio ponderale del paziente: la strategia chirurgica non può prescindere da un completo studio anatomico-chirurgico e dalla corretta valutazione psicologico-comportamentale del paziente. E' possibile la conversione a sleeve gastrectomy, a bypass gastrico su ansa alla Roux (RYGB),

a bypass gastrico ad unica anastomosi (MGB).

Nella nostra esperienza identifichiamo nel MGB l'intervento di conversione più appropriato essendo fallito un intervento puramente restrittivo.

Durante l'intervento di conversione il chirurgo può trovarsi di fronte a due possibilità: asportare o mantenere il remnant gastrico.

In questo video si presenta la conversione laparoscopica in MGB di due plicature gastriche fallite. Nella prima si mantiene il remnant gastrico, nella seconda si asporta.

Materiali e Metodi

1) Paziente M.V. maschio di anni 59. Iperensione arteriosa in terapia. Iperlipidemia. Operato di protesi anca destra nel 2013.

Nel Dicembre 2012, con peso 167 Kg e BMI 54.5 posizionamento endoscopico di B.I.B. rimosso nel Giugno 2012 con perdita di 15 Kg.

Nel Giugno 2012, dopo recupero ponderale con peso 160 Kg e BMI 52.2 intervento plicatura gastrica in laparoscopia senza alcun beneficio sulla perdita di peso. Peso attuale 160Kg. e BMI 52.2

Nel pre-operatorio il paziente è stato sottoposto a studio radiologico e endoscopico del tratto esofago-gastrico ed a valutazione psicologico-comportamentale.

Tecnica chirurgica

Induzione di pneumoperitoneo con ago di Verres in sottocostale sinistra. Introduazione di 4 trocars. Si apprezzano gli esiti della gastroplicatura che sul fondo gastrico appare completamente riaperta. Si riapre la gastroplicatura anche sul rimanente tratto corpo-antro gastrico. Dissezione e preparazione dell'angolo di His. Dissezione perigastrica all'angulus ed accesso alla retrocavità. Gastrotomia con Endogia-45-nera. Si libera la parete posteriore gastrica e si crea la nuova tasca gastrica su sonda calibratrice, con Endogia. Gastro-ileostomia a 240 cm. dal Treitz con Endogia-45. Sutura a doppio strato della breccia anastomotica con VLOC 3/0 riassorbibile. Il remnant gastrico appare ben vascolarizzato pertanto si decide di mantenerlo in sede. Controllo dell'emostasi sulle

trance di sutura con clips metalliche. Posizionamento di SNG trans-anastomotico nell'ansa efferente.

Test idropneumatico al blu di metilene negativo. Posizionamento di drenaggio peri-anastomotico. Sutura delle brecce chirurgiche.

Post-operatorio: buon decorso p.o. In assenza di complicanze. Controllo RX T.D. Con Gatrografin in 2<sup>a</sup> giornata (negativo). Dimissione in 4<sup>a</sup> giornata con dieta semiliquida.

Al controllo a 30 gg. Paziente in buono stato di salute, in assenza di complicanze, con riduzione del p.c. i 15 kg.

2) Paziente D.S. femmina di anni 36. Calcolosi della colecisti.

Nel Dicembre 2012, con peso 140 Kg e BMI 56.8 intervento plicatura gastrica in laparoscopia con iniziale perdita di peso (-20 Kg) e poi recupero di 10 Kg.

Peso attuale 129,5Kg dopo dieta di preparazione all'intervento.

Nel pre-operatorio la paziente è stata sottoposta a studio radiologico e endoscopico del tratto esofago-gastrico e a valutazione psicologico-comportamentale.

Tecnica chirurgica

Induzione di pneumoperitoneo con ago di Verres in sottocostale sinistra. Introduzione di 4 trocar. Si apprezzano gli esiti della gastroplicatura precedente con dilatazione del tubulo gastrico. Dissezione e preparazione dell'angolo di His. Dissezione perigastrica all'angulus ed accesso alla retrocavità. Gastrotomia con Endogia-45-viola. Si libera la parete posteriore gastrica e si crea la nuova tasca gastrica su sonda calibratrice con Endogia. Gastro-ileostomia a 240 cm. dal Treitz con Endogia-45. Sutura a doppio strato della breccia anastomotica con VLOC 3/0 riassorbibile. Il remnant gastrico appare devascularizzato ed ischemico pertanto si decide di asportarlo attraverso sezione dell'antro gastrico con Endogia-60 e Endogia -45 viola. Controllo dell'emostasi sulle trance di sutura con clips metalliche. Posizionamento di SNG trans-anastomotico nell'ansa efferente.

Test idropneumatico al blu di metilene negativo. Introduzione di un trocar periombelicale e colecistectomia retrograda. Posizionamento di drenaggio peri-anastomotico. Sutura delle brecce chirurgiche.

Post-operatorio: buon decorso p.o. in assenza di complicanze. Controllo RX T.D. Con Gatrografin in 2<sup>a</sup> giornata (negativo). Dimissione in 5<sup>a</sup> giornata con dieta semiliquida.

Al controllo a 30 gg. Paziente in buono stato di salute, in assenza di complicanze, con riduzione del p.c. di 11 kg.

Conclusioni

L'esecuzione laparoscopica della conversione di plicatura gastrica in MGB è risultata agevole in ambedue i casi e non ha presentato complicanze intra e post-operatorie immediate o tardive. La decisione di asportare il remnant gastrico o meno rimane a discrezione del chirurgo in base all'aspetto macroscopico dello stesso dopo creazione della tasca gastrica.

Annotazioni

Note

IDvideo	22
Speaker	ZULLINO ANTONIO under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	MINI BYPASS GASTRICO Interventi per RGE dopo mini bypass gastrico
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Conversione di Mini-bypass gastrico in Bypass gastrico per reflusso biliare sintomatico</b>
AUTORI	Dr. A. Giovanelli - Dr. A. Zullino, affiliati presso Istituto Clinico Sant'Ambrogio di Milano e Policlinico San Pietro di Ponte San Pietro (BG)
ABSTRACT	<p>Il video proposto riproduce la conversione di Mini-bypass Gastrico in Bypass Gastrico per reflusso biliare cronico sintomatico in paziente di 37 anni con BMI di 27, dopo perdita di circa 40 kg dal primo intervento. La paziente riferiva comparsa di pirosi retrosternale due mesi circa dopo il primo intervento chirurgico, controllato solo in parte dalla terapia medica. La EGDS, ripetuta in due occasioni, ha dimostrato presenza di pouchite, con ulcera post-anastomotica e reflusso biliare in esofago con esofagite distale. E' stata sottoposta a procedura laparoscopica con conversione del pre-esistente mini-bypass in classico Roux-en-Y bypass gastrico, ridimensionando la pouch gastrica, conservando la lunghezza dell'ansa biliare (circa 200 cm dal Treitz) e confezionando l'anastomosi digiuno-digiunale a circa 150 cm dalla gastro-digiuno anastomosi. La paziente dopo 6 mesi di follow-up ha riferito completa regressione della sintomatologia reflussogena conservando nel contempo la situazione ponderale.</p>
Annotazioni	
Note	

IDvideo

62

Speaker

Giardiello

Cristiano

under40



ARGOMENTO

MINI BYPASS GASTRICO Interventi per RGE dopo mini bypass gastrico

**TITOLO DEL LAVORO**

**CONVERSIONE DI OAGB IN ROUX-EN-Y GASTRIC BYPASS IN PAZIENTE CON DOPPIA ULCERA FISTOLIZZATA**

AUTORI

C. GIARDIELLO, A. BORRELLI, R. BRUNACCINO, R. SCHIANO DI COLA

U.O.C. Chirurgia Generale, d'Urgenza e Metabolica

Centro di Eccellenza per il trattamento Obesità

PRESIDIO OSPEDALIERO PINETA GRANDE

Via Domiziana Km 30 - 81030 Castelvolturmo (Ce)

ABSTRACT

**INTRODUZIONE**

La chirurgia bariatrica rappresenta la più efficace terapia per il trattamento dell'obesità grave, ed il bypass gastrico laparoscopico con ansa alla Roux è una delle procedure gold standard.

Nel 2001 Rutledge ha proposto una modifica chiamando il nuovo intervento mini-gastric bypass in seguito rinominato one anastomosis gastric bypass (OAGB).

Questa procedura consiste nel confezionamento di un lungo tubolo gastrico che viene anastomizzato con un omega loop a circa 250 cm dal Treitz. La tecnica appare più semplice e i primi risultati mostrano una riduzione delle complicanze e la stessa efficacia sulla perdita di peso rispetto al bypass. Ma l'anastomosi su singola ansa induce una presenza di succo biliopancreatico nella pouch gastrica e su questo ci sono molte controversie per il teorico rischio a lungo termine di sviluppare reflusso con le sue possibili complicanze fino al rischio di cancro.

**CASO CLINICO**

La signora B.F. di anni 39 giunge alla nostra osservazione il 7 dicembre 2016 per ricovero in urgenza da sospetto ascesso perigastrico in paziente sottoposta a minibypass gastrico laparoscopico in altra struttura nel luglio 2016. La paziente all'intervento era 40 di IMC, il decorso è stato complicato da epigastralgia, episodi febbrili e disfagia trattati con terapia conservativa. Dopo circa 3 mesi è stato necessario un nuovo ricovero presso la stessa struttura per peggioramento della sintomatologia e le indagini hanno evidenziato all'EGDS una doppia ulcera gastrica ed all'RX uno spandimento di mezzo di contrasto al di fuori del tubulo gastrico. Dopo aver tentato senza successo un'ulteriore terapia farmacologica conservativa la paziente decide la dimissione volontaria e giungeva al nostro PS.

Al ricovero la paziente presentava un decremento ponderale di circa 25Kg, uno stato settico e malnutrizione. Le indagini endoscopiche e radiologiche hanno evidenziato un'abbondante quantità di succo biliopancreatico nel tubolo gastrico e le già note ulcere gastriche sottocardiale e anastomotica in fase attiva, ma soprattutto una ampia fistola gastro-gastrica a livello dell'ulcera sottocardiale.

La paziente viene sottoposta a terapia antibiotica, parenterale e parziale chiusura della fistola con Apollo OverStich. Viene potenziata anche la terapia con inibitori di pompa e antiacidi ma nonostante ciò non si ottiene un miglioramento della sintomatologia pertanto si decide di sottoporre la paziente ad intervento chirurgico laparoscopico di conversione del mini-bypass in un Roux-en-Y bypass.

Durante l'intervento è stata evidenziata una doppia ampia ulcera penetrante e fistolizzata tra il tubulo gastrico e lo stomaco che ha necessitato di un'ampia resezione del tubolo gastrico con il complesso anastomotico e dello stomaco fino all'antro. E' stata poi confezionata un'anastomosi gastro-digiunale con una tasca molto piccola ed anastomizzato il tratto bilio-pancreatico con il digiuno a 100cm di ansa alimentare. Il decorso è stato regolare e la paziente è stata dimessa in 3 gg p.o.

## DISCUSSIONE

E' dimostrato che l'esposizione cronica dell'esofago al succo biliopancreatico può indurre a metaplasia intestinale, displasia e cancro dell'esofago. Rutledge riporta esperienze di oltre 20 anni di follow-up di OAGB senza casi significativi di displasia severa e cancro. Nella nostra esperienza nell'ultimo anno sono stati riconvertiti tre casi di OAGB per ulcera anastomotica o gastrica refrattaria alla terapia. Pertanto riteniamo che nei prossimi anni debba essere valutata un'attenta sorveglianza con EGDS dei pazienti sottoposti a OAGB per evitare rischi legati all'esposizione al reflusso biliare.

Annotazioni

Note

IDvideo

44

Speaker

TRUSSO ZIRNA EZIO

under40

ARGOMENTO

MINI BYPASS GASTRICO Reinterventi per eccessivo calo ponderale

**TITOLO DEL LAVORO**

**Mini bypass gastrico: Restaurazione per malassorbimento - caso clinico**

AUTORI

Ezio Trusso zirna specializzando chirurgia generale ARNAS Garibaldi, Amy Giarrizzo specializzando chirurgia generale ARNAS Garibaldi, Fabrizio Gulino specializzando chirurgia generale ARNAS Garibaldi, Gastone Salvatore Maria Veroux specializzando chirurgia generale ARNAS Garibaldi, Marianna Iudica specializzando chirurgia generale ARNAS Garibaldi, Francesco Ferrara ordinario di chirurgia generale ARNAS Garibaldi, Angelo Bellia ordinario di chirurgia generale ARNAS Garibaldi, Luigi Piazza primario di chirurgia Generale ARNAS Garibaldi

ABSTRACT

Mini bypass gastrico:  
Restaurazione per malassorbimento  
-- caso clinico

Autori: Ezio Trusso zirna, Amy Giarrizzo, Fabrizio gulino, Gastone veroux, Marianna Iudica, Francesco Ferrara, Angelo Bellia, Luigi Piazza

Il mini bypass gastrico è una procedura di chirurgia bariatrica che presenta una componente restrittiva realizzata tramite il confezionamento di un neostomaco di circa 50--100 ml di volume a cui viene anastomizzata un'ansa digiunale misurata a circa 220 cm dal Treitz. Quest'ultima componente può provocare malassorbimento, non essendo valutata l'effettiva distanza dell'anastomosi dalla valvola ileo cecale. Tale condizione si estrinseca come alterato assorbimento di nutrienti fondamentali come: proteine, vitamine, ferro, oligoelementi. Nella maggior parte dei casi la semplice supplementazione orale di queste sostanze è sufficiente a ristabilire i livelli fisiologici. Tuttavia esiste una percentuale compresa tra lo 0,2% e l'1% di pazienti non-responders a nessun tipo di integrazione. Per tale ragione questi pazienti beneficiano della restaurazione chirurgica con restituito ad integrum della fisiologica anatomia gastro enterica. Per le caratteristiche tecniche intrinseche alla procedura la restaurazione del mini bypass gastrico risulta più agevole rispetto ad altre procedure di chirurgia bariatrica.

Annotazioni

Note

IDvideo

31

Speaker

Schettino

Angelo Michele

under40



ARGOMENTO

MINI BYPASS GASTRICO Reinterventi per eccessivo calo ponderale

**TITOLO DEL LAVORO**

**RE-DO SURGERY DI MGB PER STENOSI DELL'OUTLET ED ECCESSIVO CALO PONDERALE: CONVERSIONE LAPAROSCOPICA A BYPASS GASTRICO SU ANSA AD Y SEC. ROUX**

AUTORI

Schettino Angelo Michele Ospedale Privato Accreditato S. Lorenzino Cesena  
Amadori Stefano Ospedale Privato Accreditato S. Lorenzino Cesena  
Bisulli Raffaele Ospedale Privato Accreditato S. Lorenzino Cesena  
Carrai Carlo Ospedale Privato Accreditato S. Lorenzino Cesena

ABSTRACT

RE-DO SURGERY DI MGB PER STENOSI DELL'OUTLET ED ECCESSIVO CALO PONDERALE: CONVERSIONE LAPAROSCOPICA A BYPASS GASTRICO SU ANSA AD Y SEC. ROUX

Introduzione

Tra le complicanze di un MGB è contemplata la stenosi più o meno serrata dell'anastomosi gastro-digiunale con grave disfagia. Descriviamo il caso di una paziente ricoveratasi per eccessivo calo ponderale (BMI 19) in esiti di pregresso MGB. Il chirurgo può scegliere tra la restaurazione completa dell'MGB o, come nel caso riportato, la conversione in RYGB in quanto trattasi di una paziente ex grande obesa con diabete tipo2 insulinottrattato.

Materiali e Metodi

Paziente S.A. femmina di anni 51.

Anamnesi patologica remota: Iperensione arteriosa, Iperlipidemia, Diabete tipo 2 insulinottrattato e complicato da piede diabetico dx., obesità patologica (BMI 41.4) Nel Novembre 2014 intervento di MGB in altra sede. La paziente riferisce, già dal primo post-operatorio (circa 40 gg. dall'intervento), disfagia ingravescente per i solidi seguita da disfagia anche per i liquidi. Conseguente calo ponderale con remissione delle comorbidità, in particolare remissione completa del diabete e sensibile miglioramento del piede diabetico.

Nell'Ottobre 2015 sottoposta ad EGDS che documentava substenosi perianastomotica successivamente trattata con tre sedute di dilatazione endoscopica (Dic. 2015, Genn. e Febr. 2016) senza apprezzabili risultati.

Si ricovera presso il nostro centro nel Marzo 2016 per disfagia, vomito e grave malnutrizione (BMI 19).

Nel pre-operatorio la paziente è stata sottoposta a studio radiologico del tratto esofago-gastrico che dimostrava stenosi serrata dell'anastomosi gastro-digiunale. Dopo opportuna terapia mediante NPT la paziente veniva programmata per intervento chirurgico.

Tecnica chirurgica

Open laparoscopy con Hasson all'ombelico. Introduzione di tre trocar operativi. Lisi di aderenze omento-viscerali. Apertura del piccolo omento. L'anastomosi gastro-digiunale appare tenacemente adesa all'antro gastrico. Sotto guida di sonda calibratrice si esegue la lisi delle aderenze fino a soddisfacente esposizione del tubulo gastrico, dell'anastomosi, dell'ansa afferente e di quella efferente. Resezione con Endogia del tubulo gastrico (circa 3 cm prossimalmente all'anastomosi). Resezione dell'ansa afferente e di quella efferente (circa 5 cm. distalmente all'anastomosi). Rimozione dal campo operatorio, con endo-bag, dei tratti viscerali resecati. Si esegue entero-enteroanastomosi L-L con Endogia-45. Individuazione di ansa digiunale e sua sezione con Endogia-45 a circa 50 cm dal Treitz. L'ansa efferente viene sollevata fino al tubulo gastrico con confezionamento di anastomosi gastro-digiunale L-L antecolica con Endogia-



60. Confezionamento di ansa ad Y mediante entero-enteroanastomosi L-L con Endogia-45 a circa 70 cm dall'anastomosi gastro-digiunale. Posizionamento di SNG trans-anastomotico nell'ansa efferente. Test idropneumatico al blu di metilene negativo. Posizionamento di drenaggio peri-anastomotico. Sutura delle brecce chirurgiche. Post-operatorio: buon decorso p.o. in assenza di complicanze. Controllo RX T.D. con Gatrografin in 4<sup>a</sup> giornata (negativo). Dimissione in 8<sup>a</sup> giornata con dieta semiliquida. A circa un anno dall'intervento la paziente ha recuperato circa 13 kg (BMI 25), in assenza di complicanze e di comorbidità.

#### Conclusioni

In caso di malnutrizione post-MGB da causa meccanica (stenosi anastomotica) riteniamo che, qualora possibile, l'intervento più appropriato sia la conversione ad RYGB e non la restaurazione completa.

Annotazioni

Note

IDvideo	40
Speaker	Millo Paolo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	MINI BYPASS GASTRICO Reinterventi per inadeguato calo ponderale
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>mini by pass in progressa sleeve gastectomy</b>
AUTORI	P Millo*, R Lorusso*, R Brachet*, M Nardi*, M Grivon*, A Usai*, M Roveroni*, E Ponte*, V Vinciguerra**, P Bocchia***, S Razzi*. *Divisione di chirurgia generale e d'urgenza (Dott. S.Razzi)- Struttura semplice di chirurgia bariatrica e metabolica e laparoscopia avanzata ** Dipartimento di salute mentale- Divisione di psichiatria ***Divisione di chirurgia generale e d'urgenza (S.Razzi)- Struttura semplice di attività di supporto alla degenza e nutrizione (Dott.P.Bocchia)
ABSTRACT	Pneumoperitoneo con ago di Verres in sottocostale sinistro. Introduzione dei trocar sotto controllo visivo. Esplorazione: aderenze tra epiploon e parete addominale anteriore, fegato e sleeve. Adesiolisi. Dissezione dell'antro, sezione duodenale con ecelon flex 60 nera + seamguard. Sezione della sleeve a livello dell'angulus con ecelon flex 60 nera + seamguard. Sezione dell' omento per evitare tensioni anastomotiche. Anastomosi L-L lineare meccanica tra parete posteriore della sleeve e ansa digiunale a 200 cm dal Traitz con eceln flex 60 blu. Tratto comune di 350 cm fino al Cieco. Chiusura della enterotomia con mic 55 , prova al blu di metilene senza fughe con buon passaggio del blu nell'ansa digiunale sia nel versante distale che in quello mediale. drenaggio sottoanastomotico destro.
Annotazioni	
Note	

IDvideo

49

Speaker

IUDICA

MARIANNA

under40



ARGOMENTO

MINI BYPASS GASTRICO Reinterventi per inadeguato calo ponderale

**TITOLO DEL LAVORO**

**Le redo negli interventi non standardizzati**

AUTORI

M. Iudica, A. Giarrizzo, F. Gulino, G. Veroux, E. Trusso Zirna, F. Ferrara, A. Bellia, L. Piazza

ABSTRACT

L'insuccesso della chirurgia bariatrica è definito dal mancato raggiungimento dell'obiettivo terapeutico, che si presenta con l'inadeguato calo ponderale, la mancata risoluzione delle comorbilità preesistenti e la comparsa di complicanze post-operatorie. Le redosurgery e gli interventi di restaurazione, nascono con la finalità di risolvere eventuali problematiche derivanti da una ridotta compliance psico-nutrizionale del paziente o errori di tecnica chirurgica durante il primo intervento. Le indagini strumentali preoperatorie talvolta non giustificano la sintomatologia riferita dal paziente o possono mascherare interventi chirurgici pregressi "non standardizzati" dalle linee guida ; pertanto il chirurgo può ritrovarsi a pianificare intraoperatoriamente il tipo di intervento da eseguire.

Presentiamo un intervento di redosurgery in paziente precedentemente sottoposta, presso altra struttura, ad intervento descritto come mini bypass gastrico, ma che rispondeva in realtà a una Billroth 2,

In cui la diagnostica preoperatoria non è stata dirimente ai fini della progettazione chirurgica.

Annotazioni

Note

IDvideo	47
Speaker	Boru Cristian Eugeniu under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	MINI BYPASS GASTRICO Reinterventi per inadeguato calo ponderale
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>MINI BYPASS GASTRICO COME SCELTA TECNICA EFFICACE NELLA REVISIONE DEL BENDAGGIO GASTRICO FALLITO</b>
AUTORI	Marcello Avallone, Cristian Boru, Pietro Termine, Francesco De Angelis, Anna Guida, Gianfranco Silecchia Università La Sapienza Di Roma, Polo Pontino UOC Chirurgia Generale & Bariatric Center of Excellence-IFSO EC Polo Integrato AUSL LT-ICOT
ABSTRACT	<p>Introduzione: Il bendaggio gastrico dimostra una tasso alta di rimozioni (oltre 50%) per fallimento della procedura. Il mini bypass gastrico (MGB) è considerato una procedura sicura ed efficace, che ha un meccanismo restrittivo e malassorbitivo, utile sia come primo approccio, ma anche nella chirurgia di revisione.</p> <p>Materiali e metodi: il caso che presentiamo è un maschio di 54 anni affetto da obesità patologica, peso attuale 132 kg, IMC 40,7 kg/m<sup>2</sup>. Il paziente è stato sottoposto al posizionamento di un bendaggio gastrico nel 2006 (peso 182kg, IMC 56), che rimuoveva nel 2016, ottenendo un calo ponderale di 64 kg (IMC 36,4). Progressivamente si assisteva ad un regain fino al peso attuale. Decidevamo pertanto di sottoporre il paziente a MGB per via laparoscopica.</p> <p>Risultati: presentiamo il video di conversione a MGB a cui abbiamo sottoposto il paziente recentemente, con un tempo operatorio prolungato per la viscerolisi laboriosa a causa del posizionamento bendaggio (circa 120 minuti). Non abbiamo assistito a complicanze intraoperatorie e perioperatorie, con una degenza postoperatoria di 4 giorni.</p> <p>Conclusioni: MGB risulta una valida opzione come chirurgia di revisione degli interventi restrittivi falliti.</p>
Annotazioni	
Note	

IDvideo

18

Speaker

Rivolta

Umberto

under40



ARGOMENTO

MINI BYPASS GASTRICO Reinterventi per inadeguato calo ponderale

**TITOLO DEL LAVORO**

**OAGB come intervento revisionale dopo Sleeve Gastrectomy**

AUTORI

Dott. U.Rivolta Dott. G.Sarro Dott. M.Serbelloni Dott. F.Torretta Dott. A.Cattaneo Dott. G.Soliman Dott. D.Bella Dott. S.Sarro

ASST Ovest Milano - Presidio Ospedaliero Magenta e Abbiategrasso Direttore UOC Chirurgia Generale Dott. G.Sarro

ABSTRACT

La Sleeve Gastrectomy è l'intervento chirurgico più eseguito al mondo per la cura dell'obesità. I dati della letteratura mostrano una perdita di peso pari a circa il 75/80% dell'eccesso di peso in 12 mesi. I risultati a lungo termine mostrano una discreta percentuale di ripresa del peso a 3 e 5 anni. I reinterventi dopo insuccesso della sleeve gastrectomy tengono in conto la tipologia di paziente, il profilo psicologico e le caratteristiche nutrizionali. Tra gli interventi proposti il One Anastomosis Gastric Bypass risulta un'opzione fattibile, facilitata dalla presenza di una 'manica gastrica' pre-esistente. Il video mostra la tecnica adottata dal centro per la cura dell'obesità della ASST Ovest-Milanese. La casistica di OAGB conta 22 casi dal 2014 tutti eseguiti come re-do surgery dopo fallimento di sleeve gastrectomy.

Annotazioni

Note

IDvideo	45
Speaker	Boru Cristian Eugeniu under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	MINI BYPASS GASTRICO Reinterventi per inadeguato calo ponderale
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>MINI GASTRIC BYPASS DOPO SLEEVE GASTRECTOMY: UNA VALIDA OPZIONE COME CHIRURGIA DI REVISIONE</b>
AUTORI	Marcello Avallone, Angelo Iossa, Cristian Boru, Anna Guida, Chiara Ciccioriccio, Gianfranco Silecchia Università La Sapienza Di Roma, Polo Pontino UOC Chirurgia Generale & Bariatric Center of Excellence-IFSO EC Polo Integrato AUSL LT-ICOT
ABSTRACT	<p>Introduzione: il mini gastric bypass (MGB) è considerato una procedura sicura ed efficace, che ha un meccanismo restrittivo e malassorbitivo, utile sia nei casi primary che nella chirurgia di revisione.</p> <p>Materiali e metodi: il caso che presentiamo è un maschio di 44 anni affetto da obesità patologica, peso attuale 130 kg, BMI 45 kg/m<sup>2</sup>. Al paziente è stato posizionato in un altro centro un bendaggio gastrico nel 2010 (peso 150 kg, IMC 51), rimosso nel 2012, con un calo ponderale di 20 kg. Si sottoponeva a sleeve gastrectomy dopo 90 giorni, ad IMC di 44, ottenendo un ulteriore calo ponderale di 20 kg a 12 mesi dalla procedura (IMC 38 kg/m<sup>2</sup>). Progressivamente si assisteva ad un regain fino al peso attuale; decidevamo pertanto di sottoporre il paziente a MGB laparoscopico.</p> <p>Risultati: presentiamo il video di conversione di sleeve gastrectomy a MGB, a cui abbiamo sottoposto il paziente recentemente, con un tempo operatorio di circa 60 minuti. Il paziente è stato dimesso in quarta giornata postoperatoria e non abbiamo assistito a complicanze nel decorso perioperatorio.</p> <p>Conclusioni: La conversione di una sleeve fallita in MGB risulta sicura e fattibile, e rappresenta una valida opzione come chirurgia di revisione.</p>
Annotazioni	
Note	

IDvideo	70
Speaker	Russo                      Giulia    under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	SLEEVE GASTRECTOMY Appunti di tecnica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Technique of Suture Reinforcement During Sleeve Gastrectomy</b>
AUTORI	Prof. F. Stipa Dr.ssa G. Russo Dr.ssa T. Di Cesare Dr. G.V. Cunsolo  Ospedale San Camillo De Lellis Rieti
ABSTRACT	this is a case of a 45 years old female patient, BMI 42.8 we present a Technique of Suture Reinforcement During Sleeve Gastrectomy
Annotazioni	
Note	

IDvideo	10
Speaker	Peri                      Andrea                      under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	SLEEVE GASTRECTOMY Appunti di tecnica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Sleeve gastrectomy reduced ports with percutaneous instruments</b>
AUTORI	A.Peri, N.Mineo, S.Malabarba, L.Pugliese, A.Pietrabissa SC Chirurgia Generale 2 Direttore Prof Andrea Pietrabissa Responsabile Chirurgia Bariatrica, Dr Andrea Peri IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia
ABSTRACT	<p>Il video mostra il caso di un paziente maschio di 35aa con BMI 52 sottoposto a sleeve gastrectomy utilizzando tre strumenti percutanei, un trocar da 12mm ed un trocar da 5mm. Gli strumenti percutanei hanno uno stelo da 2,9mm e si utilizzano senza trocar. Nella nostra esperienza la scorrevolezza in parete è buona così come la resistenza ai carichi in termini di flessione dello stelo. In punta questi strumenti montano effettori da 5mm (sono disponibili pinze da presa, forbici, uncino) che vengono assemblati attraverso un rendez-vous dai trocar da 5 e/o 12mm.</p> <p>La nostra breve esperienza (5 casi) è positiva in quanto abbiamo lavorato senza alcuna difficoltà come quando eseguiamo una procedura standard con 5 trocar. Il set up della strumentazione non ha allungato il tempo operatorio (range 50-80min).</p> <p>La riduzione del trauma di parete può essere vista favorevolmente in ambito ERAS e della riduzione della percentuale di laparocèle su trocar. Questa tecnica ci sembra sicura, e preferibile rispetto alle alternative single-port e tecniche di sleeve con tre trocar dove inevitabilmente l'esposizione chirurgica e la sicurezza della procedura in caso di incidenti intraoperatori sono ridotte.</p>
Annotazioni	
Note	



IDvideo	53
Speaker	Vitiello Antonio under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	SLEEVE GASTRECTOMY Appunti di tecnica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Sleeve Gastrectomy con colla emostatica Glubran 2</b>
AUTORI	Vincenzo Pilone (Università degli Studi di Salerno) Antonio Vitiello (Università degli Studi di Napoli Federico II) Michele Renzulli (Università degli Studi di Salerno)
ABSTRACT	Tecnica di Sleeve Gastrectomy con rinforzo della linea di sutura con colla emostatica di cianoacrilato
Annotazioni	
Note	

IDvideo

63

Speaker

Berta

Rossana

under40



ARGOMENTO

SLEEVE GASTRECTOMY Appunti di tecnica

**TITOLO DEL LAVORO**

**Sleeve Gastrectomy in pazienti con ernie ventrali complesse**

AUTORI

R.D. Berta, R.Bellini, R.Mancini, C.Moretto, A. Sawilah, M.Anselmino

ABSTRACT

L'obesità è presente in oltre il 60% dei pazienti portatori di ernie ventrali e si associa, negli interventi di riparazione laparotomici, ad un'alta percentuale di complicazioni del sito chirurgico (SSO) e di recidive. Mentre esiste il consenso sulla necessità della perdita di peso prima dell'intervento di riparazione dell'ernia, mancano invece evidenze di elevato livello su quale sia il migliore approccio per ottenerlo e linee guida certe sulla tecnica chirurgica e materiali protesici da utilizzare. Al fine di ottenere una diminuzione delle complicanze del SSO e delle recidive, presso la nostra U.O. i pazienti affetti da obesità patologica ed ernia ventrale complessa vengono sottoposti in prima istanza all'intervento di chirurgia bariatrica e, solo dopo aver ottenuto un sufficiente calo ponderale, come secondo step, si ripara l'ernia.

Il video mostra il caso di una paziente di 50 anni affetta da Obesità di III° (BMI di 44.4) complicata da ipertensione arteriosa e grave broncopneumopatia, e portatrice di un'ernia ventrale con perdita di diritto di domicilio dei visceri > del 40% sviluppatasi in seguito ad intervento ginecologico.

L'ernia, mediana ombelico-pubica (M3-M4-M5 sec classificazione EHS) e valutata mediante TC senza MdC, aveva un'area di 132 cm<sup>2</sup> e dimensioni di 13x12 cm.

Per potere ottenere una adeguata espansione della cavità peritoneale, il sacco erniario è stato compresso dall'esterno. La posizione dei trocar è stata adattata alla ptosi dello stomaco. La sleeve gastrectomy in questo modo è stata eseguita con successo mediante l'uso di 5 cariche rinforzate di Echelon Flex 60.

Dopo un calo ponderale di circa 35 Kg e con la quasi totale riduzione della perdita di diritto di domicilio, a causa della comparsa di algie addominali, la paziente è stata sottoposta a TAR (transversus abdominis release) con doppio rinforzo protesico di BIO-A e polipropilene + dermolipectomia. Il decorso postoperatorio è stato regolare. La paziente è stata dimessa in 6° giornata.

Annotazioni

Note

IDvideo	14
Speaker	Frattini Francesco under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	SLEEVE GASTRECTOMY Appunti di tecnica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Particolare impiego della gastroscopia intraoperatoria nella sleeve gastrectomy laparoscopica</b>
AUTORI	Francesco Frattini Matteo Lavazza Giacomo Borroni Roberto Delpini Marco Parravicini Sergio Segato Gianlorenzo Dionigi
ABSTRACT	<p><b>Obiettivi</b> La gastroscopia intraoperatoria è stata descritta in vari studi come un metodo sicuro ed efficace di calibrazione della sleeve gastrectomy e di controllo intraoperatorio di sanguinamenti o di leak al termine della sleeve. Proponiamo l'utilizzo della gastroscopia intraoperatoria per la corretta localizzazione di due polipi gastrici in corso di sleeve gastrectomy laparoscopica.</p> <p><b>Materiali e Metodi</b> Una paziente di 55 anni con obesità viscerale di III tipo, dopo valutazione multidisciplinare è stata candidata a intervento di sleeve gastrectomy laparoscopica. Presentava peso di 108.5 kg, altezza 145 cm, BMI 51 kg/m<sup>2</sup>, circonferenza addominale 133 cm. La paziente è affetta da diabete tipo 2, ipertensione arteriosa, dislipidemia, epatopatia steatosica, deficit di ventilazione di tipo restrittivo. Alla esofago-gastro-duodenoscopia preoperatoria sono stati riscontrati due polipi a larga base di impianto con superficie focalmente erosa di circa 1.5 cm a livello dell'antro gastrico sulla grande curvatura e in sede prepilorica non asportabili endoscopicamente. L'esame istologico sui frammenti biopsiati dei due polipi ha dato esito a polipi iperplastici. Si è deciso pertanto di sottoporre la paziente a sleeve gastrectomy con l'utilizzo intraoperatorio di un endoscopio in modo da evitare che la linea di resezione gastrica potesse includere uno dei suddetti polipi.</p> <p><b>Risultati</b> La sleeve gastrectomy è stata eseguita secondo la metodica standard. La grande curvatura gastrica è stata scheletrizzata mediante dissezione con device a radiofrequenza del legamento gastro-colico e gastro-splenico dalla distanza di 5 cm dal piloro fino all'angolo di His. Dopo la scheletrizzazione della grande curvatura gastrica e la mobilizzazione completa del fondo è stata eseguita una gastroscopia intraoperatoria. L'uso dell'endoscopio intraoperatorio ha consentito di localizzare con precisione la sede dei due polipi gastrici. Si è quindi proceduto alla tubulizzazione gastrica con l'utilizzo di una stapler 60 mm (Echelon 60) sulla guida di una sonda oro-gastrica da 36 Fr. Il polipo localizzato a livello dell'antro sulla grande curvatura è stato incluso nella porzione di stomaco resecata. Il polipo con sede prepilorica è stato risparmiato dalla sezione ed è rimasto all'esterno della trancia di resezione gastrica. L'Rx tubo digerente eseguito in seconda giornata postoperatoria ha documentato regolare transito esofago-gastrico e gastro-duodenale senza evidenza di fistole né di stenosi. La paziente ha iniziato ad assumere dieta liquida dopo il controllo radiologico ed è stata dimessa in quinta giornata postoperatoria. L'esame istologico della trancia gastrica ha confermato la presenza di un tumore neuroendocrino G1.</p> <p><b>Conclusioni</b> La gastroscopia intraoperatoria è risultata essere particolarmente utile e funzionale a guidare e a controllare la linea di resezione della sleeve gastrectomy evitando che questa</p>

potesse cadere su due polipi dando luogo così a sanguinamenti o possibili leak.

Annotazioni

Note

IDvideo 19

Speaker Sartori Alberto under40

ARGOMENTO SLEEVE GASTRECTOMY Appunti di tecnica

**TITOLO DEL LAVORO** Sleeve gastrectomy laparoscopica: come la facciamo...

AUTORI Sartori Alberto MD, Clemente Nicola MD, Lunardi Cesare MD, Pellicanò Natale MD, De Luca Maurizio MD  
Department of General Surgery, San Valentino Hospital – Montebelluna, Treviso – Italy

ABSTRACT  
La sleeve gastrectomy è stata introdotta da Hess nel 1988. I buoni risultati in termini di calo ponderale e risoluzione delle comorbidità oltre che una buona compliance da parte dei pazienti hanno portato alla diffusione di tale tecnica.  
Tale procedura nel 2009 è stata inserita dalla Società Americana di Chirurgia Metabolica e Bariatrica come prima procedura di scelta.  
Tuttavia tale tecnica necessita di alcuni accorgimenti onde evitare spiacevoli complicanze che possono essere anche di difficile trattamento.

Annotazioni

Note

IDvideo	16
Speaker	Piatto Giacomo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	SLEEVE GASTRECTOMY Punti chiave per prevenire le complicanze
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Utilizzo del cianoacrilato (Glubran®2) per il rinforzo della linea di sutura nella sleeve gastrectomy e nel by-pass e per la chiusura dei mesi nel by-pass gastrico</b>
AUTORI	Dott. L. Prevedello, Dott. G. Piatto, Dott.ssa A. Albanese, Dott. M. Foletto  Università degli studi di Padova- Azienda Ospedaliera di Padova Rete Obesità Veneto (ROV) Centro Integrato per lo Studio ed il Trattamento dell'Obesità UOSD WEEK SURGERY
ABSTRACT	Il rinforzo della linea di sutura con omenoplastica è stato suggerito da qualche autore per prevenire l'insorgenza di fistole dopo sleeve gastrectomy. Il suo utilizzo potrebbe essere esteso anche per la prevenzione delle ernie interne nel bypass gastrico.
Annotazioni	
Note	

IDvideo

21

Speaker

Del Corpo

Giulia

under40



ARGOMENTO

SLEEVE GASTRECTOMY Punti chiave per prevenire le complicanze

**TITOLO DEL LAVORO**

**MALFUZIONAMENTO DELLA SUTURATRICE LINEARE DURANTE SLEEVE GASTRECTOMY LAPAROSCOPICA**

AUTORI

Del Corpo G, Casella G, Soricelli E, Castagneto-Gissey L, Genco A.  
Policlinico Umberto I Università La Sapienza Roma

ABSTRACT

**OBIETTIVI:** L'intervento di Sleeve gastrectomy laparoscopica (LSG) ha presentato grande diffusione per la sua efficacia in termini di perdita di peso e di risoluzione delle comorbidità associate all'obesità. È considerata una procedura chirurgica sicura, con un basso rischio di mortalità e di morbidità. La maggior parte delle complicanze della LSG sono correlate alla linea di sutura lungo la grande curvatura gastrica. Il malfunzionamento intra-operatorio della suturatrice meccanica è raro ma può rappresentare un pericolo causando sanguinamento, stenosi o deiscenza della linea di sutura, e richiedendo una conversione a Bypass Gastrico (GB) o Gastrectomia Totale (TG).

**METODI:** Presentiamo un caso di una paziente di 40 anni affetta da obesità patologica con Body Mass Index (BMI) di 43.5 kg/m<sup>2</sup> sottoposta a sleeve gastrectomy per via laparoscopica.

**RISULTATI:** L'intervento chirurgico è stato iniziato secondo la nostra tecnica standard. Il legamento gastro-colico è stato sezionato iniziando a circa 6 cm dal piloro e continuando fino all'angolo di His, fino alla completa mobilizzazione del fondo gastrico. La sleeve è stata confezionata mediante suturatrice meccanica lineare calibrandola su sondone di 48 Fr, iniziando a 6 cm dal piloro. Il malfunzionamento della suturatrice lineare si è manifestato mentre veniva emessa la seconda carica, a livello dell'incisura angolare. In particolare due delle tre file di punti non veniva applicata. Poiché il tubulo gastrico non appariva particolarmente stretto, veniva sparata una nuova carica medialmente alla precedente, in modo da escludere il tessuto danneggiato. Il sondone è stato mantenuto in sede al fine di evitare una stenosi gastrica. L'intervento di LSG è stato completato senza altri problemi. A livello dell'incisura angolare, la linea di sutura è stata rinforzata con sutura a soprigitto con filo riassorbibile. Il test al blu di metilene eseguito alla fine della procedura non ha mostrato leak o stenosi. Il decorso postoperatorio è stato regolare e privo di complicanze, la paziente è stata dimessa in VI giornata postoperatoria. Il controllo radiologico con mezzo di contrasto, eseguito a un mese di distanza, ha escluso stenosi del tubulo gastrico.

**CONCLUSIONI:** il malfunzionamento della suturatrice lineare è una rara ma temibile complicanza intraoperatoria della sleeve gastrectomy. La conversione a Bypass Gastrico o Gastrectomia totale non è sempre necessario. Quando il tubulo gastrico appare abbastanza ampio, la creazione di una nuova linea di sutura più mediale rappresenta una opzione vagliabile e sicura.

Annotazioni

Note

IDvideo

27

Speaker

Porta

Andrea

under40



ARGOMENTO

SLEEVE GASTRECTOMY Punti chiave per prevenire le complicanze

**TITOLO DEL LAVORO**

**Utilizzo del verde di indocianina in chirurgia bariatrica**

AUTORI

Marco Antonio Zappa, Maria Paola Giusti, Andrea Porta  
Ospedale "Sacra Famiglia" Fatebeneratelli di Erba (CO)  
Dipartimento di chirurgia generale e d'urgenza

ABSTRACT

INTRODUZIONE

La Sleeve gastrectomy (SG) e il Bypass gastrico (RYGB) sono le più diffuse procedure bariatriche e presentano ottimi risultati in termini di perdita di peso. La complicanza più importante e pericolosa della SG è la fistola che si presenta con una percentuale variabile in letteratura tra l'1 e il 16% e tra le cui cause alcuni AA indicano una ridotta vascolarizzazione della trancia gastrica. Anche nel RYGP una delle maggiori complicanze è rappresentata dalla deiscenza anastomotica (2-7%)  
Il verde Indocianina viene utilizzato in chirurgia per valutare la perfusione vascolare gastrica e colica. Lo scopo del nostro studio è valutare il suo utilizzo nei pz sottoposti a SG e a RYGP

MATERIALI E METODI

Da Gennaio a Dicembre 2016 abbiamo utilizzato il verde Indocianina durante l'esecuzione di 17 SG, 3 uomini e 14 donne con BMI medio di 42,76 kg/m<sup>2</sup> e di 38 RYGB, 6 maschi e 32 femmine con BMI medio di 44.61 kg/m<sup>2</sup>

RISULTATI

Dopo l'esecuzione di SG con tecnica classica (sonda di 36 Fr e cm 6 dal piloro) viene somministrato 2,5mg di verde indocianina ev e, tramite il sistema KARL STORZ (telecamera Images, ICG), viene visualizzata la fluorescenza evidenziando la vascolarizzazione e la perfusione della trancia gastrica.  
Gli A.A. utilizzano il by pass gastrico con fundectomia vls e valutano la perfusione delle anastomosi gastroenterica ed entero-enterica utilizzando anche in questo caso 2,5 mg ev di verde Indocianina.  
In entrambi gli interventi la visione del verde di indocianina a carico dell'aree esaminate è stata confermata dall'assenza di tramiti fistolosi nel post operatorio.

CONCLUSIONI

Gli AA utilizzano routinariamente il verde indocianina negli interventi di resezione gastrica e colica.  
Lo scopo di questo studio, pur limitato per il numero di pazienti, è verificare il possibile utilizzo di questa metodica in chirurgia bariatrica: valutando la vascolarizzazione della trancia nella SG e a carico delle anastomosi nel RYGP è possibile analizzare preventivamente il rischio di deiscenza nell'area esaminata.  
L'assenza della perfusione permette di decidere il riconfezionamento della trancia gastrica o delle anastomosi.

Annotazioni

Note

--	--

IDvideo

5

Speaker

Fantola

Giovanni

under40



ARGOMENTO

SLEEVE GASTRECTOMY Punti chiave per prevenire le complicanze

**TITOLO DEL LAVORO**

**Fistola precoce dopo sleeve gastrectomy**

AUTORI

Autori: G.Fantola, V.Cabras, S.Pintus, C.Sollai, R.Moroni.

UO Chirurgia Bariatrica, Azienda Ospedaliera Brotzu, Cagliari.

ABSTRACT

Introduzione

La fistola gastrica dopo sleeve gastrectomy (SG) può essere precoce o tardiva. Mentre la fistola tardiva è più frequente ed il trattamento è prevalentemente endoscopico e/o radiologico, la fistola precoce è meno frequente ed il trattamento chirurgico può essere risolutivo in quanto l'eziologia non è di tipo ischemico. Il video presenta il caso di trattamento chirurgico di fistola precoce dopo SG.

Video

Il paziente è maschio di 38 anni, peso 153kg, BMI 44,3 kg/m<sup>2</sup>, con apnee notturne. L'intervento di SG è stato eseguito da chirurgo in formazione (81 interventi SG già eseguiti), secondo tecnica standard (boogie 40FR, 5 cm di distanza dal piloro, stappler endoGIA 60mm ricariche viola). Si segnala nell'intervento l'ultima resezione con stappler con lo stomaco in tensione. Dopo 24 ore febbre, tachicardia e dispnea; eseguita Rx torace e transito con gastrografin con diagnosi di fistola del cardias. La laparoscopia esplorativa evidenzia un quadro di peritonite sovramesocolica e la perforazione gastrica a livello cardiaco. Si procede a sutura della fistola con punti staccati riassorbibili 2/0 su parete gastrica vitale. Si posiziona drenaggio adiacente il cardias. Il decorso postoperatorio è stato regolare, Rx transito con gastrografin e rialimentazione idrica dopo 7 giorni, dimissione dopo 10 giorni.

Conclusioni

Il trattamento della fistola precoce dopo sleeve gastrectomy può essere chirurgico con sutura diretta della fistola se la parete gastrica non è ischemica.

Annotazioni

Note

--	--



IDvideo

17

Speaker

Bellini

Fabrizio

under40



ARGOMENTO

SLEEVE GASTRECTOMY Reinterventi dopo sleeve

**TITOLO DEL LAVORO**

**"Anatomical restoration", in paziente con grave malnutrizione, in VBG.**

AUTORI

Bellini Fabrizio

Tarantini Michele

ASST GARDA

ABSTRACT

F.R. 44 anni,maschio, operato di VBG in laparotomia, nel 1998, si presenta con un quadro di severa malnutrizione (BMI:19), da vomito incoercibile.

Le indagini ( EGDS ed Rx transito), evidenziano una dilatazione della pouch ed una stenosi dell'ostio.

Come primo approccio il paziente è stato sottoposto per 10 gg a NE con sondino pediatrico.

Successivamente in laparoscopia, si proceduto a restaurazione anatomica con anastomosi gastro-gastrica.

Ad un anno dall'intervento il paziente mantiene BMI 24,1.

Annotazioni

Note

IDvideo	29
Speaker	Millo Paolo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	SLEEVE GASTRECTOMY Reinterventi dopo sleeve
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Ematoma postoperatorio para-antrale in esiti di sleeve gastrectomy</b>
AUTORI	A. Usai, E. Ponte, M. Grivon, R. Brachet Contul, R. Lorusso, M.J. Nardi, P. Millo S.S Chirurgia dell'Obesità e Malattie Metaboliche Responsabile: Dr. P. Millo S.C. Chirurgia Generale Direttore ff: S. Razzi Ospedale regionale U. Parini
ABSTRACT	<p>Paziente di 49aa, sottoposto a sleeve gastrectomy per obesità grave, rientra a distanza di circa un mese per disfagia e vomito. Eseguita Tc addome che dimostra presenza di voluminoso ematoma para-antrale.</p> <p>Si decide pertanto di sottoporre il paziente a laparoscopica esplorativa</p> <p><b>INTERVENTO: LAPAROSCOPIA ESPLORATIVA LISI ADERENZE, EVACUAZIONE EMATOMA, POSIZIONAMENTO DI FLOSEAL, DRENAGGIO TUBULO-LAMELLARE DELLA CAVITA'.</b></p> <p>Pneumoperitoneo con ago di Verres in sottocostale sinistro. Introduzione di tre trocar sotto controllo visivo. Esplorazione: aderenze tra epiploon e parete addominale anteriore e la tasca gastrica della pregressa sleeve. A livello antrale si osserva tumefazione ricoperta da omento di consistenza duro-elastica. Adesiolisi con Enseal, apertura e fenestrazione della cavità dell'ematoma a livello para-antrale, asportazione della pseudocapsula per esame batteriologico, evacuazione dell'ematoma, emostasi accurata, prova al blu di metilene con 180 cc senza fughe, posizionamento di Floseal nella cavità, drenaggio tubulo-lamellare nella cavità.</p>
Annotazioni	
Note	

IDvideo

23

Speaker

Tubazio

Igor

under40



ARGOMENTO

SLEEVE GASTRECTOMY Reinterventi dopo sleeve

**TITOLO DEL LAVORO**

**Trattamento delle fistole gastriche in esiti di Sleeve-Gastrectomy: casi clinici**

AUTORI

Prof.Diego Foschi, Dr.Andrea Rizzi, Dr.Igor Tubazio  
Azienda Ospedaliera Polo Universitario "L.Sacco" - Milano  
U.O. Chirurgia Generale II

ABSTRACT

Tutt'oggi la maggiore e più temibile complicanza della sleeve gastrectomy risulta essere la fistola gastrica iuxta-cardiale. I possibili trattamenti di tale complicanza prevedono tecniche diverse, comprendendo procedure conservative, endoscopiche o chirurgiche. Con tale video abbiamo voluto mostrare come lo sviluppo di fistole gastriche in esiti di sleeve gastrectomy possa verificarsi subdolamente anche a distanza di mesi dalla procedura primitiva e come il trattamento chirurgico sia sicuramente un'opzione valida per la risoluzione della complicanza, a fronte di un'elevata difficoltà tecnica e richiedendo un'ottima conoscenza dei diversi tipi di interventi.

Annotazioni

Note

IDvideo

8

Speaker

Grillo

Maurizio

under40



ARGOMENTO

SLEEVE GASTRECTOMY Resleeve

**TITOLO DEL LAVORO**

**Re Sleeve e iatoplastica in paziente con disfagia cronica**

AUTORI

Manno Emilio

Damiano Ivana

Grillo Maurizio

Dipartimento di Chirurgia generale - Unità di Chirurgia bariatrica e Metabolica  
AORN Cardarelli di Napoli

ABSTRACT

Il video mostra il caso relativo ad una giovane paziente giunta alla nostra osservazione a 6 mesi da intervento di sleeve gastrectomy, che presentava una disfagia cronica e rigurgiti di cibo parzialmente digerito a distanza di circa 1 ora dal pasto. La TC ed l'esame contrastografico dello stomaco evidenziavano un'aspetto pseudodiverticolare dello stomaco prossimale (neo-fondo) e un'ernia iatale di medie dimensioni. In considerazione della giovane età della paziente e della buona perdita di peso si pose indicazione ad intervento di resleeve + iatoplastica a punti staccati. La paziente è stata dimessa in V giornata p.o. in assenza di sintomatologia.

Annotazioni

Note

IDvideo

20

Speaker

Del Corpo

Giulia

under40



ARGOMENTO

SLEEVE GASTRECTOMY RGE e sleeve

**TITOLO DEL LAVORO**

**Diagnosi intraoperatoria di voluminosa ernia iatale durante sleeve gastrectomy**

AUTORI

Del Corpo G, Casella G, Castagneto-Gissey L, Soricelli E, Genco A.  
Policlinico Umberto I Università La Sapienza Roma

ABSTRACT

**Obiettivi:** L'aumento della prevalenza mondiale dell'obesità patologica ha promosso la chirurgia bariatrica a strumento frequentemente utilizzato e molto efficace per la risoluzione dell'obesità e dei disordini metabolici concomitanti. L'ernia iatale è spesso associata all'obesità e può rappresentare un reperto occasionale durante interventi di natura bariatrica. La sleeve gastrectomy (LSG), in considerazione della sua efficacia e sicurezza, è divenuta nel tempo la procedura bariatrica più comunemente eseguita a livello globale. Nonostante gli effetti della LSG sulla malattia da reflusso gastroesofageo (GERD) siano controversi, sembrerebbe che i sintomi da reflusso possano essere esacerbati da questo tipo di intervento, specialmente in presenza di ernia iatale preesistente.

**Metodi:** Presentiamo il caso di una donna di 49 anni affetta da obesità patologica di grado 3 per la quale veniva sottoposta a bendaggio gastrico regolabile laparoscopico (LAGB). Il bendaggio veniva rimosso dopo circa 4 anni a causa dello scivolamento dello stomaco e dilatazione del pouch gastrico. Gli esami preoperatori, tra cui l'esofagogastroduodenoscopia, non rilevavano alterazioni patologiche e la paziente non riferiva sintomi tipici o atipici da reflusso. Risultava, pertanto, eleggibile per intervento di LSG.

**Risultati:** Alla laparoscopia si evidenziava una voluminosa ernia iatale da scivolamento e concomitante difetto iatale di 5 cm. Si procedeva, quindi, alla riparazione del difetto dello iato esofageo seguita da una LSG convenzionale. Il fondo gastrico e la parete posteriore dello stomaco venivano liberati dalle aderenze dovute al pregresso intervento di LAGB, i pilastri diaframmatici sezionati e l'esofago distale ridotto in addome. Si eseguiva una iatoplastica posteriore a punti staccati non riassorbibili seguita dal completamento della LSG con stapler lineare lungo la sonda da 48 Fr, previa apposizione di rinforzo bioassorbibile. Il decorso postoperatorio è stato regolare e la paziente veniva dimessa in VI giornata postoperatoria. Al follow up, a 6 mesi dall'intervento, il calo ponderale era sovrapponibile alla media e la paziente non lamentava sintomi da reflusso.

**Conclusioni:** La diagnosi intraoperatoria di ernia iatale durante interventi di chirurgia bariatrica non è inusuale. La iatoplastica è raccomandata per ridurre i rischi postoperatori di sviluppo di GERD e la possibile migrazione intratoracica della sleeve gastrica.

Annotazioni

Note

IDvideo	39
Speaker	Millo Paolo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	SLEEVE GASTRECTOMY RGE e sleeve
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>SLEEVE GASTRIC RESECTION LAPAROSCOPICA, IATOPLASTICA CON RETE GORE BIO-A</b>
AUTORI	<p>P Millo*, R Lorusso*, R Brachet*, M Nardi*, M Grivon*, A Usai*, M Roveroni*, E Ponte*, V Vinciguerra**, P Bocchia***, S.Razzi*</p> <p>* Divisione di chirurgia Generale e d'urgenza (Dott. S.Razzi)- Struttura semplice di Chirurgia bariatrica e metabolica e laparoscopia avanzata (Dott. P.Millo)</p> <p>** Dipartimento di salute mentale, Divisione di Psichiatria</p> <p>***Divisione di chirurgia Generale e d'urgenza (Dott. S.Razzi), Struttura semplice di attività di supporto alla degenza e nutrizione (Dott. P. Bocchia)</p>
ABSTRACT	<p>Pneumoperitoneo con ago di Veress in ipocondrio sin.Si inserisce il primo trocar Visiport sulla linea mediana a circa 12 cm. dalla xifoide.Esplorazione della cavità addominale: negative per lesioni macroscopicamente evidenti, ernia aitale da scivolamento con 1/3 di stomaco in torace. Si introducono altri 4 trocars.Dissezione dello iato esofageo, riduzione in addome dello stomaco erniato, risparmio dell'arteria epatica sinistra accesoria a partenza dalla gastrica sinistra. A 5 cm. dal piloro, si procede a scheletrizzazione della grande curvatura gastrica con Enseal, fino all'angolo di His. Posizionata una sonda calibratrice di 16 mm ( 48 Fr),si separa lo stomaco con Ecelon flex 60 mm nera + semguard posizionata dalla grande curvatura verso la piccola curvatura.Quindi si prosegue con Ecelon flex 60 mm nera + semguard lungo la sonda fino a raggiungere l'angolo di His. Lo stomaco resecato viene posto in un bag da 15 cm e estratto dalla cavità addominale attraverso il foro del trocar posto in ipocondrio sin. Iatoplastica calibrata sul sondone con 2 punti di Tycron 0 e rinforzata con rete GORE BIO-A fissata alle estremità con punti di prolen 2/0.Apposizione di clips metalliche a scopo emsotatico all' intersezione delle linee di agrafes su tutta la lunghezza. Estratta la grossa sonda si posiziona un sondino nasogastrico. Prova al blu di metilene con 120 cc negativa per fughe. Controllo emostasi. Estrazione dei trocars sotto visione e chiusura delle brecce a strati. "</p>
Annotazioni	
Note	

IDvideo

52

Speaker

Uccelli

Matteo

under40



ARGOMENTO

SLEEVE GASTRECTOMY RGE e sleeve

**TITOLO DEL LAVORO**

**Trattamento dell'obesità recidiva post-sleeve e del reflusso gastro-esofageo mediante Sleeve gastrectomy modificata con associata funduplicatio sec. Rossetti-Hell (Laparoscopic R-Sleeve)**

AUTORI

S. Olmi - Policlinico San Marco, Zingonia (BG)  
M. Uccelli - Policlinico San Marco, Zingonia (BG)  
G. Cesana - Policlinico San Marco, Zingonia (BG)  
F. Ciccarese - Policlinico San Marco, Zingonia (BG)  
G. Castello - Policlinico San Marco, Zingonia (BG)  
R. Giorgi - Policlinico San Marco, Zingonia (BG)  
R. Villa - Policlinico San Marco, Zingonia (BG)  
B. Scotto - Policlinico San Marco, Zingonia (BG)  
S. Cioffi - Policlinico San Marco, Zingonia (BG)  
G. Legnani - Policlinico San Marco, Zingonia (BG)

ABSTRACT

L'intervento di sleeve gastrectomy laparoscopica è ormai il più eseguito nel campo della chirurgia bariatrica e metabolica. Forte oggetto di dibattito attualmente è l'incidenza post-sleeve di malattia da reflusso gastro-esofageo. Spesso tale condizione patologica può essere dovuto ad una pre-esistente condizione di MRGE associato ad un non congruo intervento di resezione gastrica, con eccessiva rimanenza del fondo gastrico e rischio di successiva ernia jatale sintomatica. Tale eventuale errore tecnico, oltre a comportare un invalidante reflusso patologico, comporterà quasi sicuramente una recidiva di obesità. Presentiamo ora un caso di obesità recidiva dovuto ad errore tecnico, con confezionamento di sleeve gastrectomy parziale e residuo del fondo gastrico nella sua totalità (da notare come nel primo intervento non siano stati sezionati i vasi gastrici brevi, trattati agevolmente in questo intervento di redo-suregery mediante Ligasure Maryland). Il paziente presentava inoltre importante reflusso gastro-esofageo, non responsivo alla terapia farmacologica. Si è quindi proceduto ad intervento chirurgico di re-sleeve gastrectomy con associata plastica antireflusso sec. Rossetti-Hell, sfruttando il fondo gastrico residuo. Tale intervento (laparoscopic R-Sleeve - ideato dall'autore) è attualmente oggetto di studio clinico randomizzato. L'intervento di R-Sleeve rappresenta - per i dati attualmente in nostro possesso - una valida, promettente e complementare alternativa all'intervento di sleeve gastrectomy laparoscopica nel paziente obeso con associato reflusso gastro-esofageo.

Annotazioni

Note

IDvideo	54
Speaker	Uccelli Matteo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	SLEEVE GASTRECTOMY RGE e sleeve
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Trattamento dell'obesità recidiva post-BGR e del MRGE con esofago di Barrett mediante Sleeve gastrectomy modificata con associata funduplicatio sec. Rossetti-Hell</b>
AUTORI	S. Olmi - Policlinico San Marco, Zingonia (BG) M. Uccelli - Policlinico San Marco, Zingonia (BG) G. Cesana - Policlinico San Marco, Zingonia (BG) F. Ciccarese - Policlinico San Marco, Zingonia (BG) G. Castello - Policlinico San Marco, Zingonia (BG) R. Giorgi - Policlinico San Marco, Zingonia (BG) R. Villa - Policlinico San Marco, Zingonia (BG) B. Scotto - Policlinico San Marco, Zingonia (BG) S. Cioffi - Policlinico San Marco, Zingonia (BG) G. Legnani - Policlinico San Marco, Zingonia (BG)
ABSTRACT	<p>Sino a non molti anni fa il Bendaggio Gastrico Regolabile (BGR) rappresentava l'intervento più eseguito nel campo della chirurgia bariatrica. Nell'ultima decade si è assistito ad un completo cambio di tendenza, ed ormai l'intervento di sleeve gastrectomy laparoscopica è ormai il più eseguito nel campo della chirurgia bariatrica e metabolica. Fra i tanti punti critici dell'intervento di BGR, oltre al tasso di obesità recidiva, uno dei più complessi è rappresentato dall'insorgenza di MRGE con associata esofagite, sino all'esordio dell'esofago di Barrett. Negli ultimi anni alcuni casi di esofago di Barrett su pregresso BGR sono giunti alla nostra attenzione, sia associati ad obesità recidiva che con paziente normopeso. Stante la necessità di rimuovere il BGR, resta aperto il dibattito sul successivo intervento bariatrico da eseguire per garantire e mantenere il calo ponderale. Presentiamo ora un caso di obesità recidiva su pregresso BGR con associata esofagite di Barrett dimostrata endoscopicamente. Il primo intervento di Redo è stato eseguito circa due mesi prima dell'intervento adesso presentato, ed è consistito nella rimozione laparoscopica del BGR. E' stata quindi effettuata terapia con PPI a dosaggio pieno, ed a distanza di 1,5 mesi il paziente è stato sottoposto ad EGDS, con conferma di esofago di Barrett ancora presente. Pertanto, come in casi similari, si è proceduto ad intervento chirurgico di sleeve gastrectomy con associata plastica antireflusso sec. Rossetti-Hell. Tale intervento (laparoscopic R-Sleeve - ideato dall'autore) è attualmente oggetto di studio clinico randomizzato. Il confezionamento di plastica antireflusso sec. Rossetti-Hell, senza variare il calibro della resezione gastrica, garantisce un ottimo calo ponderale e la remissione della sintomatologia da reflusso gastro-esofageo. Inoltre, nei casi da noi trattati in cui era presente esofagite di Barrett, si è dimostrato a partire dal 2-3 mese, remissione endoscopica del quadro di Barrett precedentemente riscontrato. L'intervento di R-Sleeve rappresenta - per i dati attualmente in nostro possesso - una valida, promettente e complementare alternativa all'intervento di sleeve gastrectomy laparoscopica nel paziente obeso con associato reflusso gastro-esofageo e concomitante Barrett.</p>
Annotazioni	
Note	



IDvideo

25

Speaker

Greco

Francesco

under40



ARGOMENTO

SLEEVE GASTRECTOMY Trattamento endoscopico e/o chirurgico della fistola

**TITOLO DEL LAVORO**

**CONVERSIONE DI SLEEVE GASTRECTOMY IN MINIBYPASS GASTRICO FUNZIONALE SU RING SENZA SEPARAZIONE DELLA TASCA GASTRICA**

AUTORI

FRANCESCO GRECO

FONDAZIONE POLIAMBULANZA BRESCIA

ABSTRACT

Background

Recent data shows that some patients will have insufficient weight loss or experience weight regain after sleeve gastrectomy (SG). Dilation of the sleeve over time or use of an inadequate technique may contribute to relapse of morbid obesity. Repeat sleeve gastrectomy is the most obvious option but require stapling of scarred tissue, has a higher risk of leakage and is prone to re-enlargement with time.

We herein describe a simple and innovative technique with which to revise a vertical sleeve gastrectomy (VSG) into a functional single anastomosis gastric bypass (f-SAGB)

Materials and Methods: Twelve VSGs were converted to f-SAGB by placing a GaBP Ring(Bariatec Corp., Palos Verdes Peninsula, CA, USA) at the base of the "sleeve" and performing the anastomosis above the ring. The length of the biliopancreatic loop was chosen according to the volume of the pouch and to the patient's residual eating capability.

Results

All procedures were completed by laparoscopy and were uneventful. The average decrease in the body mass index was from 41.0 to 29.5 kg/m<sup>2</sup> at the 12-month follow up. No ring related complications were reported.

Conclusion

The f-SAGB is a low risk and effective option with which to revise a VSG in patients with inadequate weight loss. Avoiding the detachment of the pouch from the antrum we assure full reversibility of the procedure and preserves the chance to explore the remnant stomach and the biliary tree.

Annotazioni

Note

IDvideo	37
Speaker	Motter Michele under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	SLEEVE GASTRECTOMY Trattamento endoscopico e/o chirurgico della fistola
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>multipla fistola gastrica post sleeve gastrectomy: trattamento chirurgico ed endoscopico</b>
AUTORI	dott. Michele Motter dott. Alessandro Carrara dott. Orazio Zappalà dott. Gianmarco Ghezzi dott.ssa Dalia Amabile dott.ssa Carmelina Bianco dott. Luigi Pellecchia dott. Giuseppe Tirone  Chirurgia 1 divisione Ospedale S. Chiara Trento Servizio nutrizione clinica Ospedale S. Chiara Trento
ABSTRACT	Giovane donna sottoposta a selve gastrectomy. in 3 giornata post operatoria riscontro di fistola gastrica, a causa delle condizioni instabili della paziente si procede ad intervento chirurgico laparoscopica di raffia della fistola gastrica. In 11 giornata post operatoria in seguito a Rx tubo digerente di controllo si riscontra un quadro di 3 fistole gastriche. Tale situazione viene trattata endoscopicamente con posizionamento di endoprotesi che purtroppo viene tollerata male dalla paziente con ripetuti episodi di vomito e importante dolore addominale. In considerazione della difficile gestione clinica, l'endoprotesi è stata rimossa dopo 25 giorni. All'EGDS riscontro di completa chiusura delle fistole, permane solo millimetrica fistola gastrica che drena all'interno dello stomaco liquido purulento. La paziente, dopo la rimozione della fistola, viene trattata conservativamente e dimessa in buone condizioni generali. SI è trattato di un quadro clinico complesso che ha impegnato tutta l'equipe, compresa la nostra dietista, nella gestione del difficile caso che fortunatamente si è risolto al meglio.
Annotazioni	
Note	