

IDvideo	29
Speaker	Fantola Giovanni under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La chirurgia metabolica tra interventi malassorbitivi ed interventi restrittivi
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Anastomosi robotica gastrodigiunale nel bypass gastrico: note di tecnica</b>
AUTORI	Giovanni Fantola, Matteo Runfola, Marina Agus, Roberto Moroni
ABSTRACT	<p>Introduzione. La metodica robotica nella chirurgia bariatrica non ha dimostrato vantaggi rispetto alla laparoscopia. Nonostante i limiti dei dati della letteratura ed ai costi, l'approccio robotico continua ad essere utilizzato in quanto appare evidente un potenziale vantaggio in termini di magnificazione dell'immagine e di facilità nell'esecuzione dei gesti soprattutto nella procedura del bypass gastrico. L'anastomosi gastro-digiunale (AGD) manuale rispetto a quella meccanica non ha dimostrato vantaggi in termini di fistole postoperatorie ne di sanguinamenti, modesti vantaggi sono da valutare in termini di stenosi a medio e lungo termine. Video. AGD è divisa in quattro step: il primo step è la sutura continua di accostamento gastro-digiunale con Vycril 2/0 (parete posteriore), il secondo è la gastrotomia ed enterotomia, il terzo è la sutura anastomostica di parete posteriore ed anteriore con monofilamento PDS 2/0, la quarta è la sutura continua in Vycril 2/0 siero-sierosa di sopragitto (parete anteriore di rinforzo). Conclusioni. La metodica robotica presenta due vantaggi nell'anastomosi gastro-digiunale: la magnificazione dell'immagine è garanzia di precisione del passaggio del punto di sutura e di corretta emostasi endoluminale, l'endowrist è utile nell'esecuzione dell'anastomosi manuale rendendola di facile esecuzione e riproducibilità.</p>

IDvideo	21
Speaker	Manno Emilio under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La chirurgia metabolica tra interventi malassorbitivi ed interventi restrittivi
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Miotomia sec. Heller e Bypass Gastrico come terapia dell'acalasia nell'obesità grave</b>
AUTORI	<p>Dott. Emilio Manno U.O.S.D. Chirurgia Bariatrica A.O.R.N. Cardarelli            Dott. Michele Giuseppe Iovino U.O.S.D. Chirurgia Bariatrica A.O.R.N. Cardarelli            Dott.ssa Luciana Costigliola U.O.S.D. Chirurgia Bariatrica A.O.R.N. Cardarelli</p>
ABSTRACT	<p>Il video mostra la tecnica adottata per il trattamento chirurgico di un paziente con BMI di 47 affetto da acalasia vera. Il paziente giungeva all'attenzione dell'equipe non riferendo sintomatologia alcuna, durante la gastroscopia si evidenziava una acalasia esofagea reperto poi confermato dalla manometria e dal RX digerente con MDC. Solo successivamente il paziente riportava episodi di vomito alimentare a supporto della diagnosi posta. Il paziente veniva quindi sottoposto ad intervento di miotomia extramucosa sec. Heller associato a R-Y gastric Bypass. Il risultato è stato ottimale con completa guarigione del paziente da entrambe le patologie che lo affliggevano.</p>

IDvideo	14
Speaker	LESTI GIOVANNI LESTI under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La chirurgia metabolica tra interventi malassorbitivi ed interventi restrittivi
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Bypass gastrico con fundectomia e stomaco esplorabile modello Lesti</b>
AUTORI	Giovanni Lesti:Fondazione Salus AZ //Casa di cura Petrucciani Lecce Nicola Di Lorenzo: Fondazione SALUS Avezzano Marco Antonio Zappa: Ospedale Fatebenefratelli Milano Ezio Lattuada: Umanitas San PIO X Milano Enrico Mozzi : Divisione di chirurgia generale Università di Milano Fabrizio Altorio: Clinica Di Lorenzo Avezzano Michele Civilla Casa di Cura Prof. Petrucciani Lecce Francesco Lesti Fondazione Salus
ABSTRACT	<p>: Presentiamo una tecnica laparoscopica che modifica il by-pass gastrico standard ideato e realizzato da E,Mason nel 1969;essa consiste nella rimozione del fondo gastrico, nella esplorabilità dello stomaco residuo e nella reversibilità (LRYGBP fse)</p> <p>L'intervento viene eseguito con un trocar da 5 mm posizionato in regione sotto xifoidea e 4 trocars da 12 mm. così posizionati : il primo ottico in sotto costale sinistra, il secondo in sotto costale destra a 8/10 cm dalla arcata costale, il terzo,per l'ottica, nella linea mediana 3/5 cm al di sopra dell'ombelico il quarto 4 cm a destra di quello sulla linea mediana 3/4 cm più basso. Il legamento gastro-colico viene aperto nell'area di Bouchet è diviso, seguendo la grande curvatura, fino all'angolo di His che viene completamente liberato con la visione del pilastro diaframmatico sinistro. Si introduce a questo punto una sonda nello stomaco di 1,2 cm di diametro attraverso la bocca fino a raggiungere l'antro gastrico che viene spinto dolcemente verso il basso al fine di avere la grande curvatura distesa e senza angolazioni. Si inizia la sezione del fondo dello stomaco e la preparazione della tasca sulla piccola curvatura. Il dispositivo è costituito da una bendarella di e PTFE posizionata a 6 cm dal cardias che chiude la parte distale della tasca gastrica che si mantiene in continuità con lo stomaco residuo attraverso un canale di circa 2 cm delicatamente serrato dal dispositivo. Identificato il Treitz, l'ansa biliare, lunga 150 cm viene portata verso la pouch gastrica con ansa ad omega antecolica e suturata in latero-laterale 2,5/3 cm con Endo GIA carica bianca / azzurra. L'ansa alimentare lunga anch'essa circa 150cm viene suturata all'ansa biliare in latero-laterale. Il tratto intestinale ad omega viene sezionato con cartuccia bianca. Il cul di sacco della omega viene rinforzato e ristretto con una continua in prolene 3 0 al fine di evitare il ,cosi detto manico d'ombrello.</p>

IDvideo	7
Speaker	Uccelli Matteo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La chirurgia restrittiva e la malattia da reflusso
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Sleeve gastrectomy modificata con associata fundoplicatio sec. Rossetti</b>
AUTORI	M. Uccelli - Policlinico San Marco IOB-GSD G. Cesana - Policlinico San Marco IOB-GSD R. Giorgi - Policlinico San Marco IOB-GSD R. Villa - Policlinico San Marco IOB-GSD S. De Carli - Policlinico San Marco IOB-GSD A. Oldani - Policlinico San Marco IOB-GSD A. Zanoni - Policlinico San Marco IOB-GSD G. David - Policlinico San Marco IOB-GSD F. Ciccarese - Policlinico San Marco IOB-GSD S. Olmi - Policlinico San Marco IOB-GSD
ABSTRACT	<p>La malattia di reflusso gastro-esofageo (MRGE) nel paziente obeso presenta caratteristiche differenti dal normopeso: in pazienti asintomatici si riscontrano segni endoscopici di esofagite di vari gradi e viceversa in pazienti fortemente sintomatici per RGE non si hanno riscontri strumentali. Stante inoltre l'incidenza di RGE de novo dopo chirurgia bariatrica - in particolare dopo sleeve gastrectomy (SG) - e gli scarsi risultati nel paziente obeso dei classici interventi antireflussogeni in assenza di calo ponderale, è stato ideato un intervento misto, atto a correggere sia l'obesità che il RGE, mantenendo i benefici degli interventi restrittivo-metabolici. Presentiamo la tecnica standardizzata dopo oltre 300 casi di sleeve gastrectomy associata a fundoplicatio sec. Rossetti laparoscopica. Indotto lo pneumoperitoneo con Verres, i trocar sono posizionati come segue: 10 mm sottocostale sinistro (ottica), 5mm in epigastrio, 5mm in ipocondrio destro, 15 mm in mesogastrio. Viene liberata la grande curvatura gastrica a partire da 3 cm dal piloro con dissetto a radiofrequenza (Maryland), sezionando il legamento gastro-colico e i vasi gastrici brevi, fino alla giunzione esofago-gastrica, similmente alla tecnica classica di SG. Si procede ora all'isolamento dell'esofago distale con completa visualizzazione dei pilastri e della crus diaframmatica. Viene eseguito il retropassaggio esofageo del fondo gastrico e confezionata la fundoplicatio 360° su sonda 38Fr sec. Rossetti (assenza di transfissione esofagea e minima dissezione jatale). Si esegue la sezione dello stomaco su sonda 38Fr con Tristaple Signa: normalmente vengono utilizzate cariche nere all'antro, viola al corpo e nuovamente nere/viola a livello della fundoplicatura. Estratto lo stomaco, viene eseguita una prova volumetrica del tubulo gastrico ed eventualmente una immunofluorescenza con verde indocianina. Il paziente esegue in 2° DPO un controllo radiologico con gastrografin per os e viene dimesso in 3° DPO.</p>

IDvideo	41
Speaker	Boru Cristian Eugeniu under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La chirurgia restrittiva e la malattia da reflusso
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Migrazione transiatale della sleeve gastrectomy con MRGE conseguente: video report sulla riparazione dell'ernia iatale laparoscopica con rinforzo della cruroplastica posteriore e conversione al bypass gastrico R-en-Y.</b>
AUTORI	Cristian Eugeniu Boru, Pietro Termine, Gianfranco Silecchia UOC Chirurgia generale & Bariatric Centre of Excellence IFSO-EC, SICOB Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e Biotecnologie <sup>2</sup> Sapienza Università di Roma
ABSTRACT	<p>La migrazione transiatale della sleeve gastrectomy, con malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) consecutiva, è una complicanza che porta alla chirurgia di revisione. Paziente di 55 anni con BMI 45 kg/m<sup>2</sup>, che presentava come comorbidità ipertensione, OSAS ed ipercolesterolemia, è stata sottoposta ad intervento di sleeve gastrectomy nel 2010. Il nadir è stato raggiunto dalla paziente nel 2012 (BMI di 28,7 kg/m<sup>2</sup>), con risoluzione delle comorbidità associate. Dal 2016 la paziente lamentava la comparsa della MRGE sintomatica non responsiva a terapia medica; la paziente ha eseguito Rx digerente con mdc per os (Gastrographin) con evidenza della migrazione transiatale della sleeve gastrectomy e TC con misurazione dell'area iatale.</p> <p>Presentiamo il video della conversione della sleeve gastrectomy in R-en-Y gastric by pass, con cruroplastica posteriore rinforzata con protesi bioassorbibile, con evidenza a 6 mesi di un miglioramento della sintomatologia associata alla MRGE dopo l'intervento.</p> <p>La conversione videlaparoscopica della sleeve gastrectomy in R-en-Y gastric by pass è una procedura praticabile e utile nelle complicanze insorte in pazienti sottoposti a sleeve gastrectomy.</p>

IDvideo

20

Speaker

Bellini

Fabrizio

under40



ARGOMENTO

La Super e Super-Super Obesità

**TITOLO DEL LAVORO**

**Banded Gastric By Pass (B-LRYGBP)**

AUTORI

- Bellini Fabrizio, ASST del Garda  
- Tarantini Michele, ASST del Garda

ABSTRACT

Introduzione

L'insufficiente perdita di peso dopo By Pass gastrico può interessare anche il 20% dei pazienti. La dilatazione della pouch gastrica, dell'anastomosi e del tratto iniziale dell'ansa alimentare, sono tra le cause determinanti tale ripresa di peso.

Il posizionamento di bendaggio non regolabile sulla pouch, 1-2 cm sopra l'anastomosi gastro-digiunale, previene tale dilatazione nel lungo termine.

Materiale e metodo

Nel nostro centro abbiamo iniziato ad eseguire il B-LRYGBP, nel gennaio 2018 nei pazienti con BMI>55. Abbiamo effettuato 5 B-LRYGB.

Il video mostra la modalità da noi adottata nel posizionamento del bendaggio non regolabile.

Risultati

In letteratura, la perdita di peso ad 1 anno nel B-LRYGBP è sovrapponibile a quella del By Pass Gastrico standard. La differenza si evidenzia a partire dal 2-3° anno, dove il mantenimento dell'EWL % è più significativo e si hanno meno riprese di peso.

Il follow up nei pazienti da noi operati è limitato a pochi mesi e pertanto non significativo dal punto di vista statistico.

Conclusioni

Nei pazienti superobesi (BMI>55), la percentuale di ripresa di peso nel RYGBP è maggiore che nei pazienti obesi con BMI<55. Il posizionamento di un bendaggio gastrico non regolabile per prevenire nel lungo termine la dilatazione della pouch, si sta affermando come l'intervento di elezione.

.

Bibliografia

1) Primary banded Roux-en-Y gastric bypass: a systematic review.

Mahawar KK1, Parikh C, Carr WR, Jennings N, Balupuri S, Small PK.

Obes Surg. 2014 Oct;24(10):1771-92. doi: 10.1007/s11695-014-1346-3

2) Systematic review and meta-analysis of medium-term outcomes after banded Roux-en-Y gastric bypass.

Buchwald H1, Buchwald JN, McGlennon TW. Obes Surg. 2014 Sep;24(9):1536-51. doi: 10.1007/s11695-014-1311-1.

IDvideo

38

Speaker

Buonaiuto

Luca

under40



ARGOMENTO

Le complicanze in chirurgia bariatrica: prevenzione e trattamento

**TITOLO DEL LAVORO**

**Ulcerca gastrica precoce (24 ore) su base ischemica dopo posizionamento di bolla gastrica**

AUTORI

L. Buonaiuto

Department of General and Bariatric Surgery, Policlinico di Monza, Monza, Italy  
email: luca.buonaiuto@policlinicodimonza.it

M. Pizzi

Department of General and Bariatric Surgery, Policlinico di Monza, Monza, Italy

S. Cantarella

Department of General and Bariatric Surgery, Policlinico di Monza, Monza, Italy

P. Pizzi

Department of General and Bariatric Surgery, Policlinico di Monza, Monza, Italy

ABSTRACT

R.S. è una donna di 73 anni che giunge in visita di chirurgia bariatrica. La pz è alta 160 cm e pesa 100 kg, per un BMI di 39,062. L'età la colloca al di fuori dei criteri di operabilità. Tuttavia la pz è affetta da numerose co-patologie alcune delle quali tali per cui un calo ponderale risulterebbe notevolmente migliorativo sulla qualità di vita complessiva.

In anamnesi si annovera:

insufficienza venosa degli arti inferiori con pregressa safenectomia bilaterale, BPCO con frequenti e severe riacutizzazioni, distiroidismo in struma nodulare, arterite gigantocellulare, ischemia cerebrale cronica con pregresso minor stroke, insufficienza renale cronica di IV-V stadio con numerose crisi di IRA su IRC per cui si è proceduto anche a confezionamento di FAV per dialisi non ancora utilizzato al momento dell'intervento, angina da sforzo sottoposta a PTCA su IVA media e su coronaria destra medio-prossimale, cardiopatia ipertensiva con funzione globale sistolica ancora conservata ma con alterato rilasciamento diastolico, atrio sinistro ai limiti superiori della norma, ectasia del bulbo aortico, rigurgito mitro-aortico di grado lieve, pressioni polmonari aumentate, stenosi carotidea del 55% a dx e del 35% a sx.

Alla luce di tale quadro e previa collegiale chirurgico-cardiologico-anestesiologica, veniva posta indicazione ad intervento di posizionamento endoscopico di bolla gastrica ad aria marca "Heliosphere" modello Newtech720. La procedura veniva condotta secondo protocollo ed in assenza di complicanze apprezzabili.

In giornata 1 p.o. , alla comparsa di quadro sintomatologico suggestivo per addome acuto, veniva effettuato esame TC addome che rilevava segni di perforazione gastrica.

Si procedeva quindi in regime d'emergenza ad intervento in anestesia generale di rimozione di bolla gastrica che rivelava ampia lacerazione dello stomaco del diametro di circa 10 cm a 7-8 cm dal piloro che veniva trattata per via laparoscopica a resezione laterale dello stomaco.

IDvideo	12
Speaker	Agus Marina under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Le complicanze in chirurgia bariatrica: prevenzione e trattamento
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Tre accorgimenti per evitare errori nella sleeve gastrectomy (black video).</b>
AUTORI	G.Fantola, M.Agus, M.Runfola, R.Moroni Chirurgia dell'Obesità - AO Brotzu, Cagliari
ABSTRACT	<p>La sleeve gastrectomy laparoscopica (LSG) è attualmente l'intervento di chirurgia bariatrica più praticato in tutto il mondo. Anche se viene considerata facile e riproducibile ed i tempi operatori sono rapidi, la LSG è una tecnica chirurgica strettamente dipendente dall'esperienza dell'operatore e può presentare delle temibili complicanze. I principali accorgimenti per una corretta procedura sono la standardizzazione dei gesti chirurgici e la corretta esposizione del campo operatorio tale da ridurre le più temibili complicanze che sono rappresentate da emorragia e fistola gastrica.</p> <p>Il video presenta tre casi clinici di pazienti sottoposti ad intervento di sleeve gastrectomy per via laparoscopica per obesità patologica.</p> <p>Lo scopo di questo video è analizzare i più comuni pitfalls che possono generare errori tecnici chirurgici causa di potenziali gravi complicanze intra e post operatorie.</p> <p>Primo video: emorragia da vaso gastrico breve in seguito ad una non corretta esposizione durante liberazione del fundus gastrico.</p> <p>Secondo video : un erroneo allineamento della suturatrice durante la resezione gastrica causa di fistola gastrica precoce.</p> <p>Terzo video: un utilizzo non attento della suturatrice con rinforzo durante la resezione gastrica.</p>

IDvideo	10
Speaker	Bove Vincenzo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Le complicanze in chirurgia bariatrica: prevenzione e trattamento
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ENDOSCOPIC REMOVAL OF MIGRATED ADJUSTABLE GASTRIC BANDING</b>
AUTORI	Vincenzo Bove, Ivo Boškoski, Andrea Tringali, Rosario Landi, Pietro Familiari, Vincenzo Perri, Guido Costamagna  Digestive Endoscopy Unit, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS. Università Cattolica del Sacro Cuore, Centre for Endoscopic Research Therapeutics and Training - CERTT, Rome, Italy
ABSTRACT	<p><b>BACKGROUND AND AIM</b> Intragastric band migrations or dysfunctions are common long-term complications of laparoscopic adjustable gastric banding (Lap-Band) that classically require surgical treatment. In this video case we describe the endoscopic removal of partially eroded Lap-Bands.</p> <p><b>MATERIAL AND METHODS</b> We present the case of a 61 years-old female that underwent a Lap-Band in 2002 for morbid obesity (weight 150 Kg, BMI 55.1). In November 2017 she had abdominal pain and an EGD showed erosion of the gastric mucosa and partial intragastric migration of the Lap-Band (&gt;50%). After surgical removal of the subcutaneous reservoir an endoscopic procedure was planned to remove the migrated gastric band. The procedure was performed under general anesthesia, with CO2 insufflation and using a therapeutic gastroscope (GIF-1T 160, Olympus, Japan).</p> <p><b>RESULTS</b> The ring was captured with a guidewire (Jagwire, Boston Scientific, Marlborough, MA) under endoscopic control and fluoroscopic control in a "loop shape". The endoscope was then removed, and a mechanical lithotripter (Endobair, London, UK) was placed over the 2 extremities of the wire and a biliary lithotripsy device was used to cut the migrated band. The band was pushed into the stomach, captured with a snare and pulled out. There were no procedure related complications.</p> <p><b>CONCLUSIONS</b> Endoscopic removal of intragastric migrated Lap-Band is safe, repeatable and procedure and is a valide alternative over surgery.</p>

IDvideo	26
Speaker	Iovino Michele Giuseppe under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Le complicanze in chirurgia bariatrica: prevenzione e trattamento
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Gestione di sanguinamento splenico durante Sleeve Gastrectomy</b>
AUTORI	Dott. M.G. Iovino U.O.S.D. Chirurgia Bariatrica A.O.R.N. Cardarelli Napoli Dott.ssa L. Costigliola U.O.S.D. Chirurgia Bariatrica A.O.R.N. Cardarelli Napoli Dott. E. Manno U.O.S.D. Chirurgia Bariatrica A.O.R.N. Cardarelli Napoli
ABSTRACT	Il video mostra la gestione di un sanguinamento splenico in corso di sleeve gastrectomy. Come da tecnica abituale il primo tempo dell'intervento è la mobilizzazione della grande curva e del fondo gastrico sezionando i vasi gastrici brevi a ridosso dello stomaco. Non è infrequente il riscontro di una stretta adesione tra il fondo ed il polo superiore della milza, questo è causa, nonostante una prudente dissezione di lesioni o speritoneizzazione spleniche e quindi un sanguinamento di non facile gestione. Non è mai chiaramente consigliabile utilizzare la coagulazione che causerebbe solo un peggioramento dell'emorragia. Il miglior atteggiamento potrebbe essere quello mostrato in questo video: tamponare, completare l'intervento e ricorrere ad emostatici. Il soddisfacente risultato intraoperatorio si è tradotto in un buona degenza post-operatoria ed il paziente è stato dimesso in 3° giornata.

IDvideo	17
Speaker	Piatto Giacomo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Le complicanze in chirurgia bariatrica: prevenzione e trattamento
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Peritonite massiva tardiva dopo Mini By Pass Gastrico: conversione laparoscopica a by pass gastrico.</b>
AUTORI	Giacomo Piatto, Natale Pellicanò, Cesare Lunardi, Maurizio De Luca Ospedale "San Valentino", Montebelluna (TV)
ABSTRACT	Presentiamo il caso di una paziente sottoposta a MGB su pregressa LSG a maggio 2018. Ad agosto 2018, a tre mesi dall'intervento, si presenta in Pronto Soccorso con addome acuto. La TC addome mostra un quadro di importante pneumoperitoneo associato a liquido libero addominale diffuso. Viene sottoposta a laparoscopia esplorativa urgente che mostra un quadro di coleperitoneo da deiscenza pressoché completa dell'anastomosi. Viene quindi effettuata una resezione dell'anastomosi e una ricostruzione su ansa alla Roux per via laparoscopica. Il decorso post-operatorio è stato caratterizzato da insorgenza di febbre sostenuta da versamento pleurico apico-basale sinistro reattivo, drenato, con successiva risoluzione del quadro febbrile. La paziente è stata dimessa in 14 gpo. Il follow-up è regolare.

IDvideo

3

Speaker

Borrelli

Alessandro

under40



ARGOMENTO

Le urgenze dopo chirurgia bariatrica

**TITOLO DEL LAVORO**

**Raffia gastrica dopo ulcera gastrica con perforazione in paziente operata di bypass gastrico 5 anni fa**

AUTORI

L'intervento è stato effettuato nel settembre 2018 dal dott. Cristiano Giardiello e dalla sua équipe, presso il Pineta Grande Hospital. In tale struttura il dottor C. Giardiello è responsabile dell' "Obesity Center" dove sono stati effettuati negli ultimi 5 anni più di 1500 interventi di chirurgia bariatrica. Effettuiamo anche numerosi casi di Redo-Surgery e abbiamo voluto mostrarvi questo video come esempio di come alle volte la radiologia possa far sospettare un quadro patologico, mentre invece l'intervento laparoscopico, tecnica che in questo caso è stata sia diagnostica che terapeutica, ne permette di evidenziare uno differente.

ABSTRACT

Vi presentiamo il caso di una donna di 45 anni, operata 5 anni prima di bypass gastrico che giunge in PS lamentando forti dolori addominali e febbre. Con un quadro apparente di addome acuto le viene immediatamente effettuata una TAC addome con mdc che riscontra la presenza di : quota fluida nello scavo pelvico, aspetto ispessito e ipertonico di un gruppo di anse digiunali al fianco sinistro che sottendono un meso dall'aspetto stirato e convergente in un punto come da ernia interna e soprattutto l'assenza di aria libera in addome. Viene operata in regime di di urgenza con il riscontro di peritonite diffusa, numerose aderenze viscer-viscerali e visceroparietali, ulcera gastrica con perforazione sul versante anteriore del remnant gastrico. Dopo accurata lisi di aderenze, viene pertanto effettuato una raffia a livello della soluzione di continuo. Omentoplastica di rinforzo, abbondante lavaggio, emostasi accurata e drenaggio completano l'intervento.

IDvideo	31
Speaker	Buonaiuto Luca under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Obesità e cancro
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Incidental finding of Gastrointestinal Stromal Tumour (GIST) 2 years after One-anastomosis gastric bypass: a case report.</b>
AUTORI	<p>L. Buonaiuto Department of General and Bariatric Surgery, Policlinico di Monza, Monza, Italy email: luca.buonaiuto@policlinicodimonza.it</p> <p>M. Pizzi Department of General and Bariatric Surgery, Policlinico di Monza, Monza, Italy</p> <p>S. Cantarella Department of General and Bariatric Surgery, Policlinico di Monza, Monza, Italy</p> <p>P. Pizzi Department of General and Bariatric Surgery, Policlinico di Monza, Monza, Italy</p>
ABSTRACT	<p>A 55-year-old female patient with a body mass index of 42.96 kg/m<sup>2</sup> came to our hospital for bariatric surgery. She was a candidate for One Anastomosis Gastric By-pass for morbid obesity after removing LAGB for weight regain. She underwent to OAGB (200 cm biliar tract) without complications. After 18 months/years she had a BMI of 31.25 kg/m<sup>2</sup>. Because of acute flank pain, she went in emergency room for suspected renal lithiasis. Abdominal CT scan with contrast was performed and an incidental findings was diagnosed: a solid tumor of 9 cm diameter was found in lesser omentum. Endoscopic ultrasound was performed that revealed no lesion in excluded stomach and a solid retrogastric iso-hypoechoic tumor with central anechoic region without Doppler vascular signal or power Doppler signal. Us-guided FNAB was performed but it was undiagnostic. FDG-PET was performed and it revealed modest and inhomogeneous hyperuptake. A solid tumor of 6 cm of diameter was on the lesser curvature of the excluded stomach between a peduncle with a diameter of 3 cm. Two cystic tumors of 6 cm diameter each one grew from solid tumor. Using a linear stapler the excluded stomach was divided about 2-3 cm from solid tumor. Extemporaneous histological examination was performed in order to analyze tumoral tissue. Histopathology report was: "spindle cells tumor, not adenocarcinoma". For this reason, no other gastric resection was performed. Definite diagnosis after histopatological examination was "gastric GIST - 1/50 HPF, Classification TNM pT3, risk group 3a, low risk". According to international guidelines, oncological strategy was follow up, CT every 4 months during first 2 years, then every 6 months until fifth year, and then a CT every year.</p>

IDvideo	9
Speaker	Agus Marina under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Resezione cul di sacco digiunale e posizionamento Minimizer dopo RYGB</b>
AUTORI	G.Fantola, M.Agus, M.Runfola, R.Moroni Chirurgia dell'Obesità - AO Brotzu, Cagliari
ABSTRACT	<p>Il video presenta il caso clinico di un paziente di 49 anni sottoposto nel Maggio 2015 ad intervento chirurgico di by pass intestinale con ansa alla Roux (RYGB) per via laparoscopica per obesità patologica (peso di 165 kg, BMI 49 kg/m<sup>2</sup>). Un anno dopo la procedura il paziente ha ottenuto una perdita di peso di 55 kg (BMI a 33 kg/m<sup>2</sup>), con un eccesso di peso perso (EWL) del 60%.</p> <p>Nel Settembre 2018 il paziente presenta una ripresa di peso di 10 kg (BMI 36 kg/m<sup>2</sup>) e l'apparizione di episodi di nausea e vomito post prandiali. Il transito effettuato con pasto baritato mostra una dilatazione del moncone duodenale con immagine tipica di tipo candy-cane. L'esofagogastroduodenoscopia ritrova inoltre una dilatazione a livello dell'anastomosi gastro-digiunale.</p> <p>Lo scopo di questo video è analizzare i principali aspetti tecnici di revisione dopo RYGB e resezione del cul di sacco digiunale con posizionamento di anello Minimizer.</p> <p>Primo tempo: adesiolisi ed esposizione della tasca gastrica.</p> <p>Secondo tempo: resezione del cul di sacco digiunale.</p> <p>Terzo tempo: posizionamento dell'anello Minimizer a monte dell'anastomosi gastro-digiunale.</p> <p>Nessuna complicanza e dimissione in prima giornata post operatoria. Realizzazione di un transito esofago-gastrico in seconda giornata post operatoria che mostra un corretto posizionamento dell'anello ed un buon passaggio del Gastrografin in assenza di segni di fistola o stenosi.</p> <p>Tre mesi dopo l'intervento, nel Dicembre 2018, il paziente presenta una perdita di peso di 10 kg (BMI 33 kg/m<sup>2</sup>), con un EWL del 25% ed una scomparsa della sintomatologia post prandiale.</p>

IDvideo	4
Speaker	Casella Giovanni under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Conversione da sleeve gastrectomy a bypass gastrico alla Roux (RYGB) o a singola anastomosi (OAGB)</b>
AUTORI	Prof Giovanni Casella Dott.ssa Lidia Castagneto Gissey Prof Alfredo Genco Dott.ssa Ilaria Ernesti  Dipartimento di Scienze Chirurgiche - Policlinico Umberto I, Sapienza Università di Roma
ABSTRACT	<p>L'aumentato utilizzo delle procedure bariatriche effettuate è stato seguito altresì da un aumento del numero di procedure di revisione, rese necessarie per l'instaurarsi di complicanze (disfagia, reflusso gastroesofageo severo, etc.), per insufficiente perdita di peso o per ripresa ponderale parziale o totale. Attualmente, l'intervento di sleeve gastrectomy è l'intervento maggiormente eseguito in tutto il mondo, grazie alla sua efficacia e sicurezza. Tuttavia, una percentuale variabile di pazienti necessitano di revisione chirurgica che si presenta spesso tecnicamente più complessa rispetto alla procedura primaria in quanto impone di operare su tessuti precedentemente manipolati e gravata, inoltre, da un maggior numero di complicanze postoperatorie. Per questo, nel proporre al paziente un intervento di revisione, è necessario valutare attentamente il rapporto rischio/beneficio, che tuttavia si rivela nella maggior parte dei casi a favore del reintervento, il quale ha lo scopo di ottimizzare i risultati in termini di perdita di peso e di risoluzione delle co-morbidità e di risolvere le eventuali complicanze dell'intervento primitivo offrendo un miglioramento significativo della qualità di vita.</p> <p>Presentiamo due casi clinici emblematici di conversione da sleeve gastrectomy a bypass gastrico alla Roux (RYGB) o bypass gastrico a singola anastomosi (OAGB), rispettivamente per reflusso gastroesofageo severo e ripresa di peso.</p>

IDvideo	40
Speaker	Boru Cristian Eugeniu under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Il bypass gastrico come unica salvezza dopo procedure bariatriche consecutive, diverse e fallite. Un video report di una sleeve complicata in una paziente multi-operata.</b>
AUTORI	Cristian Eugeniu Boru, Giovanni Forlanni, Gianfranco Silecchia UOC Chirurgia generale & Bariatric Centre of Excellence IFSO-EC, SICOB Dipartimento di Scienze Medico Chirurgiche e Biotecnologie Sapienza Università di Roma
ABSTRACT	<p>La sleeve gastrectomy laparoscopica (LSG) è la procedura bariatrica più eseguita, ma le complicanze potrebbero interferire con l'evoluzione a lungo termine del paziente in base alla sua compliance e tolleranza, all'atteggiamento chirurgico e all'evoluzione imprevedibile.</p> <p>Presentiamo il caso di una paziente obesa di sesso femminile, con diabete mellito tipo II e ipertensione arteriosa, con interventi mininvasivi bariatrici multipli sequenziali: LSG nel 2012 complicata da dilatazione gastrica postoperatoria ed ulteriore stenosi mediogastrica funzionale, reintervento per viscerolisi e colecistectomia, con dilatazioni gastriche endoscopiche sequenziali, poi convertita in bypass gastrico con anastomosi gastro-enterale funzionale (ansa di 200 cm), con posizionamento concomitante di un anello gastrico non regolabile tipo Fobi prepilorico, al posto della divisione gastrica. L'ultima operazione è stata complicata dopo 12 mesi del reflusso gastro-esofageo biliare persistente, dolori addominali cronici e meteorismo. Nel 2018 la paziente ha subito la conversione al bypass gastrico R-en-Y laparoscopico RYGB, con resezione dell'anastomosi gastro-enterale, rimozione dell'anello e viscerolisi.</p> <p>La conversione nel RYGB è stata complicata dal choleperitoneo post-viscerolisi, trattato con approccio laparoscopico nella nona giornata postoperatoria. Dopo numerosi interventi chirurgici ed endoscopici, la paziente presenta esiti favorevoli a 6 mesi, senza reflusso o dolori addominali, con ulteriore perdita di peso e miglioramento del diabete (riduzione delle dosi d'insulina).</p> <p>la chirurgia bariatrica ha un'evoluzione imprevedibile a volte e la conversione in RYGB sembra essere la soluzione migliore.</p>

IDvideo	5
Speaker	Peri                      Andrea Peri                      under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Conversione da Long Magenstrasse ad OAGB funzionale con "Minimizer ring" e riparazione di laparocele sottocostale sinistro</b>
AUTORI	A.Peri, F.C.Bruno, N.Mineo, S.Malabarba, S.Carando, A.Pietrabissa  IRCCS Policlinico San Matteo Pavia
ABSTRACT	<p>In questo video di tecnica chirurgica vorrei presentare il caso di una paziente di 44 anni sottoposta nel 2010 a Long Magenstrasse con tecnica laparotomica al peso di 167kg e BMI 61; successivamente buon calo ponderale fino a 91 Kg (-76Kg) e BMI 33. Negli anni successivi, scarso follow up e progressivo recupero ponderale. Nei primi mesi del 2018 la paziente giungeva alla Ns attenzione con un weight regain di 41kg, peso 132kg e BMI 48,4. Tra le comorbidità emergeva solo una steatosi epatica. Collateralmente la paziente aveva sviluppato un grossolano laparocele sottocostale sinistro contenente buona parte del piccolo intestino che la paziente riferiva essere uno dei principali motivi per cui si rivolgeva alla Ns attenzione.</p> <p>Dopo completa rivalutazione multidisciplinare, decidiamo di candidare la paziente ad una procedura che garantisse anche ipo-malassorbimento. In considerazione della complessità del caso, tuttavia, decidiamo di optare per un'esclusione solo funzionale dell'outlet gastrico posizionando un ring ed evitando la transezione del viscere, nella convinzione di poter ridurre potenziali complicanze correlate alla sezione di un viscere in condizioni non ottimali e alla potenziale sindrome dell'antro ritenuto, di preservare l'esplorabilità duodenale in paziente non colecistectomizzata e con un addome plurioperato.</p> <p>In tutti i pazienti a cui facciamo OAGB misuriamo sempre la lunghezza totale del piccolo intestino e ne escludiamo 1/3 partendo dall'angolo di Treitz. Crediamo che, sebbene indaginoso, questo sia l'unico modo per personalizzare adeguatamente la procedura senza rischiare insuccessi o quadri di malassorbimento severo.</p> <p>Al termine del confezionamento del nostro "Mini bypass" procediamo a riparazione del laparocele sottocostale sinistro con tecnica IPOM. Solitamente rimandiamo la riparazione delle ernie incisionali ad un secondo momento; tuttavia, in questo caso, il disagio espresso dalla paziente, il fatto di aver eseguito un intervento con componente sottomesocolica, una recente esperienza negativa in un caso simile non riparato contestualmente, ci hanno fatto procedere ad un tentativo di riparazione in un solo tempo.</p>

IDvideo	15
Speaker	Bellini Fabrizio under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>"Pouch revision and banding", nella ripresa di peso dopo RYGBP.</b>
AUTORI	- Bellini Fabrizio, ASST del Garda - Pietro Pizzi, Policlinico di Monza
ABSTRACT	<p><b>Introduzione</b> La ripresa di peso dopo By Pass Gastrico nel lungo termine ha una frequenza che va dal 5 al 40%. La dilatazione della tasca gastrica e del tratto prossimale dell'ansa alimentare, sono alla base della ripresa del peso.</p> <p><b>Materiale e metodo</b> Nella ripresa di peso, con documentata dilatazione della tasca gastrica, il bendaggio della pouch, viene considerato dal nostro gruppo, come il trattamento di scelta. Una paziente trattata 5 anni prima in altra sede con By Pass gastrico (BMI:51), dopo aver raggiunto un BMI di 31,2 a 40 mesi dall'intervento, ha progressivamente ripreso peso sino ad un valore di 41,2. Giunta alla nostra osservazione, le indagini radiologiche ed endoscopiche, evidenziavano una dilatazione della tasca gastrica. Il video, documenta la revisione della pouch, la resezione del cul de sac e la sezione della fistola gastro-gastrica. All'atto chirurgico infatti, oltre alla dilatazione della pouch documentata preoperatoriamente, si riscontravano anche un voluminoso cul de sac e la presenza di una fistola gastro-gastrica.</p> <p><b>Risultati</b> La revisione laparoscopica della tasca gastrica ed il bendaggio della stessa con "By Band", hanno consentito, a 13 mesi dall'intervento una perdita di peso del 72%.</p> <p><b>Conclusioni</b> La componente restrittiva del By Pass Gastrico, diminuisce con il passare degli anni. La dilatazione della pouch gastrica è certamente alla base della ripresa del peso. Con il resizing della tasca ed il bendaggio della stessa, vengono ripristinate le condizioni anatomiche iniziali e si previene una successiva dilatazione.</p>

IDvideo	16
Speaker	Piatto Giacomo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Single Anastomosis Jejunum-Ileal</b>
AUTORI	Giacomo Piatto Natale Pellicanò Cesare Lunardi Maurizio De Luca Ospedale San Valentino, Montebelluna (TV)
ABSTRACT	<p>Il video presenta un caso di fallimento dopo bypass gastrico laparoscopico.</p> <p>Viene proposta una nuova tecnica di chirurgia di conversione: la SAJI (Single Anastomosis Jejunum-Ileal).</p> <p>Questa tecnica malassorbitiva pura può risultare efficace come "re-do for failure" e semplice da effettuare.</p> <p>Essa consiste nel sezionare il digiuno 30 cm a valle della GEA e confezionare un'anastomosi digiuno-ideale a 300 cm dalla valvola ileo-cecale.</p>

IDvideo

35

Speaker

Contine

Alessandro

under40



ARGOMENTO

Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino

**TITOLO DEL LAVORO**

**Conversione di pregressa gastroplastica verticale open con Bypass ad Y laparoscopico per weight regain e malattia da reflusso gastroesofageo con grossolana ernia iatale**

AUTORI

Dr. Alessandro Contine  
U.O. Chirurgia Generale  
Direttore Dr. Maurizio Cesari  
Ospedale di Città di Castello  
Usl Umbria 1

ABSTRACT

Paziente sottoposta oltre 15 anni fa a gastroplastica verticale open; peso iniziale 130Kg Bmi 42; dopo l'intervento accusa da sempre malattia da reflusso; dopo aver raggiunto un peso di circa 80kg in 2 anni, riprende peso fino a stabilizzarsi intorno ai 96kg. Da accertamenti eseguiti dopo l'intervento emerge presenza di ernia iatale con scivolamento della tasca gastrica in torace; spiccata sintomatologia da reflusso che non risponde più alla terapia con antiacidi e procinetici da diversi anni. Laparocèle mediano sottombelicale.

La paziente viene sottoposta a Bypass gastrico ad Y, riduzione dell'ernia iatale e iatoplastica a punti staccati con tecnica laparoscopica. Dimessa in terza giornata p.o. Riferisce da subito miglioramento della sintomatologia da reflusso. A 16 mesi dall'intervento non ha più sintomi da reflusso, peso attuale 80Kg.

IDvideo	23
Speaker	Baldini Edoardo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Conversione laparoscopica di Magenstrasse and Mill in bypass gastrico</b>
AUTORI	<p>Baldini Edoardo (1)  Regina Gabriele (1)  Romboli Andrea (1)  Rolla Jessica (2)  Rampulla Alessandro (2)  Capelli Patrizio (1)</p> <p>(1) U.O. Chirurgia Generale, Vascolare e Senologica - Ospedale G. da Saliceto - Piacenza  (2) Ambulatorio Malattie Metaboliche - Ospedale G. da Saliceto - Piacenza</p>
ABSTRACT	<p>La Magenstrasse and Mill (MM) è un intervento bariatrico proposto da Johnston nel 1987. I risultati a due anni erano soddisfacenti: perdita di eccesso di peso di circa il 65% e ottima qualità di vita. Tuttavia, dopo 3-4 anni dall' intervento era stata riportata una perdita dell' eccesso di peso del 40-45%, con risultati più deludenti nei pazienti superobesi.</p> <p>In Italia questa tecnica ha avuto scarsa diffusione. Sono rari i report di redo surgery a partire da questo intervento.</p> <p>Una donna di 42 anni sottoposta ad intervento di MM laparoscopica 8 anni prima si è presentata alla nostra attenzione per sintomi da reflusso gastro-esofageo invalidanti e per un aumento del peso negli mesi precedenti. Dopo una presa in carico nutrizionale e psicologica, persistendo i sintomi da reflusso e non riuscendo ad ottenere una perdita di peso soddisfacente (BMI di 40 kg/mq stabile), abbiamo proposto una conversione in bypass gastrico.</p> <p>L' intervento è cominciato con un' adesiolisi estesa, per ottenere la liberazione della parte prossimale del tubulo gastrico mediale. In questo caso, il tubulo era nettamente dilatato, rispetto alla calibrazione standard dell' intervento originale (sonda di 32F). Una volta ottenuta la separazione del tubulo mediale rispetto al tubulo laterale dello stomaco nella loro parte superiore, abbiamo ritagliato una nuova tasca gastrica calibrata su una sonda di 36F. Abbiamo proceduto successivamente alla realizzazione di un' ansa alla Roux ed dell' anastomosi gastro-digiunale T-L con sutura manuale. Il postoperatorio è stato regolare. L' Rx transito ha mostrato un passaggio di m.d.c. regolare in assenza di fistole. Ad un follow up di 3 mesi il BMI è sceso a 35 kg/mq e la sintomatologia da reflusso è completamente risolta.</p> <p>La conversione laparoscopica di una MM in bypass gastrico può risultare più complessa della conversione di una semplice sleeve gastrectomy, in particolare per le aderenze tra i due tubuli gastrici.</p>

IDvideo	24
Speaker	Bellini Fabrizio under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>"Pouch resizing and Banding" nella ripresa di peso dopo OAGBP</b>
AUTORI	- Bellini Fabrizio, ASST del Garda - Pizzi Pietro, Policlinico di Monza
ABSTRACT	<p>Introduzione La ripresa di peso dopo OAGBP nel lungo periodo non è infrequente ( 5%-26%). Responsabile della ripresa del peso è la distensione della pouch gastrica.</p> <p>Materiale e metodo Giovane donna con OAGBP eseguito nel 2014, BMI:49. La perdita di peso ed il benessere della paziente sono durati sino ad inizio 2016 (BMI:32,1), allorquando ha gradualmente iniziato a riprendere peso, anche con saltuari episodi di vomito. Giunta alla nostra osservazione nel 2017, le indagini morfologiche hanno evidenziato una dilatazione dell'intera tasca gastrica (BMI:42,8). Il video mostra la revisione laparoscopica della pouch ed il posizionamento di un bendaggio gastrico non regolabile.</p> <p>Risultati A 18 mesi dalla revisione, si è ottenuto una perdita di peso maggiore di quella ottenuta in precedenza (BMI:29,4), avvalorando l'importanza anche della componente restrittiva nel OAGBP.</p> <p>Conclusioni Il bendaggio non regolabile posizionato a metà della lunga tasca gastrica mantiene invariata nel tempo la restrizione del mini By Pass Gastrico. In assenza di sintomi malnutritivi ed in presenza di una dilatazione della pouch, la revisione del OAGBP con posizionamento di bendaggio non regolabile, rappresenta un intervento di semplice esecuzione, poco invasivo e con buoni risultati sulla perdita di peso.</p>

IDvideo	25
Speaker	Cantarella Salvatore under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Byband su RYGB con esiti di fistola gastrica</b>
AUTORI	Dr Salvatore Cantarella, Dr Luca Buonaiuto, Dr. Mattia Pizzi, Dr Pietro Pizzi
ABSTRACT	<p>Intervento di minibypass gastrico con un peso iniziale 105 kg successivo calo ponderale fino a 64.8 kg in 1 anno. peso stabile per circa 4 anni, negli ultimi 2 anni graduale riaumento di peso ; Esegue percorso bariatrico ( visita endocrinologica , rx transito, EGDS) Durante laparoscopia si reperta tasca gastrica di dimensioni molto aumentate, "cul di sacco dell'ansa digiunale postanastomoticae fistola gastro-gastrica (negativa la egds). Si esegue abolizione della fistola con endogia e riduzione della tasca gastrica del by-pass con endogia. posizionamento di bendaggio gastrico sovraanastomotico (byband) fissato distalmente con punto non riassorbibile tra tasca e stomaco residuo. Dimissione in 3 gg; ripetizione rx trasito ad 1 mese negativo per fistola Sintomatologia clinica assente, perdita ponderale ;</p>



IDvideo	32
Speaker	Buonaiuto Luca under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Sleeve gastrectomy e posizionamento di bendaggio non regolabile in esiti di bendaggio gastrico</b>
AUTORI	<p>L. Buonaiuto Department of General and Bariatric Surgery, Policlinico di Monza, Monza, Italy email: luca.buonaiuto@policlinicodimonza.it</p> <p>M. Pizzi Department of General and Bariatric Surgery, Policlinico di Monza, Monza, Italy</p> <p>S. Cantarella Department of General and Bariatric Surgery, Policlinico di Monza, Monza, Italy</p> <p>P. Pizzi Department of General and Bariatric Surgery, Policlinico di Monza, Monza, Italy</p>
ABSTRACT	<p>Pz sottoposta ad intervento di LAGB nel 2001. Giungeva in visita per valutazione bariatrica. Nessun calo ponderale dal posizionamento del LAGB. Intraprendeva percorso bariatrico per rimozione di LAGB e successiva re-do surgery.</p> <p>Rimosso il LAGB veniva quindi sottoposta in un secondo momento ad intervento di sleeve gastrectomy laparoscopica con contestuale posizionamento di bendaggio gastrico non regolabile, previa indaginosa lisi aderenziale correlata ai precedenti interventi chirurgici.</p>

IDvideo	33
Speaker	pizzi mattia under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>sleeve gastrectomy laparoscopica dopo esecuzione di sleeve gastrectomy endoscopica</b>
AUTORI	dr Mattia Pizzi , dr Cantarella Salvatore, Dr Luca Buonaiuto, Dr Pietro Pizzi
ABSTRACT	<p>Sleeve gastrectomy endoscopica con scarso calo ponderale; Paziente rivalutata mediante screening bariatrico, ( egds, Rx transito, valutazione endocrinologica) esecuzione di sleeve gastrectomy laparoscopica;</p> <p>Esiti interventi positivo, perdita di peso nei primi 3 mesi di circa 10 kg;</p>

IDvideo	34
Speaker	Fantola Giovanni under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Re-do surgery di conversione, di revisione e di ripristino
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Redo RYGB: rimodellamento della tasca gastrica e posizionamento del Fobi-ring</b>
AUTORI	Giovanni Fantola, Matteo Runfola, Marina Agus, Roberto Moroni
ABSTRACT	<p>Introduzione. L'anello gastrico è un dispositivo che viene utilizzato come restrizione gastrica nel bypass e nella sleeve. Lo scopo è quello di ridurre ulteriormente il senso di sazietà e soprattutto impedire la dilatazione della tasca. Nelle procedure di revisione di anastomosi gastrodigiunale è sicuramente un dispositivo di grande utilità. Nella nostra esperienza il posizionamento dell'anello gastrico deve essere sempre accompagnato ad un rimodellamento del complesso anastomotico gastro-digiunale. Video. In questo video si vogliono evidenziare alcune note tecniche di revisione di bypass gastrico. Il primo tempo deve prevedere sempre una completa e corretta esposizione della tasca gastrica e del complesso anastomotico gastro-digiunale. Il secondo tempo prevede il rimodellamento dell'anastomosi che inizia con esposizione e resezione del cul di sacco digiunale. Il terzo tempo prevede il rimodellamento della tasca gastrica con resezione sulla guida di una sonda oro-gastrica da 34Fr. Il quarto tempo corrisponde al posizionamento dell'anello 3 cm sopra all'anastomosi che deve essere fissato alla tasca gastrica con punti non riassorbibili. Conclusioni. La revisione di bypass gastrico per ripresa di peso si può giovare di una riduzione della tasca gastrica e del complesso gastro-digiunale. L'anello gastrico è un dispositivo utile se associato alla chirurgia di revisione resettiva.</p>

IDvideo	18
Speaker	Iovino Michele Giuseppe under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Weight Regain
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Weight Regain dopo Sleeve Gastrectomy</b>
AUTORI	Dott. Michele Giuseppe Iovino U.O.S.D. Chirurgia Bariatrica A.O.R.N. Cardarelli Dott.ssa Luciana Costigliola U.O.S.D. Chirurgia Bariatrica A.O.R.N. Cardarelli Dott. Emilio Manno U.O.S.D. Chirurgia Bariatrica A.O.R.N. Cardarelli
ABSTRACT	<p>Il video mostra il caso di una paziente di 30 anni sottoposta nel 2012 ad intervento di Sleeve Gastrectomy con riferito fallimento nel breve periodo. Giungeva alla nostra attenzione nel settembre 2018 con un BMI di 48. La diagnostica preoperatoria ed in particolare la TC volumetrica evidenziavano un volume gastrico di 550 cc circa. Dopo la consueta preparazione nutrizionale e psicologica veniva sottoposta ad intervento chirurgico. L'esplorazione laparoscopica evidenziava un corpo-fondo gastrico compatibile con gli esiti del pregresso intervento ma un antro di abnormemente dilatato verosimilmente esito di un difetto di tecnica. L'equipe chirurgica in considerazione del quadro anatomo-chirurgico decideva per conversione a MBP/OAGB.</p>