

IDabstract	31
Speaker	Usai Antonella under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	La gestione del follow-up e la prevenzione delle complicanze
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>LA PREVENZIONE DELLA FISTOLA NELLA CHIRURGIA BARIATRICA</b>
AUTORI	A. Usai, M. Grivon, R. Brachet Contul, R. Lorusso, M. J. Nardi, E. Ponte, M. Roveroni, M. Beggiano, C. Mosca, P. Millo  S.S. Chirurgia dell' Obesita' e Laparoscopia Avanzata Responsabile Dr.ssa A. Usai S.C. Chirurgia Generale e Urgenza Responsabile Dr. P. Millo Ospeale Regioanle U. Parini Aosta
RELATORE	
INTRODUZIONE	Le procedure chirurgiche per obesità sono in continuo aumento, le due tecniche maggiormente utilizzate sono la sleeve gastrectomie (SG), più del 45% dei casi e il gastric by pass (GBP), 39%. Nella SG la fistola con il sanguinamento e la stenosi risultano essere tra le complicanze piu' frequenti, nelle serie maggiori rappresentano il 5 % dei casi. L'incidenza media di fistola, che normalmente si presenta nella porzione superiore della trancia, e' del 2.1 % (range 1.1 -5.3%). La patogenesi della fistola puo' essere attribuita a meccanismi meccanici o ischemici. In questo senso intervengono molti fattori predisponenti correlati alla tecnica e al paziente. Le piu' comuni complicanze del GBP sono il sanguinamento, la stenosi e la fistola. L'incidenza della fistola in letteratura varia tra il 0.1 e 5.8 %. In prevalenza riguarda l'anastomosi G-J ma puo' anche interessare la linea di sutura della pouch gastrica o l'anastomosi J-J
METODI	La scelta della misura della sonda di calibraggio è determinante nella patogenesi della fistola, la creazione di un tubulo troppo stretto può provocare un iperpressione all'interno della pouch, il rischio diminuisce con sonde di calibro superiore a 40 fr. Per quanto riguarda dove far iniziare la trancia di sezione della sleeve farla partire a piu di 5 cm dal piloro vuol dire preservare una porzione maggiore di antro al fine di permette un migliore svutamento gastrico e quindi diminuire la pressione intraluminare. Altra ricorrente causa patogenetica dell'insorgenza di fistola e' la presenza di un tubulo gastrico con twist o stenosi, tale meccanismo puo' essere ovviato con l'utilizzo di cariche della suturatrice adeguate. La fistola può essere il risultato di una cattiva combinazione tra altezza dei punti della carica e spessore dei tessuti. Per quello che riguarda il rinforzo della linea di sutura i dati in letteratura sono controversi sia per la SG che per GBP. Nel GBP il tipo di anastomosi utilizzata non sembra influenzare l'incidenza di fistola
RISULTATI	Nella nostra casistica dal 2006 al 2020 abbiamo eseguito 237 sleeve , con prevalenza femminile (M91:F146), età media 45.6 anni (range 18-65), BMI medio 50,7. La nostra trancia di sutura è realizzata a partire da 5 cm dal piloro, con sonda di calibraggio di 16mm (48fr), ritrovando una morbidity del 10.7% con incidenza di fistola del 0.5% Nella nostra esperienza dal 2000 al 2020 sono stati realizzati 469 GBP, rapporto M:F 102:367, età media 41.5 (range 20-65). BMI medio 46.4 Kg/cm2 EW 66.6 Kg , con un incidenza di fistola del 3.4%. In 5 casi l'anastomosi era transorale, in 1 caso circolare ocn borsa di tabacco, in 2 casi lineare meccanica in 4 casi manuale e in 4 casi robotica.
DISCUSSIONE	Nell'ambito della chirurgia bariatrica sleeve e gastric by pass restano le tecniche più frequentemente utilizzate. La fistola rappresenta una delle maggiori complicanze di entrambe le metodiche. Nella Sleeve la misura della sonda di calibraggio sembra poter influire sull'incidenza di fistola. Nel GBP il tipo di anastomosi realizzata non incide sulla fistola
BIBLIOGRAFIA	
Revisore	Non assegnato

Accettazione

Non ancora definito

Note

--