

IDabstract	69
Speaker	Soricelli Emanuele under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Comunicazioni libere
TITOLO DEL LAVORO	Occlusione intestinale da emobezoarico dopo Bypass gastrico su ansa alla Roux: esperienza monocentrica e revisione della letteratura.
AUTORI	Emanuele Soricelli, Enrico Facchiano, Vivana Caputo, Luca Leuratti, Giovanni Quartararo, Marcello Lucchese
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>L'occlusione intestinale (OI) costituisce una complicanza temibile dopo Bypass gastrico laparoscopico su ansa alla Roux (RYGB), con un'incidenza che raggiunge il 5% in alcune casistiche. L'OI può essere distinta in "precoce" (OIP), se si verifica entro 30 giorni dall'intervento chirurgico, o "tardiva" (OIT) quando si manifesta a distanza di più di 30 giorni dall'intervento. La patogenesi dell'OIP è spesso associata ad un errore di tecnica chirurgica e interessa quasi sempre l'anastomosi digiuno-digiunale (ADD), mentre L'OIT può essere causata da un'ernia interna, intussuscezione o aderenze post-operatorie. La formazione di un coagulo intra-luminale, il cosiddetto "emobezoarico" è una complicanza rara dopo RYGB ma con conseguenze potenzialmente gravi. In questa comunicazione presentiamo la nostra esperienza di 6 casi di emobezoarico dopo RYGB, descrivendo il percorso diagnostico, le modalità di trattamento e il decorso post-operatorio.</p>
METODI	<p>Abbiamo analizzato retrospettivamente il nostro database prospettico includendo tutti i pazienti sottoposti a RYGB dal gennaio 2010 al Dicembre 2019, considerando per il presente studio tutti coloro i quali avevano subito un reintervento per OI, ed in particolare quelli causati da emobezoarico.</p> <p>Sono stati analizzati i seguenti dati: sesso, età, BMI, comorbidità, pregressi interventi chirurgici, tempo operatorio, intervallo di tempo tra RYGB e diagnosi di emobezoarico, durata del reintervento, durata del ricovero, ulteriori complicanze post-operatorie.</p> <p>Nel periodo in esame l'intervento chirurgico è stato sempre eseguito con 5 trocar (3 da 12 mm e 2 da 5 mm di diametro). La sezione della tasca gastrica inizia a 6 cm dalla giunzione gastroesofagea mentre la lunghezza del tratto alimentare e di quello bilio-pancreatico sono rispettivamente di 100 cm e 75 cm. Sia l'anastomosi gastro-digiunale (AGD) che l'ADD vengono confezionate con suturatrice lineare. La chiusura dello spazio intermesenterico e dello spazio di Petersen viene eseguita di routine.</p> <p>Alla fine dell'intervento il test al blu di metilene viene sempre eseguito per escludere la presenza di un leakage o di una stenosi dell'AGD o dell'ADD.</p> <p>Il protocollo post-operatorio prevede l'assunzione di liquidi chiari a distanza di 5 ore dall'intervento, mentre la profilassi tromboembolica prevede una somministrazione di eparina basso peso molecolare 12 ore prima dell'intervento, quindi 2 volte al giorno a partire da 6 ore di distanza dalla procedura chirurgica.</p>
RISULTATI	<p>Da Gennaio 2010 a Dicembre 2019 abbiamo eseguito 843 RYGB con 6 casi di OIP da emobezoarico (0.71%)</p> <p>I pazienti erano tutte donne (età media di 41.2 anni; BMI medio di 41.3 kg/m²), senza significative comorbidità. Durante il RYGB, in tre casi è stata utilizzata una suturatrice lineare Tri-staple™, mentre negli altri tre casi è stata utilizzata una Echelon flex™ Endopath®.</p> <p>Tutti i pazienti hanno sviluppato dei sintomi abbastanza aspecifici (dolore addominale, senso di ripienezza, nausea, eruttazioni e conati di vomito), in media dopo 26.6 ore dal RYGB.</p> <p>Gli esami ematici mostravano una modesta anemizzazione in tre casi mentre in un caso è stato necessario eseguire una trasfusione ematica a causa di un'anemizzazione severa.</p>

E' stata sempre eseguita una TC addome con mdc endovenoso che mostrava la dilatazione dello stomaco escluso, del duodeno, del tratto bilio-pancreatico e di quello alimentare. Il punto di transizione era collocato a livello dell'ADD il cui lume appariva occupato da materiale iperdenso, suggestivo per coagulo ematico.

Il reintervento è stato sempre eseguito con approccio laparoscopico e consisteva nell'esecuzione di un'enterotomia sull'esternità distale del moncone biliopancreatico, attraverso la quale veniva aspirato il coagulo ematico e detesa sia l'ansa alimentare che quella bilio-pancreatica. La tasca gastrica e l'ansa alimentare venivano ulteriormente detese mediante l'introduzione di un sondino naso gastrico. L'ADD veniva infine controllata per escludere eventuali sanguinamenti residui e l'enterotomia veniva quindi chiusa con suturatrice lineare.

La durata media del reintervento era di 113 minuti. Si sono verificate tre complicanze post-operatorie: una polmonite ab-ingestis, un ascesso pelvico drenato per via percutanea e un leakage dell'ADD che richiedeva un ulteriore re-intervento laparoscopico con resezione e riconfezionamento dell'ADD. La durata complessiva del ricovero era di 11± 6.9 giorni (range 6-24 giorni).

DISCUSSIONE

La fisiopatogenesi della formazione di un emobezoario dopo RYGB è tuttora incerta. Infatti, nonostante il sanguinamento intraluminale possa verificarsi a vari livelli (tasca gastrica, stomaco escluso, AGD, ADD), l'emobezoario si sviluppa quasi sempre a livello dell'ADD. E' ipotizzabile che la costituzione stessa dell'ADD rappresenti un fattore di rischio per lo sviluppo di un emobezoario. Infatti la presenza di diverse linee di sutura ravvicinate rende l'intestino meno elastico, inficiando l'attività peristaltica, e rallentando il transito intestinale pure in assenza di una stenosi significativa. Inoltre la presenza di clip in titanio potrebbe creare un ambiente protrombotico. Questi fattori potrebbero aumentare il rischio di sviluppo di un coagulo intraluminale, indipendentemente dal punto di sanguinamento.

La clinica dell'OIA può includere sintomi aspecifici come nausea, senso di pienezza, singhiozzo, conati di vomito, dolore addominale e dorsale, dispnea. Il vomito può essere assente se l'ostruzione non coinvolge il tratto alimentare. I parametri vitali e gli esami ematici possono risultare normali o solo leggermente alterati, in particolare nelle fasi iniziali, mentre la tachicardia è costante.

L'esame di scelta è rappresentato dalla TC addome con mdc endovenoso che permette di evidenziare lo stato occlusivo e il punto di transizione e deve essere eseguita tempestivamente in caso di sospetto clinico per evitare sequele potenzialmente molto gravi.

Secondo i dati della letteratura l'incidenza di emobezoario dopo RYGB è dello 0.05-1,9% ed in tutti i casi ha un insorgenza precoce. Il trattamento è rappresentato in genere dall'aspirazione del coagulo. Tuttavia, in caso di sospetta stenosi anastomotica, una resezione del complesso anastomotico e il confezionamento di una nuova ADD appare auspicabile. Alcuni autori suggeriscono l'esecuzione di una gastrostomia sullo stomaco escluso, in particolare nel sospetto di una deiscenza della sutura.

BIBLIOGRAFIA

Revisore

Non assegnato

Accettazione

Non ancora definito

Note