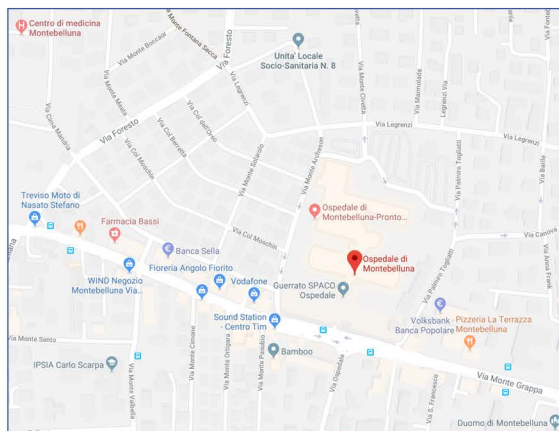
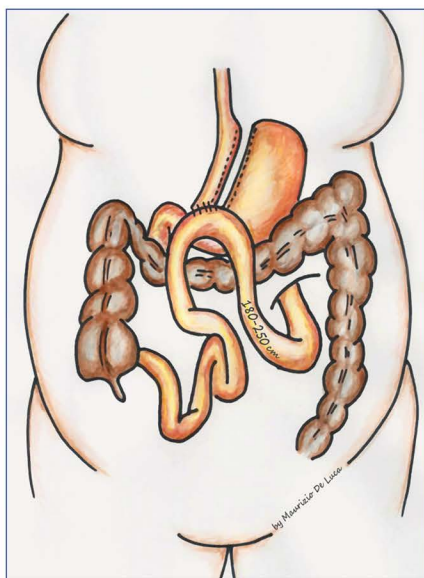


PROCEDURAL TRAINING

Minibypass Gastrico

Direttore del Corso: Maurizio De Luca



Mini Gastric Bypass/One Anastomosis Gastric Bypass

Sede de Corso

Ospedale San Valentino

di Montebelluna Treviso

Via Palmiro Togliatti n 1

31044 Montebelluna (Treviso)

Segreteria Organizzativa

Softitalia Consulting srl

via Morghen, 36 - NAPOLI

+39.081.19313816

info@softitalia.net

RELATORI/OPERATORI

Direttore del Corso **Maurizio De Luca**

Robert Rutledge

Federico Bilotti

Natale Pellicanò

Cesare Lunardi

Nicola Clemente

Alberto Sartori

Giacomo Piatto

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Annamaria Favaro - Giacomo Piatto

Telefono 0423611520

Fax 0423611519

Email: nnwdel@tin.it

Con il contributo non condizionante di

Johnson & Johnson

MEDICAL S.P.A.

PROCEDURAL TRAINING

Minibypass Gastrico

Direttore del Corso: Maurizio De Luca

20 - 21 novembre 2018



**Ospedale San Valentino
Montebelluna (Treviso)**

PROCEDURAL TRAINING

Minibypass Gastrico

SEDE DEL CORSO

Ospedale San Valentino di Montebelluna Treviso
Via Palmiro Togliatti n 1 31044 Montebelluna (Treviso)

Direttore del Corso: Maurizio De Luca

MARTEDÌ, 20 NOVEMBRE 2018

14.30-14.35 Introduction - **Maurizio De Luca**

14.35-15.30 Energy-Endocutter Value Proposition - **Federico Bilotti**

15.30-17.20 ... hours with Robert Rutledge - **Robert Rutledge**

- MGB Background
- MGB = Routine Surgery,
- MGB vs Sleeve,
- MGB Billroth II Rx Diabetes,
- MGB - Billroth II & Gastric Cancer
- Rutledge MGB Technique
- Gastric Pouch, Hiatal Hernia
- Bilio-Pancreatic Limb Length, Gastro-Jejunostomy, Gastro-Jejunostomy Closure
- MGB Diet , Supplements Follow Up Blood Test

17.20-17.30 Coffe break

17.30-17.40 MGB-OAGB IFSO Position Statement - **Maurizio De Luca**

17.40-19.30 ... hours with Robert Rutledge - **Robert Rutledge**

- Rx and Leak Protocol
- MGB Years Later
- Deficiencies & Excess Weight Loss
- Reoperation after MGB
- Bile Reflux
- Gastritis, Ulcer
- Fainting/Salt
- Estrogen & Depression

19.30 End of the meeting

20.00 Dinner

MERCOLEDÌ, 21 NOVEMBRE 2018

8.30-14.30 Two operating room for 4-5 MGB-OAGB operations

14.30 Light lunch and end of the course

L'intervento consiste in una lunga e stretta tubulizzazione gastrica praticata lungo la piccola curvatura dello stomaco che viene anastomizzata ad una lunga ansa digiunale portata in sede sovrame-socolica. E' costituito quindi, da una singola anastomosi gastro-digiunale mentre viene evitata l'anastomosi digiuno-digiunale del bypass gastrico. Il mini bypass gastrico può considerarsi una tecnica con una azione restrittiva causata dalla tubulizzazione gastrica ed una moderata azione malassorbitiva causata dalla esclusione di 180-250 cm di intestino tenue dal transito alimentare. La tubulizzazione gastrica lungo la piccola curvatura è lunga, tanto da essere comparata da alcuni Autori ad una sleeve gastrectomy.

Il mini bypass gastrico è un intervento chirurgico introdotto da un chirurgo statunitense, Robert Rutledge, nel 1997, allo scopo di semplificare e possibilmente diminuire i rischi del bypass gastrico classico, con una reversibilità o conversione ad altra metodica più semplice. Alcuni Autori lo definiscono Billroth II Gastric Bypass, Loop Gastric Bypass, Omega Loop Gastric Bypass o BAGUA. Al momento però la definizione di Mini Gastric bypass/ One Anastomosis Gastric Bypass è quella che meglio lo contraddistingue.

I vantaggi sono costituiti da maggiore semplicità dell'approccio chirurgico rispetto al bypass gastrico, minori percentuali di complicanze peri-operatorie rispetto al bypass gastrico (per la singola anastomosi), ottimi risultati in termini di calo ponderale a lungo termine, ottimi risultati in termini di remissione del diabete e delle comorbidità.

I risultati in termini di calo ponderale della maggiori casistiche (Rutledge, Lee, Caballero) si rivelano sovrapponibili a quelli della diversione bilio-pancreatica. Il %EWL si attesta intorno al 75% a 5 anni. Ad oggi solo Lee ha riportato dei risultati in termini di calo ponderale a 10 anni (70% EWL). La remissione del diabete si attesta intorno all'85% dei casi in alcune importanti casistiche (Kim, Caballero). La risoluzione della sindrome metabolica viene riportata intorno all'80% dei casi (Lee). Le complicanze perioperatorie si attestano intorno all'1.7%. In particolare esse sono la fistola della anastomosi gastro-digiunale (0.9%), la fistola della sutura gastrica dello stomaco tubulizzato (0.2%), la fistola della sutura gastrica dello stomaco escluso (0.2), la stenosi della anastomosi gastro-digiunale (0.2%), l'emorragia della linea di sutura o della anastomosi gastro-digiunale (0.2%). Tra le complicanze a distanza sono state registrate l'ulcera perianastomotica (0.6%) e l'esofagite da reflusso (1.5%).

Anche per il mini-bypass la prevenzione delle complicanze nutrizionali richiede supplementazione continuativa o periodica di polivitaminici, calcio, vitamina D, vitamina B12, Ferro.

Il corso, per un numero massimo di 6 partecipanti, prevederà per i discenti, durante le live surgery, l'accesso diretto in sala operatoria al fine di condividere l'attività pratica a partire dalla preparazione del paziente fino al suo risveglio per l'apprendimento e l'approfondimento di ogni passaggio tecnico chirurgico.

Nella parte in sala operatoria verrà illustrata e condivisa l'attività pratica a partire dalla preparazione del paziente fino al suo risveglio, per l'apprendimento ed approfondimento di ogni passaggio tecnico chirurgico, inclusi eventuali "tips and tricks" per specifica procedura.