

IDabstract	69
Speaker	Bergamaschi Elisabetta under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Chirurgia metabolica
TITOLO DEL LAVORO	BENDAGGIO GASTRICO REGOLABILE E GRAVIDANZA
AUTORI	Bergamaschi E. 1, Realini E. M. 1, Martone M. 2 , Della Valle A. 1 1CISIOB c/o Istituto Clinico Città Studi, Milano, 2CISIOB c/o Trust Medical, Milano
RELATORE	
INTRODUZIONE	L'obesità grave è un fenomeno in costante aumento tra le donne in età fertile, modificando l'equilibrio ormonale dell'organismo con effetti negativi sulla capacità riproduttiva. Il bendaggio gastrico regolabile laparoscopico (BGRL) permette una perdita di peso che favorisce la fertilità stessa e non modifica l'anatomia delle pazienti, come nel caso di altri interventi restrittivo/malassorbitivi. Di seguito si descrive la nostra esperienza in merito.
METODI	I dati provengono da uno studio retrospettivo, da gennaio 2010 a dicembre 2015, su 200 pazienti gravemente obese in età riproduttiva (18-44 anni) sottoposte a BGRL. Si è osservato il numero di gravidanze, quante a termine, eventuali complicanze e aborti spontanei. Si è riscontrato quindi il tempo medio intercorrente dal posizionamento del BGRL all'inizio della gravidanza, il calo di Indice di Massa Corporea (IMC) concordante con il concepimento, le calibrizioni del BGRL.
RISULTATI	Abbiamo registrato 15 casi di gravidanze a termine con successo, di cui 1 con procreazione medicalmente assistita, e 3 aborti spontanei. Il tempo medio dal posizionamento del BGRL a inizio gravidanza è stato 23,9 mesi, con un IMC medio al posizionamento del BGRL di 42,99 e a inizio gravidanza di 35,06 (Δ IMC medio: -7,93). Tutte le pazienti calibrate sono state decalibrate entro il termine della gravidanza, mentre durante la stessa minime ricalibrizioni sono state eseguite in 2 casi.
DISCUSSIONE	La nostra esperienza al riguardo è positiva. Si conferma quanto riportato in letteratura sulla efficacia e sicurezza dell'intervento di BGRL per pazienti gravemente obese desiderose di avere una gravidanza.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract

7

Speaker

godina

mario

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Chirurgia metabolica

TITOLO DEL LAVORO

ACCESSI CHIRURGICI MININVASIVI IN CHIRURGIA BARIATRICA.

AUTORI

UO Chirurgia Mini-invasiva Ospedale di Dolo ULSS13
Dr M.Godina

RELATORE

INTRODUZIONE

Introduzione

Il trattamento chirurgico è il metodo più efficace per la cura dell'obesità patologica. Negli ultimi anni, la chirurgia laparoscopica ha prodotto una vera e propria rivoluzione nel campo della chirurgia bariatrica [1]. La chirurgia bariatrica laparoscopica ha dimostrato di avere diversi vantaggi rispetto all'approccio laparotomico tra cui diminuito il dolore post-operatorio, minor complicanze postoperatorie (in particolare il rischio di infezione di ferita e di laparocèle), più breve degenza ospedaliera, recupero più rapido ed un migliore risultato estetico [2]. Nonostante la chirurgia bariatrica laparoscopica è meno invasiva rispetto alla chirurgia open, richiede comunque diverse incisioni per il posizionamento dei trocar. Nella chirurgia classica laparoscopica, sono necessarie da cinque a sette incisioni per il posizionamento di più trocar.

I recenti sviluppi della chirurgia mini-invasiva sono indirizzati alla riduzione della dimensione e/o del numero di accessi chirurgici (trocar) per raggiungere l'obiettivo finale di minima invasività.

I recenti progressi tecnologici nel campo della chirurgia mini-invasiva hanno portato allo sviluppo di tecniche chirurgiche come natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) e la single incision laparoscopic surgery (SILS).

La NOTES prevede l'utilizzo di orifici naturali come lo stomaco, la vagina o il retto per accedere alla cavità addominale.

Tutte le procedure Bariatriche con tecnica Notes riportate fino ad oggi in letteratura adottano una tecnica Ibrida (Hybrid NOTE)

cioè necessitano dell'ausilio di almeno un accesso port laparoscopico per portare a termine la procedura bariatrica.

METODI

Da una revisione della letteratura disponibile è stata considerata l'applicazione della tecnica Hybrid Note e la SILS nelle diverse procedure bariatriche.

Hybrid NOTE sleeve gastrectomy

Studi sugli animali

I primi casi di sleeve gastrectomy con accesso ibrido laparoscopico / trans-vaginale sono stati pubblicati nel 2008 da Marchesini et al. [3]. dove l'accesso trans-vaginale è utilizzato per esplorare la cavità addominale e come porta per estrarre il campione operatorio. Mentre Mintz et al [4] riporta l'uso del retto come porta di entrata alla cavità addominale e lo stomaco per le manipolazioni endoluminale con gastroscopio in 5 procedure su maiali.

Studi sull'uomo

Il primo report di una procedura NOTE bariatrica negli esseri umani è stata pubblicato nel 2008 da Ramos et al [5] che hanno descritto il primo intervento sleeve gastrectomy per l'obesità patologica utilizzando la vagina come l'orifizio.

Più tardi, nel 2011 Buesing M et al [6] ha riportato 14 casi di sleeve gastrectomy con Hybrid Note tecnica senza alcuna complicanza legata all'utilizzo dell'accesso vaginale.

Hybrid NOTE Adjustable banda gastrica

Studi sull'uomo

Nel 2011 Michalik [7] ha descritto i primi tre casi di bendaggio gastrico regolabile (AGB) attraverso l'accesso transvaginale in tre donne obese con BMI 35-37. In un caso è stato riportato una complicanza maggiore quale lesione iatrogena all'uretere, che ha richiesto la riospedalizzazione della paziente e la riparazione laparoscopica del danno.

Hybrid Note Roux-en-Y bypass gastrico

	<p>Studio su cadaveri umani Hagen ed altri nel 2008 [8] riportano la fattibilità e limiti di un Hybrid NOTE RYGBP. E' stato possibile condurre la procedura con l'ausilio di un trocar addominale solo in 4 casi su 7 dato le difficoltà tecnica della procedura stessa.</p> <p>SILS La tecnica SILS è stata descritta per la prima volta nel 1992 da Pelosi et al. [9,10]. Come tecnica per un'appendicectomia ed una isterectomia. Inizialmente, la SILS è stata utilizzata in procedure bariatrica meno complesse come l'applicazione del bendaggio gastrico regolabile (AGB) e la sleeve gastrectomy anche perché queste procedure richiedono l'estensione di una incisione di trocar per il posizionamento di una porta sottocutanea o per estrarre il campione gastrico da asportare. [11-12]. Tecnicamente prevede, per un miglior risultato estetico, l'incisione in sede trans-ombelicale così che l'ombelico può nascondere la ferita chirurgica, senza lasciare cicatrici addominali visibili con maggiore soddisfazione da parte dei pazienti.</p> <p>Il bypass gastrico con Roux-en-Y laparoscopico è diventato una delle procedure più popolari in chirurgia bariatrica, con perdite di peso fino al 60-70% mantenute per più di 10 anni [13-14]. Un aspetto da considerare è che il bypass gastrico laparoscopico richiede da cinque a sette trocars (incisioni). Questo fatto può comportare un aumento del rischio di complicazioni dei diversi ports, soprattutto dei ports con una misura di 12 mm. L'utilizzo di un unico accesso minimizza questo problema. D'altra parte, rispetto alla sleeve gastrectomy ed al bendaggio gastrico, questa tecnica non richiede la rimozione di un campione o l'introduzione di dispositivi come una band nel bendaggio. Di conseguenza, l'allargamento della ferita chirurgica non è necessario [15-16]. In questo senso, l'approccio SILS potrebbe contribuire a diminuire il dolore post-operatorio, migliorare i risultati estetici e ridurre le complicanze dei siti trocars, migliorando i risultati ottenuti con la chirurgia laparoscopica convenzionale. Infatti, recentemente si è iniziato a applicare la SILS anche nelle procedure bariatrica più complesse come il bypass gastrico e la diversione bilopancreatica che richiedono l'esecuzione di anastomosi gastrointestinali[17-18].</p>
RISULTATI	<p>I dati in letteratura per la tecnica Hybrid Note sembrano riportare una fattibilità della tecnica per procedure bariatriche meno complesse, per quanto la sua applicabilità su procedure più complesse come il Bypass gastrico Roux-en-Y sono stati eseguiti solo studi sperimentali su cadaveri riportando tra l'altro notevoli difficoltà tecniche che mettono in dubbio la sua fattibilità. Diverse pubblicazioni in letteratura riportano la SILS in chirurgia bariatrica come una procedura sicura e fattibile in mani esperte [19]. Miglior risultato estetico, minor dolore postoperatorio e più breve degenza ospedaliera sono vantaggi della SILS rispetto alla chirurgia bariatrica laparoscopica convenzionale [20].</p>
DISCUSSIONE	<p>CONCLUSIONE La SILS nelle procedure bariatriche e in particolare nella procedura più complessa del Bypass gastrico Roux-en-Y sembra essere una tecnica sicura, praticabile e riproducibile, ma sono necessari studi randomizzati che coinvolgono un maggior numero di pazienti e periodi di follow-up più lunghi per confrontare i risultati post-operatori tra l'accesso Single Port e approccio laparoscopico tradizionale. Per quanto riguarda la tecnica Hybrid Note tale tecnica sta guadagnando in popolarità e in particolare per quanto riguarda il Bypass gastrico si hanno i primi casi pubblicati del passaggio della tecnica dal modello animale a sperimentazione umana su cadavere. Finora, gran parte dei reports dimostrano la fattibilità della procedure quali l'impianto bendaggio gastrico e la sleeve gastrectomy utilizzando la tecnica Hybrid con la vagina come orifizio naturale per accedere alla cavità addominale. Mentre per il By pass (RYGBP) Hagen conclude che la Hybrid Note su cadaveri umani con le attuali strumentazioni è fattibile ma tecnicamente molto impegnativo</p>
BIBLIOGRAFIA	<p>.Regan JP, Inabnet WB, Gagner M, Pomp A (2003) Early experience with two-stage laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass as an alternative in the super-super obese patient. <i>Obes Surg</i> 13:861–864</p> <p>2. bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. <i>Arch Surg</i>. 2011;146(13):1314–22.]</p>

3. Marchesini JC, Cardoso AR, Nora M, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy with NOTES visualization—a step toward NOTES procedures. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4:773–6].
4. Hybrid natural orifice transluminal surgery (NOTES) sleeve gastrectomy: a feasibility study using an animal model. Mintz Y1, Horgan S, Savu MK, Cullen J, Chock A, Ramamoorthy S, Easter DW, Talamini MA.
5. (Ramos AC, Zundel N, Neto MG, et al. Human hybrid NOTES transvaginal sleeve gastrectomy: initial experience. *Surg Obes Rel Dis.* 2008;4(5):660–3
6. Sleeve gastrectomy in the treatment of morbid obesity. Study results and first experiences with the transvaginal hybrid NOTES technique Buesing M1, Utech M, Halter J, Riege R, Saada G, Knapp A.)
- 7 .The First Report on Hybrid NOTES Adjustable Gastric Banding in Human Maciej Michalik & Michal Orłowski & Maciej Bobowicz & Agata Frask & Anna Trybull
8. Hagen ME, Wagner OJ, Swain P, et al. Hybrid natural orifice trans-luminal endoscopic surgery (NOTES) for Roux-en-Y gastric by-pass: an experimental surgical study in human cadavers. *Endoscopy.* 2008;40(11):918–24.
9. Pelosi MA, Pelosi MA., 3rd Laparoscopic appendectomy using a single umbilical puncture (minilaparoscopy) *J Reprod Med.* 1992;37:588–94. [
10. Pelosi MA, Pelosi MA., 3rd Laparoscopic supracervical hysterectomy using a single-umbilical puncture(mini-laparoscopy) *J Reprod Med.* 1992;37:777–84
11. Nguyen NT, Hinojosa MW, Smith BR, Reavis KM. Single laparoscopic incision transabdominal (SLIT) surgery-adjustable gastric banding: A novel minimally invasive surgical approach. *Obes Surg.* 2008;18:1628–31.
12. Reavis KM, Hinojosa MW, Smith BR, Nguyen NT. Single-laparoscopic incision transabdominal surgery sleeve gastrectomy. *Obes Surg.* 2008;18:1492–4
13. Schauer PR, Ikramuddin S, Hamad G, Eid GM, Matter S, Cottam D, Ramanathan R, Goursh W (2003) Laparoscopic gastric bypass *Surg Endosc* (2013) 27:4347–4353 4353 surgery: current technique. *J Laparoendosc Adv Surg Tech Part A*
- 14 Reavis KM, Hinojosa MW, Smith BR, Nguyen NT (2008) Single-laparoscopic incision transabdominal surgery sleeve gastrectomy. *Obes Surg* 18:1492–1494)
15. Morales-Conde S, Barranco A, Socas M, Alarcón I, Padillo FJ (2012) Single-port gastric bypass without additional trocars: technical tips of a new approach. *Cir Esp* 90:406–408
16. Saber AA, El-Ghazaly TH, Minnick DB (2009) Single-port-access transumbilical laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass using the SILS port: first reported case. *Surg Innov* 16:343–347
17. Huang CK, Houg JY, Chiang CJ, Chen YS, Lee PH. Single-incision transumbilical laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: A first case report. *Obes Surg.* 2009;19:1711–5.
18. Tacchino RM, Greco F, Matera D. Single-incision laparoscopic biliopancreatic diversion. *Surg Obes Relat Dis.* 2010;6:444–5.
19. Huang CK, Lo CH, Houg JY, et al. Surgical results of single-incision transumbilical laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis.* 2012;8(2):201–7
20. Nguyen NT, Smith BR, Reavis KM, et al. Strategic laparoscopic surgery for improved cosmesis in general and bariatric surgery: analysis of initial 127 cases. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2012;22(4):355–61.

Note



IDabstract

124

Speaker

Nadalini

Luisa

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Chirurgia metabolica

TITOLO DEL LAVORO**Età d'insorgenza dell'obesità, familiarità per diabete e per ipertensione, nei pazienti obesi gravi candidati alla chirurgia bariatrica e rischio di complicanze metaboliche (GICOV Verona)**

AUTORI

L.Nadalini¹ M.Zanoni¹, C.Sboarina¹, M.G. Zenti² G.Zoppini² L.Indelicato² G.Borzellino³ M. Battistoni³ M. Genna³
 1 USD Psicologia Clinica BT, 2 UOC Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche, 3 UOC Chirurgia Generale e dell'Obesità, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (AOUI)

RELATORE

INTRODUZIONE

Il riconoscimento di fattori di rischio per l'insorgenza di complicanze metaboliche nel paziente obeso è indispensabile per un adeguato programma di prevenzione, soprattutto nei casi non responsivi ad un approccio conservativo. Il ruolo dell'età d'insorgenza dell'obesità e della familiarità per diabete e/o ipertensione sul rischio di sviluppare queste complicanze nei pazienti adulti obesi è tuttora oggetto di discussione. Scopo dello studio è stato di valutare, in una coorte di pazienti affetti da obesità grave non responsiva all'approccio conservativo, il ruolo dell'età d'insorgenza dell'obesità e della familiarità per diabete e/o ipertensione sul rischio di complicanze metaboliche.

METODI

Sono stati retrospettivamente analizzati i dati di una coorte di pazienti candidati alla chirurgia bariatrica, affetti da obesità grave non responsiva al trattamento conservativo. L'aumento di rischio di diabete e di ipertensione è stato calcolato in funzione dell'età d'insorgenza dell'obesità e in funzione della familiarità per le rispettive malattie sia in un'analisi univariata che in un'analisi multivariata.

RISULTATI

Sono stati analizzati i dati di 575 pazienti giunti alla nostra osservazione dal 2010 al 2016. Nei pazienti con insorgenza dell'obesità in età evolutiva, rispetto ai pazienti con insorgenza dell'obesità in età adulta, l'età media era minore (38,6 vs 47,4 anni, $p < 0,0001$) il BMI significativamente maggiore anche se clinicamente non rilevante (44,6 vs 42,3 KG/m², $p = 0,0001$) e la percentuale di familiarità per obesità maggiore (66,7% vs 57,7%, $p = 0,035$). Nell'analisi univariata, il rischio d'insorgenza di diabete non è risultato correlato con l'età d'insorgenza dell'obesità (OR 1,33, 95%CI: 0,89 – 1,99), al contrario l'analisi multivariata ha mostrato un rischio maggiore nei pazienti con esordio dell'obesità in età adulta rispetto all'esordio in età evolutiva con OR 1,59 (95%CI: 1 – 2,52). Il rischio d'insorgenza di diabete è risultato maggiore nei pazienti con familiarità per diabete con OR 1,82 (95%CI: 1,18 – 2,83), ma solo nel sottogruppo di pazienti con insorgenza dell'obesità in età evolutiva con OR 2,32 (95%CI: 1,19 – 4,53), mentre l'aumento di rischio non è risultato significativo per i pazienti con esordio dell'obesità in età adulta con OR 1,54 (95%CI: 0,85 – 2,82). Malgrado l'età d'insorgenza adulta fosse risultata significativamente correlata con l'insorgenza di ipertensione all'analisi univariata con OR 1,96 (95%CI: 1,39 – 2,76), tale risultato non è stato confermato all'analisi multivariata con OR 1,12 (95%CI: 0,73 – 1,7). All'analisi multivariata la familiarità per ipertensione si è confermata significativamente correlata con l'insorgenza di ipertensione con OR 2,91 (95%CI: 1,93 – 4,39) sia nel sottogruppo di paziente con insorgenza dell'obesità in età evolutiva con OR 3,92 (95%CI: 2,15 – 7,15) che in età adulta con OR 2,36 (95%CI: 1,31 – 4,25).

DISCUSSIONE

I dati sembrano evidenziare un maggior rischio di diabete con l'insorgenza dell'obesità in età adulta, mentre la familiarità per diabete sembra aumentare il rischio di diabete solo nei pazienti con insorgenza dell'obesità in età evolutiva. Non sembra vi sia una correlazione tra età d'insorgenza dell'obesità e il rischio d'ipertensione mentre la familiarità per ipertensione sembra rappresentare un fattore di rischio indipendentemente dell'età di esordio dell'obesità.

BIBLIOGRAFIA

Note



IDabstract

33

Speaker

Villanova

Nicola

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Chirurgia metabolica

TITOLO DEL LAVORO**RYGB con esclusione funzionale del remnant gastrico: risposta metabolica al carico glicemico**

AUTORI

Villanova Nicola *, Colosimo Santo *, Balsamo Francesca°, Cariani Stefano°.

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

* SSD Dietetica Clinica e Malattie del Metabolismo

° UOS e Centro di Studio di Chirurgia dell'Obesità

RELATORE

INTRODUZIONE

La comprensione del funzionamento dell'asse entero-ormonale in seguito a RYGB è aumentata negli ultimi anni, sia per le evidenze ottenute nel modello murino che più recentemente anche nell'uomo [1-7]. Mentre la RYGB tradizionale implica la completa esclusione del transito duodenale, l'esclusione funzionale ma non anatomica del duodeno permette un accesso diretto al remnant gastrico e al duodeno, rappresentando un possibile modello di studio nell'uomo.

Obiettivo di questo lavoro è stato valutare le differenze della risposta di glucosio e insulina al carico orale di glucosio somministrato rispettivamente, nell'antro gastrico mediante sondino nasogastrico, oppure per bocca in pazienti operati di RYGB in condizioni di semidigiuno.

METODI

Sono stati arruolati diciotto pazienti consecutivi obesi (15 femmine), non diabetici, candidati all'intervento di RYGB nel nostro centro: $122 \pm 25,9$ kg, $44,4 \pm 7,5$ BMI (kg/m²). Sono stati sottoposti a procedura chirurgica di bypass gastrico con esclusione funzionale, ma non anatomica del remnant gastrico. Grazie al mantenimento dell'esplorazione gastrica in toto, è stato possibile posizionare un sondino naso-gastrico (NGT) nell'antro gastrico. Prima dell'intervento è stata eseguita la curva da carico orale di glucosio con la dose standard di 75g in tutti i pazienti. Lo stesso esame è stato ripetuto il 4° giorno successivo all'intervento di RYGB con la somministrazione del carico di glucosio mediante il sondino naso-gastrico direttamente nell'antro (con contatto diretto del glucosio sulla parete duodenale), e nel 5° giorno mediante assunzione orale (EFD= Esclusione Funzionale del Duodeno).

RISULTATI

Abbiamo osservato la riduzione della risposta glicemica al carico orale di glucosio postoperatorio nel caso di esclusione funzionale del duodeno (AUC: 23700 pre RYGB vs 20175 post RYGB-EFD, $p < 0,05$) e il miglioramento della sensibilità all'insulina valutata con lo score OGIS (346 pre RYGB vs 448 post RYGB-EFD, $p < 0,05$). La risposta glicemica al carico di glucosio e la sensibilità insulinica non ha evidenziato differenze significative rispetto alla curva preoperatoria nel caso di carico glicemico applicato in antro gastrico.

DISCUSSIONE

La riduzione della risposta glicemica e il miglioramento della sensibilità all'insulina in tempi rapidi (5 giorni) dopo RYGB sembrano indipendenti dalla riduzione di peso e dal semidigiuno post operatorio, essendosi osservate solo in caso di esclusione funzionale del contatto fra carico glicemico e parete duodenale, in particolare per il bypass duodenale e non quando il duodeno è attivato dalla presenza di glucosio. Questa osservazione può contribuire a definire gli aspetti fisiopatologici del miglioramento del metabolismo glucidico osservato nei pazienti sottoposti a RYGB.

BIBLIOGRAFIA

1 Näslund A, Hellström PE. Elucidating the Mechanisms Behind the Restoration Euglycemia After Gastric Bypass Surgery. *Diab.* 2013 (62): 1012-1013

2 Dirksen C, Jørgensen NB, Bojsen-Møller KN, Jacobsen SH, Hansen DL, Worm D, et al.

Mechanisms of improved glycaemic control after Roux-en-Y gastric bypass. *Diabetologia* 2012;55:1890-1901

3 Rubino F, Forgione A, Cummings DE, Vix M, Gnuli D, Mingrone G, Castagneto M. The

Mechanism of Diabetes Control After Gastrointestinal Bypass Surgery Reveals a Role of the Proximal Small Intestine in the Pathophysiology of Type 2 Diabetes. *Ann Surg* 2006;244: 741–749

4 Rubino F, Marescaux J. Effect of duodenal-jejunal exclusion in a Non-obese Animal Model of Type II Diabetes. A new Perspective for an old Disease. *Ann Surg* 2004; 239: 1-11

5 Eldar S, Henegham HM, Dan O. Gastrostomy tube placement in gastric remnant at gastric bypass a rat model for selective gut stimulation. *Surg Ob Rel Dis* 2013 (9): 442-6

6 Cunha Medeiros A, Meneses Rego A, Medeiros Azevedo I, Ferreira Carvalho M, Brasil Medeiros V, Araujo-Filho I. Metabolism and gastric remnant changes after Roux-en-Y gastric bypass in rats. *J Invest Surg.* 2011;24(3):109-14

7 Bao Z, Zhao Z, Berthoud HR, Ye J. Development and verification of a mouse model for Roux-en-Y gastric bypass surgery with a small gastric pouch. *PLoS One.* 2013;8(1):e52922. doi: 10.1371/journal.pone.0052922. Epub 2013 Jan 11

Note

IDabstract	37
Speaker	Badiali Sara under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Chirurgia metabolica
TITOLO DEL LAVORO	Elevata prevalenza di steatoepatite nei soggetti obesi sottoposti a chirurgia bariatrica
AUTORI	Sara Badiali, Raffaella Rametta, Luca Valenti, Enrico Mozzi Fondazione IRCCS Ca'Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano
RELATORE	
INTRODUZIONE	La steatosi epatica non alcolica (NAFLD) ha una prevalenza del 20% nella popolazione generale e raggiunge il 50% nei soggetti obesi. Una percentuale stimata del 20% evolve in steatoepatite (NASH), con possibile ulteriore evoluzione in cirrosi ed epatocarcinoma. L'esame istologico di un campione biotico epatico è attualmente l'unico modo per confermare in modo certo la gravità della malattia.
METODI	Dal 2005 sono state effettuate 535 agobiopsie epatiche intraoperatorie in pazienti obesi sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica (bypass gastrico, bendaggio gastrico, plicatura gastrica). L'esame istologico è stato letto da un singolo anatomo-patologo. Sono stati valutati inoltre AST, ALT, glicemia, trigliceridi, colesterolo totale e frazionato, oltre ai parametri antropometrici e all'età. Sono stati esclusi i pazienti HCV positivi o portatori di altre patologie epatiche che causano steatosi. E' stato effettuato inoltre uno screening genetico per la variante I148M del PNPLA3, noto fattore di rischio associato alla steatosi epatica.
RISULTATI	Nei nostri pazienti la prevalenza di steatosi semplice è del 44%, mentre i pazienti affetti da NASH sono il 41% (di cui il 7,5% già evoluto in cirrosi), il fegato è risultato istologicamente normale nel 15%. Glicemia, trigliceridi, ALT, AST e BMI aumentano progressivamente in relazione alla malattia, il Colesterolo HDL viceversa si riduce. Lo screening genetico ha confermato la maggiore prevalenza della variante mutata presa in considerazione nei soggetti con NASH. Nessuna complicanza dovuta alla biopsia epatica è stata riportata.
DISCUSSIONE	Dai dati del nostro studio emerge una percentuale di NASH con possibile evoluzione cirrotica nettamente più elevata rispetto alle attese. Rispetto ai soli parametri ematochimici ed ecografici preoperatori, la biopsia epatica è l'unico esame che consente di individuare con certezza quali pazienti sono più a rischio di progressione a forme più severe di malattia epatica, per i quali diventi necessario un follow-up epatologico prolungato. L'esame effettuato intraoperatoriamente è risultato sicuro e privo di complicanze per cui se ne consiglia l'adozione in tutti i pazienti sottoposti a questa chirurgia.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	105
Speaker	Rizzi Andrea under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Chirurgia metabolica
TITOLO DEL LAVORO	Trasposizione ileale con sleeve gastrectomy ed esclusione duodenale: valutazione sulla remissione dal diabete mellito di tipo II a 5 anni dalla chirurgia
AUTORI	Andrea Rizzi, Igor Tubazio, Luca Sorrentino, Maurizio Bevilacqua, Diego Foschi 1 Cattedra di Chirurgia Generale, UOC Chirurgia Generale II, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Università degli Studi di Milano 2 SSD Endocrinologia e Diabetologia, ASST Fatebenefratelli-Sacco
RELATORE	
INTRODUZIONE	La trasposizione ileale associata a sleeve gastrectomy con esclusione duodenale (TISGED) è un intervento bariatrico che associa la componente restrittiva della sleeve gastrectomy all'effetto metabolico della trasposizione ileale sul controllo glicemico, ed è pertanto considerato un intervento efficace nel trattamento del paziente obeso affetto da diabete mellito di tipo II. In letteratura sono presenti alcuni lavori che dimostrano un'ottima percentuale di remissione dal diabete mellito a breve termine, con conseguente riduzione della necessità di terapia ipoglicemizzante e dei costi correlati. Tuttavia, non sono presenti studi di follow up a lungo termine (>1 anno dalla chirurgia) per questo intervento. Scopo del presente studio è stato quello di verificare la remissione a lungo termine (5 anni) del diabete mellito di tipo II in una popolazione di pazienti obesi trattati con TISGED.
METODI	Da Gennaio 2008 ad Aprile 2014, 52 pazienti affetti da obesità patologica e diabete mellito di tipo II sono stati candidati a TISGED sulla base dei seguenti criteri di inclusione: BMI ≥ 30 , diagnosi di diabete mellito da almeno 3 anni e HbA1c $\geq 6.5\%$ nonostante terapia ipoglicemizzante o insulinica in corso. Ad ogni paziente è stato assegnato un controllo (un paziente diabetico non sottoposto a chirurgia) sulla base dei parametri antropometrici e delle caratteristiche di malattia. Per ogni paziente sono state registrate prospetticamente le seguenti variabili: età, sesso, peso, BMI, glicemia a digiuno, test da carico di glucosio e HbA1c. Queste variabili sono state raccolte sia preoperatoriamente, sia nel corso del follow up dopo chirurgia bariatrica ad 1 mese, 3 mesi, 6 mesi e 12 mesi, quindi a cadenza annuale fino a 5 anni. Tutte le variabili continue sono state espresse come media (\pm deviazione standard) e confrontate tra loro con test T di Student, considerandosi la significatività statistica come $p < 0.05$.
RISULTATI	I due gruppi di pazienti sono risultati omogenei per i parametri di ammissione allo studio. Tutti i pazienti hanno completato il follow up fino a 12 mesi; 86 pazienti (82.7%) sono stati seguiti fino a 3 anni, 68 pazienti (65.4%) fino a 4 anni, e 52 pazienti (50%) hanno completato il follow up fino a 5 anni. Il BMI medio del gruppo chirurgico è risultato pari a 40.9 (± 7.2) Kg/m ² preoperatoriamente, riducendosi significativamente già ad 1 mese a 37.4 (± 6.9) Kg/m ² , $p < 0.013$. Il BMI si è ulteriormente ridotto a 12 mesi, decrementando fino a 27.3 (± 4.6) Kg/m ² e raggiungendo la massima differenza significativa con il valore basale ($p < 0.0001$). Il BMI medio dai 12 mesi fino ai 5 anni è rimasto invece pressoché invariato (26.8 \pm 4.6 Kg/m ² a 5 anni, $p = 0.631$). Circa il profilo metabolico, la glicemia basale si è significativamente ridotta da 161 (± 45) mg/dL prima della chirurgia fino a normalizzarsi a 6 mesi dall'intervento, con un valore medio di 92.2 (± 13.8) mg/dL ($p < 0.0001$). La massima riduzione della glicemia a digiuno si è raggiunta a 3 anni dalla chirurgia (86 \pm 12.9 mg/dL, $p < 0.0001$), mentre le successive glicemie si sono mantenute invariate (glicemia basale 91 \pm 16.4 mg/dL a 5 anni, $p = 0.163$). Consensualmente, HbA1c si è ridotta da una media preoperatoria del 7.8% ($\pm 1\%$) fino a normalizzarsi a 5.7% ($\pm 0.8\%$) a 6 mesi dall'intervento chirurgico, $p < 0.0001$. La massima riduzione di HbA1c si è riscontrata a 2 anni dalla chirurgia (5.4% \pm 0.7%, $p < 0.0001$), dopodiché i valori di HbA1c sono risultati stabili al successivo follow up (5.6% \pm 0.6% a 5

anni, $p=0.229$). A 12 mesi, il tasso di remissione completa secondo i criteri ADA era pari al 84.6%, mentre una remissione parziale si è osservata nel 13.5% dei casi, e nell'1.9% dei pazienti non si è osservata alcuna risposta metabolica dopo chirurgia. A 3 anni, si è riscontrata una remissione completa nel 93% dei pazienti, una remissione parziale nel 4.7% e l'assenza di remissione nel 2.3% dei casi. Infine, a 5 anni di follow up si è confermata una remissione completa-persistente nel 92.4% dei casi, una remissione parziale nel 3.8% e l'assenza di remissione nel 3.8% dei casi. Nel gruppo di controllo nessun paziente ha avuto una remissione completa durante l'intero periodo del follow up.

DISCUSSIONE

La TISGED è un intervento chirurgico efficace sia nella riduzione del BMI, sia nella remissione persistente dal diabete mellito di tipo II.

BIBLIOGRAFIA

1. Celik A, Asci M, Celik BO, Ugale S. The impact of laparoscopic diverted sleeve gastrectomy with ileal transposition (DSIT) on short term diabetic medication costs. Springerplus. 2015; 4:417.
2. Foschi DA, Rizzi A, Tubazio I, Conti L, Vago T, Bevilacqua M, Magni A, Del Puppo M. Duodenal diverted sleeve gastrectomy with ileal interposition does not cause biliary salt malabsorption. Surg Obes Relat Dis. 2015; 11(2):372-6.
3. Mas-Lorenzo A, Benaiges D, Flores-Le-Roux JA, Pedro-Botet J, Ramon JM, Parri A, Villatoro M, Chillarón J, Pera M, Grande L, Goday A; Obemar Group. Impact of different criteria on type 2 diabetes remission rate after bariatric surgery. Obes Surg. 2014; 24(11):1881-7.
4. Oh TJ, Ahn CH, Cho YM. Contribution of the distal small intestine to metabolic improvement after bariatric/metabolic surgery: Lessons from ileal transposition surgery. J Diabetes Investig. 2016; 7 Suppl 1:94-101.

Note

IDabstract	139
Speaker	Vitiello Antonio under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Endoscopia in chirurgia bariatrica. Ruolo come primary surgery e nella gestione delle complicanze
TITOLO DEL LAVORO	"Premature" migration of Elipse intragastric balloon: the first case report
AUTORI	Antonella Santonicola ^{1, a)} , Maria Paola Belfiore ^{2, b)} , Giuseppe Belfiore ³⁾ , Antonio Vitiello ⁴⁾ , Ariola Hasani ⁴⁾ , Paola Iovino ^{1, c)} , Luigi Angrisani ^{4, d)} 1)Medicine and Surgery, University of Salerno, Salerno, Italy 2)Second University of Naples, Naples, Italy 3)S. Anna e S. Sebastiano Hospital, Caserta, Italy 4)Federico II University, Naples, Italy a)antonellasantonicola83@gmail.com b)mariapaolabelfiore@gmail.com c)piovino@unisa.it d)luigiangrisani@chirurgiaobesita.it
RELATORE	
INTRODUZIONE	Elipse is a new type of intragastric balloon that does not require endoscopy both for placement and removal. Due to its recent approval, data on its safety and efficacy are limited.
METODI	A 55-year-old, obese man (weight 102Kg, BMI 33.3 kg/m ²) underwent insertion of Elipse in October 2016. After 6 weeks from insertion, he was admitted to the Hospital referring one day history of severe abdominal pain, nausea and vomiting. He also reported no motion during the last day.
RISULTATI	The abdominal x-rays showed in the left side of the abdomen a slender, radiopaque imagine suspected for balloon valve, accompanied by gastric dilation and air fluid levels of small bowel. A nasogastric tube was positioned and intravenous fluids and antibiotic therapy started. The computed tomography (CT) of the abdomen confirmed the presence of the partially desufflated balloon in the terminal tract of the jejunal bowel loop in the left side of the abdomen and air fluid levels and dilation of upstream bowel loops. The final diagnosis was bowel obstruction caused by migrated Elipse. The day after, another CT of the abdomen indicated the progression of the balloon in the jejunal bowel loop near the anterior abdominal wall, so a CT guided aspiration of 85 cc from the balloon was performed. However, due to the persistence of abdominal pain, the patient underwent laparoscopic exploration but the Elipse was not found during the inspection of the jejunal and ileal bowel loops. A Foley catheter was positioned in the rectum and contrast medium was admistred revealing the presence of balloon in the descending colon, that was removed using a colonoscope. There were not any postoperative complications.
DISCUSSIONE	This is the first case of Elipse migration after only 6 weeks from the insertion. Although this type of balloon does not require endoscopy for placement and removal, it cannot simplistically considered safe and further studies are needed.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	132
Speaker	Leuratti Luca under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Endoscopia in chirurgia bariatrica. Ruolo come primary surgery e nella gestione delle complicanze
TITOLO DEL LAVORO	Impatto del trattamento con pallone intragastrico nei pazienti con controindicazione formale a chirurgia bariatrica: revisione dell'attività in un centro ad alto volume.
AUTORI	Luca Leuratti, Enrico Facchiano, Giovanni Quartararo, Emanuele Soricelli, Benedetta Beltrame, Marcello Lucchese Azienda USL Toscana Centro, Presidio Ospedaliero di Santa Maria Nuova-Firenze. S.O.S. Chirurgia Generale, Bariatrica e Metabolica Direttore: Dr. M. Lucchese
RELATORE	
INTRODUZIONE	Tutt'oggi non è definito il ruolo del pallone intragastrico nel ridimensionare le condizioni controindicanti (soprattutto psichiatriche e mediche) un intervento bariatrico. Scopo di questo studio è stato: 1-valutare i risultati complessivi ottenuti con trattamento con pallone intragastrico ad acqua 2-valutare la percentuale di casi in cui è decaduta la causa controindicante permettendo di avviare il paziente ad intervento chirurgico
METODI	: Da gennaio 2015 a gennaio 2016, 39 pazienti (14 maschi, 25 femmine) sono stati sottoposti a posizionamento di pallone intra-gastrico ad acqua (BIB® sotto guida endoscopica, riempito con 500 cc di sol. fisiologica e blu di metilene) dopo controindicazione all'intervento chirurgico secondo le indicazioni del team multidisciplinare. Sono stati identificati 3 gruppi a seconda della causa controindicante: 1° gruppo: insufficiente eccesso di peso (BMI < 35) o controindicazione per età (> 65 anni): 5 casi (12.8%) con BMI medio 39.6 ± 4.8 Kg/m ² ed EBW% 107.6±20.0; 2° gruppo: Presenza di disturbi psichiatrici maggiori (DSM-V) accertati dalla psichiatra con idonei test somministrati in occasione della prima visita (Beck Depression Inventory, Binge eating Scale, Barratt Impulsiveness Scale, Orwell 97, BUT-A e B EDE-Q Emotional Eating Questionnaire, STAIY1 e 2): 15 casi (38.5%) con BMI medio 41.8 ± 6.5 ed EBW% 115.4±26.0; 3° gruppo: Valutazione multidisciplinare coinvolgente l'anestesista con risultanza in rischio operatorio inaccettabile a causa di gravi comorbidità non in compenso: 19 casi (48.7%) con BMI medio 58.8 ± 8.9 ed EBW% 170.0±36.2. I pazienti hanno avuto un piano dietetico monitorato mensilmente con un programma da 1200 Kcal/die nei 6 mesi di trattamento e visite periodiche sia dietistiche che psichiatriche ove indicato.
RISULTATI	Il posizionamento del pallone è stato eseguito in regime di ricovero ordinario con necessità di 2 giorni di degenza per tutti i pazienti ed è risultato privo di mortalità o complicanze immediate. In 3 casi (7.7%) il dispositivo è stato rimosso entro 30 giorni dal posizionamento (2 casi con occlusione nel gruppo 2, 1 perdita di liquido dal pallone nel gruppo 3). Al termine dei 6 mesi di trattamento si è registrato un significativo calo ponderale in tutti i gruppi: 1° gruppo: BMI 31.1 ± 4.1 ed EWL% 63.5 ± 27.9 (nessun paziente avviato a chirurgia); 2° gruppo: BMI 34.4±6.5 ed EWL% 46.5±23.5; 12 casi (30.8%) sono stati avviati a chirurgia al termine di idoneo percorso preparatorio psichiatrico che ha rilasciato nulla osta a successivo trattamento bariatrico; 3° gruppo: BMI 48.2±7.6 ed EWL% 32.0±14.3; 15 casi (38.5%) sono stati avviati a chirurgia una volta stabilizzate le comorbidità
DISCUSSIONE	il pallone intragastrico ad acqua è sicuro anche in pazienti a rischio e determina un

ridimensionamento del rischio operatorio e un miglioramento del quadro psichiatrico tale da consentire spesso un successivo trattamento chirurgico, anche quando controindicato al momento della prima visita multidisciplinare.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

34

Speaker

BONFANTI

GIACOMO

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Endoscopia in chirurgia bariatrica. Ruolo come primary surgery e nella gestione delle complicanze

TITOLO DEL LAVORO

Trattamento endoscopico multimodale nella gestione della fistola cronica dopo Sleeve Gastrectomy: case report

AUTORI

A. Formiga, A. Gambetti, M. Abraham, G. Bonfanti, E. Stellino

RELATORE

INTRODUZIONE

La Sleeve Gastrectomy laparoscopica (LSG) è una procedura chirurgica per il trattamento dell'obesità.

La tecnica prevede la resezione del fondo e della grande curva gastrica ottenendo una riduzione sensibile del volume gastrico con senso di sazietà precoce; inoltre la diminuzione dei livelli circolanti di grelina, ormone oressizzante prodotto nel fondo gastrico, induce una riduzione dell'appetito [1,2].

L'efficacia e l'apparente facilità di esecuzione ha reso la LSG l'intervento attualmente preferito nel trattamento chirurgico dell'obesità [3,4].

Le possibili complicanze della LSG possono essere però più severe se paragonate ad altre tecniche quali bypass gastrico e diversione biliopancreatica [5].

Le due principali complicanze sono il sanguinamento e la fistola del tubulo gastrico [6]. L'incidenza della fistola del tubulo gastrico nelle varie casistiche varia dall'1 al 3% nella procedura primaria; la percentuale si aggira invece tra il 5 e il 10% negli interventi di revisione [7,8].

Il trattamento è spesso complesso e non esistono al momento dei protocolli standardizzati.

In questo report presentiamo il caso di una fistola cronica dopo SG sottoposta a trattamento endoscopico combinato mediante sutura endoscopica, dapprima con clip Ovesco, posizionato presso altro nosocomio e poi presso la nostra Divisione con sistema Overstitch e posizionamento di endoprotesi.

METODI

Il caso è un paziente maschio di 46 anni sottoposto nel 2000 a bendaggio gastrico laparoscopico per obesità.

Nel 2006 il bendaggio veniva rimosso per comparsa di ulcere gastriche resistenti alla terapia medica.

Nel 2007 veniva posizionato un secondo bendaggio gastrico, rimosso nel 2012 per scarso calo ponderale e sleepage.

Nel 2015 il paziente veniva sottoposto a Sleeve Gastrectomy laparotomica.

In prima giornata postoperatoria veniva diagnosticata una fistola del terzo prossimale del tubulo gastrico; in considerazione del quadro settico veniva eseguita una toilette laparotomica e tentativo di rafia della fistola.

Il paziente veniva quindi ricoverato in terapia intensiva per monitoraggio cardio-respiratorio e terapia antibiotica a largo spettro.

Un successivo controllo radiologico dimostrava la persistenza della fistola, per cui circa 1 mese dopo si procedeva a posizionamento endoscopico di clip Ovesco.

In considerazione della mancata chiusura del tramite fistoloso e dell'aggravamento delle condizioni generali, il paziente veniva successivamente sottoposto a relaparotomia con posizionamento di tubo di Kehr nel tramite fistoloso e sondino naso-digiunale per nutrizione enterale.

Nel febbraio del 2016 il paziente giunge alla nostra osservazione per deperimento e stato febbrile in quadro di setticemia.

Un Rx tubo digerente superiore e una TC addome con MDC mostravano una raccolta corpuscolata periga-strica di circa 10 cm.

Il Paziente veniva sottoposto ad EGDS che evidenziava un orifizio fistoloso al terzo prossimale del tubulo gastrico del diametro di circa 15 mm: si procedeva a chiusura dell'orifizio mediante sutura endoscopica con sistema Overstitch; il tubo di Kehr veniva

ritirato in sede extra-gastrica al fine di drenare la raccolta corpuscolata. Circa 10 giorni dopo, stante la persistenza della fistola ad un Rx tubo digerente, si posizionava per via endoscopica stent totalmente ricoperto della lunghezza di 20 cm e del diametro di 24 mm. con svasature prossimale e distale di 32 mm. Lo stent veniva rimosso a distanza di 5 settimane e contestualmente veniva rimosso anche il tubo di Kehr.

Alla rimozione dello stent, si documentava un granuloma con ulcera a stampo in corrispondenza della porzione medio distale del tubulo gastrico, sede del tratto "svasato" distale della protesi. Si documentava inoltre stenosi al terzo medio-distale esofageo, sede del tratto apicale della protesi. Il tramite fistoloso, seppur ancora presente, appariva con fondo deterso con netta riduzione della reazione flogistica locale. Il granuloma antrale inizialmente non consentiva il passaggio dello strumento, ma a distanza di soli due giorni, era nettamente diminuito di dimensioni, per effetto della riduzione dell'edema e della flogosi con agevole passaggio fino alla seconda porzione duodenale.

Il paziente è stato pertanto sottoposto a cicli di dilatazione endoscopica della stenosi esofagea.

La dilatazione viene effettuata con sedazione praticata dall'anestesista, mantenendo il palloncino a cavallo della stenosi, sempre sotto visione, per almeno 4 minuti e sempre avendo cura che il dolore accusato dal paziente non sia eccessivo, sia per evitare disagio al paziente stesso, sia perché potrebbe significare una pressione troppo elevata che predispone ad una imminente lacerazione dell'esofago stesso.

Ad ogni dilatazione, che ha cadenza di circa 15-20 giorni, sono stati utilizzati palloncini di calibro sempre maggiore; nell'ultima seduta è stato utilizzato palloncino n. 15.

Ad un mese dalla rimozione del Kehr persisteva la secrezione corpuscolata e la flogosi cutanea in sede di rimozione del drenaggio, pertanto si rendeva necessaria toilette chirurgica con drenaggio di materiale purulento e zaffi iodofornici che venivano rinnovati sino completa risoluzione clinica.

Attualmente il paziente è in buone condizioni generali, si alimenta senza problemi e si è osservata la completa chiusura del tramite fistoloso; è tutt'ora in follow up per monitoraggio della stenosi esofagea che tuttavia è oltrepassabile con colonscopio e non determina disfagia significativa.

RISULTATI

La fistola del tubulo gastrico dopo Sleeve Gastrectomy è una complicanza seria a possibile esito fatale.

Anche laddove l'esito non sia negativo . per il raggiungimento della guarigione è comunque necessario per il paziente passare un periodo di notevole disagio con grave defedazione, spesso con plurimi interventi, un numero decisamente elevato di giorni di ospedalizzazione, per non parlare dei costi per il sistema sanitario e di costi sociali in termini di pesante perdita di giorni lavorativi.

Le opzioni terapeutiche dipendono da numerosi fattori: periodo di insorgenza, sede e portata della fistola; altro fattore importante sono le condizioni cliniche del paziente e la presenza o meno di uno stato settico.

Il caso che riportiamo è particolare in quanto il paziente è giunto alla nostra osservazione a distanza di circa 5 mesi dalla comparsa della fistola e dopo numerosi trattamenti chirurgici ed endoscopici.

Riteniamo che la cronicizzazione del processo flogistico renda le possibilità terapeutiche più complesse e che non esistano al momento dei percorsi standardizzati, soprattutto nel caso si intervenga a distanza dalla comparsa della fistola.

L'introduzione di sistemi di drenaggio nella fistola non fa che prolungare i tempi di persistenza della fistola stessa, impedendo la flogosi del tramite fistoloso che predispone alla granulazione e quindi alla chiusura spontanea per cicatrizzazione e ci sembrano quindi da escludere.

La rafia per via endoscopica con sistema endoscopico Overstitch, se non determina la completa chiusura del foro, sede del linkage, permette comunque un significativo avvicinamento dei margini, premessa importante alla cicatrizzazione spontanea.

Il contestuale posizionamento della protesi facilita ulteriormente la sintesi perché fa da substrato meccanico al deposito di fibrina.

La stenosi verificatasi in sede di esofago medio-distale e la iniziale e transitoria substenosi antrale potrebbero essere in relazione all'infiammazione fisiologica determinata dalla svasatura della protesi in tali sedi. Queste parti dilatate della protesi sono però importanti perché le permettono di non migrare. La complicanza flogistica e stenotica da protesi è risolvibile.

DISCUSSIONE

Il trattamento endoscopico combinato (Overstitch + endoprotesi) si è dimostrato efficace nel trattamento della fistola cronica del tubulo gastrico dopo Sleeve Gastrectomy.

Riteniamo che questo approccio rappresenti una valida opzione a bassa invasività da applicare nei casi in cui la cronicizzazione del processo flogistico non consenta l'applicazione delle metodiche convenzionali.

BIBLIOGRAFIA

1. Serra C, Pérez N, Bou R, Bengochea M, Martínez R, Baltasar A. Laparoscopic sleeve gastrectomy. A bariatric procedure with multiple indications. *Cir Esp* 2006; 79: 289-292
2. Marceau P, Cabanac M, Frankham PC, Hould FS, Lebel S, Marceau S, Lescelleur O, Biron S. Accelerated satiation after duodenal switch. *Surg Obes Relat Dis* 2005; 1: 408-412
3. Msika S, Castel B. Present indications for surgical treatment of morbid obesity: how to choose the best operation? *J Visc Surg* 2010; 147
4. Rosenthal RJ, Diaz AA, Arvidsson D, Baker RS, Basso N, Bellanger D, Boza C, El Mourad H, France M, Gagner M, Galvao-Neto M, Higa KD, Himpens J, Hutchinson CM, Jacobs M, Jorgensen JO, Jossart G, Lakdawala M, Nguyen NT, Nocca D, Prager G, Pomp A, Ramos AC, Rosenthal RJ, Shah S, Vix M, Wittgrove A, Zundel N. International Sleeve Gastrectomy Expert Panel Consensus Statement: best practice guidelines based on experience of > 12,000 cases. *Surg Obes Relat Dis* 2012; 8: 8-19
5. Marquez MF, Ayza MF, Lozano RB, Morales Mdel M, Poujoulet RB. Gastric leak after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg* 2010; 20: 1306-1311
6. Mittermair R., Sucher R., Perathoner A. Results and complications after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surg. Today*. 2013
7. Lacy A, Ibarzabal A, Pando E, Adelsdorfer C, Delitala A, Corcelles R, Delgado S, Vidal J. Revisional surgery after sleeve gastrectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2010; 20: 351-356
8. Iannelli A, Schneck AS, Ragot E, Liagre A, Anduze Y, Msika S, Gugenheim J. Laparoscopic sleeve gastrectomy as revisional procedure for failed gastric banding and vertical banded gastroplasty. *Obes Surg* 2009; 19: 1216-1220

Note

IDabstract

76

Speaker

GIORDANO

FRANCESCA

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Endoscopia in chirurgia bariatrica. Ruolo come primary surgery e nella gestione delle complicanze

TITOLO DEL LAVORO

Palloncino intragastrico nel trattamento dell'obesità per il calo ponderale e il miglioramento del profilo metabolico

AUTORI

S. Budui, F. Giordano, M. Berteotti, L. Franceschini, M. Lippa, M. Rossi, E. Sartori, M. Taddei, G. Raschella
Riabilitazione Metabolica e Nutrizionale, Casa di Cura Solatrix, Rovereto (TN)

RELATORE

INTRODUZIONE

Valutazione dei cambiamenti della composizione corporea e degli indici metabolici in pazienti con obesità sottoposti a posizionamento di dispositivo intragastrico (BIB) per 6 mesi.

METODI

Pazienti affetti da obesità sono stati sottoposti a posizionamento di BIB e valutati prima e dopo i 6 mesi di terapia, attraverso valutazione dei parametri antropometrici (peso, body mass index (BMI), circonferenza vita e circonferenza collo), della composizione corporea con bioimpedenziometria (BIA) e degli esami ematobiochimici (glicemia e assetto lipidico).

RISULTATI

32 pazienti affetti da obesità sono stati sottoposti a posizionamento endoscopico di palloncino intragastrico; 7 pazienti hanno rimosso il BIB in anticipo, per intolleranza al dispositivo. 25 pazienti (64% sesso femminile, età media 40.5 anni) con BMI medio di 37.5 kg/m² hanno completato la terapia. Dai dati è risultata una riduzione media del peso e BMI del 13%, della circonferenza vita del 10%, con una riduzione della massa grassa del 20% e concomitante decremento della massa metabolicamente attiva del 9%. Si è inoltre registrata una riduzione media del colesterolo totale del 4.8% e dei trigliceridi dell'8.6%.

DISCUSSIONE

Pazienti obesi sottoposti per 6 mesi a posizionamento BIB hanno presentato un significativo calo di peso con una riduzione della massa grassa e un miglioramento del profilo glucidico e lipidico.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	136
Speaker	Cellini Carlo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Endoscopia in chirurgia bariatrica. Ruolo come primary surgery e nella gestione delle complicanze
TITOLO DEL LAVORO	Il posizionamento del pallone intragastrico per il trattamento dell'obesità: risultati preliminari di un unico centro
AUTORI	Cellini C., Raimondi P., Ciampaglia M., Marino F., Brandolini R., Capodicasa S., Di Bartolomeo N., Ciampaglia F. U.O. di Chirurgia Generale, Casa Di Cura privata Convenzionata "Villa Serena", Città Sant'Angelo
RELATORE	
INTRODUZIONE	L'obesità è una malattia metabolica molto complessa: aumenta la prevalenza di alcune malattie come il diabete e l'ipertensione. I diversi metodi studiati per il trattamento chirurgico dell'obesità presentano però rischi e costi molto elevati. Il trattamento endoscopico con il posizionamento di palloncino intragastrico si è rivelato efficace e sicuro.
METODI	Da luglio 2014 a giugno 2016 abbiamo sottoposto 156 pazienti al posizionamento di palloncino intragastrico. Tutti i pazienti vengono sottoposti a visita psicologica e a visita nutrizionale prima di essere sottoposti alla procedura endoscopica. Di tali pazienti, 40 erano uomini e 116 donne (25.6 % vs 74.4 %). Un solo paziente presentava un BMI di 29. Venti pazienti avevano un BMI tra 30 e 34.9, cinquantatré tra 35 e 39.9 e ottantadue pazienti avevano un BMI superiore a 40 (rispettivamente 0.6 %, 12.8%, 33.9% e 52.7%). Il gonfiaggio del pallone veniva effettuato con 500 cc di s.f. e blu di metilene. La procedura di posizionamento e di rimozione è sempre stata effettuata in assistenza anestesiológica.
RISULTATI	Nel 2.5 % dei casi il posizionamento del palloncino intragastrico non ha prodotto perdita di peso corporeo; nel restante 97.5% il trattamento è stato efficace. Il 15.3 % ha perso 10 kg del peso, il 44.8% da 11 a 20 kg e il 39.9% ha perso più di 20 kg. Il 5.7% ha presentato complicanze (vomito, disidratazione, polmonite e pancreatite acuta), in un caso si è dislocato e in un caso è fuoriuscito il liquido di gonfiaggio. Non ci sono state complicanze maggiori legate alla procedura endoscopica o alla sedazione.
DISCUSSIONE	Il posizionamento di palloncino intragastrico è una procedura efficace e sicura e consente la perdita di peso nella maggior parte dei casi.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	125
Speaker	Martorana Stefania under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Endoscopia in chirurgia bariatrica. Ruolo come primary surgery e nella gestione delle complicanze
TITOLO DEL LAVORO	Il trattamento del leak gastrico dopo Sleeve Gastrectomy: vantaggi e limiti dell'utilizzo delle endoprotesi metalliche. Nostra esperienza.
AUTORI	Martorana S., Morini L., Macaione I., Lazzaro L.A., Guercio G, Pantuso G. U.O.C. Di Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico A.O.U.P. Paolo Giaccone - Palermo
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>La Sleeve Gastrectomy (SG) è una procedura restrittiva che nasce nel 1993 come primo step di interventi bariatrici malassorbitivi più complessi come la diversione bilio-pancreatica con duodenal switch (DBP-DS)(1) o il laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass (LRYGBP)(2). La SG è una procedura che viene eseguita sempre più frequentemente come unico intervento(3-7) per via dei multipli vantaggi legati alla sua minore invasità e grazie ai buoni risultati ottenuti in termini di perdita di peso (un anno dopo la SG dal 50% al 67% di excess weight-loss% - EW%) e risoluzione delle comorbidità associate all'obesità(8,9).</p> <p>Nonostante la Sleeve Gastrectomy VLS sia una procedura chirurgica di facile esecuzione, può andare incontro ad una complicanza temibile e di difficile risoluzione: il leak gastrico(10-13). Si tratta di una complicanza rara che incorre con un tasso di incidenza variabile dallo 0,6 al 7%(14).</p> <p>Il leak è una complicanza temibile soprattutto per la difficoltà di gestione della stessa: una linea di trattamento uniforme, infatti, non è stata ancora stabilita, ma la terapia conservativa (rappresentata da antibiotici ad ampio spettro, IPP ev ad alte dosi, nutrizione parenterale totale, dal drenaggio percutaneo TC-guidato e dalle metodiche endoscopiche quali colla di fibrina e protesi autoespandibili) risulta essere quella più efficace nonché, ovviamente, quella di più facile esecuzione.</p> <p>Negli ultimi anni alcune metodiche endoscopiche, come l'utilizzo di protesi metalliche autoespandibili ricoperte, sono state più frequentemente utilizzate per il trattamento delle deiscenze con lo scopo di ottenere una riparazione non chirurgica mini-invasiva(15,16).</p> <p>La principale limitazione del trattamento mediante protesi è la tendenza di quest'ultima a migrare distalmente(17). La migrazione rappresenta la complicanza più frequente riportata nel 30% dei casi in alcuni lavori(15,16,18) e fino al 42-50% dei casi in altri(19,20).</p>
METODI	Presso il nostro centro sono stati eseguiti 26 interventi di Sleeve Gastrectomy vls tra il Gennaio 2011 e il Gennaio 2017. I dati dei nostri pazienti sono stati inseriti prospetticamente in un Database e successivamente si è provveduto ad una valutazione retrospettiva dei dati acquisiti.
RISULTATI	<p>Nella nostra esperienza il leak gastrico si è verificato in 2 pazienti (7,7%) in assenza di altre complicanze. Una terza paziente, sottoposta a SG presso altro nosocomio, si è presentata alla nostra osservazione con leak gastrico già diagnosticato per il trattamento dello stesso.</p> <p>Il primo paziente G.L. di sesso maschile, dell'età di 25 anni, è stato sottoposto nell'Ottobre del 2013 ad intervento di Sleeve Gastrectomy vls per obesità grave (BMI 40 in assenza di comorbidità). In XXXVI GPO il paziente ritornava presso il nostro reparto per la comparsa, da circa una settimana, di febbre (TC 39°), dolore addominale in regione epigastrica, nausea e tachicardia, associati ad aumento dei bianchi $16,16 \times 10^3 / \text{mcrL}$ e della PCR 34,91 mg/dl. Veniva pertanto eseguita una TC torace-addome che metteva in evidenza in prossimità della linea di sutura gastrica, in sede sottodiaframmatica, una raccolta a contenuto misto, fluido gassoso, di diametri massimi di 8,5 cm x 4,5 cm circa. Nel corso della stessa indagine veniva somministrato Gastrografin per os che non</p>

metteva in evidenza la presenza di leak. Veniva inoltre eseguita EGDS che non evidenziava reperti patologici.

In considerazione del reperto TC veniva sottoposto a NPT e terapia antibiotica. In LIII GPO veniva posizionata per via endoscopica protesi NiTi-S Esophageal stent full covered (16 Fr, 18 mm x150 mm) e veniva valutata la possibilità di posizionare un drenaggio percutaneo; tale procedura non risultava eseguibile per le ridotte dimensioni della raccolta.

In LV GPO la protesi migrava distalmente e veniva asportata manualmente in corso di esplorazione digito-ano-rettale.

In LXXV GPO veniva posizionata un'ulteriore protesi NiTi Esophageal stent full covered di calibro maggiore (22 Fr, 24mm x 230mm). In CLXIV GPO il paziente eseguiva TC addome con mdc ev e per os che non evidenziava raccolte e spandimenti di mezzo di contrasto in sede sottocardiale, per cui l'endoprotesi veniva rimossa per guarigione della complicanza.

La seconda paziente, T.N., di sesso femminile, dell'età di 36 anni, veniva sottoposta nel Gennaio del 2014 ad intervento di Sleeve Gastrectomy vls per obesità grave (BMI 40 in assenza di comorbidità maggiori). In XI GPO la paziente ritornava presso il nostro reparto per la comparsa di febbre (TC 39°) e tachicardia e veniva pertanto sottoposta a prelievo sierologico di controllo che evidenziava importante leucocitosi ($27,55 \times 10^3/\text{mcrL}$) e aumento della PCR (35 mg/dl). Veniva pertanto eseguita una TC addome con e senza mezzo di contrasto che evidenziava la presenza di raccolta fluida perigastrica nella pregressa sede del fondo, del diametro massimo di circa 4 cm. In corso di indagine TC veniva somministrato Gastrografin per os che metteva in evidenza la presenza di leak sottocardiale.

Veniva intrapresa quindi NPT e terapia antibiotica ev. In XV GPO veniva posizionato drenaggio percutaneo sottofrenico sinistro (Pigtail) ed in XXII GPO veniva posizionata endoprotesi "bariatrica" NiTi-S Esophageal Covered Stent Beta2 (22 Fr 24mm x 200mm). In XXXV GPO, la paziente ritornava nuovamente presso il nostro reparto per insorgenza di febbre elevata (>39) e veniva riscontrato un nuovo aumento dei globuli bianchi ($24,75 \times 10^3 \text{ mcrL}$) e della PCR (>27); alla TC addome con e senza mdc si evidenziava la presenza di raccolta fluida perigastrica nella pregressa sede del fondo, del diametro massimo di circa 5 cm non drenata dal Pigtail e pertanto veniva posizionato ulteriore drenaggio percutaneo per la nuova raccolta e, in LIX GPO si posizionava endoscopicamente a "telescopio" sulla prima protesi una ulteriore protesi di calibro superiore (full-covered type NiTi-S Enteral Colonic Stent 22 Fr 28mm x 100 mm). Ciò trovava giustificazione nel fatto che la prima protesi, nonostante fosse per uso bariatrico, non aveva un calibro sufficiente per aderire sulla parete esofagea riformando così la fistola.

In CXCI GPO alla TC addome con mdc ev e per os non si evidenziavano raccolte e spandimenti di mezzo di contrasto in sede sottocardiale, venivano quindi rimosse le due endoprotesi precedentemente posizionate con guarigione.

La terza paziente, S.S., di sesso femminile, dell'età di 27 anni, veniva sottoposta nell'Ottobre 2016, presso altro nosocomio, ad intervento di Sleeve Gastrectomy vls (BMI 35 in assenza di comorbidità maggiori). In XII GPO notava la comparsa di febbre e dolore addominale, motivo per cui si sottoponeva a RX transito che documentava la presenza di "spandimento di mdc in corrispondenza della regione fundica". Per tale motivo si sottoponeva a posizionamento di drenaggio percutaneo TC-guidato perigastrico. Giungeva alla nostra osservazione in XXII GPO apiretica, con leucocitosi ($15,42 \times 10^3/\text{mcrL}$) e aumento della PCR (51,4 mg/dl). Veniva intrapresa quindi NPT, terapia antibiotica ev e IPP ad alte dosi. In XXVII GPO si posizionava endoprotesi "bariatrica" NiTi-S Esophageal Covered Stent Beta2 (22 Fr 24mm x 200mm). Eseguiva RX transito con Gastrografin in XXIX GPO che non mostrava spandimenti di mdc, ma il transito in duodeno risultava filiforme per estremità distale accollata alla mucosa. Si procedeva pertanto a controllo endoscopico con prossimalizzazione della protesi. In XXX GPO eseguiva TC addome con mdc che non evidenziava raccolte e/o versamento fluido

in sede perigastrica. In XXXI GPO iniziava alimentazione semiliquida per os e veniva dimessa in XXXV GPO in buone condizioni cliniche generali, apiretica, con drenaggio percutaneo e con protesi in sede e con terapia antibiotica e gastroprotettiva domiciliare. In XLII GPO la paziente ritornava alla nostra osservazione per la comparsa di sangue rosso vivo nel drenaggio; veniva sottoposta a TC addome che non evidenziava sanguinamenti attivi, ma notava la presenza di "raccolta con livello idro-aereo nel contesto del diametro massimo di circa 16x10 mm in sede perigastrica al cardias in prossimità dell'apice del drenaggio". In XLV GPO eseguiva EGDS di controllo che evidenziava margine orale della protesi prossimalizzato spontaneamente, con margine distale in antro gastrico, in corrispondenza del quale si notava una lesione da decubito edematosa con ulcerazione, verosimile causa del recente sanguinamento. Si distalizzava dunque la protesi in duodeno, 3 cm dopo il piloro. In CV GPO la paziente veniva sottoposta a RX transito di controllo con Gastrografin che non evidenziava spandimenti in sede di pregressa fistola gastrica, per tale motivo si procedeva a mobilizzazione di 2 cm del drenaggio percutaneo in sede perigastrica, rimosso poi accidentalmente dalla paziente 2 giorni dopo. In CVIII GPO eseguiva TC addome che non rilevava la presenza di stravasato di mdc somministrato per os, ma metteva in evidenza "[...] raccolta con multiple bolle aeree in regione epigastrica/ipocondrio sinistro adiacente al cardias e, in prossimità dell'estremità distale della protesi endoluminale, quota tissutale solida del diametro massimo di 1.5 cm circa che determina ostruzione della protesi suddetta". In CXI GPO veniva eseguita EGDS che evidenziava dislocazione sottocardiale della protesi con mucosa duodenale invaginata all'interno della sua estremità distale con effetto a valvola e lesione circonferenziale da decubito. Si procedeva pertanto a prossimalizzazione della protesi e ad ulteriore controllo TC che non evidenziava più le multiple bolle aeree peritoneali in regione epigastrica/ipocondrio sinistro e non rilevava stravasato di mdc somministrato per os. La paziente risultava, dunque, guarita e, in CXII GPO, veniva estratta la protesi.

DISCUSSIONE

Nel trattamento conservativo del leak gastrico, l'utilizzo di metodiche endoscopiche, quali protesi metalliche autoespandibili ricoperte, ha assunto nel tempo sempre più importanza. Le protesi costituiscono una barriera fisica tra la fistola ed il contenuto intraluminali favorendo la cicatrizzazione e la chiusura del difetto della parete e consentendo, allo stesso tempo, la nutrizione per os, in pazienti con fistole di piccole dimensioni che non abbiano ottenuto benefici da trattamenti endoscopici come clips metalliche e colla di fibrina(20). La scelta dello stent dovrebbe basarsi sulla stima del diametro del tubulo gastrico, utilizzando in caso di dubbio, uno stent di maggiori dimensioni per evitare la migrazione(15,16). Ciononostante tale complicanza ha un'incidenza che va dal 30 al 50%. L'alta percentuale di migrazione può essere spiegata dai seguenti punti: gli stent utilizzati sono nati per essere utilizzati nelle palliazioni di stenosi esofagee e, successivamente, sono state modificate per essere adattate ad una differente sede e ad un diverso obiettivo, oppure la ridotta aderibilità dello stent alla porzione distale del tubulo non consente un sufficiente ancoraggio della protesi e, infine, il rivestimento della protesi, indispensabile per ottenere la chiusura della fistola e per prevenire l'inglobamento delle maglie nella parete gastrica, riduce tuttavia la presa dello stent sulla superficie mucosa favorendone il dislocamento lungo il tubulo gastrico. In altri casi, invece, la sua migrazione può addirittura creare lesioni da decubito che ostruiscono la protesi stessa.

In conclusione, la più importante critica all'intervento di sleeve gastrectomy è la possibile comparsa della fistola della linea di sutura gastrica, la cui gestione, mediante posizionamento di endoprotesi, è a sua volta gravata dalla frequente migrazione della stessa, il che prolunga ulteriormente i tempi di degenza che si ripercuotono in un aumento dei costi sanitari e dello stress psicofisico del paziente.

In tutti e tre i nostri casi, infatti, la protesi è sempre stata mal tollerata, procurando ai pazienti dolore retrosternale, reflusso gastroesofageo con pirosi e transito alimentare difficoltoso.

Per tali motivi, secondo molti Autori, le indicazioni alla sleeve gastrectomy sono più limitate, preferendo a questa procedura altri interventi più efficaci, come il bypass gastrico che, seppur più invasivo, comporta complicanze più rare e più facilmente

1. Gagner M, Chu CA, Quinn T, et al. Two-stage laparoscopic biliopancreatic diversion with duodenal switch: an alternative approach to super-super morbid obesity. *Sur Endosc* [abstract]. 2003;16:S069.
2. Regan JP, Inabnet WB, Gagner M, et al. Early experience with two-staged laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass as an alternative in the super-super obese patient. *Obes Surg*. 2003;13:861-4.
3. Mognol P, Chosidow D, Marmuse JP. Laparoscopic sleeve gastrectomy as an initial bariatric operation for high-risk patients: initial results in 10 patients. *Obes Surg*. 2005;15:1030-3.
4. Baltasar A, Serra C, Perez N, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy; a multi-purpose bariatric operation. *Obes Surg*. 2005;15:1124-8.
5. Baltasar A, Bou R, Bengochea M, et al. Mil operaciones bariátricas. *Cir Esp*. 2006;79:349-55.
6. Braghetto I, Korn O, Valladares H, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy: surgical technique, indications and clinical results. *Obes Surg*. 2007;17:1442-50.
7. Sammour T, Hill AG, Singh P, et al. Laparoscopic sleeve gastrectomy as a single stage bariatric procedure. *Obes Surg*. 2010;20:271.
8. Silecchia G., Boru C., Pecchia A., Effectiveness of laparoscopic sleeve gastrectomy (first stage of biliopancreatic diversion with duodenal switch) on co-morbidities in super-obese high-risk patients. *Obes Surg* 2006; 16:1338-44.
9. Cottam D., Quresci F.G., Mattar G., Laparoscopic sleeve gastrectomy as an initial weight-loss procedure for high-risk patients with morbid obesity. *Sur Endosc* 2006; 16:1323-6.
10. Lalor PF, Tucker ON, Szomstein S, et al. Complications after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis*. 2008;4 (1):33-8.
11. Chen B, Kiriakopoulos A, Tsakayannis D, et al. Reinforcement does not necessarily reduce the rate of staple line leaks after sleeve gastrectomy. A review of the literature and clinical experiences. *Obes Surg*. 2009;19:166-72.
12. Clinical Issues Committee of American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Sleeve gastrectomy as a bariatric procedure. *Surg Obes Relat Dis*. 2007;3(6):573-6.
13. Gumbs AA, Gagner M, Dakin G, et al. Sleeve gastrectomy for morbid obesity. *Obes Surg*. 2007;17(7):962-9.
14. Sanchez-Santos R, Masdevall C, Batasaz A, et al. Short- and mid-term outcomes of sleeve gastrectomy for morbid obesity, the experience of the Spanish National Registry. *Obes Surg*. 2009;19:1203-10.
15. Nguyen NT, Nguyen X-MT, Dholakia C. The use of endoscopic stent in management of leaks after sleeve gastrectomy. *Obes Surg* 2010;20:1289-1292.
16. Blackmon SH, Santora R, Schwarz P et al. Utility of removable esophageal covered self-expanding metal stents for leak and fistula management. *Ann Thorac Surg* 2010;89:931-937.
17. Simon F, Siciliano I, Gillet A, et al. Gastric leak after laparoscopic sleeve gastrectomy: early covered self-expandable stent reduces healing time. *Obes Surg*. 2013;23:687-692.
18. Serra C, Baltasar A, Andreo L et al. Treatment of gastric leaks with coated self-expanding stents after sleeve gastrectomy. *Obes Surg* 2007;17:866-872.
19. Eubanks S, Edwards CA, Fearing NM, et al. Use of endoscopic stents to treat anastomotic complications after bariatric surgery. *J Am Coll Surg*. 2008;206(5):935-8.
20. Casella G, Soricelli E, Rizzello M et al. Nonsurgical Treatment of Staple Line Leaks after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg* (2009) 19:821-826.
21. Gonzalez R, Murr MM. Anastomotic leaks following gastric bypass surgery. In: *Weight Loss Surgery: A Multidisciplinary Approach*, Jones DB, Rosenthal R (Eds), Matrix Medical Communications, Edgemont 2008. p.369.

Note



IDabstract 145

Speaker Genco Alfredo under40

ARGOMENTO Area chirurgica - Endoscopia in chirurgia bariatrica. Ruolo come primary surgery e nella gestione delle complicanze

TITOLO DEL LAVORO SAFETY AND EFFICACY OF A NEW SWALLOWABLE INTRAGASTRIC BALLOON NOT NEEDING ENDOSCOPY: Early Italian Experience.

AUTORI Ernesti I.2, Ienca R. 2, Casella G.1, Mariani S.2, Francomano D.2, Soricelli E.1, Genco A.1

1 Department of Surgical Sciences, Surgical Endoscopy Unit, Sapienza University of Rome, Rome, Italy.

2 Department of Experimental Medicine-Medical Physiopathology, Food Science and Endocrinology Section, Sapienza University of Rome, Rome, Italy.

RELATORE

INTRODUZIONE

Intragastric balloons have been used for several years to reduce patient weight before bariatric surgery and to lower surgical complication rates (1). Balloons usually require conscious or unconscious sedation, an upper endoscopy to position the balloon, and a second upper endoscopy to remove the balloon (2). These procedures add cost to the therapy and are not without complications.

The aim of this study was to evaluate the safety and efficacy of a new intragastric balloon (Elipse™ Balloon, Allurion Technologies, Natick, MA USA) not needing endoscopy that for placement and removal.

METODI

The balloon was swallowed under fluoroscopy in 45 consecutive patients (F/M: 33/12, mean age: 46.4 ± 10.6 years, mean weight: 109,7 ± 21,9 kg, and mean BMI: 38.6 ± 6.7 kg/m²). The balloon remains in the stomach for 4 months and then spontaneously opens. The empty balloon is then eliminated through the digestive tract and not retrieved by upper endoscopy.

RISULTATI

There were no complications during balloon passage. After 16 weeks, the mean weight loss was 12.7 kg, mean percent excess weight loss was 26%, and mean BMI reduction was 4.2 kg/m². Total body weight loss 11.6%. There was a significant reduction in major co-morbidities related to metabolic syndrome: blood pressure (p<0.02), waist circumference (p<0.002), triglycerides (p<0.0001), blood glucose (p<0.001) and HOMA-IR index (p<0.001). At the end of the treatment, all balloons were excreted in the stool.

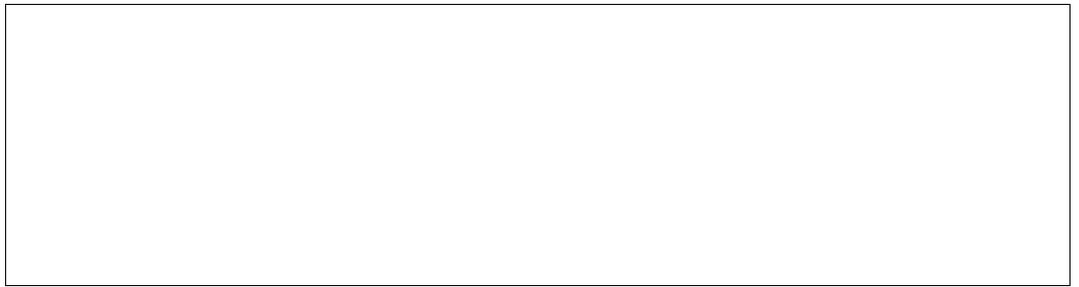
DISCUSSIONE

The results of this study on 45 consecutive patients demonstrate that the Elipse™ balloon is safe, effective, and very well accepted by patients. This new device represents significant progress in the field of intragastric balloons, removing endoscopy and anesthesia procedure.

BIBLIOGRAFIA

1. Genco A, Bruni T, Doldi SB, Forestieri P, Marino M, Busetto L, et al. BioEnterics Intragastric Balloon: The Italian Experience with 2,515 Patients. *Obesity surgery*. 2005 Sep;15(8):1161-4. PubMed PMID: 16197790. Epub 2005/10/04. eng.
2. Messina T, Genco A, Favaro R, Maselli R, Torchia F, Guidi F, et al. Intragastric balloon positioning and removal: sedation or general anesthesia? *Surgical endoscopy*. 2011 Dec;25(12):3811-4. PubMed PMID: 21656325. Epub 2011/06/10. eng.

Note



IDabstract

99

Speaker

Giarrizzo

Amy

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Insufficiente calo ponderale

TITOLO DEL LAVORO

Weight regain dopo Sleeve Gastrectomy: nostra esperienza e revisione della letteratura.

AUTORI

Giarrizzo A., Gulino F., Trusso Zirna E., Iudica M., Veroux G.S.M., Bellia A., Ferrara F., Piazza L.
Chirurgia Generale e d'Urgenza - A.R.N.A.S. GARIBALDI - Catania

RELATORE

INTRODUZIONE

La sleeve gastrectomy è una procedura bariatrica comunemente eseguita per la sua riproducibilità e per il suo grado di efficacia. I risultati sulla perdita di peso a breve e medio termine sono soddisfacenti; tuttavia vi è evidenza di weight regain a lungo termine. I pazienti vengono candidati a chirurgia revisionale se manifestano weight regain o persistenza delle comorbidità.

METODI

E' stata eseguita un'analisi retrospettiva su 364 pazienti consecutivi operati di Sleeve Gastrectomy VL presso il nostro centro tra Gennaio 2010 e Dicembre 2016. Sono stati presi in esame i risultati ottenuti ad un follow-up a 6, 12, 24, 60 mesi. Il 71.29% (n=256) era di sesso femminile e il 29.81% (n=108) di sesso maschile. L'età media era di 40.37 (19-70). Il peso medio preoperatorio era di 117.57 kg (78-180). Il BMI medio preoperatorio era di 42.65 (29.36-64.09). E' stata anche registrata la presenza di comorbidità quali: ipertensione arteriosa, OSAS, dislipidemia e diabete mellito tipo 2. Il tempo medio operatorio è stato di 65 ±15 minuti. Il tempo medio di degenza è stato 5.67 giorni (2-303). Infine, è stata eseguita una revisione della letteratura in merito al trattamento del weight regain dopo intervento di sleeve gastrectomy.

RISULTATI

Non si sono verificati decessi nella nostra casistica. L'Excess Weight Loss % (EWL%) medio a 6, 12, 24, 60 mesi è stato rispettivamente 31.44, 56.51, 66.2, 61.44. Il massimo valore di EWL% di 71.32 è stato raggiunto a 24 mesi. EWL% ≥50 medio raggiunto nei primi 12 mesi postoperatori.

DISCUSSIONE

Nella nostra esperienza si è verificata una diminuzione del valore medio di EWL% a 5 anni. Tale dato risulta essere eterogeneo nelle maggiori case series presenti in letteratura. Le opzioni di trattamento sono molteplici e sono necessari ulteriori trials clinici per confrontare i risultati ottenuti con l'esecuzione delle diverse procedure revisionali.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	90
Speaker	Fantola Giovanni under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Insufficiente calo ponderale
TITOLO DEL LAVORO	La compliance del paziente alla dieta preoperatoria è l'unico fattore predittivo per ottenere un risultato soddisfacente ad 1 anno dopo intervento di sleeve gastrectomy
AUTORI	G. Fantola, V. Cabras, R.Lecis, S.Caredda, S.Pintus, C.Sollai, R.Moroni. Chirurgia Bariatrica, Azienda Ospedaliera Brotzu, Cagliari
RELATORE	
INTRODUZIONE	L'intervento di sleeve gastrectomy è largamente diffuso in chirurgia bariatrica. I risultati sono ottimi in termini di perdita di peso soprattutto nel primo anno. Nonostante ciò esiste una percentuale di pazienti che non hanno una perdita di peso soddisfacente. La variabilità del risultato ad un anno dall'intervento può dipendere da numerosi fattori. Lo scopo principale dello studio è quello di analizzare i fattori predittivi di un buon risultato (EWL \geq 50%) ad un anno in pazienti sottoposti ad intervento di sleeve gastrectomy
METODI	Sono stati arruolati tutti i pazienti operati di sleeve gastrectomy da novembre 2014 a Febbraio 2015 con sorveglianza postoperatoria ad un anno. I pazienti sono stati divisi in due gruppi a seconda del risultato dopo un anno dall'intervento: Excess Weight Loss (EWL) \geq 50% versus EWL $<$ 50%. Nei tre gruppi sono state analizzate le seguenti variabili: peso, altezza, BMI, sesso, la compliance alla dieta preoperatoria, il tipo di dieta (chetogenica o bilanciata), perdita complessiva di peso durante il periodo della dieta preoperatoria, presenza di disturbo alimentare tipo binge o grazing, operatore junior o senior.
RISULTATI	85 pazienti sono stati sottoposti a sleeve gastrectomy nel periodo preso in considerazione. La sorveglianza ad un anno è del 100%. EWL \geq 50% non è stato raggiunto in 20 pazienti (23.5%). L'analisi univariata dimostra che BMI alto (p=0.31), presenza di binge (0.42) e assenza di grazing (0.66) sono variabili debolmente significative come fattori predittivi negativi di buon risultato. L'analisi univariata e multivariata dimostra che la compliance alla dieta preoperatoria, a prescindere dal tipo di dieta (bilanciata versus chetogenica) e dalla perdita complessiva di peso corporeo, è un fattore predittivo positivo di buon risultato (p=0.046). Il chirurgo in formazione non influisce sul risultato ad un anno dopo l'intervento.
DISCUSSIONE	Nonostante la sleeve gastrectomy sia considerata un intervento efficace per la perdita di peso, non tutti i pazienti rispondono in maniera soddisfacente. La compliance del paziente alla dieta preoperatoria, a prescindere dal tipo di dieta, influisce in maniera significativa per ottenere un buon risultato.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	100
Speaker	Gulino Fabrizio under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Insufficiente calo ponderale
TITOLO DEL LAVORO	Weight Regain dopo Mini Bypass Gastrico VL: follow-up di 10 anni dopo 808 pazienti consecutivi
AUTORI	Gulino F., Giarrizzo A., Veroux G.S.M., Trusso Zirna E., Iudica M., Ferrara F., Bellia A., Piazza L. Chirurgia Generale e d'Urgenza - A.R.N.A.S. GARIBALDI - Catania
RELATORE	
INTRODUZIONE	Vi è crescente evidenza che il Mini bypass gastrico VL (OAGB) risulti essere efficace nel determinare decremento ponderale, risolvere comorbidità associate all'obesità e mantenere la perdita di peso nel tempo. E' stata effettuata un'indagine multiparametrica di follow up atta a valutare il decremento ponderale postoperatorio, l'eventuale insufficiente calo ponderale e infine l'eventuale weight regain.
METODI	Sono stati presi in esame 808 pazienti consecutivi operati di Mini Bypass Gastrico Videolaparoscopico presso il nostro centro tra Gennaio 2005 e Dicembre 2016. Follow-up a 6, 12, 24, 60 mesi. L'età media era di 41.89 (18-70) anni. Il peso medio preoperatorio era di 125.7 (80-182). Il BMI medio preoperatorio era di 49.3 (31.67-66.67). Il 68% di sesso femminile (n=549). Comorbidità associate: DM tipo II nel 36 %, Ipertensione nel 51 %, Dislipidemia nel 49% e Apnee Ostruttive del sonno nel 42%. Tempo medio operatorio: 100 ± 18 minuti. Tempo medio di degenza: 3.4 giorni.
RISULTATI	L'Excess Weight Loss % (EWL%) medio a 6, 12, 24, 60 mesi è stato rispettivamente del: 33.45, 53.81, 68.75, 68.80. Il massimo valore di EWL% di 109.2% è stato raggiunto a 24 mesi. L'EWL% medio ≥ 50% è stato raggiunto nei primi 12 mesi. In un caso è stato eseguito intervento di conversione (Roux-en-Y) per malassorbimento. In un solo caso vi è stata conversione a chirurgia Open. In tre casi si è verificato Weight Regain: 2 casi per dilatazione della tasca gastrica, 1 caso per fistola gastro-gastrica, tutti trattati con resizing laparoscopico della pouch gastrica.
DISCUSSIONE	Nella nostra esperienza l'EWL% a 6, 12, 24, 60 mesi è risultato sovrapponibile a quanto riportato in letteratura. Non si è verificato insufficiente calo ponderale, si è osservato weight regain in tre casi trattati con successo tramite chirurgia revisionale.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	12
Speaker	Borrelli Vincenzo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Insufficiente calo ponderale
TITOLO DEL LAVORO	BENDAGGIO GASTRICO REGOLABILE: PROCEDURA DA RIVALUTARE O ABBANDONARE ?
AUTORI	Vincenzo Borrelli e Monica Giuffrè U.O. Chirurgia Generale e Bariatrica Istituto di Cura Città di Pavia – Gruppo Ospedaliero San Donato
RELATORE	
INTRODUZIONE	Il bendaggio gastrico regolabile (BGR) ha subito negli anni sostanziali cambiamenti: sono state limiate le indicazioni alla procedura, perfezionata la tecnica chirurgica e modificati i materiali protesici. Scopo di questo studio è analizzare i risultati ottenuti dopo 10 anni di utilizzo del sistema Lap-Band AP®.
METODI	Da settembre 2006 a settembre 2016 sono stati sottoposti a Lap Band AP 277 pz (222F/55M; età media 31.9±10.4aa, range 17-61aa; BMI: 39.3±3.5kg/m2, range 34.3–51.5; %EW:75.1). In una sola paziente si è resa necessaria la laparotomia mentre in tutti gli altri casi l'intervento è stato eseguito con accesso laparoscopico. La protesi è stata collocata in tutti i casi via pars-flaccida e sono stati posizionati sempre 1 o 2 punti gastro-gastrici sulla parete anteriore ad eccezione di un unico caso dove il bendaggio è rimasto libero da punti. Il port è stato sempre posto in sede sottocostale sinistra e fissato all'aponeurosi anteriore dei muscoli retti con 3- 5 punti non riassorbibili. La prima regolazione della protesi è stata raccomandata entro 30 gg post-operatori (p.o.).
RISULTATI	non è stata riscontrata mortalità peri-operatoria, in nessun caso è stato necessario ricovero in terapia intensiva e nessun paziente è stato sottoposto ad emotrasfusione. La degenza media post-operatoria è stata di 1.4 notti. Non sono stati eseguiti re-interventi chirurgici né re-ingressi ospedalieri nei primi 30 gg p.o. Sono state eseguite 32 (32/277=11.5%) rimozioni della protesi tutte con accesso laparoscopico di cui: 2 (0.7%) per slippage precoce (4 e 6° mese post-operatorio), 12 (12/277=4.3%) per dilatazione della tasca gastrica e 18 (18/277=6.4%) a causa di calo ponderale insoddisfacente. E' stato osservato un unico caso di erosione gastrica (0.4%) diagnosticato al 6° mese p.o. e la protesi è stata rimossa con accesso laparoscopico. Non sono state segnalate complicanze relative al sistema tubo-port. La prima regolazione della protesi è avvenuta in media a 29 ±3 gg p.o. Dal 3° anno p.o. abbiamo riscontrato un drop-out medio del 23.6 %. Il calo ponderale in termini di BMI ed %EWL si mantiene dal 18° mese p.o. in poi rispettivamente di 29.6 kg/m2 e di 47.1%.
DISCUSSIONE	La standardizzazione della tecnica ed il perfezionamento nella selezione dei pazienti permettono di ridurre rispetto al passato i re-interventi sia per complicanze che per fallimento nei pazienti sottoposti a sistema Lap-band AP. Il miglioramento dei materiali protesici hanno di fatto annullato i re-interventi chirurgici per rottura della protesi e/o per disconnessione del sistema tubo-port. Il BGR è quindi una procedura sicura ed affidabile che deve essere tra gli interventi chirurgici utilizzabili nei Centri di Chirurgia Bariatrica.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract

107

Speaker

Sorrentino

Luca

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Insufficiente calo ponderale

TITOLO DEL LAVORO

E' possibile che l'assorbimento digiunale contribuisca alla ripresa ponderale dopo bypass gastrico? Uno studio ultrastrutturale – Case report

AUTORI

Luca Sorrentino, Raffaele Allevi, Andrea Rizzi, Igor Tubazio, Diego Foschi

1 Cattedra di Chirurgia Generale, UOC Chirurgia Generale II, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Università degli Studi di Milano

2 Centro di Microscopia Elettronica, Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche di Vialba, Università degli Studi di Milano

RELATORE

INTRODUZIONE

Il "weight regain" dopo bypass gastrico con anastomosi ad Y sec. Roux è una complicanza tardiva dell'intervento legata essenzialmente alle modificazioni della funzione di serbatoio a livello gastrico o digiunale. Studi volumetrici radiologici hanno dimostrato che questo è il meccanismo prevalente nell'obesità recidiva, ma non può essere escluso l'adattamento intestinale con un incremento della funzione riassorbitiva. Abbiamo avuto l'occasione di verificare sui campioni prelevati all'intervento chirurgico e sottoposti a microscopia elettronica a scansione e a trasmissione se il bypass gastrico determini significativa modificazione della morfologia della mucosa digiunale.

METODI

Paziente di 52 anni sottoposta nel 2003 ad intervento di bypass gastrico con ansa ad Y sec. Roux per obesità patologica (BMI 48 Kg/m²), diabete mellito di tipo II e sindrome metabolica, adenomi epatici. Iniziale considerevole calo ponderale, seguito a partire dal 2014 da una ripresa del peso corporeo, ricomparsa delle modificazioni patologiche del metabolismo lipidico, malattia da reflusso gastroesofageo ed ernia jatale. Sottoposta ad Rx transito digerente, esofagogastroduodenoscopia e TC addome si dimostrava la concomitante dilatazione della tasca gastrica e del primo tratto digiunale. La paziente veniva sottoposta a revisione chirurgica con plicatura gastrica e avanzamento del piede d'ansa digiunale. Durante la procedura si eseguiva prelievo biptico per studio ultrastrutturale, con contemporaneo esame alla microscopia elettronica a scansione e a trasmissione.

RISULTATI

L'analisi macroscopica del tratto digiunale dimostrava una dilatazione compresa tra i 3 e i 5 cm. Alla microscopia elettronica è apparsa evidente la presenza in eccesso delle pliche mucose, che erano caratterizzate da una superficie occupata da microvilli con orletto a spazzola in grado di garantire un'ampia capacità di assorbimento. Concomitava un considerevole incremento della vascolarizzazione sub-epiteliale.

DISCUSSIONE

La nostra osservazione ultrastrutturale sembra indicare la probabilità che oltre alle già note modificazioni della funzione di serbatoio, gastrica e digiunale, il bypass gastrico ad Y sec. Roux possa essere sede di una modificazione adattativa della mucosa digiunale ai fini dell'assorbimento.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	111
Speaker	Gazzetta Paolo Giovanni under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su particolari coorti di pazienti (basso BMI, anziani, adolescenti, OSAS severo, neoplastici, disendocrinopatici, nefropatici, epatopatici, trapiandandi o trapiantati etc.)
TITOLO DEL LAVORO	EFFETTO DELLA SLEEVE GASTRECTOMY LAPAROSCOPICA IN PAZIENTI OBESI PRECEDENTEMENTE SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI RENE O TRAPIANTO COMBINATO DI RENE E PANCREAS
AUTORI	Luigi Totaro, UO Chirurgia Gastroenterologica, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano Paolo G Gazzetta, UO Chirurgia Gastroenterologica, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano Massimiliano Bissolati, UO Chirurgia Gastroenterologica, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano Alessandro Saibene, UO Medicina Endocrino-Metabolica, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano Camilla Ghidini, Psicologia Clinica, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano Monica Marchi, Dietologia e Nutrizione, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano Riccardo Rosati, UO Chirurgia Gastroenterologica, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano Antonio Secchi, UO Medicina Interna e dei Trapianti, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano Carlo Socci, UO Chirurgia Gastroenterologica, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>L'obesità, con BMI superiore a 30, è associata a ad una aspettativa di vita minore nella popolazione generale, ed in particolare nei pazienti sottoposti a trapianto di rene e di trapianto combinato di rene e pancreas, a causa della perdita funzionale del graft sia a breve che medio termine.</p> <p>La Sleeve gastrectomy laparoscopica è una procedura molto diffusa nell'ambito della chirurgia bariatrica, con un tasso di esecuzione in costante incremento a causa dei buoni effetti in termini di perdita di peso e di miglior controllo metabolico, attraverso la riduzione dell'insulino-resistenza. A ciò si associa inoltre un ridotto tasso di morbilità e mortalità postoperatoria. Non essendo una procedura malassorbitiva inoltre non vi è modifica della cinetica di assorbimento ed escrezione dei farmaci immunosoppressori. Scopo di questo studio è valutare la fattibilità e l'efficacia della sleeve gastrectomy laparoscopica in pazienti sottoposti a trapianto di rene e di pancreas, nonché gli effetti sulla funzione del graft.</p>
METODI	sono stati inclusi in questo studio 6 pazienti precedentemente sottoposti a trapianto di rene o trapianto combinato di rene e pancreas, trattati mediante sleeve gastrectomy nel periodo compreso tra Gennaio 2013 ed il Dicembre 2015. La procedura è stata portata a termine con successo senza mortalità perioperatoria.
RISULTATI	<p>I Pazienti, di cui 2 donne e 4 uomini, erano stati precedentemente sottoposti a trapianto combinato di rene e pancreas in 3 casi, di rene singolo in 2 casi e di doppio rene da donatore marginale in 1 caso. La media dell'età dei pazienti al momento dell'intervento era di 50 anni e 7 mesi. Il BMI preoperatorio medio era di 36,95 Kg/m². La degenza postoperatoria media è stata di 4,4 Giorni. Durante tale periodo si è registrata una complicanza postoperatoria, un ematoma di ferita trattato mediante revisione chirurgica. Il Followup medio di tali pazienti è stato di 8,8 mesi, con un BMI medio al 6 mese di followup di 30 Kg/m².</p> <p>Durante tale periodo non vi è stato rigetto dei graft precedentemente impiantati, ed inoltre il controllo metabolico e la funzionalità renale (misurata in termini di creatininemia) non hanno subito modificazioni negative di rilievo.</p> <p>La posologia ed il dosaggio dei farmaci immunosoppressori in terapia non hanno subito variazioni di rilievo durante l'intervallo di followup, con valori medi plasmatici di FK 506 di 7,4 ng/ml, ciclosporina A 320 ng/ml a due ore dalla somministrazione, everolimus 3,9 ng/ml.</p>

DISCUSSIONE

La Sleeve gastrectomy laparoscopica è una procedura efficace nel determinare perdita di peso nei pazienti sottoposti a trapianto. Non vi sono elementi per supporre che tale procedura metta a rischio la funzione del graft, che al contrario risulta preservata dal miglioramento glico-metabolico e dalla perdita di peso.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

103

Speaker

Vitiello

Antonio

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - La letteratura su particolari coorti di pazienti (basso BMI, anziani, adolescenti, OSAS severo, neoplastici, disendocrinopatici, nefropatici, epatopatici, trapiandandi o trapiantati etc.)

TITOLO DEL LAVORO

Bariatric surgery Vs lifestyle modification in Class I obesity: 10-year results.

AUTORI

Luigi Angrisani¹, Antonio Vitiello², Ariola Hasani², Antonella Santonicola³, Pietro Forestieri²

1)General Laparoscopic and Emergency Surgery Dept, "San Giovanni Bosco" Hospital, Naples, Italy

2)Gastroenterology Endocrinology Surgery Dept, University of Naples "Federico II", Naples, Italy

3)Department of Medicine and Surgery, University of Salerno, salerno, Italy

RELATORE

INTRODUZIONE

Class I obesity [BMI=30–35 kg/m²] is related to an increased risk of comorbidities, and it is associated to an increased psycho-social burden, particularly in women. Patients affected by class I obesity are usually treated with lifestyle modification (LM) rather than surgery. Aim of our study was to retrospectively compare long term results of bariatric surgery and LM in subjects with a BMI=30–35 kg/m².

METODI

All patients with class I obesity that have been assessed before December 2006 were included in the study. Patients were divided into two groups: bariatric surgery patients were allocated in group A, subjects that have been treated with LM were inserted in group B. Long term weight loss was compared using 10-year Delta-BMI and %EWL as parameters.

RISULTATI

Sixty-three patients with BMI= 30-35 were included in the study. Forty-four subjects were included in group A; Laparoscopic Adjustable Gastric Banding (LAGB) was the chosen procedure in 35 cases, while 9 patients underwent Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass (LRYGB). Nineteen patients were treated with LM (group B). No difference in mean initial age and BMI was observed between groups. Delta- BMI after 10 years was 8.3 ± 9.8 in group A and 1 ± 3.3 in group B (p<0.01). %EWL after 10 years was 11.8 ± 3.5 in group A and 46.2 ± 39.23 in group B (p<0.01). In group A, no difference (p<0.01) was detected in 10-year %EWL between LAGB and LRYGB patients (40.20 ± 41 and 65.9 ± 30.6 respectively). Three patients underwent band removal, one subjects suffered with dumping syndrome after LRYGB. In group A, 1 patient out of 2 experienced remission from Hypertension (HTN) while 1 subject developed HTN during follow-up in Group B..

DISCUSSIONE

Conclusion

Bariatric surgery is an effective and safe treatment in patients with class I obesity. Subjects that received LM maintained the weight stable but failed to obtain satisfactory weight loss.

BIBLIOGRAFIA

Note

--

IDabstract	95
Speaker	Giorgi Riccardo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su particolari coorti di pazienti (basso BMI, anziani, adolescenti, OSAS severo, neoplastici, disendocrinopatici, nefropatici, epatopatici, trapiandandi o trapiantati etc.)
TITOLO DEL LAVORO	RISCONTRO INCIDENTALE DI GIST DURANTE INTERVENTO CHIRURGICO BARIATRICO DI SLEEVE GASTRECTOMY
AUTORI	Giorgi R, Cioffi S, Cesana G, Ciccarese F, Uccelli M, Castello G, Scotto B, Villa R, Legnani G, Olmi S
RELATORE	
INTRODUZIONE	I tumori stromali del tratto gastroenterico (GIST) sono una rara neoplasia intestinale. L'incidenza si attesta complessivamente intorno allo 0,001% con un interessamento a livello gastrico di circa il 60% sul totale. L'intervento di sleeve gastrectomy (SG) eseguito in chirurgia bariatrica permette di studiare l'istologia di circa due terzi dello stomaco. Scopo dello studio è stato quello di individuare l'incidenza dei GIST su un'ampia casistica di SG e di analizzarne gli aspetti demografici, clinici ed istopatologici confrontandoli a quelli non affetti da GIST.
METODI	Lo studio è stato condotto analizzando retrospettivamente i pazienti sottoposti a SG per obesità da luglio 2013 a dicembre 2016. I dati individuati comprendono: genere, età, body mass index (BMI), dati intraoperatori, caratteristiche istologiche del tumore, diametro massimo e posizione della neoplasia, indice mitotico ed immunofenotipo.
RISULTATI	I pazienti sottoposti a SG nel periodo indicato sono stati 2373; i casi di GIST diagnosticati sul pezzo operatorio sono stati 11 (4 maschi, 7 femmine) con un'incidenza dello 0,46% sulla popolazione analizzata; BMI medio di $45,6 \pm 13,3$; età media 49,6 (range 40-62 anni); tempo medio operatorio 62 ± 21 minuti; diametro medio della neoplasia 0,92 mm; indice mitotico per tutti i casi inferiore a 5 su 50 HPF. Nessuno dei casi di GIST è stato riscontrato nello studio preoperatorio. Il gruppo di pazienti affetti da GIST presenta un'età significativamente maggiore rispetto all'intera popolazione dei pazienti operati di SG (49,6 vs 41,2 anni), mentre non è stata trovata alcuna correlazione con il BMI (45,6 vs 43,2 kg/m ²). Ad oggi il follow up di tutti i pazienti affetti da GIST è risultato negativo.
DISCUSSIONE	L'incidenza di GIST riscontrata nello studio (0,46%) è nettamente più alta rispetto all'intera popolazione, sicuramente dovuta all'aumentato rischio di neoplasia nella popolazione obesa ed al riscontro di GIST misconosciuti ed asintomatici. Attenzione deve essere posta quando si effettua l'intervento di SG in pazienti con età superiore a 40 per la possibilità significativamente più alta di riscontro di tale patologia.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract

81

Speaker

Giorgio

GiovanBattista

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - La letteratura su particolari coorti di pazienti (basso BMI, anziani, adolescenti, OSAS severo, neoplastici, disendocrinopatici, nefropatici, epatopatici, trapiandandi o trapiantati etc.)

TITOLO DEL LAVORO

ANALISI DEI FATTORI PREDITTIVI DI PERDITA DI PESO DOPO SLEEVE GASTRECTOMY LAPAROSCOPICA

AUTORI

G. Giorgio, G.M. Marinari.

RELATORE

INTRODUZIONE

End point primario è stato individuare un fattore predittivo indicativo di una maggiore perdita di peso a 2 anni dopo Sleeve Gastrectomy laparoscopica (LSG). Come end-point secondari sono state valutate le correlazioni con la risoluzione delle comorbidità associate all'obesità.

METODI

Studio retrospettivo su 208 pazienti sottoposti a LSG con follow-up minimo di 2 anni. Tutti gli interventi sono stati eseguiti dallo stesso chirurgo consecutivamente e come prima procedura per il trattamento dell'Obesità. I test a due code di Fisher e il t Test di Student sono stati utilizzati per confrontare variabili categoriche e per le variabili continue. Infine dati demografici e clinici sono stati inseriti nell'analisi multivariata per determinare la loro influenza nella perdita di peso e l'%EWL \geq 50% a 2 anni.

RISULTATI

L'analisi dei dati ha identificato un valore cut-off in Kg persi a 6 mesi, pari a 25 Kg, predittivo del successo terapeutico (%EWL \geq 50%) a 24 mesi con alta sensibilità e specificità (rispettivamente 80% e 76%; p<0,0001). La risoluzione delle comorbidità non è risultata correlata con la perdita precoce di peso (follow-up a 6 mesi), espressa sia in Kg che in %EWL 6 mesi, ma la risoluzione dell'ipertensione arteriosa dopo 6 mesi dall'intervento chirurgico è risultato essere un fattore prognostico positivo in termini predittivi di successo terapeutico a 24 mesi (%EWL \geq 50%).

DISCUSSIONE

Il calo ponderale rapido, in accordo con la letteratura, è un fattore predittivo di successo in chirurgia bariatrica. Questo dato può essere utile nel guidare una valutazione più accurata della perdita di peso durante il follow-up, al fine di migliorare il risultato a lungo termine, con implicazioni pratiche per quanto attiene sia all'educazione alimentare sia all'esercizio fisico.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	64
Speaker	Palmisano Silvia under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su particolari coorti di pazienti (basso BMI, anziani, adolescenti, OSAS severo, neoplastici, disendocrinopatici, nefropatici, epatopatici, trapiandandi o trapiantati etc.)
TITOLO DEL LAVORO	Il microbiota intestinale in pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica: studio preliminare.
AUTORI	Autori: Martina Guerra, Marta Silvestri, Manola Comar*, Giuseppina Campisciano*, Michela Giuricin, Nicolò de Manzini, Silvia Palmisano Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute. Università degli Studi di Trieste. Ospedale Cattinara. Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITS) *Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute. Università degli Studi di Trieste. Laboratorio di Microbiologia Avanzata. IRCCS Burlo Garofalo di Trieste
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>Il microbiota intestinale può contenere fino a 100 trilioni di batteri e più del 90% dei batteri intestinali è rappresentato da: Firmicutes (gram +), Bacteroidetes (gram -) e Actinobacteria (gram +). Nei normopeso, vi è una prevalenza dei Bacteroidetes rispetto ai Firmicutes.</p> <p>Il microbiota intestinale è stato definito come un organo virtuale all'interno del nostro organismo, in quanto è coinvolto in numerose attività: 1) Modulazione dell'omeostasi energetica; 2) Modulazione dell'integrità della barriera intestinale; 3) Regolazione della secrezione degli ormoni intestinali; 4) Modulazione dello stato infiammatorio.</p> <p>Gli obesi hanno una prevalenza della concentrazione intestinale di Firmicutes e una riduzione di Bacteroidetes e in generale una minore biodiversità rispetto ai soggetti normopeso. Da recenti studi si evince che dopo interventi di chirurgia bariatrica si ha una riduzione del rapporto firmicutes/bacteroidetes e questo potrebbe essere coinvolto nel miglioramento dell'assetto metabolico ed ormonale del soggetto.</p> <p>Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare le diversità esistenti nel microbiota intestinale dei soggetti obesi e di una popolazione controllo di soggetti normopeso e, inoltre, di analizzare e confrontare nel tempo il microbiota nei pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica.</p>
METODI	<p>Sono stati inclusi nello studio pazienti obesi sottoposti, secondo le linee guida internazionali della Chirurgia Bariatrica, ad interventi di Bypass Gastrico e Sleeve Gastrectomy. E' stata reclutata una popolazione normopeso di controllo di età compresa tra 18 e 65 anni e BMI<30 Kg/m2 .</p> <p>Sono stati esclusi, per entrambe le popolazioni, pazienti affetti da MICI, pazienti sottoposti ad antibiotico terapia entro un mese dall'arruolamento e pazienti operati in passato di resezione intestinale.</p> <p>Di ciascun soggetto sono stati raccolti dati relativi all'età, genere, comorbidità, peso e BMI. E' stato fornito un questionario sulle preferenze alimentari e, inoltre, prelevato un campione di feci inviato per analisi microbiologica. Tutti i pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica sono stati successivamente inseriti in un programma di follow-up con rivalutazione del peso, del BMI, del questionario sulle preferenze alimentari e del campione di feci a 3 mesi dalla procedura. Tutti i dati sono stati raccolti in un database e analizzati ponendo come statisticamente significativi i risultati con $p < 0,05$.</p>
RISULTATI	<p>Sono stati arruolati 38 soggetti, 19 normopeso e 19 obesi, per un totale di 57 campioni di feci analizzati. La popolazione obesa era costituita da 4 (22.1%) maschi e 15 (78.9%) femmine, età mediana di 44.6 (22-58) anni e il BMI medio di 43.9 Kg/m2. Tre pazienti sono stati sottoposti a 8 By-pass Gastrico e 11 Sleeve Gastrectomy. Il BMI medio a tre mesi dall'intervento è passato da 43.9 Kg/m2 a 35.7 Kg/m2 . La popolazione normopeso era comparabile per età e sesso.</p> <p>Mettendo a confronto il microbiota intestinale dei pazienti obesi pre intervento con</p>

quello dei soggetti normopeso, a livello di phylum è stato riscontrato, che il rapporto Firmicutes/Bacteroidetes risultava aumentato negli obesi rispetto ai normopeso. Nel nostro studio, il profilo obeso presentava una quota maggiore di Firmicutes e una inferiore di Bacteroidetes rispetto alla popolazione sana normopeso. Analizzando la composizione del microbiota intestinale dei pazienti obesi a 3 mesi dall'intervento chirurgico il rapporto Firmicutes/Bacteroidetes tendeva a diminuire, avvicinandosi al rapporto medio presente nei soggetti normopeso. Per quanto riguarda il phylum Proteobacteria, la percentuale nei soggetti normopeso è stata piuttosto bassa (5%), mentre risultava aumentata nei pazienti obesi candidati a chirurgia (7%). Dopo l'intervento è stata notata una riduzione nella percentuale di Proteobacteria nei pazienti sottoposti a SVG, mentre nei pazienti sottoposti a BPG abbiamo assistito ad un notevole aumento di questo phylum. Tale differenza è risultata statisticamente significativa ($p < 0.05$) Una possibile spiegazione può derivare dal fatto che l'intestino di pazienti che subiscono BPG è esposto ad una condizione aerobia transitoria, che non si verifica nei pazienti sottoposti a SVG, e che potrebbe favorire l'espansione di Proteobacteria. In relazione alla α - diversità di specie (Simpson index), il nostro studio ha rilevato una ridotta variabilità di specie nei campioni di feci appartenenti ai soggetti obesi rispetto ai controlli normopeso, ma a tre mesi dalla chirurgia bariatrica, anche l'alfa-diversità ha un trend di miglioramento. Infatti, tutti i pazienti hanno mostrato una maggiore alfa-diversità rispetto allo status pre-intervento, avvicinandosi a quella dei soggetti sani normopeso.

DISCUSSIONE

La chirurgia bariatrica migliora in maniera significativa il profilo ponderale e le comorbidità dei pazienti obesi e favorisce il cambiamento del microbiota intestinale, come già descritto in letteratura. L'originalità dello studio riguarda la tempistica di inversione del rapporto Firmicutes/Bacteroidetes, che secondo i nostri dati si verifica già a tre mesi dall'intervento. Tale risultato riscontrato nel nostro studio indica che la quota dei Firmicutes tende a diminuire e quella dei Bacteroidetes ad aumentare già a 3 mesi dall'intervento chirurgico e questo riscontro non risultava essere ancora presente in letteratura. Il nostro risultato rappresenta un dato di tendenza in quanto abbiamo analizzato un campione piccolo di pazienti. Inoltre, il nostro studio ha evidenziato che a tre mesi dalla chirurgia bariatrica, anche l'alfa-diversità ha un trend di miglioramento, avvicinandosi molto al microbiota della popolazione sana normopeso. La ricchezza e la diversità delle specie batteriche nell'intestino umano potrebbe essere un indice di salute. Il nostro studio rappresenta un'ulteriore conferma del fatto che un'alta diversità definisce un microbioma intestinale umano sano, e una riduzione di questa diversità è associata a disbiosi. La combinazione di chirurgia bariatrica e l'aderenza al protocollo dietetico rappresenta, quindi, un binomio notevolmente efficace per consentire già a 3 mesi dall'intervento il cambiamento del microbiota alterato e per ottenere una perdita di peso corporeo rilevante. Lo studio è in fase preliminare e il campione è di piccole dimensioni. Sarà necessario ampliare la popolazione di studio al fine di ottenere risultati maggiormente significativi.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	60
Speaker	Palmisano Silvia under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su particolari coorti di pazienti (basso BMI, anziani, adolescenti, OSAS severo, neoplastici, disendocrinopatici, nefropatici, epatopatici, trapiandandi o trapiantati etc.)
TITOLO DEL LAVORO	Nuovi biomarkers plasmatici per la diagnosi di steatosi epatica non alcolica (NAFLD) nella popolazione obesa
AUTORI	<p>Silvia Palmisano^{2,6}, Pablo J. Giraudi¹, Marta Silvestri^{2,6}, Sabrina E. Gambaro^{1,6}, Carla M. ChackeleVICIUS¹, Sofia Ornelas Arroyo¹, Michela Giuricin², Daniele Macor³, Lory S. Croc�3, Deborah Bonazza⁴, Giorgio Soardo⁵, Nicol� de Manzini^{2,6}, Fabrizio Zanconati⁴, Claudio Tiribelli^{1,6} and Natalia Rosso¹</p> <p>1 Fondazione Italiana Fegato, Centro Studi Fegato, Area Science Park Basovizza Bldg.Q SS14 Km 163.5, 34149 Trieste, Italy. 2 Universit� degli Studi di Trieste, Ospedale di Cattinara, Chirurgia Generale, Trieste 3 Universit� degli Studi di Trieste, Clinica Patologie del fegato, Dip. Medicina Ospedale Cattinara, 34149 Trieste 4 School of Anatomic Pathology, University of Udine and Trieste; Department of Medical, Surgical and Health Sciences, University of Trieste 5 Dipartimento di Scienze Mediche Sperimentali e Cliniche, Azienda Ospedaliero Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine, Italy 6 Universit� degli Studi di Trieste, Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute</p>
RELATORE	
INTRODUZIONE	La steatosi epatica non alcolica (NAFLD) � una malattia epatica cronica in larga espansione nei paesi occidentali ed � frequentemente associata a disordini metabolici come l'obesit� morbigena. Attualmente non ci sono ancora indagini diagnostiche non invasive affidabili e la biopsia epatica rimane il gold standard. La scoperta di nuovi biomarcatori sierici potrebbe contribuire sia alla diagnosi che al controllo della progressione o della remissione della malattia. Il nostro obiettivo � stato quello di identificare nuovi biomarkers plasmatici non invasivi per la diagnosi di NAFLD in una coorte di obesi.
METODI	Sono stati inclusi 71 pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica, quali by-pass gastrico e sleeve gastrectomy, secondo le linee guida internazionali della Chirurgia Bariatrica. Sono stati esclusi soggetti con nota malattia cronica di fegato, consumo > 25g di alcol/die, positivit� a HBV, HCV e HIV. Al momento della procedura chirurgica, � stata eseguita una biopsia epatica sia per l'analisi istologica al fine di valutare il grado di fibrosi secondo la classificazione di Brunt-Kleiner sia per l'analisi molecolare. Di ciascun paziente sono stati raccolti parametri antropometrici e campioni ematici a T0. Da una prima analisi in silico sono stati selezionati i biomarcatori correlati alla NAFLD e successivamente testati su plasma dei pazienti. Sono stati inoltre raccolti campioni ematici di due popolazioni, una di soggetti magri sani e una di pazienti con quadro di cirrosi metabolica avanzata, considerate come controlli negativi e positivi rispettivamente.
RISULTATI	Dall'analisi in silico sono stati riconosciuti quattro potenziali biomarcatori: IGF2, SPARC, CD44, EGFR. Bassi valori di IGF2 e alti valori di EGFR sono risultati correlati in maniera significativa alla fibrosi e all'infiammazione lobulare. CD44 e SPARC invece non hanno mostrato alcuna correlazione. Di maggiore potenza statistica � stata la ratio dei due marcatori (EGFR/IGF2). Confrontando l'accuratezza diagnostica per la fibrosi moderata (F2) dei biomarcatori con i noti sistemi di punteggio FIB-4 e Fibrometer, � risultato che IGF2, seguito dalla ratio EGFR/IGF2, ha la migliore accuratezza diagnostica con una sensibilit� del 86% e specificit� del 74%.

DISCUSSIONE

Questo studio propone IGF2 e EGFR come biomarcatori non invasivi della fibrosi moderata/severa nei soggetti con obesità grave. L'introduzione di questi biomarcatori nella pratica clinica, da soli o in combinazione con altri marcatori sierici, può ridurre la necessità della biopsia epatica per la diagnosi della fibrosi.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	32
Speaker	Zampieri Nicola under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su particolari coorti di pazienti (basso BMI, anziani, adolescenti, OSAS severo, neoplastici, disendocrinopatici, nefropatici, epatopatici, trapiandandi o trapiantati etc.)
TITOLO DEL LAVORO	National survey for bariatric procedures in pediatric patients: long time follow-up
AUTORI	<p>1Castellari Roberto L. MD</p> <p>2Toppino Mauro MD,Prof</p> <p>3Favretti Franco MD</p> <p>4Zampieri Nicola MD,PhD</p> <p>1Department of Emergency and Surgery, Pederzoli Hospital, Peschiera del Garda, Verona</p> <p>2Department of Surgery, University of Torino, San Giovanni Battista Hospital –Molinette Hospital, Torino</p> <p>3Department of Surgery, Pederzoli Hospital, Peschiera del Garda, Verona</p> <p>4Department of Surgery, Pediatric Surgical Unit, University of Verona, AOUI-Policlinico G.B.Rossi, piazzale L.A.Scuro n.1, 37134 Verona , Italy</p>
RELATORE	
INTRODUZIONE	The role of bariatric surgery and its role in adolescent is still under discussion worldwide. The aim of this study is to report a multicentric Italian survey for bariatric procedures in adolescents and the outcome with a medium and long time follow-up.
METODI	We retrospectively analyzed consecutive data added into the Italian register of the society for bariatric surgery(period 2000-2010). We evaluated all patients treated in a 10 years period with a mean follow-up of 5 years. Inclusion and exclusion criteria were created. All patients were aged between 13 and 18 yrs. We evaluated and compared clinical and surgical data.
RISULTATI	After reviewing medical charts, 173 patients were considered for the study; 85 patients were treated with AGB, 47 with intragastric balloon, 26 with SG and other 15 patients with malassorbptive techniques. Among clinical data, there was a statistical difference in term of %EWL between techniques only after 1 year post-op ($p>0.05$); at 5 years, considering the % of patients studied, sleeve gastrectomy had the best %EWL respect to other techniques ($p<0.05$); at 5 year more than 90% resolved their comorbidities especially hypertension, dyspnea, orthopedic problems and dyspnea.
DISCUSSIONE	This study is the first reporting a National survey in adolescent; more than 80% of patients are followed till 4 years post-op but only few patients (less than 5%) till 10 years. Our results demonstrated that sleeve gastrectomy in adolescent is safe and had a better %EWL respect to other techniques.
BIBLIOGRAFIA	<p>1-Zitsman JL, Inge TH, Reichard KW, Browne AF, Harmon CM, Michalsky MP. Pediatric and adolescent obesity: management, options for surgery, and outcomes. J Pediatr Surg 2014 Mar;49(3):491-4.</p> <p>2- Xu S, Xue Y. Pediatric obesity: Causes, symptoms, prevention and treatment. Exp Ther Med 2016 Jan;11(1):15-20</p> <p>3- Mann T, Tomiyama AJ, Westling E, Lew AM, Samuels B, Chatman J. Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer.. Am Psychol 2007 Apr;62(3):220-33. Review</p> <p>4- Michalsky M, Kramer RE, Fullmer MA, Polfuss M, Porter R, Ward-Begnoche W, Getzoff EA, Dreyer M, Stolzman S, Reichard KW. Developing criteria for pediatric/adolescent bariatric Surgery programs. Pediatrics 2011 Sep;128 Suppl 2:S65-70.</p> <p>5- Wulkan ML, Walsh SM. The multi-disciplinary approach to adolescent bariatric surgery. Semin Pediatr Surg 2014 Feb;23(1):2-4.</p> <p>6- Beamish AJ, Johansson SE, Olbers T. Bariatric surgery in adolescents: what do we</p>

know so far? *Scand J Surg* 2015 Mar;104(1):24-32.

7- Treadwell JR, Sun F, Schoelles K. Systematic review and meta-analysis of bariatric surgery for pediatric obesity. *Ann Surg* 2008 Nov;248(5):763-76

8- Puzziferri N, Roshek TB 3rd, Mayo HG, Gallagher R, Belle SH, Livingston EH. Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review. *JAMA* 2014 Sep 3;312(9):934-42

9- O'Brien PE, Sawyer SM, Laurie C, Brown WA, Skinner S, Veit F, Paul E, Burton PR, McGrice M, Anderson M, Dixon JB. Laparoscopic adjustable gastric banding in severely obese adolescents: a randomized trial. *JAMA* 2010 Feb 10;303(6):519-26.

10- Angrisani L, Favretti F, Furbetta F, Paganelli M, Basso N, Doldi SB, Iuppa A, Lucchese M, Lattuada E, Lesti G, Capizzi FD, Giardiello C, Di Lorenzo N, Veneziani A, Alkilani M, Puglisi F, Gardinazzi A, Cascardo A, Borrelli V, Lorenzo M. Obese teenagers treated by Lap-Band System: the Italian experience. *Surgery* 2005 Nov;138(5):877-81.

11- Angrisani L, Lorenzo M, Borrelli V, Giuffr  M, Fonderico C, Capece G. Is bariatric surgery necessary after intragastric balloon treatment? *Obes Surg* 2006 Sep;16(9):1135-7.

12- Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, Schoelles K. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E. JAMA* 2004 Oct 13;292(14):1724-37. Review. Erratum in: *JAMA*. 2005 Apr 13;293(14):1728

13- Holterman AX, Browne A, Dillard BE 3rd, Tussing L, Gorodner V, Stahl C, Browne N, Labott S, Herdegen J, Guzman G, Rink A, Nwaffo I, Galvani C, Horgan S, Holterman M. Short-term outcome in the first 10 morbidly obese adolescent patients in the FDA-approved trial for laparoscopic adjustable gastric banding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007 Oct;45(4):465-73

14- Olbers T, Gronowitz E, Werling M, M rlid S, Flodmark CE, Peltonen M, G thberg G, Karlsson J, Ekblom K, Sj str m LV, Dahlgren J, L nroth H, Friberg P, Marcus C. Two-year outcome of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in adolescents with severe obesity: results from a Swedish Nationwide Study (AMOS). *Int J Obes (Lond)*. 2012 Nov;36(11):1388-95

15- Angrisani L, Lorenzo M, Borrelli V. Laparoscopic adjustable gastric banding versus Roux-en-Y gastric bypass: 5-year results of a prospective randomized trial. *Surg Obes Relat Dis* 2007 Mar-Apr;3(2):127-32

16- Vilallonga R, Himpens J, van de Vrande S. Long-Term (7 Years) Follow-Up of Roux-en-Y Gastric Bypass on Obese Adolescent Patients (<18 Years). *Obes Facts* 2016;9(2):91-100

17- van Mil SR, Biter LU, Grotenhuis BA, Zengerink JF, Mannaerts GH. Laparoscopic Sleeve Gastrectomy versus Gastric Bypass in Late Adolescents: What Is the Optimal Surgical Strategy for Morbid Obesity? *Eur J Pediatr Surg* 2016 Jan 8. [Epub ahead of print]

18- Nadler EP, Barefoot LC, Qureshi FG. Early results after laparoscopic sleeve gastrectomy in adolescents with morbid obesity. *Surgery* 2012 Aug;152(2):212-7

19- Razieli A, Sakran N, Szold A, Teshuva O, Krakovsky M, Rabau O, Goitein D. Mid-term follow-up after laparoscopic sleeve gastrectomy in obese adolescents. *Isr Med Assoc J* 2014 Jan;16(1):37-41

20- Black JA, White B, Viner RM, Simmons RK. Bariatric surgery for obese children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2013 Aug;14(8):634-44

21- Sj str m L, Peltonen M, Jacobson P, Sj str m CD, Karason K, Wedel H, Ahlin S, Anveden  , Bengtsson C, Bergmark G, Bouchard C, Carlsson B, Dahlgren S, Karlsson J, Lindroos AK, L nroth H, Narbro K, N slund I, Olbers T, Svensson PA, Carlsson LM. Bariatric surgery and long-term cardiovascular events. *JAMA* 2012 Jan 4;307(1):56-65

22- White B, Doyle J, Colville S, Nicholls D, Viner RM, Christie D. Systematic review of psychological and social outcomes of adolescents undergoing bariatric surgery, and predictors of success. *Clin Obes* 2015 Dec;5(6):312-24

Note

IDabstract 23

Speaker feliziani vincenzo under40

ARGOMENTO Area chirurgica - La letteratura su particolari coorti di pazienti (basso BMI, anziani, adolescenti, OSAS severo, neoplastici, disendocrinopatici, nefropatici, epatopatici, trapiandandi o trapiantati etc.)

TITOLO DEL LAVORO migrazione in sede toracica di tasca gastrica attraverso voluminosa ernia jatale in paziente sottoposta a by-pass gastrico per obesità grave

AUTORI Vincenzo Feliziani, Teresa De Siena, Vincenzo Bruni, Paolo Cardello

RELATORE

INTRODUZIONE Riportiamo il caso clinico di una paziente giunta alla nostra osservazione a distanza di tempo dopo essere stata sottoposta ad intervento chirurgico di by-pass gastrico per obesità grave per vomito persistente e dolore toracico.

METODI La paziente sottoposta presso il nostro centro ad intervento chirurgico di by-pass gastrico riferiva a distanza di 5 anni circa la comparsa di vomito persistente associato a dolore retrosternale. Per tale motivo si programmava un controllo radiografico con gastrografin e successivamente un tac torace e addome. Dagli accertamenti eseguiti si poneva diagnosi di voluminosa ernia jatale con risalita della tasca gastrica in sede toracica. Veniva perciò sottoposta ad intervento chirurgico di jatoplastica e revisione della tasca gastrica.

RISULTATI Il decorso post operatorio era regolare e la paziente veniva dimessa in buone condizioni. Il follow up a distanza di 3 e successivamente 6 mesi mostravano una netta regressione dei disturbi riferiti dalla paziente e un miglioramneto del quadro clinico.

DISCUSSIONE Il follow up a distanza nei pazienti obesi sottoposti ad intervento di chirurgia bariatrica è fondamentale, non solo nel prevenire recidive di peso ma anche e soprattutto per la diagnosi di eventuali nuove problematiche.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	21
Speaker	Nagliati Carlo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su particolari coorti di pazienti (basso BMI, anziani, adolescenti, OSAS severo, neoplastici, disendocrinopatici, nefropatici, epatopatici, trapiandandi o trapiantati etc.)
TITOLO DEL LAVORO	Enhanced recovery in chirurgia dell'obesità. Esperienza preliminare in un centro italiano.
AUTORI	Carlo Nagliati, Reparto di Chirurgia, Ospedale di Gorizia, socio SICOb Alessandro Balani, Reparto di Chirurgia, Ospedale di Gorizia, socio SICOb
RELATORE	
INTRODUZIONE	I protocolli ERAS (Enhanced recovery after surgery), maggiormente focalizzato sul comfort e la soddisfazione del paziente, sembrano garantire una non inferiore incidenza di morbilità postoperatoria, migliorando la qualità del ricovero e diminuendo la sua durata, nonché i costi sanitari. Recentemente tali protocolli sono stati proposti per la chirurgia dell'obesità.
METODI	Dall'inizio della nostra esperienza, nel nostro Centro sono state effettuate 211 procedure bariatriche. Dal luglio al dicembre 2016 è stato applicato un protocollo ERAS. In questo periodo sono state eseguite 28 interventi (15 bypass gastrici, 13 sleeve gastrectomy). Il protocollo prevede un protocollo anestesilogico dedicato, evita il posizionamento di catetere vescicale, sondino nasogastrico e drenaggi addominali, incoraggia la ripresa dell'alimentazione, l'analgesia, la mobilizzazione e la precoce dimissione. Abbiamo quindi effettuato un audit interno comparando l'esperienza precedente e successive all'applicazione del protocollo ERAS.
RISULTATI	La collaborazione dei pazienti è stata ottimale. Tutti a parte un caso sono stati dimessi entro la terza giornata. In 1 caso il ricovero si è prolungato oltre i 30 giorni per una complicanza chirurgica. Non si sono verificate ulteriori complicanze maggiori o minori. Nessun paziente è rientrato dopo la dimissione. Tutti sono stati rivalutati ambulatorialmente 1 settimana ed 1 mese dopo l'intervento. La degenza mediana prima dell'applicazione del protocollo era 5 giorni, dopo il protocollo è stata di 2 giorni.
DISCUSSIONE	Dai dati disponibili in letteratura il protocollo ERAS risulta il miglior fattore predittivo per una dimissione precoce. Il protocollo deve essere focalizzato sul paziente, includere un team dedicato, modificare le abitudini operatorie ed eliminare gli ostacoli ad una dimissione precoce. Nella nostra iniziale esperienza, l'applicazione del protocollo ERAS in chirurgia bariatrica sembra sicura, efficace e ben tollerata dai pazienti.
BIBLIOGRAFIA	Rawlinson A. et Al. A systematic review of enhanced recovery protocols in colorectal surgery. Ann R Coll Surg Engl (2011);93(8):583-8 Thorell A. et Al. Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. World J Surg (2016);40:2065–2083 M. Barreca et al. Is there a role for enhanced recovery after laparoscopic bariatric surgery? Preliminary results from a specialist obesity treatment center. Surgery for Obesity and Related Diseases (2016); ;12(1):119-26.
Note	

IDabstract

89

Speaker

Bettini

Silvia

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - La letteratura su particolari coorti di pazienti (basso BMI, anziani, adolescenti, OSAS severo, neoplastici, disendocrinopatici, nefropatici, epatopatici, trapiandandi o trapiantati etc.)

TITOLO DEL LAVORO**Effect of Bariatric Surgery on Non-alcoholic fatty liver disease**

AUTORI

Silvia Bettini (1), Emanuel Bordigato (1), Chiara Dal Pra' (1), Roberto Serra (1), Sonia Leandri (1), Anna Belligoli (1), Marta Sanna (1), Mirto Foletto (1), Luca Prevedello (1), Roberto Vettor (1), Luca Busetto (1), Giorgio Fassina (2), Roberto Fabris (1).

(1) Center for the Study and the Integrated Management of Obesity, University of Padua, Italy

(2) Xeptagen S.p.A., Venice, Italy

RELATORE

INTRODUZIONE

Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) risk should be screened in patients with metabolic risk factors, the most important being obesity. The effects of laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) in patients with NAFLD are not well established. Liver biopsy is essential for the diagnosis of nonalcoholic steatohepatitis (NASH) and is the only procedure that differentiates NAFLD from NASH. Non invasive assessment is needed to identify the risk of NAFLD among patients with increased metabolic risk and patients with worse prognosis. SCCA-IgM is a known biomarker of progression to hepatocellular carcinoma from viral hepatitis but its role in diagnosis of fatty liver disease is under investigation. The aim of this prospective study was to evaluate if bariatric surgery can affect the biochemical features of NAFLD and to assess the prognostic value of squamous cell carcinoma antigen-IgM (SCCA-IgM) among non-invasive markers of liver injure.

METODI

Fifty six (40 females and 16 males) treated with LSG were studied before (time 0) and twelve months after surgery. Anthropometric measurements, resting energy expenditure (REE) (by indirect calorimetry) and body composition data (fat-free mass or FFM, fat mass or FM, extrapolated by the means of bioelectrical impedance analysis), biochemical data (full blood count, glucometabolic profile, lipid profile, kidney and liver function tests, inflammatory markers) and clinical data (patient history, smoking and drinking habits, medication history, diet and lifestyle, anthropometric measures) were collected at baseline and one year later. An ultrasound scan was obtained for each patient at time 0 in order to ascertain the presence of hepatic steatosis, which was graded using a semiquantitative scale ranging from 0 (no steatosis) to 2 (severe steatosis). SCCA-IgM was measured by commercial ELISA kit (Xeptagen S.p.A., Venice, Italy). The data were analyzed by the software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v.20.0).

RISULTATI

Weight loss was 20,4±9,5%. We observed that the grading of steatosis was associated with glycemic profile (euglycemic vs prediabetic vs diabetic, squared-chi test $p = 0,03$) at baseline. ALT/AST ratio decreased after surgery (ALT/AST before LSG: median 1,06 IQR 0,92-1,39; ALT/AST after LSG: median 0,90 IQR 0,72-1,16 $p < 0,001$) and its change was correlated with weight loss ($r = 0,273$; $p = 0,046$), BMI reduction ($r = 0,388$; $p = 0,004$) and decrease of HOMA index ($r = 0,303$; $p = 0,037$). No statistical difference was noted between the distributions of SCCA-IgM before and after surgery, nor there was any association between the decrease of SCCA-IgM titer and variations of body weight, HOMA index, platelets, ALT, AST, GGT, glucose titers. Only three patients had a value of SCCA-IgM above upper normal limit (cut-off value 200 AU/ml) and the decrease in their SCCA-IgM was not significant after a year. A correlation between SCCA-IgM titer and basal insulin levels was present titer before LSG ($r = 0,335$ $p = 0,009$) but not after bariatric surgery. Post LSG SCCA-IgM titer was found to be correlated to the titers of high

sensitivity C-reactive protein ($r = 0,288$, $p = 0,032$) and IL6 ($r = 0,355$; $p = 0,007$), but no correlation was found between the variation of SCCA-IgM titer and the variations of the aforesaid inflammatory markers.

DISCUSSIONE

Bariatric surgery resulted in a significant reduction of ALT, AST, GGT and ALT/AST ratio related to the degree of weight loss. NAFLD determined by the association of ultrasound scan and steatosis biomarkers confirm the tight link with insulin resistance. The role of SCCA-IgM in the development of fatty liver disease is still unclear. We can hypothesise the absence of a difference in SCCA IgM levels before and after LSG was related to the shortness of our follow-up, assuming that the healing processes in liver may require a longer period of time.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	50
Speaker	Cartelli Concetto under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	BYPASS GASTRICO: MODIFICAZIONE PONDERALE PREOPERATORIA E TEMPI DI DEGENZA OSPEDALIERA
AUTORI	Vaccaro Salvatore, Babini Massimiliano, Camozzi Giulia, Bollino Ruggero, Cartelli Concetto, Ferrara Demetrio, Manicardi Enrica, Bonilauri Stefano Team Multidisciplinare Obesità Patologica e Chirurgia Bariatrica Azienda Ospedaliera - IRCCS "Arcispedale Santa Maria Nuova", Reggio Emilia (RE)
RELATORE	
INTRODUZIONE	Esistono rilevanti evidenze scientifiche sull'effetto positivo dell'ottenimento di un calo ponderale nel periodo pre-operatorio attraverso un intervento dietetico e di cambiamento dello stile di vita: a) un calo ponderale del 10% è associato ad un minor rischio di complicanze peri-operatorie a seguito dell'intervento di Bypass Gastrico; b) un calo ponderale del 5-10% favorisce una riduzione dei tempi operatori e di degenza ospedaliera.
METODI	È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo volto a valutare l'influenza della modificazione ponderale preoperatoria verso i tempi di degenza ospedaliera su un campione di n. 215 pazienti (M: 46; F: 169; Età: 43,4±10,8 anni; BMI: 47,06±6,39 kg/m ²) sottoposti a Bypass Gastrico con approccio laparoscopico e seguiti nei 60 mesi successivi. I dati sono stati tratti dai software aziendali e sono stati analizzati suddividendo la casistica in due gruppi di popolazione a seconda che abbiano [SI] (n. 92; M: 24; F: 68; Età: 42,96±10,31 anni; BMI: 49,07±7,07 kg/m ² , p < 0,0001) o non abbiano [NO] (n. 123; M: 22; F: 101; Età: 43,66±11,21 anni; BMI: 45,54±5,39 kg/m ²) seguito un percorso dietetico educativo preoperatorio.
RISULTATI	Un percorso dietetico educativo è stato attivato prettamente per coloro che alla prima visita chirurgica presentavano un maggior eccesso ponderale (p < 0,0001), un maggior numero di patologie concomitanti (p 0,006), una maggiore vicinanza geografica al Centro (p 0,0001), difetti della coagulazione (p 0,0001) e/o rilievo ecografico di steatosi epatica di grado medio-elevato (p 0,0008). Al ricovero, si è registrato un BMI di 45,21±6,82 kg/m ² (NO: 45,32±6,82 kg/m ² vs SI: 45,07±6,38 kg/m ²), avendo la casistica ottenuto nel periodo preoperatorio un calo ponderale del 4,08±6,01% (NO: 1,23±3,79% vs SI: 7,89±6,32%, p < 0,0001). La degenza ospedaliera è stata di 10,04±8,49 giorni, tra i due gruppi di popolazione è emersa una differenza statisticamente significativa per i giorni di degenza (SI: 8,58±2,34 giorni vs NO: 11,13±10,93 giorni, p 0,029).
DISCUSSIONE	Così come è documentato in letteratura, anche nella nostra casistica il gruppo di pazienti che ha seguito un percorso dietetico educativo ed ha ottenuto un calo ponderale preoperatorio ha presentato un minor numero di giorni di degenza (p 0,029).
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	108
Speaker	Gazzetta Paolo Giovanni under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	Ruolo del volume gastrico residuo nel calo ponderale dopo sleeve gastrectomy.
AUTORI	Paolo G Gazzetta, Chirurgia Gastroenterologica, IRCCS Ospedale San Raffaele Massimiliano Bissolati, Chirurgia Gastroenterologica, IRCCS Ospedale San Raffaele Luigi Totaro, Chirurgia Gastroenterologica, IRCCS Ospedale San Raffaele Alessandro Saibene, Medicina Interna Endocrino-Metabolica, IRCCS Ospedale San Raffaele Camilla Ghidini, Psicologia Clinica, IRCCS Ospedale San Raffaele Monica Marchi, Dietologia e Nutrizione, IRCCS Ospedale San Raffaele Riccardo Rosati, Chirurgia Gastroenterologica, IRCCS Ospedale San Raffaele Carlo Socci, Chirurgia Gastroenterologica, IRCCS Ospedale San Raffaele
RELATORE	
INTRODUZIONE	La sleeve gastrectomy è un intervento molto diffuso per il trattamento dei pazienti con obesità. Le cause del fallimento terapeutico o del recupero ponderale dopo sleeve gastrectomy non sono ancora ben note. Recenti studi hanno valutato la correlazione tra calibro della sonda orogastrica, volume dell'antro residuo e calo ponderale. Scopo del nostro studio è quello di valutare attraverso volumetria TC postoperatoria il volume gastrico residuo e correlarlo con il calo ponderale nei primi 12 mesi dall'intervento chirurgico.
METODI	A partire dal settembre 2015 sono stati arruolati nello studio pazienti con indicazione ad intervento chirurgico bariatrico di sleeve gastrectomy (esclusi interventi di revisione e pazienti precedentemente sottoposti a trattamento con palloncino intragastrico ed esclusi pazienti con anamnesi di reazione allergica a mezzo di contrasto organoiodato). I dati biometrici sono stati registrati al preoperatorio. In Il giornata postoperatoria, in tutti i pazienti è stata eseguita una TC addome superiore cmc ev e per os. Il volume gastrico è stato misurato su ricostruzioni 3D tramite sezioni ROI a pieno riempimento del viscere. I pazienti sono stati seguiti a 1, 3, 6, 12 mesi dopo l'intervento ed è stato registrato il peso, BMI, EWL% ad ogni controllo. Abbiamo quindi valutato i volumi al 25°, 50° e 75° percentile e correlato il calo ponderale al gruppo di volume di appartenenza. I dati sono stati analizzati con software IBM SPSS e la significatività delle differenze tra dati continui valutata con test t di Student.
RISULTATI	Dal 1/9/2015 al 10/2/2016, 28 pazienti sono stati sottoposti a sleeve gastrectomy laparoscopica e volumetria gastrica postoperatoria. Il volume gastrico medio è risultato di 75.6 cm ³ (ds 25cm ³) ed il follow-up medio di 15.3 mesi (13-18). Il BMI preoperatorio medio era di 43.3 (ds 5.2) e l'eccesso di peso totale preoperatorio medio di 51.1kg (ds 16.4). Nel follow-up, l'EWL% medio è risultato ad 1 mese 27.4% (ds 10.3), a 3 mesi 48.1% (ds 13.7), a 6 mesi 69.6% (ds 16.9) e a 12 mesi 87.6% (ds 20.7). Nei pazienti con volumi al di sotto del 25° percentile (volume < 58.5 cm ³), l'EWL% medio è risultato ad 1 mese 28.8% (ds 14.7), a 3 mesi 49.4% (ds 15.8), a 6 mesi 66.1% (ds 14.3) e a 12 mesi 86.8% (ds 18.5). Al di sopra del 25° percentile, l'EWL% medio è risultato ad 1 mese 27.0% (ds 9.9), a 3 mesi 47.7% (ds 13.3), a 6 mesi 70.9% (ds 18.0) e a 12 mesi 87.9% (ds 22.1). Il p value è risultato non significativo. Nei pazienti con volumi al di sotto del 50° percentile (volume < 67.2 cm ³), l'EWL% medio è risultato ad 1 mese 28.0% (ds 10.7), a 3 mesi 48.9% (ds 13.4), a 6 mesi 71.4% (ds 15.7) e a 12 mesi 90.4% (ds 10.5). Al di sopra del 50° percentile, l'EWL% medio è risultato ad 1 mese 26.7% (ds 11.3), a 3 mesi 47.4% (ds 14.3), a 6 mesi 67.6% (ds 18.8) e a 12 mesi 84.5% (ds 22.4). Il p value è risultato non significativo. Nei pazienti con volumi al di sotto del 75° percentile (volume < 92.9 cm ³), l'EWL% medio è risultato ad 1 mese 28.2% (ds 10.7), a 3 mesi 48.3% (ds 11.9), a 6 mesi 71.4% (ds 15.4) e a 12 mesi 88.6% (ds 10.4). Al di sopra del 50° percentile, l'EWL% medio è risultato ad 1

mese 21.3% (ds 10.7), a 3 mesi 47.7% (ds 20.6), a 6 mesi 63.0% (ds 22.2) e a 12 mesi 84.6% (ds 30.0). Il p value è risultato non significativo.

DISCUSSIONE

Nella nostra casistica, il volume gastrico residuo non correla direttamente con il calo ponderale nel primo anno dopo l'intervento chirurgico; in particolare l'andamento ponderale è risultato molto omogeneo in tutti i gruppi considerati. Un follow-up a lungo termine è necessario per valutare l'eventuale associazione del recupero ponderale con il volume gastrico dopo sleeve gastrectomy.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	106
Speaker	Rizzi Andrea under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	Effetti funzionali della sleeve gastrectomy sul metabolismo degli acidi biliari
AUTORI	Andrea Rizzi, Lorenzo Conti, Luca Sorrentino, Igor Tubazio, Diego Foschi, Marina Del Puppo, Alessandro Magni 1 Cattedra di Chirurgia Generale, UOC Chirurgia Generale II, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Università degli Studi di Milano 2 Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano-Bicocca
RELATORE	
INTRODUZIONE	La sleeve gastrectomy è stata a lungo considerata come un intervento esclusivamente restrittivo, ma semmai effetti endocrini e metabolici indicano un suo profilo funzionale, solo parzialmente elucidato. E' stato sperimentalmente ipotizzato che la sleeve gastrectomy possa modificare il turnover degli acidi biliari e l'andamento delle enterochine esercitando effetti metabolici favorevoli al trattamento dell'obesità e del diabete mellito di tipo II. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare se nell'uomo la sleeve gastrectomy modifichi il turnover degli acidi biliari, attraverso la determinazione dei metaboliti intermedi del colesterolo (7 α -idrossi-4-colesten-3-one, C4) e del Fibroblast Growth Factor 19 (FGF-19), enterochina regolatoria degli acidi biliari e del metabolismo intermedio.
METODI	Da Gennaio 2012 a Marzo 2014, sono stati casualmente selezionati 10 pazienti affetti da obesità patologica tra quelli candidati a sleeve gastrectomy sulla base dei seguenti criteri di inclusione: età anagrafica tra i 18 e i 65 anni, BMI >40 o >35 in presenza di comorbidità, fallimento di pregressi tentativi dietetici ed esito positivo dell'inquadramento preoperatorio. Per ogni paziente sono state registrate le seguenti variabili preoperatorie: età, sesso, peso, BMI, comorbidità. A 12 mesi dalla chirurgia, tutti i pazienti sono stati rivalutati clinicamente, ed in particolare è stato registrato il BMI, calcolandosi la perdita di eccesso di peso, e l'eventuale presenza dei seguenti sintomi: diarrea, steatorrea, flatulenza, astenia, parestesie, alopecia, glossite o stomatite. Infine, sono stati determinati sia in sede preoperatoria sia a 12 mesi dalla chirurgia i livelli sierici di FGF-19 (valutato con ELISA, range 31-554 pg/mL) e di C4 (valutato con cromatografia-spettrometria di massa, range 0.1-8.3 ug/dL). Questi parametri sono stati espressi come media (\pm deviazione standard) e le differenze fra tempi sono state confrontate con test T di Student, considerandosi la significatività statistica come $p < 0.05$.
RISULTATI	I pazienti sottoposti a sleeve gastrectomy presentavano un'età anagrafica media di 45.4 (± 2.4) anni, un peso medio di 124.3 (± 6.5) Kg, ed un BMI medio di 43.7 (± 1.2) Kg/m ² preoperatoriamente. La perdita di eccesso di peso a 12 mesi è risultata globalmente pari a 62.9% ($p < 0.001$). Non si è riscontrata una variazione significativa delle proteine totali, dell'albumina, dell'emocromo, del folato, della vitamina D e della vitamina B12 a 12 mesi dalla sleeve gastrectomy. La valutazione clinica a 12 mesi ha documentato la presenza di sintomatologia diarroica lieve-moderata in 2 pazienti (20% dei casi), di flatulenza lieve in 5 pazienti (50% dei casi), e di astenia transitoria moderata in 2 pazienti (20% dei casi). Il valore di FGF-19 sierico è incrementato significativamente da 68.5 (± 6.7) pg/mL in sede preoperatoria fino a 177.8 (± 36.7) pg/mL a 12 mesi dalla chirurgia, $p < 0.0001$. Il livello sierico di C4 si è invece ridotto da 1.9 (± 1.4) ug/dL fino a 0.7 (± 0.5) ug/dL, $p = 0.027$.
DISCUSSIONE	La sleeve gastrectomy è un intervento bariatrico di estrema efficacia e comporta solo sintomi e segni minori di modificazioni dell'assorbimento intestinale. Lo studio sul metabolismo degli acidi biliari dimostra un loro significativo maggiore riassorbimento, testimoniato sia dalla riduzione del C4 che dall'incremento di FGF-19. E' probabile che entrambi questi meccanismi contribuiscano all'effetto metabolico della sleeve

gastrectomy caratterizzandola come intervento funzionale.	<p>BIBLIOGRAFIA</p> <ol style="list-style-type: none">1. Foschi DA, Rizzi A, Tubazio I, Conti L, Vago T, Bevilacqua M, Magni A, Del Puppo M. Duodenal diverted sleeve gastrectomy with ileal interposition does not cause biliary salt malabsorption. <i>Surg Obes Relat Dis.</i> 2015; 11(2):372-6.2. Martinez de la Escalera L, Kyrou I, Vrbikova J, Hainer V, Sramkova P, Fried M, Piya MK, Kumar S, Tripathi G, McTernan PG. Impact of gut hormone FGF-19 on type-2 diabetes and mitochondrial recovery in a prospective study of obese diabetic women undergoing bariatric surgery. <i>BMC Med.</i> 2017; 15(1):34.3. Biemann R, Penner M, Borucki K, Westphal S, Luley C, Rönicke R, Biemann K, Weikert C, Lux A, Goncharenko N, Marschall HU, Schneider JG, Isermann B. Serum bile acids and GLP-1 decrease following telemetric induced weight loss: results of a randomized controlled trial. <i>Sci Rep.</i> 2016; 6:30173.4. Belgaumkar AP, Vincent RP, Carswell KA, Hughes RD, Alaghband-Zadeh J, Mitry RR, le Roux CW, Patel AG. Changes in Bile Acid Profile After Laparoscopic Sleeve Gastrectomy are Associated with Improvements in Metabolic Profile and Fatty Liver Disease. <i>Obes Surg.</i> 2016; 26(6):1195-202.
	Note

IDabstract

82

Speaker

Valdegamberi Alessandro

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)

TITOLO DEL LAVORO

EFFICACIA E SICUREZZA DELLA SLEEVE GASTRECTOMY AD APPROCCIO ROBOTICO: ANALISI DI 40 CASI CONSECUTIVI IN UN SINGOLO CENTRO

AUTORI

Fiscon V.*, Portale G.*, Valdegamberi A.*, Isoardi R.*, Tomasello T. §
*U.O. di Chirurgia Generale, Cittadella, ULSS 6
§U.O. di Medicina Generale, Cittadella, ULSS 6

RELATORE

INTRODUZIONE

La procedura di sleeve gastrectomy laparoscopica si è affermata come uno degli interventi più utilizzati nella cura dell'obesità patologica. Recentemente, l'utilizzo del robot ha avuto un'ampia diffusione in parecchi campi chirurgici, compresa la chirurgia bariatrica. Tuttavia, vi sono pochi dati in letteratura riguardo la sleeve gastrectomy con approccio robotico. L'obiettivo di questo lavoro è determinare la sicurezza ed efficacia della sleeve gastrectomy con approccio robotico.

METODI

Dal gennaio 2015 al dicembre 2016, presso la U.O. di Chirurgia Generale di Cittadella (PD) sono stati eseguiti da un singolo operatore 40 casi consecutivi di sleeve gastrectomy con approccio robotico (daVinci® Surgical System). E' stato eseguito in tutti i casi un soprappiglio in continua sulla trancia di resezione. I dati demografici, le comorbidità, i tempi operatori, le complicanze perioperatorie e i risultati a lungo termine sono stati raccolti retrospettivamente.

RISULTATI

L'età mediana dei pazienti sottoposti ad intervento è stata di 44.09 anni (range 30-65), la maggior parte era di genere femminile (77.5%). Il BMI mediano era 44.87 (range 37-55). Il 75% dei pazienti (30/40) presentava una comorbidità di origine metabolica o correlata all'obesità (diabete mellito tipo II, ipertensione arteriosa, iperuricemia, OSAS, problemi articolari) Il tempo operatorio mediano è stato di 162 minuti, compreso il tempo di docking. Le perdite ematiche sono state trascurabili e non si sono verificate complicanze intraoperatorie, necessità di conversione o mortalità perioperatoria. Il tempo di degenza mediano è stato di 5 giorni. In nessun paziente si sono verificate complicanze minori, in 1 paziente (2.4%) si è verificata una complicanza maggiore nel postoperatorio. Il BMI mediano a 1, 6 e 12 mesi è stato di 41.13 (-8.1%), 35.08 (-21.6%) e 33.25 (-25.9%) .

DISCUSSIONE

La sleeve gastrectomy robotica è sicura ed efficace nel trattare l'obesità patologica. Probabilmente, i maggiori gradi di libertà dell'approccio robotico permettono l'esecuzione di manovre chirurgiche complesse (es. il soprappiglio sulla trancia di resezione) in maggiore sicurezza.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	39
Speaker	Pellicanò Natale under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	Weight loss and comorbidities resolution after Mini Gastric Bypass - One anastomosis gastric bypass Review of literature
AUTORI	Clemente N, Sartori A, Lunardi C, Pellicanò N, De Luca M UO Chirurgia, Ospedale San Valentino, Montebelluna (TV)
RELATORE	
INTRODUZIONE	Mini Gastric Bypass (MGB) - One anastomosis gastric bypass (OAGB) was introduced by Rutledge in 1997 who advocated its efficacy and safety in a later publication involving 1274 patients ¹ . An Excess Weight Loss (EWL%) of 51%, 68%, 77% at 6 months, 12 months and 2 years follow-up respectively was calculated along with resolution or marked improvement of associated comorbidities. Peri-operative mortality was 0.08% and the overall complication rate was 5.2%. Concerns about biliary gastritis and gastric cancer have hindered wide diffusion of this operation. As a consequence, scientific evidence about its efficacy in the long term is still lacking. We revised the literature to date with the aim of drawing conclusions about long term weight loss and comorbidities resolution after MGB - OAGB.
METODI	Using the Pubmed database, a literature research was conducted to identify all the published evidence, up to December 2016, on long term weight loss and comorbidities resolution after MGB - OAGB. Studies were included if they fulfilled the following inclusion criteria: a cohort of at least 900 patients and a minimum post-operative follow up of 5 years. Each study was evaluated for eligibility by two reviewers who extracted study characteristics and outcomes for all the selected studies.
RISULTATI	A total of 90 articles were identified from the literature search. After review of the titles and abstracts, a total of five articles ²⁻⁶ matched the inclusion criteria and were the base of the present review. All these studies were published between 2012 and 2015 and included a total of 5,191 patients with a post-operative follow up ranging from five years to ten years. The mean preoperative BMI ranged from 33.4 to 52.6. The study by Lee ⁶ accounted for the lowest BMIs because of the different threshold for enrollment in bariatric surgery for patient of Asian ethnicity. Prevalence of hypertension ranged from 23% to 72%. Type II diabetes prevalence ranged from 15.3% to 64% in the patient population. After five years of follow-up, the EWL% varied from a minimum of 46.7% to a maximum of 98.6%. In all the studies a similar pattern of weight loss was observed. Indeed weight loss was initially logarithmic up to 12 months after operation; then it slowed down until the nadir was reached at 18-24 months after operation. Subsequently a constant weight regain followed, so that five year EWL% was comparable to the 12 months EWL%. Remission of hypertension and of type II diabetes, ranged from 52.1% to 94.6% and from 85.7% to 93.2% respectively.
DISCUSSIONE	The present review of the literature about Mini Gastric Bypass (MGB) - One anastomosis gastric bypass (OAGB) confirms what was initially hypothesized by the pioneers of this operation. MGB-OAGB is an effective mean for weight loss and resolution of comorbidities even in the long term
BIBLIOGRAFIA	1- Rutledge R. The mini-gastric bypass: experience with the 1274 cases. <i>Obes Surg</i> 2001;11:276-80 2- Musella M, Susa A, Greco F, De Luca M, Manno E, Di Stefano C. The laparoscopic mini-gastric bypass: the Italian experience: outcomes from 974 consecutive cases in a multicenter review. <i>Surg Endosc</i> (2014) 28:156–163 DOI 10.1007/s00464-013-3141-y 3-oun R et al. One thousand consecutive mini-gastric bypass: short- and long-term outcome. <i>Obes Surg.</i> 2012 May;22(5):697-703. doi: 10.1007/s11695-012-0618-z. 4-ular KS et al. A 6-year experience with 1,054 mini-gastric bypasses-first study from

Indian subcontinent. *Obes Surg.* 2014 Sep;24(9):1430-5. doi: 10.1007/s11695-014-1220-3.

5-~~Ch~~hevallier JM et al. One thousand single anastomosis (omega loop) gastric bypasses to treat morbid obesity in a 7-year period: outcomes show few complications and good efficacy. *Obes Surg.* 2015 Jun;25(6):951-8. doi: 10.1007/s11695-014-1552-z.

6-~~Lee~~ WJ et al. Laparoscopic Roux-en-Y versus mini-gastric bypass for the treatment of morbid obesity: a ten years experience. *Obes Surg.* (2012) 22:1827-1834.

Note

--

IDabstract	43
Speaker	Vaterlini Elisa Maria under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	IL PROTOCOLLO ERAS, APPLICABILE ALLA CHIRURGIA BARIATRICA?
AUTORI	DOTT.SSA ELISA MARIA VATERLINI, Dott.ssa Valeria Rotiroti U.O. Chirurgia Generale e Bariatrica, Ospedale G. Fornaroli, Magenta (MI)
RELATORE	
INTRODUZIONE	L'obesità patologica è una malattia cronica con incidenza in rapido aumento. Il trattamento chirurgico è l'unico in grado di assicurare un'efficace e duratura riduzione di peso con un marcato miglioramento delle patologie associate. Il decorso post-operatorio può essere caratterizzato da lenta ripresa delle fisiologiche funzioni intestinali come per gli interventi resettivi gastro-intestinali. E' possibile applicare anche alla chirurgia bariatrica il protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) per ridurre i tempi di ripresa e migliorare l'outcome del paziente.
METODI	Tra l'01/01/2015 e il 30/06/2016 sono stati eseguiti 45 GB (Gastric Banding) e 143 interventi con resezioni e/o anastomosi: 131 SG (Sleeve Gastrectomy), 5 RYGBP (Roux en Y Gastric Bypass), 7 OAGB (One Anastomosis Gastric Bypass). Il trattamento post-chirurgico dei pazienti (ad esclusione dei GB) ha seguito le linee guida ERAS relative alla chirurgia bariatrica.
RISULTATI	Il protocollo ERAS è stato applicato senza complicanze nel 97% dei casi. Il restante 3% (4/143) ha presentato complicanze minori che hanno richiesto l'interruzione della applicazione del protocollo. In particolare un caso di PONV (Post Operative Nausea and Vomiting), un caso di iperpiressia in sindrome influenzale e un caso di infezione delle vie urinarie. La dimissione è avvenuta in terza e quarta giornata rispettivamente per le SG e per i Bypass nel 97% dei casi. La mortalità e le riammissioni entro 30 gg sono state pari a zero.
DISCUSSIONE	L'adozione del protocollo ERAS nella chirurgia bariatrica è fattibile e sicuro: ha permesso una rapida ripresa dei pazienti e una dimissione precoce. Essa ha ridotto l'ospedalizzazione di 1,8 giorni in media senza aumentare morbi-mortalità post-operatoria.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	48
Speaker	Sartori Alberto under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	Mini Bypass e Reflusso gastroesofageo: revisione della letteratura
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
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>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. Le complicanze perioperatorie si attestano intorno all'1.7%. Tra le complicanze a distanza sono state registrate l'ulcera perianastomotica (0.6%) e l'esofagite da reflusso (1.5%) che sono argomento controverso in letteratura.</p>
METODI	<p>La ricerca della letteratura è stata effettuata da due Autori sui motori di ricerca PubMed, Embase e Google Scholar, con l'intento di identificare la letteratura di maggior interesse riguardo il Mini Bypass inserendo i termini: " reflusso e Mini Bypass gastrico" , "Esofago di Barrett", "Reflusso biliare". Sono state selezionate esclusivamente le pubblicazioni con una numerosità campionaria elevata, metanalisi, e review.</p>
RISULTATI	<p>La prima pubblicazione critica nei confronti del Mini Bypass è stata prodotta da Fisher et al. nel 2001 successivamente anche Mc Carthy et al. ha valutato l'incidenza del reflusso biliare, anche endoscopicamente, dopo tale intervento. Johnson et al. hanno rivalutato tutti i pazienti che hanno avuto necessità di un secondo intervento dopo Mini Bypass e ha rilevato come la percentuale maggiore fosse quella dei pazienti con reflusso biliare. Tuttavia Rutledge nella propria casistica descrive che solo lo 0.6% dei pazienti riferisce reflusso biliare, addirittura Carbajo et al. non riportano alcun paziente con nuova insorgenza di reflusso o peggioramento della sintomatologia dopo l'intervento. Noun, infine, riporta solo 4 pazienti con reflusso biliare nei 1000 sottoposti a intervento dimostrando come l'argomento sia ancora controverso.</p>
DISCUSSIONE	<p>L'intervento di mini Bypass viene eseguito da oltre 15 anni da molti chirurghi in tutto il mondo, tuttavia vi sono numerose controversie a riguardo che necessitano ulteriori studi per avere una risposta definitiva.</p>
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	149
Speaker	Micheletto Giancarlo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	Outcome clinico, soddisfazione dei pazienti e qualità della vita dopo Bypass Biliointestinale (follow-up > 10 anni).
AUTORI	<p>1)Reitano Elisa, Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale, Università degli Studi di Milano, U.O. di Chirurgia Generale, Istituto Clinico Sant'Ambrogio, Milano, Italia.</p> <p>2)Galli Federica, Unità di Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia.</p> <p>3)Cavicholi Marco, Università Vita Salute San Raffaele, Milano, Italia.</p> <p>4)Panizzo Valerio, U.O. di Chirurgia Generale e INCO, Istituto Clinico Sant'Ambrogio, Milano, Italia.</p> <p>5)Vegni Elena, Unità di Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia.</p> <p>6)Giovannelli Alessandro, U.O. di Chirurgia Bariatrica e INCO, Istituto Clinico Sant'Ambrogio, Milano, Italia.</p> <p>7)Corona Silvia, Scuola di Specializzazione in Cardiochirurgia, Università degli Studi di Milano, U.O. di Chirurgia Generale, Istituto Clinico Sant'Ambrogio, Milano, Italia.</p> <p>8)Ichino Martina, Scuola di Specializzazione in Chirurgia Pediatrica, Università degli Studi di Padova, U.O. di Chirurgia Generale, Istituto Clinico Sant'Ambrogio, Milano, Italia.</p>
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>Il Bypass Biliointestinale è un intervento di chirurgia bariatrica malassorbitivo e reversibile.</p> <p>L'obiettivo di questo studio è di valutare la situazione clinica e la qualità della vita a 10 anni di distanza dall'intervento.</p>
METODI	<p>Novanta pazienti sono stati contattati attraverso un'intervista telefonica (età media 41 anni, range 31-65 anni ,BMI medio pre-intervento 44.6)</p> <p>E' stata indagata la situazione clinica (attraverso un questionario ad hoc) e la qualità della vita (attraverso il test SF-36). I dati sono stati analizzati attraverso il test statistico SPSS (V.22).</p>
RISULTATI	<p>Il BMI medio pre-intervento era 44.6, mentre nel post-intervento 32.8 (p< 00.1). Alla valutazione pre-chirurgica, i pazienti erano affetti da diabete (14.4%) e ipertensione (40%). E' stata osservata una riduzione significativa (X2 (1)= 18.41; p<00.1) del diabete (5.6%) , così come anche una significativa (X2 (1)= 50.27; p<00.1) riduzione dell'ipertensione. L' %EWL media era di 59.63%. 31 pazienti rifarebbero l'intervento chirurgico di bypass biliointestinale(34.4%). Tuttavia, i pazienti hanno mostrato una riduzione significativa in tutte le aree della qualità della vita.</p>
DISCUSSIONE	<p>Complessivamente il Bypass Biliointestinale ha mostrato un buon outcome clinico (ipertensione, diabete e %EWL) con peraltro una riduzione significativa in tutte le aree della qualità della vita. In tali pazienti, per migliorare la qualità della vita, potrebbe essere implementato un intervento psicologico ad hoc.</p>
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	49
Speaker	Sartori Alberto under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	Mini Bypass e cancro: revisione della letteratura
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
RELATORE	
INTRODUZIONE	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. I vantaggi sono costituiti da maggiore semplicità dell'approccio chirurgico rispetto al bypass gastrico, minori percentuali di complicanze peri-operatorie rispetto al bypass gastrico. Le complicanze perioperatorie si attestano intorno all'1.7%. Tra le complicanze a distanza sono state registrate l'ulcera perianastomotica (0.6%) e per tale motivo è stato pensato che tale intervento potesse essere correlato a un aumento di neoplasie su moncone.
METODI	La ricerca della letteratura è stata effettuata da due Autori sui motori di ricerca PubMed, Embase e Google Scholar, con l'intento di identificare la letteratura di maggior interesse riguardo il Mini Bypass inserendo i termini: "cancro e Mini Bypass gastrico", "cancro e obesità", "ulcera anastomotica Mason loop". Sono state selezionate esclusivamente le pubblicazioni con una numerosità campionaria elevata, metanalisi, e review.
RISULTATI	Scozzari et al. hanno pubblicato recentemente una interessante review della letteratura riguardo l'incidenza di neoplasie esofago gastriche dopo intervento bariatrico, segnalando solo 33 casi descritti in letteratura. In letteratura viene descritto un unico caso di neoplasia insorta su moncone dopo Bypass mentre non viene riportato alcun caso nei pazienti sottoposti a Mini Bypass. Recenti studi sul ratto hanno evidenziato una riduzione del rischio di neoplasia.
DISCUSSIONE	Sebbene sovrapponibile alla tecnica di Mason e vi siano molti presupposti che l'incidenza di cancro sul moncone non aumenti nei pazienti sottoposti a Mini Bypass, sono necessari follow-up lunghi anche endoscopici per confermare questi risultati preliminari.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract

38

Speaker

Pellicanò

Natale

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)

TITOLO DEL LAVORO

Complications after Mini Gastric Bypass – One Anastomosis Gastric Bypass. A tricky operation? Review of literature

AUTORI

Pellicanò N, Clemente N, Lunardi C, Sartori A, De Luca M
UO Chirurgia, Ospedale San Valentino, Montebelluna (TV)

RELATORE

INTRODUZIONE

Since its introduction by Rutledge in 1997, Mini Gastric Bypass - One Anastomosis Gastric Bypass (MGB-OAGB) has been advocated as an effective operation in terms of weight loss and resolution of comorbidities. On the other hand, adverse post-operative events and reoperation rates have been poorly reported. Nevertheless these are a marker of surgical safety. An exact assessment of surgical safety is constantly required by patients, payers and health care providers. Moreover, an exact knowledge of the complication profile is crucial to improve surgical performance and decrease morbidity and mortality rates. We carried out a review of the literature to date with the aim of delineating the exact risk profile of this operation.

METODI

We conducted a literature search on Pubmed using “complication”, “Mini Gastric Bypass” and “One Anastomosis Gastric Bypass” as keywords. Only sixteen articles were retrieved and were examined full text by the Authors.

RISULTATI

MGB –OAGB associates gastric restriction with a malabsorptive effect. Indeed a long pouch of no more than 30 ml of capacity is created along the lesser curvature of the stomach, starting at a variable distance of 4 to 6 cm from the pylorus. An antecolic, usually latero-lateral, gastro-jejunal anastomosis is then created at about 200 cm from the ligament of Treitz. Therefore nutrients can only be absorbed in the remaining intestine distal to the anastomosis. Further away from the Treitz the gastro-jejunal anastomosis, bigger the malabsorptive effect. Lee¹ suggests to perform the gastro-jejunal anastomosis at 150 cm with 10 cm increase every BMI point above 35. Noun² recommends to place the anastomosis at 150 cm from the Treitz in case of BMI of 40 and 10 cm further from it each BMI point above 40. Kular³ and Chevaller⁴ advocate a more standard technique using a 200 cm long biliopancreatic loop. Considered the MGB –OAGB mechanism of action, its most obvious term of comparison is the Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB). Indeed this latter is similarly based on a short gastric pouch (from the crow foot to the angle of Hiss) which is responsible for the restriction; the intestinal transit is restored according the Roux-en-Y fashion with a biliopancreatic limb of 50-100 cm and an alimentary limb of 100-150 cm. The length of the biliopancreatic limb or, according to Stefanidis⁵, (especially in the superobese population) the length of the common channel is the basis of the malabsorptive mechanism of weight loss in RYGB. When compared one with another, MGB-OAGB appears to be at least as effective as RYGB if not more effective⁶⁻⁷ when it comes to weight loss and comorbidity resolution. In their comparative analysis of RYGB and MGB over a 10-year period, Lee et al⁶ found that at 5 years, MGB had a significantly lower body mass index (BMI) (27.7 vs 29.2) and higher excess weight loss (EWL) (72.9% vs 60.1%); there was no significant difference in the improvement of comorbidities.

Is there any difference in the complication rate? Complications should be divided into short and long term ones. The first ones are represented by leakage, anastomotic dehiscence, bleeding, wound infection, pulmonary atelectasis, deep vein thrombosis and pulmonary embolism. The others are anastomotic ulcer, bile reflux, esophagitis, bowel obstruction, gastro-jejunal stenosis, excessive weight loss (malnutrition) and the alleged gastric cancer. While late complications have a similar rate (7.5% in both MGB-OAGB and RYGB), early complications are far less frequent after MGB-OAGB than after RYGB (7.5% versus 20% respectively)⁶.

Noun⁷, reporting his experience of about 1,000 MGB-OAGB in 2012, highlighted an even lower early complication rate if primary and revisional MGB- OAGB were considered separately. Indeed among primary MGB-OAGBs a 2.7% rate of short term complications was registered. The gap between the two operations in terms of post operative complications, becomes wider when considering the major complications alone. Lee⁸ in a later review of his cohort, found that, among early complications, the major ones didn't exceed 1.8%; the minor ones accounted for the remaining 6.7%. This is comparable to the 1.4% short term complication rate reported by Caballero⁹ in a cohort consisting of either primary and redo MGB- OAGBs.

To safety profile of MGB- OAGB in the long term should be better outlined as well. Indeed the reported rate of 7.5% of late complications can probably be an overestimation. Gastric cancer, a feared complication that have hindered a wide diffusion of MGB- OAGB, is likely to be only a bugbear. Gastric cancer was reported as a late complication of gastric resection followed by Billroth II reconstruction and was attributed to the chronic bile reflux into the remaining stomach. As a Billroth II gastro-jejunosomy is part of the MGB-OAGB, gastric malignancy was believed a complication of MGB-OAGB as well. Nevertheless only an isolated case of gastric cancer was described 26 years after the old Mason Gastric Bypass which shows some similarities with MGB-OAGB as it associates an horizontal partition of the upper part of the stomach to a Billroth II gastro-jejunal anastomosis. Moreover a thorough literature search by Chun-Chi Wu et al¹⁰ reveals that only seven cases of gastric cancer have been reported to date despite the over 12,000 over MGB-OAGBs performed from 1991 to 2013. The risks factors for gastric cancer other than chronic bile reflux, such as smoking, Helicobacter pylori infection, diet (eating salted, smoked and prickled foods) that were responsible for the relatively high incidence of gastric cancer after Billroth II gastric resection have been mostly eradicated. As a consequence, the incidence of gastric cancer after operations with Billroth II recostruction such as MGB-OAGB is now utterly negligible. The nowadays risk of gastric gancer after Billroth II is estimated to be about 0.02% and this rate can be applied to the

DISCUSSIONE

Analysis of the literature available to date proves that MGB-OAGB, especially when compared with RYGB (which similarly joins both restrictive and malabsorptive mechanisms), has a low incidence of post-operative complications. In particular, the rate of early post operative complications after MGB-OAGB is lower than RYGB and even lower in primary MGB- OAGB. The gap between the two operations in terms of safety profile, becomes wider when considering the MGB-OAGB major complications; these latter seem to be utterly negligible.

The rate of late post-operative complications is apparently the same of RYGB but it could score lower with refining of technique, growing experience of the surgeons, selection of compliant patients and when not accounting for gastric cancer (which is not a complication of MGB-OAGB).

BIBLIOGRAFIA

- 1- Lee WJ et al. Laparoscopic RYGB vs. MGBP for the treatment of morbid obesity: a 10 year of experience. *Obes Surg* 2012;22:1827-34
- 2- Noun R et al MGB for revision of failed primary restrictive procedures: a valuable option. *Obes Surg* 2007;17:684-8
- 3- Kular KS, Rutledge R. A 6-year experience with 1,054 mini-gastric bypasses-first study from Indian subcontinent. *Obes Surg* 2014;24:1430-5
- 4- Chevallier JM, Arman GA. One thousand single anastomosis (omega loop) gastric bypasses to treat morbid obesity in a 7-year period: outcomes show few complications and good efficacy. *Obes Surg.* 2015 Jun;25(6):951-8. doi: 10.1007/s11695-014-1552-z.
- 5- Stefanidis D1, Kuwada TS, Gersin KS. The importance of the length of the limbs for gastric bypass patients--an evidence-based review. *Obes Surg* 2011 Jan;21(1):119-24. doi: 10.1007/s11695-010-0239-3.

- 6- Lee WJ, Yu PJ, Wang W, Chen TC, Wei PL, Huang MT. Laparoscopic Roux-en-Y versus mini-gastric bypass for the treatment of morbid obesity: A prospective randomized controlled clinical trial. *Ann Surg* 2005;242:20–8
- 7- Noun R, Skaff J, Riachi E. One thousands consecutive mini-gastric bypass. Short and long term outcome. *Obesity Surg* 2012;22, 697-703
- 8- Lee WJ, Ser KH, Lee YC, Tsou JJ, Chen SC, Chen JC. Laparoscopic Roux-en-Y vs. mini-gastric bypass for the treatment of morbid obesity: A 10-year experience. *Obes Surg* 2012;22:1827–34
- 9- Caballero MAC, De Solorzano JO, Garcia-Lanza C. Bypass gastrico laparoscopico de una sola anastomosis (bagua) asistido con brazo robotico: tecnica y resultados en 1126 pacientes. *Cirurgia Endoscopica* 2008 9(1): 6-13
- 10- Chun-Chi Wu et al. Gastric cancer after mini-gastric bypass surgery: A case report and literature review. *Asian Journal of Endoscopic Surgery* vol:6(4):303-306
- 11- Brenner DJ, Hall EJ Computed tomography – an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med* 2007; 357(22):2277-84
- 12- Csendes A, Burgos AM, Smok G, et al. Latest results of a prospective randomized study comparing Billroth II and Roux-en-Y anastomosis after a partial gastrectomy plus vagotomy in patients with duodenal ulcers. *Ann Surg* 2009;249(2):189-94
- 13- Musella M., Susa A, Greco F, De luca M. The laparoscopic minigastric bypass: the Italian experience: outcomes from 974 consecutive cases in a multicenter review. *Surg Endosc* 2014 Jan;28(1):156-63.
- 14- Paroz A, Calmes Jm, Giusti V, et al. Internal hernia after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity: a continuous challenge in bariatric surgery. *Obes Surg* 2006;16(11):1482-7
- 15- Rutledge R, Walsh TR. Continued excellent results with the mini –gastric bypass: six year study in 2,410 patients. *Obes Surg* 2005 Oct ; 15(9) 1304-8
- 16- Lee WJ, Wang W, Lee YC, Huang MT. Laparoscopic MGB: experience with tailored bypass limb according to body weight. *Obes Surg* 2008 Mar; 294-9

Note

IDabstract	51
Speaker	Boni Marcello under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	POSTUMI E COMPLICANZE SEVERE PER FISTOLE CRONICHE PERSISTENTI SU SLEEVE GASTRECTOMY
AUTORI	Boni Marcello, USLUmbria2, PO Foligno (pg)
RELATORE	
INTRODUZIONE	L' incidenza delle fistole gastriche su sleeve gastrectomy si e' ridotta nel tempo, assestandosi intorno al 1-2%. Poco e' descritto sulle fistole croniche persistenti e sui postumi o complicanze a distanza. Dopo un caso personale di complicanza su fistola riacutizzata ho cercato di raccogliere quanto piu' possibile sull' argomento.
METODI	Ho fatto una revisione della letteratura sulle fistole croniche persistenti Ho inviato e-mail a soci SICOB per ricevere case report ed esperienze ho descritto due casi da me trattati
RISULTATI	1- caso di ascesso cerebrale metastatico dopo 4 anni da apparente guarigione di fistola gastrica con ascesso sub frenico 2- caso di fistola aorto tubulo sleeve per riacutizzazione di fistola gastrica a 3 anni da SG complicata da fistola 3- fistola gastro pleurica sinistra dopo 1 anno da SG complicata da fistola con ascesso sub frenico 4- fistola gastrica riacutizzata ad 1 anno da precedente SG e trattata con Bypass gastrico 5- stenosi giunzione esofago tubulo sleeve dopo trattamento di fistola con endoprotesi 6- Infarto splenico da trombosi arteria splenica
DISCUSSIONE	Le fistole gastriche per sleeve gastrectomy sono sicuramente le più insidiose e morbigena di tutte le fistole in chirurgia addominale. Le fistole persistenti /croniche sono meno descritte in letteratura ma presentano delle problematiche a volte veramente severe. Propongo un follow up particolare per i pazienti incorsi in fistole gastriche in chirurgia bariatrica
BIBLIOGRAFIA	- Gastro Bronchial Fistula Following SG - J.M. Chevallier (Paris) - A long way to reach healing of persistent leak in SG - S. Cariani (Bologna) - Persistent gastric fistula after sleeve gastrectomy - L.Rebibo (Amiens - France)
Note	

IDabstract

52

Speaker

Furbetta

Francesco

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)

TITOLO DEL LAVORO

Gastric banding first surgical approach for 20 years on 3200 patients: A safety belt trough and towards this puzzling evolution in bariatric treatment

AUTORI

Furbetta F*, Gragnani, F* Flauti G*, Masetti C***, Ciardi C***, Puggelli S.****, Furbetta C^, Pisani N^, Guidi F^^, Furbetta N**.

Clinic "Leonardo", Sovigliana-Vinci (Firenze) Italy

*surgeons "Leonardo"

**MD, University of Pisa

*** Dieticians "Leonardo"

****psicologist "Leonardo"

^ sports science "Leonardo"

^^anesthesiologist "Leonardo"

RELATORE

INTRODUZIONE

Gastric banding made surgery enter the world of obesity, exploding as the most effective treatment, giving a boost to old and new operations, indications, scientific, technological and economic interest. The consciousness of the limits of a surgery outside the pathological field, strictly depending on the interdisciplinary team, made us choose gastric banding, the less invasive operation, the only one completely reversible and adjustable, as first surgical approach.

METODI

This experience started in October 1995 as a GB operation supported by a surgical team; other physicians dealt with specific needs. Since June 2003 an interdisciplinary team prepares, selects and follows-up all the obese subjects afferent to the center. All the patients but selected ones are addressed to the codified gastric banding technique; failures are afforded through a sequential functional gastric bypass (FGB-personal technique) or capitalizing on the complete reversibility.

RISULTATI

Since October 1995 to April 2016, 3271 GB as first surgical approach: 2670 F, 601 M; mean BMI 40,8. It's a totally laparoscopic experience without mortality and major peri-operative complications (Dindo-Clavien score), one day unattended post-operative stay (95% of patients). Major late complications are pouch herniation-dilation (6%) and erosion (2,7%). Minor complication related to port tube system dropped to 4%. The medium-long term result testifies weight loss (%EWL 42) and co-morbidities resolution-improvement (53%). A well structured team improved follow-up rate from 75% to 90% and %EWL from 41 to 44.

DISCUSSIONE

This is a 20 years-long experience with GB as first surgical approach. 3271 pts witness safety, zero specific mortality and peri-operative major complications. The late complications, erosions and pouch dilatations are solved by a reproducible, less invasive operation. The interdisciplinary team is the key point to make an operation outside the pathological field into an effective procedure. The efficacy, outlined by a suitable follow-up, is in line with the other procedures. Looking ahead: the entire not-harmed group has an adjustable and completely reversible procedure offering an exclusive re-education and eventually more targeted solutions.

BIBLIOGRAFIA

Note



IDabstract	141
Speaker	Boru Cristian Eugeniu under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	Complicanze emorragiche post-operatorie dopo Sleeve Gastrectomy laparoscopica: 4 anni di esperienza di un Bariatric Center of Excellence
AUTORI	De Angelis F.* Abdelgawad M * Iossa A.* Rizzello M.* Boru C.* Abbatini F.* Caporilli D* Avallone M.* Guida A.* Termine P.*Ciccioriccio C.* Silecchia G.* *UOC Chirurgia Generale & Bariatric Center of Excellence, Sapienza, Polo Pontino ICOT
RELATORE	
INTRODUZIONE	Il sanguinamento e la fistola gastrica sono le complicanze post-operatorie più comuni dopo Sleeve Gastrectomy Laparoscopica (LSG). La lunga linea di sutura è responsabile dell'alto tasso di sanguinamento che in letteratura varia dallo 0 al 20%. Lo scopo di questo studio retrospettivo è di analizzare l'esperienza di un centro bariatrico ad alto volume nella prevenzione e management del sanguinamento post LSG.
METODI	E' stato revisionato il database da Giugno 2012 a Giugno 2016 e sono stati analizzati i dati specialmente quelli relativi ai sanguinamenti perioperatori (fino alla dimissione) la loro gestione ed il follow-up.
RISULTATI	Di 870 LSG (603 donne/267 uomini), si sono verificate 31 complicanze post-operatorie (3,5%): 17 sanguinamenti (1,9%), 5 fistole (0,5%) 3 stenosi medio gastriche (0,34%), 3 raccolte intra addominali (0,34%) e 3 infezioni di ferita (0,34%). Il sanguinamento è stato gestito laparoscopicamente in 9/17 pazienti (52,9%) , con solo una conversione laparotomica (11,1%). Il trattamento conservativo ha consentito il controllo del sanguinamento in 8/17 pazienti (47,1%) con 4 pazienti (50%) che hanno sviluppato un ematoma infetto. Due di questi pazienti sono stati trattati conservativamente con un drenaggio TC-guidato mentre i restanti due si sono complicati con una fistola tardiva che è stata trattata laparoscopicamente. Il tasso di mortalità è stato dello 0%.
DISCUSSIONE	In un centro ad alto volume , l'incidenza di sanguinamento prevista è dell'1,7 % quando vengono applicate tutte le strategie preventive. Il protocollo per rilevare il sanguinamento intraoperatorio adottato nel nostro centro si è dimostrato efficace. La lezione appresa negli ultimi 4 anni è che il management conservativo dei sanguinamenti post-operatori dovrebbe essere considerata una condizione ad alto rischio per lo sviluppo di fistole gastriche tardive , confermando che un'emostasi accurata è essenziale per evitare le fistole tardive.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract

56

Speaker

Cartelli

Concetto

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)

TITOLO DEL LAVORO**BYPASS GASTRICO: MODIFICAZIONE PONDERALE PREOPERATORIA E
COMPLICANZE PERI/POST OPERATORIE**

AUTORI

Vaccaro Salvatore, Babini Massimiliano, Camozzi Giulia, Bollino Ruggero, Cartelli
Concetto, Ferrara Demetrio, Manicardi Enrica, Bonilauri Stefano

Team Multidisciplinare Obesità Patologica e Chirurgia Bariatrica

Azienda Ospedaliera - IRCCS "Arcispedale Santa Maria Nuova", Reggio Emilia (RE)

RELATORE

INTRODUZIONE

Esistono rilevanti evidenze scientifiche sull'effetto positivo dell'ottenimento di un calo ponderale nel periodo pre-operatorio attraverso un intervento dietetico e di cambiamento dello stile di vita: a) un calo ponderale del 10% è associato ad un minor rischio di complicanze peri-operatorie a seguito dell'intervento di Bypass Gastrico; b) un calo ponderale del 5-10% favorisce una riduzione dei tempi operatori e di degenza ospedaliera. In letteratura viene riportato che il 5,8% dei pazienti sottoposti a Bypass Gastrico richiede un nuovo ricovero entro 30 giorni dall'intervento stesso.

METODI

È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo volto a valutare le complicanze peri/post-operatorie su n. 215 pazienti (M: 46; F: 169; Età: 43,4±10,8 anni; BMI: 47,06±6,39 kg/m²) sottoposti a Bypass Gastrico con approccio laparoscopico e seguiti nei 60 mesi successivi. I dati sono stati tratti dai software aziendali e sono stati analizzati suddividendo la casistica in due gruppi a seconda che abbiano [SI] (n. 92; M: 24; F: 68; Età: 42,96±10,31 anni; BMI: 49,07±7,07 kg/m², p < 0,0001) o non abbiano [NO] (n. 123; M: 22; F: 101; Età: 43,66±11,21 anni; BMI: 45,54±5,39 kg/m²) seguito un percorso dietetico educativo pre-operatorio. Un percorso dietetico educativo è stato attivato prettamente per coloro che alla prima visita chirurgica presentavano un maggior eccesso ponderale (p < 0,0001), un maggior numero di patologie concomitanti (p 0,006), una maggiore vicinanza geografica al Centro (p 0,0001), difetti della coagulazione (p 0,0001) e/o rilievo ecografico di steatosi epatica di grado medio-elevato (p 0,0008).

RISULTATI

Al ricovero, si è registrato un BMI di 45,21±6,82 kg/m² (NO: 45,32±6,82 kg/m² vs SI: 45,07±6,38 kg/m²), avendo la casistica ottenuto nel periodo pre-operatorio un calo ponderale del 4,08±6,01% (NO: 1,23±3,79% vs SI: 7,89±6,32%, p < 0,0001). Nella casistica, in riferimento alle complicanze, si è riscontrato quanto segue: a) complicanze intra-operatorie: 5 (NO: 5 vs SI: 0, p 0,05), di cui 4 perforazione/lacerazione e 1 pneumotorace; b) complicanze nel decorso immediatamente post-operatorio: n. 42 (NO: 27 vs SI: 15), con necessità di un re-intervento chirurgico in 4 casi (NO: 4 vs SI: 0); c) complicanze entro 30 giorni: 11 (NO: 8 vs SI: 3), con necessità di re-ospedalizzazione in 8 (3,72%) casi (NO: 6 vs SI: 2); d) complicanze oltre i 30 giorni: 14 (NO: 6 vs SI: 8), con necessità di ospedalizzazione in 12 casi (NO: 5 vs SI: 7) e di intervento chirurgico in 8 casi (NO:4 vs SI: 4), di cui 4 colecistectomia, 2 ernioplastica, 1 lisi aderenziale e 1 laparotomia esplorativa; e) complicanze oltre i 365 giorni: 35 (NO: 22 vs SI:13), con necessità di intervento chirurgico in 23 casi (NO: 14 vs SI: 9), di cui 5 colecistectomia e 18 ernioplastica.

DISCUSSIONE

Tra i due gruppi di popolazione non sono emerse differenze statisticamente significative per quanto riguarda l'insorgenza di complicanze post-operatorie, mentre per le complicanze intra-operatorie si è osservata una incidenza maggiore (p 0,05) in coloro che non avevano seguito un percorso dietetico pre-operatorio.

BIBLIOGRAFIA

Note

--

IDabstract	91
Speaker	Gagliardi Stefano under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	La nostra esperienza sull'impiego di materiale sintetico bioassorbibile nella sleeve gastrectomy.
AUTORI	Stefano Gagliardi, Sergio Boschi, Pietro Del Prete Chirurgia della Pianura (Ospedale Bentivoglio) AUSL Bologna
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>La sleeve gastrectomy è una procedura chirurgica in costante ascesa in Italia e nel mondo, sicura ed efficace ma non scevra di complicazioni.</p> <p>Il sanguinamento rappresenta una delle più comuni complicanze della sleeve gastrectomy.</p> <p>La lunga linea di sutura gastrica rappresenta la più frequente causa di sanguinamento con un range che va da 0 a 20% (2).</p> <p>Sono state proposte diverse soluzioni per ridurre l'incidenza di tale complicanza tra queste l'impiego di un materiale sintetico bioassorbibile (1).</p>
METODI	<p>Viene presentata retrospettivamente l'esperienza del nostro centro sull'impiego del materiale sintetico bioassorbibile nella linea di sutura gastrica valutando l'incidenza, il trattamento e gli esiti delle complicanze emorragiche.</p> <p>Dall'ottobre 2013 al dicembre 2016 sono stati sottoposti consecutivamente ad intervento di sleeve gastrectomy 178 Pazienti (43 maschi e 135 femmine) impiegando come rinforzo della linea di sutura materiale sintetico bioassorbibile (seamguard). Il tubulo gastrico viene calibrato su sonda endogastrica da 38 french iniziando la sutura a circa 4 cm dal piloro e utilizzando suturatrici meccaniche (Echelon) con cariche verdi e oro.</p>
RISULTATI	<p>Si sono avuti 2 casi di sanguinamento dalla rima di sutura gastrica (1.1%) che hanno reso necessario l'intervento chirurgico. Entrambi i Pazienti erano di sesso maschile e ipertesi. In un caso l'intervento si è reso necessario entro 24 ore nell'altro entro 48 ore. In entrambi i casi è stata eseguita una TAC con mdc preoperatoria che ha segnalato la sede del sanguinamento (in un caso con sede medio gastrica, nell'altro con sede più prossimale). L'approccio è stato laparoscopico ma nel primo caso si è resa necessaria la conversione in laparotomia. Dopo avere effettuato la toilette della raccolta ematica si è visualizzata la fonte di sanguinamento. Si è proceduto all'applicazione di clips a scopo emostatico nella sede del sanguinamento con conseguente risoluzione della complicanza e senza che ulteriori problemi di emostasi si siano verificati.</p>
DISCUSSIONE	<p>Anche nella nostra esperienza il rinforzo della linea di sutura gastrica con materiale sintetico bioassorbibile sembra confermare l'efficacia nel mantenere bassa la percentuale di sanguinamento.</p>
BIBLIOGRAFIA	<p>1) Clinical Benefit of Gastric Staple Line Reinforcement (SLR) in Gastrointestinal Surgery: a Meta-analysis Scott A. Shikora, Christine B. Mahoney <i>Obes Surg.</i> 2015;25(7):1133-1141</p> <p>2) Perioperative hemorrhagic complications after laparoscopic sleeve gastrectomy: four-year experience of a bariatric center of excellence De Angelis F. et al. <i>Surg Endosc</i> 2016 Dec 23 (Epub ahead of print)</p>
Note	

IDabstract

156

Speaker

Brunaccino

Rossella

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)

TITOLO DEL LAVORO

ERNIA INTERNA IN GRAVIDANZA POST BY PASS GASTRICO.CASO CLINICO E REVISIONE DELLA LETTERATURA

AUTORI

R. Brunaccino, A. Borrelli, M. Perone, 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

RELATORE

INTRODUZIONE

Il bypass gastrico (RYGBP) è la procedura bariatrica più comunemente effettuata nelle donne obese in età fertile. La perdita di peso ne migliora la fertilità, con il risultato di avere un rilevante numero di donne gravide dopo intervento bariatrico. Alcuni autori hanno documentato la riduzione di incidenza di macrosomia, ipertensione e diabete materno, purché la gravidanza abbia inizio almeno a 12-18 mesi dall'intervento (maggiore rischio di aborti spontanei e alterato sviluppo fetale per la malnutrizione materna post RYGBP). Tuttavia, nelle donne sottoposte a RYGBP permane alto il rischio di formazione di ernia interna, anche mesi o anni dopo l'intervento. Le sedi più frequenti di ernia interna post RYGBP sono a livello del difetto del mesocolon trasverso (nella tecnica retrocolica), nello spazio di Petersen o a livello del difetto mesenteriale della digiuno-digiunostomia. Il sintomo di presentazione è quasi sempre il dolore, non sempre associato a nausea e vomito, raramente con contrazioni uterine. Tuttavia, tali sintomi sono da considerarsi aspecifici, in quanto nausea e vomito sono tipici anche dello stato gravidico. Per tale motivo, i sintomi di potenziali complicanze del RYGBP dovrebbero essere descritti sia alla paziente che ai ginecologi che ne seguono la gravidanza. Descriviamo un caso di una donna gravida dopo RYGBP complicato da ernia interna e occlusione intestinale.

METODI

Una donna di 33 anni, alla 26esima settimana di gestazione, alla sua prima gravidanza, si presentava alla nostra osservazione con dolore addominale insorto acutamente circa 24 ore prima, nausea, alvo canalizzato a feci, non febbre. La paziente era stata sottoposta a RYGBP laparoscopico 3 anni prima. I parametri vitali e gli esami ematochimici risultavano nei limiti della norma. Per il persistere del dolore, venivano prescritte prima una ecografia addominale e successivamente una radiografia diretta dell'addome, le quali evidenziavano, rispettivamente, liquido tra le anse e un'ansa distesa in sede epigastrica. Alla luce della non chiara diagnosi strumentale, si decideva di sottoporre la paziente ad una TC dell'addome con mdc, che confermava la presenza di abbondante liquido diffuso e anse del tenue ispessite e poco contrastate, come da sofferenza venosa. Dopo accurato monitoraggio materno e fetale, si procedeva a laparotomia esplorativa. All'apertura del peritoneo vi era evidenza di cospicua quantità di liquido lattescente (linfa); il piccolo intestino appariva ispessito e biancastro come da alterato scarico linfatico ed era torto sul suo asse per coinvolgimento in una ernia interna nello spazio di Petersen. Le anse erniate venivano ridotte, nessuna resezione intestinale è stata necessaria. Il difetto è stato oblitterato con punti staccati non assorbibili. La paziente è stata dimessa dopo 48 ore di osservazione. La sua gravidanza ha proseguito senza complicanze. L'intervento è stato condotto in anestesia generale utilizzando farmaci per via endovenosa (ipnotici e oppiacei), evitando l'utilizzo di gas come il protossido di azoto (nota teratogenicità nei ratti, teratogenicità nell'uomo dimostrata dopo esposizione superiore al 50% per 24ore). L'obiettivo dell'anestesia è stato di assicurare la sicurezza sia materna che fetale. Per la sicurezza materna si è tenuto conto delle modificazioni fisiologiche in gravidanza che riguardano l'apparato respiratorio (con aumentato consumo di ossigeno), cardiovascolare (aumento del volume ematico e plasmatico con possibile anemia da diluizione), gastrointestinale (ridotto tono dello sfintere esofageo

inferiore e aumento della pressione gastrica con maggiore possibilità di reflusso e di ab ingestis). Per la sicurezza fetale sono stati mantenuti costanti e adeguati i livelli di ossigenazione e della pressione arteriosa materna allo scopo di evitare ipossiemia, ipercapnia e alterazione del flusso utero-placentare (strettamente legato a tali parametri) ed eventuale conseguente inizio di travaglio con rischio di parto pretermine.

RISULTATI

Una review della letteratura è stata condotta mediante l'utilizzo del database di Pubmed usando le parole chiave "internal hernia", "pregnancy", "gastric bypass".

DISCUSSIONE

Il caso clinico riportato e la revisione della letteratura indicano: (1) L'ernia interna è da sospettare in caso di dolore addominale in donne gravide post RYGBP. L'incidenza di ernia interna nel RYGBP laparoscopico è 2,6-5% dei casi, più alta se comparata all'accesso open. La ragione di tale differenza potrebbe essere attribuibile alle minori aderenze postoperatorie con la laparoscopia, riducendo così la fissità delle anse del piccolo intestino. (2) Nella maggioranza dei casi descritti in letteratura, l'ernia interna si manifesta durante il terzo trimestre di gravidanza, a causa dell'incrementata pressione addominale e della dislocazione cefalica delle anse intestinali causate dalla crescita uterina. L'ernia interna si manifesta generalmente alla prima gravidanza post RYGBP, e dopo 8 mesi o più dall'intervento bariatrico. (3) L'esame radiologico mandatorio in pazienti portatori di RYGBP con dolore addominale è la TC dell'addome con mdc. La dose di radiazioni di circa 25 mGy utilizzata per l'addome e la pelvi è considerata sicura (basso rischio fetale con dosi di 100mGy, trascurabile rischio a dosi inferiori a 50 mGy). L'analisi delle immagini della TAC andrebbe effettuata da un radiologo esperto coadiuvato da un chirurgo bariatrico. (4) L'esplorazione chirurgica è sicura e non andrebbe ritardata. Un ritardo nel trattamento di un'ernia interna può portare a morte materna (9%) o fetale (13,6%). Il monitoraggio fetale andrebbe effettuato pre e post-operatoriamente. (5) Non vi è riferimento, in letteratura, alla tipologia di anestesia più adeguata in grado di garantire la sicurezza sia materna che fetale.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

88

Speaker

bichisao

germana

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)

TITOLO DEL LAVORO**Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) and Opioid Free Anesthesia (OFA) / Low Opioid Anesthesia (LOA)**

AUTORI

Bichisao G.1, Mariconti L.1, Peri A. 2, Iotti G.A.1,3

1Dipartimento di Medicina Intensiva, S.C. di Anestesia e Rianimazione I e II, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia; 2 Dipartimento di Chirurgia, S.C. di Chirurgia Generale II, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia; 3 Dipartimento di Scienze Clinico-chirurgiche, Diagnostiche e Pediatriche, Sezione di Chirurgia ed Anestesiologia, Università degli Studi di Pavia

RELATORE

INTRODUZIONE

BACKGROUND. L'obiettivo di questo lavoro è dimostrare come un'approfondita valutazione preoperatoria multidisciplinare, unitamente a innovative condotte anestesilogiche che prevedano una Opioids Free Anesthesia (OFA) o Low Opioids Anesthesia (LOA), un adeguato monitoraggio intra e post-operatorio e la mobilitazione precoce del paziente consentano l'applicazione di un protocollo Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in chirurgia bariatrica.

METODI

METODI. Nel 2016 nel nostro ospedale 94 pazienti tra i 18 e i 67 anni (età media 44 anni) con BMI medio di 45.43 sono stati sottoposti ad intervento di chirurgia bariatrica (8 pazienti gastric by pass; 4 pazienti gastric by pass + ring; 75 pazienti sleeve gastrectomy, 6 pazienti rimozione di bendaggio gastrico e un unico intervento di gastro-entero anastomosi su pregresso intervento di chirurgia bariatrica). Tutti i pazienti hanno avuto un approccio chirurgico mini-invasivo: tecnica videolaparoscopica, assenza di drenaggi addominali, assenza di sonda naso gastrica e di catetere vescicale. Tutti sono stati valutati nel preoperatorio da un team multidisciplinare composto da chirurgo, anestesista, endocrinologo, internista e psichiatra; solo per alcuni è stata richiesta una consulenza cardiologica e/o pneumologica. La valutazione anestesilogica ha evidenziato 42 pazienti con ipertensione arteriosa, 32 pazienti con diabete, 21 pazienti con sindrome metabolica, 36 pazienti con OSAS moderata-severa con prescrizione di CPAP a domicilio, 6 pazienti con cardiopatia e 49 pazienti con pneumopatia; questi ultimi due gruppi hanno richiesto approfondimento diagnostico. Nel periodo intra-operatorio tutti i pazienti sono stati monitorizzati con ECG, NIBP, SpO2, TOF, BIS, EtCO2; 72 pazienti sono stati sottoposti a OFA e 22 pazienti a LOA. Tutti i pazienti al termine dell'intervento sono stati tenuti in osservazione presso il Comparto Operatorio prima del trasferimento in normale degenza, solo 2 pazienti sono stati trasferiti in Terapia Intensiva.

RISULTATI

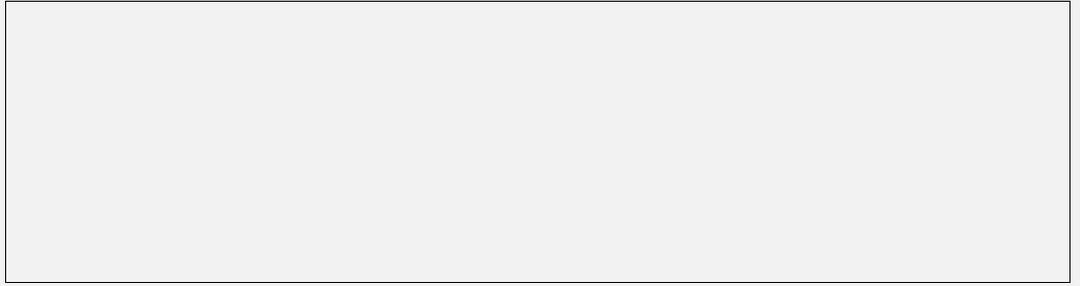
RISULTATI. L'osservazione di 47 pazienti in Recovery Room ha evidenziato che 39 pazienti hanno raggiunto un punteggio Aldrete Score di 9 entro 5'; 20 pazienti hanno avuto PONV ma senza necessità di farmaci antiemetici; 2 pazienti hanno avuto brivido; il passaggio spontaneo dal letto operatorio al letto di degenza è avvenuto in media in 51.6 minuti; la maggior parte dei pazienti ha avuto tempi di dimissioni dal Comparto Operatorio rapidi (media 67 minuti). In reparto tutti i pazienti sono stati mobilitati il giorno stesso dell'intervento (passaggio dal letto alla poltrona). La media dei giorni di degenza post-operatoria è stata di 5. Nessun paziente ha avuto una complicanza chirurgica a breve termine (entro 30 gg)

DISCUSSIONE

CONCLUSIONI. Nei pazienti obesi è possibile e consigliabile l'applicazione del protocollo ERAS a condizione che vengano rispettate particolari condotte chirurgiche (tecniche mini-invasive) e anestesilogiche: ottimizzazione funzioni vitali preoperatorie, OFA/LOA, monitoraggio intra e post-operatorio adeguato e mobilitazione precoce.

BIBLIOGRAFIA

Note

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for handwritten notes or additional information related to the bibliography.

IDabstract

138

Speaker

Cesana

Giovanni

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)

TITOLO DEL LAVORO**Variabili pre-operatorie e operatorie associate alla comparsa di fistola post-Sleeve. Studio monocentrico su 1738 pazienti.**

AUTORI

Dott. Giovanni Cesana, Policlinico San Marco, Zingonia (BG), Centro Eccellenza SICOB.
 Dott. Gianluca Legnani, Policlinico San Marco, Zingonia (BG), Centro Eccellenza SICOB.
 Dott.ssa Francesca Ciccarese, Policlinico San Marco, Zingonia (BG), Centro Eccellenza SICOB.
 Dott. Giorgio Castello, Policlinico San Marco, Zingonia (BG), Centro Eccellenza SICOB.
 Dott. Matteo Uccelli, Policlinico San Marco, Zingonia (BG), Centro Eccellenza SICOB.
 Dott. Riccardo Giorgi, Policlinico San Marco, Zingonia (BG), Centro Eccellenza SICOB.
 Dott.ssa Roberta Villa, Policlinico San Marco, Zingonia (BG), Centro Eccellenza SICOB.
 Dott. Bruno Scotto, Policlinico San Marco, Zingonia (BG), Centro Eccellenza SICOB.
 Prof. a.c. Stefano Olmi, Policlinico San Marco, Zingonia (BG), Centro Eccellenza SICOB.

RELATORE

INTRODUZIONE

La Sleeve Gastrectomy laparoscopica (SG) è uno degli interventi di chirurgia bariatrica più eseguiti nel mondo (1-6): per i suoi risultati nel tempo in termini di perdita di peso e miglioramento o risoluzione delle comorbidità legate all'obesità patologica; per la sua elevata riproducibilità tecnica. Nonostante questi vantaggi, SG può essere aggravata dal rischio di comparsa di fistola gastrica. In letteratura questa complicanza viene riportata con una frequenza che va da 0.74% a 7% (4, 7-8). Soprattutto la fistola che si sviluppa nella parte alta della sutura gastrica è di difficile risoluzione e comporta grave discomfort per il paziente. Molti autori si sono interrogati sulle cause della comparsa di fistola. I principali studi si sono focalizzati sulla perfusione sanguigna della regione cardiaca, considerando la fistola come un evento ischemico (9). Altri autori hanno sottolineato una componente meccanica nel generarsi della fistola: la scelta di una ricarica adeguata allo spessore dello stomaco e altri fattori legati alle forze impartite sui tessuti gastrici durante la sezione sono parte essenziale nella formazione di un punto chirurgico solido e resistente (10-13).

In questo studio valutiamo nella nostra casistica quali variabili pre-operatorie o operatorie, sono significativamente correlate con la comparsa di fistola gastrica.

METODI

Questa è l'analisi retrospettiva di una coorte di pazienti obesi sottoposti a SG da gennaio 2008 a ottobre 2016 presso il nostro centro. Tutti i pazienti sono stati operati dallo stesso team chirurgico. I pazienti sottoposti a chirurgia sono stati arruolati secondo le indicazioni delle linee guida SICOB. Tutti i pazienti sono stati valutati nel pre-operatorio da un team multidisciplinare composto da chirurgo, dietista, psicologo, endocrinologo, anestesista. Di tutti i pazienti sono state registrate le seguenti variabili pre-operatorie: età, sesso, altezza, peso, BMI, excess weight, co-morbidità; ed operatorie: distanza dal piloro a cui è iniziata la sezione gastrica, tempo operatorio, esperienza del chirurgo (in termini di numero di SG eseguite), materiali chirurgici utilizzati (dissettore, stapler, ricariche, rinforzo).

L'intervento chirurgico è stato eseguito con 4 trocar, andando a liberare la grande curvatura gastrica a partire da una distanza variabile dal piloro (1-7cm), fino a isolare completamente il fondo gastrico e visualizzare il pilastro diaframmatico sinistro. La sezione è stata eseguita con stapler lineare articolabile su sonda 38Fr, partendo a 1-7cm dal piloro e rimanendo a circa 1cm dalla giunzione gastro-esofagea. In alcuni casi la sutura nella parte superiore è stata rinforzata con soprappiglio trafiggente o utilizzando cariche rinforzate.

L'analisi statistica è stata eseguita tramite software SAS e la significatività è stata posta per $p < 0.05$. Sono state eseguite un'analisi univariata e multivariata per valutare la correlazione tra le variabili pre-operatorie e operatorie e la variabile fistola.

RISULTATI

1738 pazienti sottoposti a SG sono stati analizzati in questo studio, con età media 41.2 ± 11.1 anni e BMI medio di 43.5 ± 7.2 kg/m² e excess weight 92.8 ± 32.6 % o 59.9 ± 20.3 kg. 32.2% dei pazienti è risultato affetto pre-operatoriamente da patologie osteo-articolari, il 31.5% da ipertensione, il 20% da OSAS, il 13.3% da diabete mellito. Il tempo operatorio medio è stato di 58.0 ± 17.9 minuti. La distanza media dal piloro a cui è iniziata la sezione dello stomaco è stata di 4.7 ± 1.4 cm. Il 58.4% dei pazienti è stato operato da chirurghi con un'esperienza di più di 300 SG eseguite. Per la dissezione gastrica è stato utilizzato Harmonic ACE® (Ethicon Endo-Surgery Inc., Cincinnati, Ohio) nel 66.7% dei casi, LigaSure Maryland™ Jaw (Medtronic, Dublin, Ireland) nel 30.1% dei casi. Nel restante 3.2% sono stati utilizzati LigaSure Atlas™ (Medtronic, Dublin, Ireland), Thunderbeat® (Olympus Medical System Corp, Tokyo, Japan) e ConMed Altrus® (ConMed Electrosurgery, Centennial, CO, USA). Per la sezione gastrica è stata utilizzata Echelon Flex™ Endopath® Stapler (Ethicon Endo-Surgery Inc., Cincinnati, Ohio) nel 66.3% dei casi, Endo GIA™ Reloads with Tri-Staple™ Technology (Medtronic, Dublin, Ireland) nel 31.9% dei casi. All'inizio dell'esperienza (1.8% dei casi) è stata utilizzata Endo GIA™ Stapler (Medtronic, Dublin, Ireland). Per la sezione dell'antro gastrico è stata scelta una carica verde o nera, per la sezione del corpo gastrico una carica gialla o viola (per Echelon ed Endo GIA rispettivamente). Per quanto riguarda la parte superiore dello stomaco, area critica per la comparsa di fistola, è stata utilizzata carica Echelon gialla nel 33.4% dei casi, Echelon Blu nel 31% e Endo GIA viola nel 28.9%. Negli altri casi abbiamo utilizzato altre cariche a seconda della percezione tissutale da parte del chirurgo. Nella grande maggioranza dei casi abbiamo rinforzato l'ultima parte della sutura (89.5%) con un soprappiglio trafiggente (76.8%) di PDS 3/0 (MIC55E, PDS*II, Ethicon Endo-Clip Suture, Cincinnati, OH, United States) nel 98% dei casi e con Polysorb 2/0 (Endostitch™ Suturing Device, Covidien, Dublin, Ireland) nel 2% dei casi. Nel 12.7% dei pazienti la sutura è stata rinforzata con materiali specifici quali Pericardio Bovino (Peristrip® Dry, Synovis Life Technologies, Inc., St. Paul, Minn., USA) o Acido Poliglicolico (Endo GIA™ Reinforced Reloaded with Tri-Staple™ Technology, Medtronic, Dublin, Ireland).

La complicità fistola si è presentata nel 2.8% dei pazienti operati. Nello 0.2% dei pazienti si è verificata nel terzo medio-basso della sutura a causa di problematiche tecnico-meccaniche e si è risolta a seguito di reintervento e sutura della deiscenza. Nel 2.6% dei casi la fistola si è presentata nella parte alta della sutura gastrica ed è stata di difficile e lunga gestione. Solo nel 15.6% dei pazienti la fistola è stata rilevata da Rx Tubo Digerente eseguito in seconda giornata post-operatoria. Nell'88.9% dei casi la fistola è comparsa nelle prime 3 settimane dopo la chirurgia, nel 6.7% tra 3 e 6 settimane, nel 4.4% tra 6 e 9 settimane.

L'analisi univariata dei dati ha rilevato una correlazione statisticamente significativa tra la comparsa di fistola e l'inizio della sezione gastrica a una distanza < 2 cm dal piloro ($p = 0.026$, OR = 2.44, 95% CI 1.11-5.33) e l'assenza di rinforzo nella parte più alta della sutura gastrica ($p = 0.040$, OR = 2.18, 95% CI 1.03-4.61). E' stata inoltre rilevata una correlazione significativa tra la minore incidenza di fistola e l'esperienza del chirurgo (>300 SG) ($p = 0.013$, OR = 0.47, 95% CI 0.25-0.85) e la presenza di rinforzo nella parte prossimale della sutura ($p = 0.040$, OR = 0.46, 95% CI 0.22-0.97).

L'analisi multivariata ha confermato l'esperienza del chirurgo (>300 SG) e il rinforzo della parte più alta della sutura gastrica (rispettivamente: $p = 0.036$, OR = 0.49, 95% CI 0.25-0.95 e $p < 0.001$, OR = 0.19, 95% CI 0.09-0.45) come variabili associate a una minore comparsa di fistola.

DISCUSSIONE

I risultati dell'analisi univariata e multivariata della correlazione tra la comparsa di fistola gastrica e le variabili pre-operatorie e operatorie per 1738 pazienti sottoposti a SG presso il nostro centro dal gennaio 2008 all'ottobre 2016 hanno rilevato come fattori protettivi nei confronti della comparsa di fistola l'esperienza del chirurgo, valutata in termini di SG eseguite (>300), e l'utilizzo di un rinforzo della sutura nella parte prossimale del tubulo gastrico. Non è stata rilevata una differenza significativa nel tipo di rinforzo utilizzato, se soprappiglio trafiggente o materiale specifico a diretto rinforzo della carica utilizzata. Nell'analisi univariata è stata rilevata una significatività tra la maggiore incidenza di fistola e una distanza dal piloro di inizio sezione < 2 cm. Tale significatività non è stata rilevata all'analisi multivariata.

Fra le variabili pre-operatorie nessuna è risultata significativamente correlata alla comparsa di fistola.

BIBLIOGRAFIA

1. Deitel M, Crosby RD, Gagner M. The first international consensus summit for sleeve gastrectomy (SG), New York City, October 25–27, 2007. *Obes Surg*. 2008;18(5):487–96.
2. Gagner M, Deitel M, Kalberer TL, Erickson AL, Crosby RD. The second international consensus summit for sleeve gastrectomy, March 19–21, 2009. *Surg Obes Relat Dis* 2009;5:476–85.2
3. Deitel M, Gagner M, Erickson AL, et al. Third international summit: current status of sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis: Off J Am Soc Bariatric Surg*. 2011;7(6):749–59.
4. Gagner, M., Deitel, M., Erickson, A.L. et al. Survey on laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) at the Fourth International Consensus Summit on Sleeve Gastrectomy 2013. *OBES SURG* (2013) 23: 2013.
5. Gagner M., Hutchinson C., Rosenthal R., Fifth International Consensus Conference: current status of sleeve gastrectomy 2015. *Surg Obes Relat Dis*, Volume 12 , Issue 4 , 750 - 756
6. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Formisano G, Buchwald H, Scopinaro N (2015) Bariatric surgery worldwide 2013. *Obes Surg* 25(10):1822–1832.
7. Stroh C, Birk D, Flade-Kuthe R, Frenken M, Herbig B, Höhne S, Köhler H, Lange V, Ludwig K, Matkowitz R, Meyer G, Pick P, Horbach T, Krause S, Schäfer L, Schlensak M, Shang E, Sonnenberg T, Susewind M, Voigt H, Weiner R, Wolff S, Wolf AM, Schmidt U, Lippert H, Manger T; Bariatric Surgery Working Group.. Results of sleeve gastrectomy-data from a nationwide survey on bariatric surgery in Germany. *Obes Surg*. 2009 May;19(5):632-40
8. Mutter MM, Schirmer BD, Jones DB, Ko CY, Cohen ME, Merkow RP, Nguyen NT. First report from the American College of Surgeons Bariatric Surgery Center Network: laparoscopic sleeve gastrectomy has morbidity and effectiveness positioned between the band and the bypass. *Ann Surg*. 2011 Sep;254(3):410-20; discussion 420-2
9. Saber AA, Azar N, Dekal M, Abdelbaki TN (2015) Computed tomographic scan mapping of gastric wall perfusion and clinical implications. *Am J Surg* 209(6):999–1006
10. Bussa, A., Abdelgawad, M., Watkins, B.M., Silecchia, G. Leaks after laparoscopic sleeve gastrectomy: overview of pathogenesis and risk factors. *Langenbecks Arch Surg*. 2016
11. Baker RS, Foote J, Kemmeter P, Brady R, Vroegop T, Serveld M The science of stapling and leaks. *Obes Surg* 14(10):1290 1298 (2004)
12. Elariny H, González H, Wang B. Tissue thickness of human stomach measured on excised gastric specimens from obese patients. *Surg Technol Int*. 2005;14:119-24. PubMed PMID: 16525963.
13. Quang R, Gagner M. A Thickness Calibration Device Is Needed to Determine Staple Height and Avoid Leaks in Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Obes Surg*. 2015 Dec;25(12):2360-7. doi: 10.1007/s11695-015-1705-8. PubMed PMID: 26024735; PubMed Central PMCID: PMC4644197.

Note

--

IDabstract	120
Speaker	Villa Roberta under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	FISTOLA GASTRICA AD INSORGENZA TARDIVA POST SLEEVE GASTRECTOMY VIDEOLAPAROSCOPICA. DESCRIZIONE E TRATTAMENTO DI TRE CASI CLINICI COMPLESSI
AUTORI	Roberta Villa, Giovanni Cesana, Francesca Ciccarese, Giorgio Castello, Matteo Uccelli, Riccardo Giorgi, Bruno Scotto, Gianluca Legnani, Stefano Olmi Unità Operativa di Chirurgia Generale, Policlinico San Marco, Zingonia (BG)
RELATORE	
INTRODUZIONE	La comparsa di una fistola gastrica, in pazienti precedentemente sottoposti a sleeve gastrectomy per obesità patologica, è considerata una delle complicanze più severe, con un tasso di insorgenza che in letteratura raggiunge, in talune casistiche, il 7% dei pazienti operati. Le fistole gastriche ad insorgenza tardiva sono definite dalla comparsa ad almeno 10 giorni dall'intervento chirurgico e vengono trattate in prima istanza conservativamente, con l'utilizzo di stent o clips endoscopiche. In questo report illustriamo la difficile formulazione della diagnosi ed il trattamento complesso delle fistole gastriche con insorgenza al di sopra dei sei mesi dall'intervento chirurgico.
METODI	Nella nostra casistica, a partire dal 2010 sino al 2016, sono giunti alla nostra osservazione tre casi clinici di pazienti affetti da fistola gastrica ad insorgenza tardiva in seguito a sleeve gastrectomy (a sei mesi, un anno e sei anni dall'intervento chirurgico), manifestantesi con iperpiressia di origine non specificata associata a dolore addominale in epigastrio-ipocondrio sinistro da diverse settimane, inizialmente trattati con terapia antibiotica senza beneficio. La diagnosi definitiva è stata possibile con l'ausilio della tomografia computerizzata (TC) con ingestione di mezzo di contrasto orosolubile, che ha mostrato la presenza di un ascesso perigastrico con evidenza di tramite fistoloso a partenza dallo stomaco tubulizzato.
RISULTATI	Nel primo caso clinico la paziente è stata sottoposta ad una laparoscopia esplorativa con drenaggio dell'ascesso e posizionamento endoscopico di un'endoprotesi gastrica. Alla rimozione della protesi, dopo 5 settimane, si è osservata la piena risoluzione del quadro clinico. Nel secondo caso clinico, è stato effettuato il posizionamento di un drenaggio percutaneo TC guidato e di un'endoprotesi gastrica per via endoscopica. Due settimane dopo, alla TC addome di controllo eseguita per la persistenza della sintomatologia, è stato dimostrato un tramite fistoloso nonostante la presenza della protesi, con necessità di rimozione della stessa e posizionamento di clips endoscopiche, per ottenere la risoluzione del quadro clinico. Nel terzo caso clinico, in corso di follow up a sei mesi dall'intervento, la paziente ha menzionato pregressi episodi di dolore addominale e febbre. L'esecuzione di una TC addome ha permesso di evidenziare un tramite fistoloso gastrico a fondo cieco, associato ad un ascesso perigastrico. La paziente era completamente asintomatica, si è pertanto deciso di intervenire solo in caso di presentazione di sintomi, che non si sono manifestati nel corso degli ultimi due anni di follow up.
DISCUSSIONE	Una fistola gastrica asintomatica, probabilmente causata da una micro-perforazione durante i primi giorni post-operatori e non evidenziata dagli esami radiologici ed ematici di controllo, può manifestarsi nel medio-lungo periodo, con iperpiressia e dolori addominali ai quadranti di sinistra. Per ottenere la completa guarigione si rende necessario un approccio multidisciplinare (radiologico, endoscopico e chirurgico). Il trattamento può variare in riferimento alla sintomatologia, alle dimensioni, alla posizione della fistola ed alle complicanze associate.

BIBLIOGRAFIA

Note

--

IDabstract	126
Speaker	Quartararo Giovanni under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	Impatto delle dimensioni dell'anastomosi gastro-digiunale sul calo ponderale in una serie continua di bypass gastrici sec Roux: l'esperienza del nostro centro.
AUTORI	Quartararo Giovanni, Soricelli Emanuele, Facchiano Enrico, Leuratti Luca, Beltrame Benedetta , Lucchese Marcello Azienda USL Toscana Centro Ospedale Santa Maria Nuova, SOS Chirurgia Generale, Bariatrica e Metabolica
RELATORE	
INTRODUZIONE	La percentuale di calo ponderale sub-ottimale (<50 % EWL) o di ripresa ponderale dopo Bypass-Gastrico sec Roux (RYGBP) in letteratura varia dal 10% al 20%. Le ragioni di un fallimento in termini di calo o ripresa ponderale sono multifattoriali, potendo essere legate ad abitudini alimentari scorrette da parte del paziente o problemi socio-ambientali nonché dal tratto psichiatrico. Numerosi studi hanno evidenziato come una grossa porzione dei fallimenti dopo RYGBP sia legata al riscontro di dilatazione della tasca gastrica e/o dell'anastomosi. In letteratura è stata definita in modo "arbitrario" come anomala una tasca gastrica di dimensioni > 6 cm in lunghezza e con anastomosi di diametro > 2 cm. Lo scopo dello studio è quello di valutare l'influenza delle dimensioni dell'anastomosi gastrodigiunale sul calo ponderale postoperatorio nei pazienti sottoposti a RYGBP confrontando i risultati con quelli riportati in letteratura e quelli registrati dal nostro centro nel registro nazionale SICOb.
METODI	Abbiamo analizzato retrospettivamente i dati demografici ed antropometrici pre-operatori e quelli postoperatori a 2 e 5 anni di follow up in 300 pazienti sottoposti a RYGBP da Gennaio 2012 a Marzo 2015. L'intervento è stato eseguito con una tecnica standardizzata che prevede un'ansa alimentare di 1 metro e un'ansa bilio-pancreatica di 75cm, il confezionamento di una tasca gastrica di 6 cm calibrata su sonda endogastrica di 36 Fr e un'anastomosi lineare meccanica di 3 cm di diametro. I dati sul peso, BMI ed EWL sono stati raccolti prospettivamente ed analizzati retrospettivamente. E' stata valutata la dumping sindrome postoperatoria durante intervista telefonica o controllo ambulatoriale sulla base dello score di Sigstad.
RISULTATI	Il peso preoperatorio medio era 122,89 Kg, con un BMI medio di 44,25 kg/m ² . A 2 e 5 anni di distanza dall'intervento la percentuale di adesione al follow-up era rispettivamente del 75,66% (227 su 300 pazienti) e dell'87,38% (97 su 111 pazienti). Il peso medio rilevato a 2 anni è stato 80,83 Kg con un BMI medio di 29,22 kg/m ² e un EWL medio di 66,34 %. Il 47% dei pazienti ha riferito sintomi da dumping sindrome frequente (score di Sigstad >7). A 5 anni il peso medio registrato è stato 84,27 kg con un BMI medio di 31,07 kg/m ² e un EWL di 63,64 %. Il 24% dei pazienti ha riferito sintomi da dumping sindrome (score di Sigstad >7) a 5 aa dall'intervento.
DISCUSSIONE	Le percentuali di EWL e BMI postoperatorio a 2 e 5 aa di follow-up nella nostra serie sono risultate essere in linea con le medie riferite in letteratura e con quelle raccolte nel registro nazionale Sicob . Nella nostra serie di RYGBP, la dimensione dell'anastomosi > 2 cm, considerata in letteratura sopra i limiti della "normalità", non sembra influenzare il successo in termini di calo ponderale post-operatorio a 2 e 5 anni. Al contrario, l'incidenza della dumping sindrome appare superiore a quella riportata in altre casistiche, anche se è stata registrata una progressiva riduzione della sintomatologia nel corso del follow-up. Sono necessari ulteriori studi per valutare la reale influenza della componente restrittiva dell'anastomosi gastro-digiunale sul mantenimento del calo ponderale a lungo termine nei pazienti sottoposti a RYGBP.
BIBLIOGRAFIA	

Note

IDabstract 129

Speaker Pinna Ferdinando under40

ARGOMENTO Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)

TITOLO DEL LAVORO Risultati a medio termine della sleeve gastrectomy in una serie consecutiva di pazienti obesi operati presso un centro di eccellenza SICOB

AUTORI Ferdinando Pinna, Alice Frontali, Andrea Barcella, Tiziana Lodi, Valerio Ceriani

RELATORE

INTRODUZIONE la sleeve gastrectomy si è progressivamente affermata sul panorama internazionale e sul territorio nazionale come una procedura chirurgica autonoma per la terapia dell'obesità patologica. Tuttavia, in letteratura scientifica esistono ancora dati contrastanti circa la stabilità dei risultati a medio termine della procedura. Nel presente lavoro presentiamo la nostra esperienza con la sleeve gastrectomy.

METODI Abbiamo rivalutato i dati raccolti prospettivamente della nostra casistica di sleeve gastrectomy per obesità patologica. Abbiamo valutato i risultati in termini di BMI, perdita di peso, perdita di eccesso di BMI percentuale, risoluzione delle comorbidità, complicanze e reinterventi.

RISULTATI dal 2009 al 2015 incluso, abbiamo eseguito presso il nostro centro 472 sleeve gastrectomy per obesità patologica. Di queste, abbiamo escluso 45 pazienti operati con tecnica SILS e 38 pazienti operati nel corso di programmi di addestramento chirurgico. Dei pazienti inclusi, un follow-up completo è disponibile per il 72% dei pazienti. Un follow up completo a 5 anni è disponibile per il 68% di 118 pazienti. L'incidenza di fistole sulla trancia di sezione è inferiore all'1%, di sanguinamento post-operatorio inferiore al 2%. La necessità di reinterventi per complicanze chirurgiche post-operatorie inferiore al 2%. Il BMI medio a 5 anni è 28.3. La perdita media di eccesso percentuale di BMI a 5 anni è del 69%. A 5 anni abbiamo osservato recupero ponderale significativo (oltre 10 Kg) in meno del 8% dei pazienti. Di questi, il 53% erano pazienti suberobesi in cui la sleeve gastrectomy era stata proposta come primo tempo di uno switch duodenale.

DISCUSSIONE Nella nostra esperienza la sleeve gastrectomy si è dimostrata una procedura sicura ed efficace per la terapia dell'obesità patologica, con sostanziale stabilità dei risultati post-operatori a 5 anni.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	123
Speaker	Franceschi Angelo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	PROTOCOLLO SEMPLIFICATO DI FAST TRACK SURGERY IN CHIRURGIA DELL'OBESITA': INIZIALE ESPERIENZA IN UN REPARTO DI CHIRURGIA GENERALE
AUTORI	A.Franceschi, M.Ciciliot, R.Pirozzolo*, S.Saracco*, R.Galleano S.C. Chirurgia Generale, Ospedale Santa Corona (SV) * S.C. Anestesia e Rianimazione
RELATORE	
INTRODUZIONE	Dal 1996 l'ASL 2 Savonese offre ai pazienti affetti da obesità grave un trattamento multidisciplinare che comprende anche la chirurgia. Negli ultimi 2 anni i pazienti candidati a terapia chirurgica vengono inseriti in un programma semplificato di Fast Track Surgery (FTS) al fine di ottimizzare il recupero postoperatorio e ridurre il tasso di complicanze. Viene di seguito presentato il protocollo in oggetto con i dati relativi all'outcome dei pazienti.
METODI	Dal gennaio 2015 al gennaio 2017, 52 pazienti sono stati sottoposti ad un intervento bariatrico, come procedura primaria o come chirurgia di revisione. Tutti i pazienti con l'eccezione di uno sono entrati in un protocollo di FTS. Il protocollo prevede un colloquio preoperatorio con la dietologa, un Rx transito con gastrografin in prima giornata e in caso di esito regolare l'inizio di una dieta liquida, la mobilizzazione precoce, la rimozione del catetere vescicale alle ore 8 in prima giornata, e la dimissione in terza. Il follow up prevede una visita dopo una e quattro settimane.
RISULTATI	Dei 51 pazienti considerati, 49 sono stati operati in laparoscopia e 2 per via open. Sono stati eseguiti 33 sleeve gastrectomy, 16 by pass gastrici (di cui una conversione da gastroplastica verticale) e 2 debendaggi. Non si sono registrate conversioni. La durata media dell'intervento è stata di 171 minuti (range 70-345). Si è registrata una complicanza medica (2%)(II grado sec. Clavien-Dindo). La degenza media è stata pari a 3,4 giorni (range 2-6). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a gastrografin in prima giornata ad eccezione di 4 per problematiche di ordine tecnico. Ventinove pazienti hanno iniziato una dieta liquida in prima giornata, 20 in seconda e 1 in quarta. Negli ultimi 12 pazienti della serie il drenaggio non è stato posizionato; negli altri casi è stato rimosso mediamente in seconda giornata (range 1-4). Un paziente è stato riammesso nei 30 giorni successivi per complicanze di ordine psichiatrico.
DISCUSSIONE	L'applicazione di un protocollo semplificato di FTS in chirurgia bariatrica anche all'interno di una struttura complessa di chirurgia generale è risultato sicuro ed efficace.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	121
Speaker	Facchiano Enrico under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	Bypass gastrico a unica anastomosi (MGB/OAGB): esperienza di un singolo Centro su 119 casi
AUTORI	Enrico Facchiano, Luca Leuratti, Giovanni Quartararo, Emanuele Soricelli, Marco Veltri, Marcello Lucchese U.O. Chirurgia Generale, Bariatrica e Metabolica - Ospedale Santa Maria Nuova Azienda Sanitaria Toscana Centro – Firenze
RELATORE	
INTRODUZIONE	Il bypass gastrico a unica anastomosi (MGB/OAGB) sta riscuotendo crescente popolarità nel mondo della Chirurgia Bariatrica. La presente serie riporta i risultati a breve e medio termine del Centro di Chirurgia Generale Bariatrica e Metabolica dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Firenze - Azienda Ospedaliera Toscana Centro
METODI	Sono stati analizzati i dati dei pazienti sottoposti a MGB/OAGB presso il nostro Centro da Gennaio 2015 a Dicembre 2016. Ad essi sono stati aggiunti 5 casi "pilota" realizzati tra il 2012 e il 2013. L'ansa biliare è stata costruita a misure variabili tra i 220 e i 150 cm. Sono state analizzati i dati operatori, le complicanze postoperatorie e i dati di follow-up limitatamente ai pazienti che avevano un follow-up completo a 6 mesi dall'intervento. Per i casi analizzati sono stati valutati il calo ponderale e l'eventuale comparsa di complicanze a distanza, nonché il loro trattamento.
RISULTATI	Nel periodo considerato, sommando i 5 casi preliminari eseguiti nei due anni precedenti, sono stati eseguiti 119 MGB/OAGB. I 119 casi di MGB/OAGB rappresentano il 27% sul totale dei 440 interventi bariatrici realizzati nel biennio 2015-2016 nel nostro Centro. Di questi pazienti 85 hanno un follow-up completo a 3 mesi (eleggibili 96, percentuale follow up 89%) e 70 hanno un follow-up completo a 6 mesi (eleggibili 83, percentuale follow up 84%). Il rapporto F/M: è stato di 89:30, BMI medio + SD: 44,95 +6,60 Kg/m ² ; età media: 48,09 aa (range 32-66). In 98 casi si è trattato di interventi di primo step, mentre in 21 l'intervento è stata una redo. Il tempo operatorio medio è stato di 86,7 minuti (Redo: 110 min, Primo step: 81,7 min) Sono state registrate 5 complicanze postoperatorie precoci, di cui 3 (emoperitoneo, fistola pouch e perforazione ansa afferente) hanno richiesto un intervento chirurgico (2,5%) e nei restanti 2 sanguinamenti endoluminali è stato applicato un trattamento conservativo (1,68%). Le complicanze a medio e lungo termine trattate chirurgicamente sono state 3: 2 casi di reflusso biliare che hanno richiesto una conversione a Roux-en-Y Gastric Bypass (1,68%) e 1 caso di ernia interna (0,84%). I risultati in termini di calo ponderale sono stati i seguenti: %EWL 3m: 47,48+19,87; %EWL 6m: 70,51 + 25,26. Non è emersa alcuna correlazione tra la lunghezza dell'ansa biliare e il calo ponderale a 3mesi (r=0,13; P=0,23) e a 6 mesi (r=0,05; P=0,67).
DISCUSSIONE	I dati del nostro Centro mostrano che il MGB/OAGB è un intervento sicuro ed efficace a breve e medio termine, con un tasso di complicanze accettabile e un calo ponderale almeno equivalente a quello del Roux-en-Y Gastric Bypass.
BIBLIOGRAFIA	

Note



IDabstract	24
Speaker	Pizza Francesco under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	Sleevegastrectomy laparoscopica: Esperienza iniziale di un singolo centro.
AUTORI	Pizza F, Amalfitano F, D'antonio D e Marvaso A. P.O. "A. Rizzoli" in Lacco Ameno (Na) AslNapoli2nord
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>L'intervento di Sleeve Gastrectomy laparoscopica (SGL) si è affermato negli ultimi anni come uno dei più comuni interventi di chirurgia bariatrica per obesità patologica, grazie alla sua popolarità fra i Pazienti, relativa semplicità di esecuzione e buoni risultati in termini di calo ponderale. D'altra parte le sue complicanze possono essere molto severe rispetto ad altre procedure di chirurgia bariatrica.</p> <p>Presentiamo di seguito l'esperienza di 5 anni (2011-2016) di un singolo centro di chirurgia bariatrica a basso volume in Ischia(NA) in termini di risultati, learning curve, gestione delle complicanze e risultati a distanza.</p>
METODI	<p>Dal gennaio 2011 al dicembre 2016 sono stati sottoposti ad intervento di chirurgia bariatrica 292 pazienti (182 donne, 110 uomini) così distribuiti:10(3,4%) bendaggi gastrici, 21(7.2%) mini-gastric bypass, 261(89,4%) SGL. Sono stati inclusi nello studio solo i pz sottoposti a SGL. Il tubulo gastrico è stato calibrato su una sonda da 38 F utilizzando materiale di rinforzo sintetico di acido poliglicolico e trimetilene carbonato (GORE® SEAMGUARD®). I Pz sono stati sottoposti a Follow-up clinico a 3-6-12-24 mesi. I pazienti sottoposti a SGL presentavano un età media di 31.7 anni (range, 17-61 anni) e la media preoperatoria del body mass index (BMI) era 39.9 ± 4.83 kg/m² (range, 38-65 kg/m²). Il tempo operatorio medio era 60.03 ± 25.37 minuti, tutti gli interventi sono stati condotti in laparoscopia da un singolo operatore.</p> <p>Hanno aderito al follow-up clinico a 3 mesi 255(98%) a 6 mesi 211(81%), a 12 mesi 135(52%) a 18 mesi 91(35%) a 24 mesi 89(34%)</p>
RISULTATI	<p>Il BMI è stato di 25.15 ± 3.80 kg/m² a 6 mesi ($p < 0.001$) e 27.01 ± 4.12 kg/m² a 12 mesi ($p < 0.001$) e 29.01 ± 6.12 kg/m² a 24 mesi. La media dell'excess weight loss era 70.96 ± 22.20 % a 6 mesi e 61.71 ± 20.10 % a 12 mesi e 60.96 ± 20.10 % a 24 mesi.</p> <p>Il tasso di complicanze era 1.9 %(5 pazienti) che includeva:1(0,38%) fistola gastrica manifestatasi in 8 giornata post-operatoria, la fistola ha necessitato di re-intervento di drenaggio di ascesso in loggia splenica condotto per via laparoscopica, seguito da nutrizione parenterale; la fistola si è risolta dopo 26 giorni; 3(1,14%) pazienti hanno manifestato segni di sanguinamento postoperatori: 2 trattati conservativamente senza trasfusioni e 1 re-operato in prima giornata post-operatoria con revisione laparoscopica che evidenziava sanguinamento da vaso breve. 1(0,38%) paziente manifestava una stenosi del tubulo gastrico che è stato convertito in mini-gastric bypass per via laparoscopica a 2 mesi dall'intervento di SGL. Nel follow-up a 6 mesi 2(0,8%) pazienti hanno manifestato sintomi di reflusso gastro esofageo persistenti attenuatesi a 12 mesi dall'intervento chirurgico con terapia medica; 4 (1,5%) pazienti hanno sviluppato a 12 mesi dall'intervento una calcolosi colecistica sintomatica che ha necessitato di intervento di colecistectomia condotta per via laparoscopica; 6(2.3%) pazienti a 24 mesi, per un incremento ponderale significativo, sono stati sottoposti a re-intervento e convertiti in mini-gastric bypass. Il tasso di complicanze si è significativamente ridotto dopo i primi 50 casi. Il tempo operatorio si è significativamente ridotto dopo i primi 50 casi passando da 80.03 ± 15.37 minuti a 54.03 ± 18.37 minuti nei restanti casi nonostante ci sia stato un sensibile incremento della complessità dei pazienti trattati (BMI, co-morbidità)</p>
DISCUSSIONE	L'intervento di SGL rappresenta una valida strategia chirurgica per il trattamento dell'obesità patologica in termini di morbidità e calo ponderale. La nostra esperienza è stata svolta in un presidio ospedaliero esempio di sanità insulare. Nel corso degli anni la

percentuale dei pazienti non isolani è cresciuta sensibilmente assestandosi al 65% circa negli ultimi 2 anni. L'incidenza di complicanze è stata significativamente maggiore nella fase iniziale della Learning curve dei primi 50 casi(2 casi:1 stenosi, 1 fistola); se da un lato i risultati chirurgici in termini di morbidità e mortalità anche in un centro come il nostro a basso volume sono incoraggianti, dall'altro resta estremamente difficile fare aderire al follow-up a più di 24 mesi i pazienti arruolati; probabilmente le difficoltà legate alla logistica hanno contribuito in modo significativo.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	13
Speaker	Bruni Vincenzo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	Fast track - ERABS - Week Surgery - Follow up. Modello organizzativo di un centro ad alto flusso
AUTORI	Bruni Vincenzo, De Siena Teresa, Feliziani Vincenzo, Mezzina Giovanna, Chioccia Ilaria. Centro Chirurgia dell'Obesità. Ospedale Belcolle- ASL Viterbo
RELATORE	
INTRODUZIONE	L'incremento del numero di procedure eseguite in unico centro determina miglioramento dei risultati e riduzione delle complicanze, oltre ad una gestione più efficiente delle risorse.
METODI	L'ottimizzazione dei percorsi ha portato ad un progressivo incremento del numero dei pazienti operati, fino a superare, nel 2016, il numero di 300 procedure chirurgiche annue. Il confronto con le esperienze riportate in letteratura e l'esperienza diretta presso centri ad altro flusso ha portato all'adozione di procedure razionalizzate nella gestione del paziente obeso prima, durante e dopo l'intervento.
RISULTATI	Vengono analizzate le modifiche dei modelli organizzativi negli ultimi tre anni che hanno portato all'incremento del numero delle procedure eseguite e ad una necessaria modifica organizzativa del percorso di follow up post-intervento.
DISCUSSIONE	L'analisi della letteratura dimostra come l'incremento del numero di casi trattati porta ad un miglioramento dei risultati e ad una diminuzione del tasso di complicanze. Per il raggiungimento di tale obiettivo è necessaria la rielaborazione dei percorsi e la razionalizzazione dei tempi, tenendo comunque sempre in considerazione l'ambito di riferimento delle linee guida nazionali ed internazionali. Nel Centro di Viterbo si è fatto riferimento ad esperienze già consolidate presenti in ambito europeo per gestire in sicurezza un numero crescenti di paziente, questo ha portato ad una progressione annua di circa il 20% negli ultimi tre anni.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	118
Speaker	Hasani Ariola under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass: 10-14 years follow up experience
AUTORI	Luigi Angrisani 1, Ariola Hasani 2, Antonio Vitiello 2, Antonella Santonicola 3, Paola Iovino 3 1)General, Laparoscopic, Emergency Surgery Unit, San Giovanni Bosco Hospital, Naples, Italy 2)Department of Clinical Medicine and Surgery, University of Naples Federico II, Naples, Italy 3)Department of Medicine and Surgery, University of Salerno, Salerno, Italy
RELATORE	
INTRODUZIONE	Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB) is an effective weight loss procedure. Few studies have reported long-term outcomes of RYGB. Aim of this study is to investigate long-term weight loss, co-morbidity remission, nutritional status, and complication rates among patients undergoing RYGB.
METODI	All patients that underwent RYGB from January 2000 to December 2006 were included. Clinical data collected were age, BMI, complications, nutritional status. Weight loss was calculated as %EWL at 8, 10, 12 and 14 years.
RISULTATI	285 obese patients underwent RYGB in the selected period. Mean initial age was 38±17years and mean BMI was 45.30±5.91kg/m ² before RYGB. 21.4% (N=61) had an initial BMI>50kg/m ² . Mean BMI after the procedure were 33.52±5.1, 33.8±5.08, 30.45±4.06 and 32.6±4.69 kg/m ² and mean excess weight loss (EWL%) were 66.25±21.15, 64.23±23, 76.69±21.52, and 69.84±23.26% at 8, 10, 12 and 14 years respectively. 69% of patients achieved a BMI≤35 kg/m ² at 10 years. The follow up rate was 91% at 8 years, 84% at 10 years, 72% at 12 years and 63% at 14 years. Among complications, we report hemorrhage in 3.5% of patients (N=10), conversion to laparotomy in 1.4% (N=4), bowel obstruction occurred in 7.3% of patients (N=21), internal hernia in 1.4% of patients (N=4), gastrojejunal leak in 0,7% of cases, gastrojejunal stenosis in 1% of cases (N=3). Mortality was of 0.35% (N=1) due to internal hernia. 60% of patients (N=171) suspended multivitamin supplementations and 35.7% of patients (N=102) presented nutritional deficiencies requiring repeated adjustments of therapy. For weight regain 7.36% (n=21) of patients required revision procedures, including endoscopic revision. 78% of patients with type 2 diabetes were in full remission after surgery, 43% of patients with hypertension and 36% of patients with dyslipidemia achieved and maintained remission at long term.
DISCUSSIONE	Majority of patients maintained successful weight loss and remission from co-morbidities in long term. However, a modest number of patients required revision surgery due to weight regain. Complication rate was low, but nutritional deficiencies negatively affected the whole follow-up period. Life-long surveillance is mandatory after RYGB.
BIBLIOGRAFIA	

Note

IDabstract 15

Speaker de siena teresa under40

ARGOMENTO Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)

TITOLO DEL LAVORO Tutto bene quel che finisce bene? Decurso anomalo di una fistola dopo by-pass gastrico

AUTORI Teresa De Siena, Vincenzo Bruni, Vincenzo Feliziani, Giovanna Mezzina, Ilaria Chiocchia

RELATORE

INTRODUZIONE La comparsa di una fistola rimane un complesso problema nei pazienti sottoposti ad intervento di by-pass gastrico dopo obesità patologica. Ancora oggi i dati presenti in letteratura non sono sufficientemente dettagliati nel definire il giusto percorso diagnostico-terapeutico nel caso di fistola dopo intervento di by-pass gastrico.

METODI Riportiamo il caso clinico di un uomo di 58 anni, sottoposto a febbraio 2016 ad intervento di bypass gastrico complicato dalla comparsa di fistola con decorso anomalo.

RISULTATI Il decorso clinico del paziente sottoposto ad intervento di bypass gastrico per obesità patologica veniva complicato dalla comparsa di fistola. Nonostante il paziente venisse sottoposto a reintervento di bonifica di un ascesso addominale e al posizionamento di SNG per nutrizione parenterale a distanza di tempo non solo non si vedevano miglioramento del quadro clinico ma si riscontrava la formazione di un ascesso perisplenico trattata con drenaggio percutaneo successivamente complicato dalla comparsa di ascessi cerebrali.

DISCUSSIONE Nonostante il decorso anomalo di una fistola comparsa dopo intervento di bypass gastrico per obesità patologica il giusto percorso diagnostico terapeutico ha portato ad un netto miglioramento del quadro clinico del paziente con ripristino del suo stato di salute.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	18
Speaker	rivolta umberto rivolta under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	TECNICA STANDARDIZZATA MONOCENTRICA PER LA PREVENZIONE DEL SANGUINAMENTO E DEL LEAK DURANTE SLEEVE GASTRECTOMY LAPAROSCOPICA RISULTATI DOPO 500 CASI
AUTORI	U. Rivolta, G. Sarro, G. Soliman, S.Sarro, D. Bella, V. Vinci, E. Vaterlini ASST Ovest Milano - UOC Chirurgia Generale PO Magenta e Abbiategrasso Via Al Donatore di Sangue - Magenta (MI)
RELATORE	
INTRODUZIONE	La Sleeve Gastrectomy Laparoscopica (LSG) è una procedura approvata per il trattamento dell'obesità patologica. Essa è associata a gravi complicazioni, come ad esempio la deiscenza della linea di sutura e le emorragie. L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare l'efficacia del rinforzo della linea di sutura con clips metalliche rispetto alle altre tecniche descritte in letteratura per ridurre il leak ed il sanguinamento dopo LSG.
METODI	Un totale di 502 pazienti sono stati sottoposti a LSG (141 maschi, 361 femmine) presso l'Ospedale di Magenta dal 1/1/2012 al 01/02/2016. L'età media è stata di 43,5 anni e l'indice di massa corporea medio di 46 kg/m ² . I pazienti sono stati sottoposti a tecnica standard a 5 trocar, misurazione a 6 cm dal piloro, sonda di calibrazione da 32 F e suturatrice meccanica lineare con rinforzo della linea di sutura con clips metalliche su tutta la trancia gastrica. Tutti gli interventi sono stati eseguiti da due operatori.
RISULTATI	La incidenza di sanguinamento nel nostro centro è stata pari a 1,20% (6/502) di cui 2 (0,4%) hanno richiesto il re-intervento, gli altri 4 sono stati trattati in modo conservativo. Non si sono osservati leak (0/502). In letteratura sono riportati valori medi di sanguinamento compresi tra 3% e 8% e di leak compresi tra 0,5% e 7,8%. I migliori risultati riportati in letteratura prevedono l'utilizzo di rinforzo della linea di sutura con pericardio bovino o colla di fibrina.
DISCUSSIONE	La tecnica di rinforzo della sutura in LSG con clips metalliche ha mostrato valori di leak e sanguinamento al di sotto dei dati della letteratura. La tecnica è fattibile, non modifica i principi di base della LSG e prevede un incremento dei costi minimo. Ulteriori studi randomizzati sono necessari per confrontare le tecniche attualmente utilizzate nella sleeve gastrectomy.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	19
Speaker	Manno Emilio under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	MGB/OAGB come trattamento definitivo nei pazienti super e super super obesi: risultati preliminari su 68 pazienti
AUTORI	Manno Emilio Grillo Maurizio Damiano Ivana Dipartimento di Chirurgia generale - Unità di Chirurgia bariatrica e Metabolica AORN Cardarelli di Napoli
RELATORE	
INTRODUZIONE	Gli autori analizzano la loro esperienza sull'uso dell'MGB/OAGB come trattamento unico nei pazienti super e super super obesi. Molti studi riportano che la procedura in un sol tempo nel trattamento dei super e super super obesi è tecnicamente complessa e caratterizzata da un maggior indice di complicanze, per tale motivo molti propongono un trattamento in due tempi (sleeve + RYGBP o MGB/OAGB).
METODI	Dal gennaio 2013 al giugno 2016 sono stati sottoposti ad MGB/OAGB 68 pazienti (37 F e 31 M), di questi 48 erano superobesi e 20 super super obesi. L'età media era 44 con un range di 22-66.
RISULTATI	Non si sono osservate complicanze peri-operatorie in tutti i pazienti. Una sola complicanza post-operatoria (parziale deiscenza anastomotica) è stata trattata in III giornata post-operatoria. Un solo paziente è stato convertito in open surgery per la presenza di un meso intestinale corto che impediva la corretta manipolazione delle anse. Il tempo operativo medio è stato di 70 minuti, il tempo di degenza media di 3 gg (range da 2 a 4). Il paziente rioperato è stato dimesso in X giornata post-operatoria. La percentuale di EWL media a 48 mesi è stata del 70% (range 50-91).
DISCUSSIONE	Nella nostra esperienza l'MGB/OAGB come singolo trattamento per i pazienti super e super super obesi è una procedura sicura ed efficace. La percentuale media di EWL è soddisfacente ed assolutamente comparabile con i risultati delle procedure a due tempi.
BIBLIOGRAFIA	1. Musella M., Susa A, Greco F, De Luca M, Manno E, Di Stefano C, Milone M, Bonfanti R, Segato G, Antonino A, Piazza L. The laparoscopic mini-gastric bypass: The Italian experience: outcomes from 974 consecutive cases in a multicenter review. Surg Endosc. 2014 Jan;28(1):156-63. doi: 10.1007/s00464-013-3141-y. Epub 2013 Aug 28. 2. Beraglio C: Laparoscopic mini-gastric bypass (LMGB) in the super-super obese: outcomes in 16 patients. Obes Surg. 2008 Sep;18(9):1126-9. 3. Rutledge R1, Walsh TR. Continued excellent results with the mini-gastric bypass: six-year study in 2,410 patients. Obes Surg. 2005 Oct;15(9):1304-8.
Note	

IDabstract	20
Speaker	Pellicanò Natale under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	Obesity and cancer. A deadly connection
AUTORI	Pellicanò Natale, Clemente Nicola, Lunardi Cesare, Sartori Alberto, De Luca Maurizio UO Chirurgia, Ospedale San Valentino, Montebelluna (TV) via Togliatti 1, Montebelluna (TV)
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>To date cancer is the leading cause of death after cardiovascular disease as it accounts for about 30% of all deaths. In Italy, when excluding skin cancer, about 363.300 new cases of cancer are diagnosed every year. Of these 194.400 (54%) affects male and about 168.900 (46%) female subjects. Though the incidence of cancer appears to be stable over time, with aging population, the absolute number of new diagnoses is deemed to increase dramatically.</p> <p>On the other hand, obesity is believed to account for 10%-20% of all cases of cancer. It is acknowledged that obesity is a particularly strong risk factor for colon, uterus, renal, pancreatic and esophageal adenocarcinomas as well. Risk ratios have been found to correlate directly with body mass index (BMI). As the epidemic of obesity is spreading worldwide, an increase of cancer incidence is likely. Consequently, at a population level, efforts to control obesity can overlap with the fight against cancer. Moreover, at a patient level, a better understanding of the molecular and cellular mechanisms that underlie the cancer-obesity connection can lead to a novel metabolism-based cancer therapy. We analysed the literature to date about the biochemical links between cancer and obesity as a basis for further studies on cancer therapy.</p>
METODI	We carried out a literature search on Pubmed data base using “biochemical”, “hormones”, “obesity” and “cancer” as keywords. From the yield, we retrieved the articles published in last 15 years only, starting from 2001. The papers, whose abstract was deemed suitable for our analysis, by consensus of all the authors, were analysed full text. These added up to 13 articles which were the basis of our work
RISULTATI	<p>Cytokines are central mediators of inflammation and chronic inflammation is a well recognized stimulus for cancer growth. Virchow first observed lymphocytes populating tumors in 1863, and since then thousands of reports highlighted the role of inflammation in the pathogenesis of cancer. Tumor necrosis factor-alpha (TNF-α) has a pro-inflammatory action and as a consequence it promotes cancer of the skin, liver and lymphoid system in murine models.</p> <p>IL-6 and IL-8 gene polymorphisms are linked to gastric, colorectal and esophageal cancer in humans¹.</p> <p>All these cytokines activate nitric oxide synthetase, increasing nitric oxide levels that induce tumor growth, metastasis, and angiogenesis in multiple animal models². Moreover cytokines regulate cell adhesion, chemotaxis, and migration, which, along with other inflammatory chemokines, may contribute to tumor metastasis development. It is noteworthy that all the above mentioned cytokines are consistently elevated in obese subjects. Indeed adipose tissue is a nutrient buffer. It protects other tissues by storing excess nutrients in adipocytes in the form of lipids. With progressive obesity, adipocyte storage capacity is overwhelmed and so is the nutrient buffering capacity. Consequently the nutrients and metabolites in excess overflow into the systemic circulation. The cellular stress that nutrient and metabolites are responsible for, spreads beyond adipose tissue and so an inflammatory state is established in every tissue. This explains the increased levels of cytokines in obese subjects and the alledged propensity to cancer³⁻⁴.</p> <p>Insuline is another molecule involved in the pathogenesis of malignant tumors. It has</p>

been proved that insuline acts as a potent growth factor inducing cellular proliferation and inhibiting apoptosis both in vitro and in vivo models⁵. Moreover it promotes the expression of IGF-1. IGF-1 is an angiogenetic factor linked to cancer progression⁶. No wonder that increased insulin levels in humans are indipendently associated with colon, endometrium, pancreas, breast, prostate and liver cancer. It is well known that obesity is frequently associated with type 2 diabetes which is characterized by high levels of circulating insulin.

Steroid hormones have been demonstrated to play a role in breast, endometrial and ovarian cancer. In obese subjects expression of TNF- α , IL-6 and leptin is increased and these cytokines and adipokines enhance aromatase enzymatic activity within adypocytes. This results into an increased androgens conversion into estradiol. This explains why the above mentioned steroid-sensitive cancers are strongly associated with obesity. It also becomes apparent why estrogen receptor positive (ER+) breast cancer generally have a less favorable prognosis than in lean subjects. Indeed, in at least 1 large population-based study, mortality was substantially higher in obese patients with ER+ tumors⁷⁻⁸. Adipokines (leptin and adiponectin) are secreted by adipose tissue and exert effects on multiple aspects of human physiology via hormonal and paracrine mechanisms. Leptin, whose expression is increased in obesity, is secreted by adipocytes, promotes metabolic disease, insuline resistance and inflammation. Adiponectin whose expression is decreased in obesity, is secreted by adipocytes and adipose stromal tissue and has opposite effects⁹⁻¹⁰. The dysregulated expression of both contributes to the anabolic state in obesity. In parallel pro-oncogenic effects of these adipokines has been demostrated in multiple tissues and organs such as breast, colon, prostate, endometrium and stomach.

Emerging data suggest a contribution of gut hormones to the anabolic state in obesity and carcinogenesis as well. Ghrelin, an orexigenic hormone secreted by the stomach, could promote growth of gastrointestinal and prostate cancer¹¹. Glucagone-like peptide-1 (GLP-1) is secreted by the proximal duodenum with beneficial effects on metabolism; GLP-1 inhibits cancer growth in both in vitro and in vivo models of colon, pancreatic and biliary tree malignant tumors¹². So the likelihood of these tumors in obese subjects can become a real threat.

Gut microbiome is at the cutting edge of scientific research. Its imbalance and consequent overgrowth of gram negative bacteria entails an increased absorption of lipopolysaccharide from the gut which contributes to inflammation. Moreover microbiome metabolites, such as heterocyclic amines and nitrosamines are well known mutagenes. So gut microbiome alteration, characteristic of metabolic disease, can increase propensity to cancer in the obese population¹³.

DISCUSSIONE

The literature available to date demonstrates that obesity leads to dysregulation of inflammatory, endocrine and metabolic pathways and this can promote the development of cancer. Treatment of obesity, along with weight loss and resolution of comorbidities, can lead to a reduction of inflammatory mediators, insulin, IGF, steroid, and adipokine levels and can rebalance gut microbiome. So diet and the more effective and long lasting obesity surgery can reduce the obesity-related cancer risk. A further understanding of the molecular and cellular mechanisms that link cancer and obesity can lead to a novel metabolism-based cancer therapy. New studies on this subject are awaited.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Bogdan C. Nitric oxide and the regulation of gene expression. Trends Cell Biol 2001, 11, 66-75
- 2- Savage Sa, Abnet CC, Mark SD. Variants of the IL8 and IL8 RB genes and risk for gastric adenocarcinoma and esophageal squamous cell carcinoma. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2004, 13, 2251-4
- 3- Calle EE, Rodriguez C, Walker Thurmond K. Overweight, obesity and mortality from cancer in a prospectively studied cohort in US adults. N Engl J Med 2003, 348:1625-1638

- 4- Renhanan AG, Tyson M, Egger M. Body Mass Index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet* 2008. 371. 569-578.
- 5- Shafie SM, Grantham FH. Role of hormones in the growth and regression of human breast cancer cells. (MCF-7) transplanted into athymic nude mice. *J Natl Cancer Inst* 1981, 67, 51-6
- 6- Ish-Shalom D, Christoffersen CT, Vorwerk P. Mitogenic properties of insuline and insulin analogues mediated by insulin receptor. *Diabetologia* 1997, 40, 25-31
- 7- Ahn J, Schatzkin A, Lacey JA. Adiposity, adult weight change, and postmenopausal breast cancer risk. *Arch Intern Med* 2008, 167, 2091-100
- 8- Maehle BO, Tretli S. Pre-morbid body mass index in breast cancer: reversed effect on survival on hormone receptor negative patients: *Breast Cancer Res Treat*, 1996, 41, 123-30
- 9- Mantzoros C, Petridou E, Dessypris N. Adiponectin and breast cancer risk. *J Clin Endocrinol Metab* 2004, 89, 1102-7
- 10- Wei EK, Giovannucci E, Fuchs CS. Low plasma adiponectin levels and risk of colorectal cancer in men: a prospective study. *J Natl Cancer Inst* 2005, 97, 1688-94
- 11- Nicolopoulos D, Theochari S, Kouraklis G. Ghrelins' role on gastrointestinal tract cancer. *Surg Oncol* 2010, 19, 2-10
- 12- Chen BD, Zhao WC, Jia QA. Effect of GLP-1 analog extendin-4 and oxaliplatin on intrahepatic cholangiocarcinoma cell line and mouse model. *Int J Mol Sci*, 2013, 14, 24293-304
- 13- Lay RE. Obesity and the human microbiome. *Curr Opin Gastroenterol*. 2010, 26, 5-11

Note

IDabstract	157
Speaker	Reho Andrea under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	Alterazioni morfologiche dell'addome postbariatrico e selezione delle opzioni chirurgiche
AUTORI	Liliana De Santo Manuela Sanna Francesco Russo Dominic Taibi Alessandro Ferrario Andrea Reho UO di Chirurgia Plastica - PBS Post Bariatric Surgery - Gruppo San Donato Istituto Clinico Sant'Ambrogio Milano e Policlinico San Pietro Ponte San Pietro Bergamo
RELATORE	
INTRODUZIONE	L'addome nel paziente postbariatrico presenta aspetti morfologici peculiari che richiedono una attenta valutazione per una corretta definizione delle scelte operatorie. Il quadro delle deformità addominali è molto vario e può essere schematicamente descritto con riferimento alle seguenti condizioni: alterazioni del quadrante addominale inferiore con lassità cutanea della regione sovrapubica e sottombelicale. L'eccesso cutaneo determina il quadro tipico dell'addome pendulo di varia entità. Alterazioni dell'unità morfologica torso-addominale con lassità della cute di tipo circonferenziale dell'addome, del dorso e dei fianchi. L'eccesso cutaneo è esteso a tutti i quadranti addominali. La flessione anteriore del tronco determina nel paziente la comparsa di pieghe o festoni cutanei lungo la linea mediana dell'addome.
METODI	In una casistica di 200 pazienti è stato eseguito l'esame delle deformità addominali distinte nei gruppi morfologici A1 (alterazioni addominali con prevalenza di lassità verticale e di addome pendulo) e A2 (alterazioni addominali a prevalente lassità orizzontale e alterazioni circonferenziali dell'unità torso-addominale). In ciascun gruppo è stata valutata la correlazione del quadro di deformità al Pittsburgh Rating Score e al delta del BMI (differenza tra il BMI massimo in obesità e il BMI raggiunto dopo il dimagrimento). I pazienti appartenenti al gruppo morfologico A1 sono stati sottoposti a dermolipectomia dell'addome con tecnica di addominoplastica trasversale bassa; i pazienti del gruppo A2 sono stati sottoposti ad addominoplastica con tecnica a fleur de lys. Un terzo gruppo A3, che comprendeva pazienti con alterazioni morfologiche dell'unità torso-addominale meno gravi e non tali da giustificare il ricorso ad addominoplastica a fleur de lys e pazienti che non accettavano una cicatrice verticale, è stato sottoposto ad addominoplastica trasversale bassa.
RISULTATI	Il risultato chirurgico è stato ottimale nei gruppi A1 e A2. In tutti i casi sono stati conseguiti una riparazione adeguata del difetto morfologico e un soddisfacente rimodellamento dell'addome. Nei pazienti del gruppo A3 l'addominoplastica trasversale bassa correggeva efficacemente le alterazioni cutanee della regione addominale inferiore ma non aveva alcun effetto sulla lassità cutanea a distribuzione circonferenziale; in questi casi l'eccesso di cute orizzontale rimaneva sostanzialmente invariato. Alcuni pazienti di questo gruppo, che richiedevano la correzione della deformità residua del profilo addominale, sono stati successivamente sottoposti ad addominoplastica a fleur de lys.
DISCUSSIONE	Le alterazioni morfologiche dell'addome postbariatrico sono molto spesso il risultato di modificazioni che interessano l'intera circonferenza del tronco. La valutazione preoperatoria del paziente deve essere condotta al fine di riconoscere la varietà delle alterazioni morfologiche dell'addome e consentire la selezione delle opzioni chirurgiche

più opportune per la completa riparazione dei difetti del profilo addominale.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	158
Speaker	Reho Andrea under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	Lifting mediale verticale di coscia nel paziente postbariatrico
AUTORI	Alessandro Ferrario, Liliana De Santo, Manuela Sanna, Francesco Russo, Dominic Taibi, Andrea Reho. UO di Chirurgia Plastica - PBS Post Bariatric Surgery - Gruppo San Donato Istituto Clinico Sant' Ambrogio Milano e Policlinico San Pietro Ponte San Pietro Bergamo
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>La regione mediale della coscia è tra le aree corporee di più difficile rimodellamento nel paziente postbariatrico. L'approccio chirurgico di questa area pone problematiche ancora aperte in relazione al disegno operatorio e al tipo di vettore da impiegare. Il lifting mediale orizzontale di coscia impiega un vettore verticale e può essere indicato nella correzione di piccoli difetti cutanei della regione prossimale della coscia. Questa tecnica non presenta alcuna indicazione in chirurgia plastica postbariatrica. La sua applicazione nel paziente postbariatrico è causa di frequenti complicanze (migrazione della cicatrice, deformità secondarie della regione vulvare) oltre che della precoce recidiva della ptosi cutanea.</p> <p>Il lifting mediale verticale di coscia impiega un vettore orizzontale ed è indicato nel rimodellamento e nella escissione dei difetti cutanei sia prossimali che distali della regione mediale della coscia.</p> <p>Molte altre tecniche sono state descritte nel tentativo di ridistribuire la tensione cutanea dal piano verticale a quello orizzontale. Tuttavia, la descrizione di queste tecniche si riferisce a casistiche limitate che non consentono una valutazione definitiva dei risultati e delle complicanze.</p>
METODI	L'indagine raccoglie una casistica di 63 casi consecutivi di lifting mediale verticale di coscia. I difetti morfologici della coscia sono stati valutati in correlazione al Pittsburgh Rating Score e al delta BMI (differenza tra il BMI massimo in obesità e il BMI raggiunto dopo il dimagrimento). Il lifting mediale verticale di coscia è stato eseguito secondo due tecniche in due diversi gruppi di pazienti. Nel gruppo T1 è stato eseguito un lifting mediale verticale parziale; nel gruppo T2 è stato eseguito un lifting mediale verticale totale. Ciascun gruppo comprende pazienti nei quali è stata eseguita una liposuzione preliminare e/o contestuale della coscia ed è suddiviso in due sottogruppi in relazione al BMI del paziente: sottogruppo a (pazienti con BMI inferiore a 25), sottogruppo b (pazienti con BMI compreso tra 25 e 28).
RISULTATI	I risultati ottenuti in entrambi i gruppi, in relazione al loro profilo qualitativo, appaiono correlati al BMI del paziente. In entrambi i gruppi le complicanze sono limitate a piccoli difetti locali della riparazione delle ferite che non hanno in nessun caso richiesto una revisione chirurgica. Non si sono verificate complicanze quali ematomi, sieromi e linfedemi transitori o permanenti.
DISCUSSIONE	Il lifting mediale verticale di coscia può essere impiegato efficacemente nel trattamento dei difetti mediale della coscia nel paziente postbariatrico. È tuttavia necessario procedere ad una corretta valutazione preoperatoria delle alterazioni morfologiche delle cosce ed una accurata selezione dei pazienti candidati a questa procedura. È ancora da chiarire il ruolo di questa tecnica nei difetti circonferenziali della coscia e il ruolo della liposuzione nei pazienti con un BMI superiore a 25.

BIBLIOGRAFIA

- Hodgkinson DJ. Medial thighplasty, prevention of scar migration, and labial flattening. *Aesthetic Plast Surg.* 1989;13:111–114.
- Armijo BS, Campbell CF, Rohrich RJ, Four-Step Medial Thighplasty: Refined and Reproducible Plast. *Reconstr. Surg.* 134: 717e, 2014.
- Rezak KM1, Borud LJ Integration of the vertical medial thigh lift and monsplasty: the double-triangle technique. *Plast Reconstr Surg.* 2010 Sep;126(3):153e-4e.
- Bracaglia R1, Tambasco D, Gentileschi S, D'Ettorre M L-Shaped Lipothighplasty. *Ann Plast Surg.* 2015 Sep;75(3):261-5.
- Kolker AR1, Xipoleas GD The circumferential thigh lift and vertical extension circumferential thigh lift: maximizing aesthetics and safety in lower extremity contouring. *Ann Plast Surg.* 2011 May;66(5):452-6.
- Alter GJ Pubic Contouring after Massive Weight Loss in Men and Women: Correction of Hidden Penis, Mons Ptosis, and Labia Majora Enlargement *Plast. Reconstr. Surg.* 130: 936, 2012
- Gusenoff JA, Coon D, Nayar H, Kling N, Rubin JP Medial Thigh Lift in the Massive Weight Loss Population: Outcomes and Complications *Plast. Reconstr. Surg.* 135: 98, 2015. Therapeutic, III
- Kenkel JM1, Eaves FF 3rd. Medial thigh lift. *Plast Reconstr Surg.* 2008 Aug;122(2):621-2.

Note

--

IDabstract	8
Speaker	Frattini Francesco under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - La letteratura su procedure chirurgiche (tecnica, risultati, complicanze)
TITOLO DEL LAVORO	ANALISI TRA DURATA DELLA SLEEVE GASTRECTOMY E BMI IN UNA LEARNING CURVE
AUTORI	<p>Francesco Frattini Roberto Delpini Matteo Lavazza Gianlorenzo Dionigi</p> <p>S.C. Chirurgia generale 1, Dipartimento di Chirurgia, Ospedale di Circolo- Fondazione Macchi Varese, ASST Settelaghi, Università dell'Insubria</p>
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>La sleeve gastrectomy risulta il secondo intervento bariatrico più eseguito nel mondo 1. Nelle casistiche più ampie presenti in letteratura la durata dell'intervento varia da 32-94 minuti 2 a 58-143 minuti 3. In letteratura tuttavia non ci sono dati sulla relazione tra la durata dell'intervento e il BMI del paziente.</p> <p>Scopo dello studio è analizzare la correlazione tra durata dell'intervento e BMI in una casistica di interventi di sleeve gastrectomy laparoscopica all'inizio di una learning curve</p>
METODI	<p>Dal 2015 al 2016 sono state eseguite presso la nostra struttura 49 sleeve gastrectomy laparoscopiche. In cinque casi la sleeve gastrectomy è stata eseguita contestualmente ad altri interventi. Prendendo in considerazione pertanto solo 44 interventi è stata analizzata la durata dell'intervento ed è stata messa in relazione con variabili antropometriche quali BMI e peso.</p> <p>La sleeve gastrectomy è stata eseguita secondo la tecnica standard</p>
RISULTATI	<p>Il valore medio di BMI è di 42 kg/m² (range 35-63 kg/m²), il peso medio di 112 kg (range 86-160 kg) La durata media dell'intervento è risultata di 135 minuti (range 95-225 minuti). Analizzando con il Test di Pearson la relazione tra peso, BMI e durata intervento è risultata una relazione lineare statisticamente significativa tra durata dell'intervento e le due variabili antropometriche.</p>
DISCUSSIONE	<p>La durata della sleeve gastrectomy è in relazione statisticamente significativa con peso e BMI. Questo dato risulta essere particolarmente significativo in una casistica di sleeve in curva di apprendimento. Tale dato rende ragioni delle difficoltà tecniche che si possono incontrare durante l'intervento soprattutto nei pazienti con peso e BMI elevati.</p>
BIBLIOGRAFIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Formisano G, Buchwald H, Scopinaro N. Bariatric Surgery Worldwide 2013. <i>Obes Surg</i> 2015; 25 (10): 1822-1832 2. Aurora AR, Khaitan L, Saber AA. Sleeve gastrectomy and the risk of leak: a systematic analysis of 4888 patients. <i>Surg Endoscop</i> 2012; 26 (6): 1509-1515 3. Sakran N, Raziel A, Goiten O, Szold A, Goiten D. Laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity in 3003 patients: results at a high-volume bariatric center. <i>Obes Surg</i> 2016; 26 (9): 2045-2050.
Note	

IDabstract	130
Speaker	Schiano Di Cola Rita under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Nuove tecniche chirurgiche
TITOLO DEL LAVORO	Il nuovo Palloncino Intra gastrico Elipse: l'esperienza del P.O. Pineta Grande
AUTORI	R.Schiano di Cola, E. Silvestri, G.Serino, C. Giardiello Presidio Ospedaliero "Pineta Grande Hospital" - Castelvolturmo (Caserta)
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>I Palloncini Intra gastrici rappresentano al giorno d'oggi una valida opzione per i pazienti affetti da Obesità sia per ottenere un calo ponderale soddisfacente (in previsione o meno di un eventuale intervento chirurgico), sia per valutare l'adesione ad un regime alimentare corretto e ad uno stile di vita più sano. Spesso il limite maggiore risulta essere il posizionamento ed la relativa rimozione, in quanto l'endoscopia non è sempre ben accettata dai pazienti. Elipse™ è il primo pallone gastrico che non richiede endoscopia o anestesia, viene ingerito, risiede nello stomaco per 4 mesi ed è progettato in modo tale da essere espulso in modo sicuro attraverso il tratto gastrointestinale.</p> <p>Scopo del presente lavoro è stato valutare il nuovo dispositivo Elipse™, in termini di compliance al posizionamento e al trattamento.</p>
METODI	<p>Nell'anno 2016 (Marzo-Novembre), 50 pazienti hanno effettuato presso il nostro centro una consulenza di chirurgia bariatrica per richiedere il posizionamento del Palloncino Intra gastrico. 30 pazienti hanno richiesto il posizionamento di Elipse™, dei quali 23 hanno confermato la volontà di essere sottoposti alla procedura. Nessun paziente ha mostrato difficoltà nell'ingestione della compressa ad eccezione di 1 (M, 65 aa, IMC 40 kg/m²) che verrà pertanto escluso dai risultati così come i 3 pazienti che ancora risultano in trattamento.</p> <p>Nei 19 pazienti presi in esame, il palloncino è stato riempito con 500 ml di fluido attraverso un sottile catetere successivamente rimosso. Sono stati valutati i principali parametri antropometrici al tempo 0 e all'escrezione; inoltre è stata valutata la tollerabilità, la presenza di sintomi ed eventi avversi, il grado di sazietà e la compliance al trattamento dietetico ipocalorico bilanciato proposto. Abbiamo infine chiesto ai pazienti di esprimere un giudizio complessivo di gradimento (scala da 1 a 10) del trattamento ed eventuali commenti.</p>
RISULTATI	<p>I pz avevano età media 42±6 anni, peso 101±6 kg, altezza 1.65 m, IMC 36.8±6 kg/ m². Gli eventi avversi più comuni sono stati nausea e vomito trattati con terapia medica. Non ci sono stati eventi avversi gravi, e tutti i palloni sono stati evacuati in modo sicuro. Il grado di sazietà è stato maggiore nei primi 2 mesi, e la compliance al trattamento ipocalorico bilanciato è stato accettato di buon grado nella maggior parte dei pazienti. A 4 mesi, la media del peso corporeo totale perso è stata di circa 9 kg (9% del peso iniziale).</p>
DISCUSSIONE	<p>La nostra esperienza ritiene che Elipse™ sia una valida opzione per il trattamento dell'Obesità. La perdita di peso è stato simile a quello osservato negli studi precedenti di palloncini endoscopicamente posizionati, col vantaggio di una minima invasività sia nel posizionamento che nella rimozione.</p>
BIBLIOGRAFIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yorke E, Switzer NJ, Reso A, Shi X, de Gara C, Birch D, Gill R, Karmali S: "Intra gastric Balloon for Management of Severe Obesity: a Systematic Review." - Obes Surg. 2016 Sep;26(9):2248-54. 2. Saber AA, Shoar S, Almadani MW, Zundel N, Alkuwari MJ, Bashah MM, Rosenthal RJ: "Efficacy of First-Time Intra gastric Balloon in Weight Loss: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials." - Obes Surg. 2017 Feb;27(2):277-287. 3. Machytka E, Gaur S, Chuttani R, Bojkova M, Kupka T, Buzga M, Giannakou A, Ioannis K, Mathus-Vliegen E, Levy S, Raftopoulos I: "Elipse, the first procedureless gastric balloon for weight loss: a prospective, observational, open-label, multicenter study." - Endoscopy. 2017 Feb;49(2):154-160. 4. Machytka E, Chuttani R, Bojkova M, Kupka T, Buzga M, Stecco K, Levy S, Gaur S:

"Elipse™, a Procedureless Gastric Balloon for Weight Loss: a Proof-of-Concept Pilot Study." - Obes Surg. 2016 Mar;26(3):512-6.

Note

IDabstract	143
Speaker	Lo Iacono Angelo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Nuove tecniche chirurgiche
TITOLO DEL LAVORO	PREVENZIONE DELLO SLIPPAGE NEL BENDAGGIO GASTRICO FISSAGGIO DEL TUBO DI INTERCONNESSIONE PORT-BAND ALLA PARETE ANTERIORE DELLO STOMACO LA NOSTRA ESPERIENZA
AUTORI	G. MASTRANDREA, F. PISELLO, A. LO IACONO, clinica candela Palermo
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>Un paziente, portatore di Bendaggio Gastrico, che presenta sintomi ingravescenti di reflusso, vomito e intolleranza alimentare, in genere è affetto da scivolamento verso il basso o slippage del bendaggio (2,7% dei casi), quindi a progressivo scivolamento della parete anteriore dello stomaco al di sotto del bendaggio. Tutto questo è registrato a livello radiologico con la dilatazione della pouch gastrica. La prevenzione dello slippage nel posizionamento del bendaggio gastrico è stata, nel tempo, oggetto di diversi studi. Ormai è risaputo che lo slippage è una complicanza abbastanza diffusa e che ha un'incidenza sui pazienti che varia dal 1% al 20%</p> <p>Le cause di tale fenomeno, in passato, sono state ricondotte alle dimensioni del bendaggio gastrico, alle tecniche chirurgiche di fissaggio, alla pars flaccida dello stomaco, o alle condotte alimentari scorrette operate dai pazienti.</p> <p>Queste considerazioni hanno portato a modifiche della tecnica chirurgica, soprattutto in rapporto alla apposizione dei punti gastro-gastrici di fissaggio del band. La progressiva tendenza a rimuovere il bendaggio dopo fallimento o slippage, realizzando un successivo intervento restrittivo sullo stomaco, ha evidenziato le difficoltà chirurgiche nel redoux per la presenza di punti gastro-gastrici che coinvolgono il fondo gastrico.</p> <p>Per tale motivo si è pensato di non utilizzare più i punti gastro-gastrici sul fondo per fissare il bendaggio, sostituendoli invece con un solo punto sulla parete anteriore dello stomaco fissandolo al tubo di connessione.</p>
METODI	<p>Dal 2015 al 2016, presso il dipartimento di Chirurgia Bariatrica della Clinica Candela di Palermo, sono stati eseguiti 110 bendaggi gastrici regolabili laparoscopici in pazienti con leggera obesità (indice massa corporea [BMI] da 35 a 49 kg/m²).</p> <p>Il gruppo, oggetto di studio, era costituito da 93 donne e 18 maschi. Il bendaggio era posizionato secondo la cosiddetta tecnica della "pars flaccida".</p> <p>Il nostro studio si è concentrato su una modifica alla tecnica operatoria classica di fissaggio del bendaggio gastrico regolabile impiantato con tecnica laparoscopica. In 50 pazienti è stato fissato con punto non riassorbibile il tubicino di connessione del bendaggio gastrico alla parete anteriore dello stomaco, per evitare lo scivolamento della parete anteriore dello stomaco e quindi lo slippage.</p>
RISULTATI	Il follow up clinico ed i controlli rx grafici eseguiti su tutti i pazienti a 6 mesi e a 12 mesi, mettono in evidenza l'assenza di complicanze, prima fra tutte lo slippage.
DISCUSSIONE	<p>Lo Slippage è una delle complicanze a distanza del bendaggio gastrico regolabile con una forbice in percentuale che va dal 1 al 20 %.</p> <p>Nella nostra esperienza preliminare, fissando il tubicino alla parete anteriore dello stomaco, non abbiamo avuto, in due anni di follow up, nessun caso di slippage.</p>
BIBLIOGRAFIA	<p>Band slippage after laparoscopic adjustable gastric banding: etiology and treatment, A. Keidar, A. Szold, E. Carmon, S. Abu-Abeid, Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques, February 2005, Volume 19, Issue 2, pp 262–267</p> <p>(The Reporting of Gastric Band Slip and Related Complications; A Review of the Literature, Egan, R.J., Monkhouse, S.J.W., Meredith, H.E. et al. OBES SURG (2011) 21: 1280. doi:10.1007/s11695-010-0344-3)</p>

(Reduction in Slippage with 11-cm Lap-Band and Change of Gastric Banding Technique, B.Wölnerhanssen, B.Kern,T.Peters, Peterli , Obesity Surgery 15(7):1050-4, September 2005)

(Reducing Band Slippage in Laparoscopic Adjustable Gastric Banding: The Mesh Plication Pars Flaccida Technique, Thornton, C.M., Rozen, W.M., So, D. et al. OBES SURG (2009) 19: 1702. doi:10.1007/s11695-008-9672-y

Note



IDabstract 159

Speaker Currò Giuseppe under40

ARGOMENTO Area chirurgica - Nuove tecniche chirurgiche

TITOLO DEL LAVORO Mini gastric by-pass with variable alimentary and biliopancreatic limbs: the 40/60 variant

AUTORI Giuseppe Currò, Claudio Lazzara and Giuseppe Navarra
Azienda Ospedaliera Universitaria di Messina

RELATORE

INTRODUZIONE

Most weight loss operations combine a restrictive action with a rerouting of the intestinal passage determining a variable malabsorption. Among these procedures mini gastric by-pass (MGB) or one anastomosis by-pass (OAGB) has become the fourth most popular operation worldwide after sleeve gastrectomy, RYGB and gastric banding. The success of MGB is due to relative technical simplicity (single anastomosis) together with remarkable effectiveness in terms of weight loss and improvement of obesity-related comorbidities. In its original technique described by Rutledge in 1997, OAGB presents a 10-12 cm long and narrow gastric pouch which is connected side-to-side to small bowel limb located 180-220 distal to the angle of Treitz. In this way, the biliopancreatic secretions runs without any food through the small bowel cephalad to the anastomosis, and they mix with food only at around 180-220 cm distal to the angle of Treitz. This delay in mix between food and digestive juices is responsible for the malabsorption component of OAGB. However, the absorption of nutrients does not depend only on the surface excluded by food transit but also and mainly on the surface of bowel exposed to food mixed with digestive juices, actually located caudal to the anastomosis. Therefore, in its original form which does not encounter measurement of the small bowel caudal to the anastomosis, the length of bowel in contact with food remains unknown.

METODI

We systematically measured the length of the entire small bowel during the operation from the angle of Treits to the ileo-caecal valve. In this way we found values ranging between 520cm and 820 cm in 20 MGB performed in the last five years. Ten consecutive patients who underwent MGB using standard technique were compared with ten consecutive patients who received MGB using a 40/60 technique. In this technique the biliopancreatic limb length is 40% of the entire small bowel and the alimentary limb is the remnant 60%. Outcome in terms of weight loss, comorbidities resolution and post-operativity morbidity was evaluated in the two groups.

RISULTATI

The 40/60 MGB technique is feasible and effective as the standard technique. No complication has been reported and long-term results in terms of weight-loss and comorbidities resolution are comparable to standard technique or even better.

DISCUSSIONE

Caution should be applied when performing MGB as significant number of patients will have a small bowel short enough to risk nutritional consequences, and some other patients could have a small bowel long enough to lose some advantages of bariatric procedure. Therefore, it is wise to measure the length of the bowel that remains distal to the excluded segment rather than to adopt a fixed length of the excluded portion.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

72

Speaker

Velotti

Nunzio

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Nuove tecniche chirurgiche

TITOLO DEL LAVORO

Valutazione della mucosa gastroesofagea con cromoendoscopia nei pazienti sottoposti a mini gastric bypass.

AUTORI

Velotti N, Bianco P, Russo T, Manzillo D, Tartaglione R, Bocchetti A, Milone M, Maietta P, Galloro G, Musella M.

Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate
Università degli Studi di Napoli "Federico II"

RELATORE

INTRODUZIONE

Benchè diversi autori abbiano riportato eccellenti risultati con in Mini Gastric Bypass laparoscopico (LMGB), recenti revisioni di letteratura criticano i possibili danni istologici determinati dal potenziale reflusso biliare nello stomaco o nell'esofago determinato da questa tecnica.

Il nostro studio ha lo scopo di valutare le condizioni della mucosa gastrica ed esofagea nei pazienti operati con tecnica LMGB tramite l'utilizzo della Endoscopic (EGDS) Computed Virtual Chromoendoscopy Technologies (CVCT); questa metodica permette una più dettagliata visualizzazione della rete vascolare e della struttura della mucosa gastrointestinale per una migliore caratterizzazione del tessuto e localizzazione delle aree sospette da sottoporre a biopsia

METODI

In questo studio prospettico sono stati arruolati 13 obesi adulti operati mediante LMGB presso il Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate dell'Università Federico II di Napoli.

Tutti i soggetti sono stati sottoposti a EGDS-CVCT per la valutazione della mucosa gastroesofagea in fase pre-operatoria; il follow-up endoscopico è stato programmato dopo 12, 36 e 60 mesi dall'intervento chirurgico.

Tutti i pazienti (10 F – 6 M) hanno raggiunto 36 mesi di follow-up.

RISULTATI

L'analisi delle immagini cromoendoscopiche ha mostrato mucosa gastrica indenne da esofagite in tutti i pazienti arruolati, una gastrite cronica lieve in 11 pazienti e una gastrite cronica moderata in 3 pazienti. In nessun paziente è stata rilevata displasia o metaplasia intestinale. Tutti i dati sono stati confermati dal reperto istologico.

DISCUSSIONE

Il nostro studio documenta che il LMGB non determina variazioni preoccupanti delle condizioni macroscopiche e microscopiche della mucosa gastroesofagea a 36 mesi di follow-up. Ulteriori studi con un campione più numeroso e un follow-up più lungo sono necessari per validare i risultati osservati.

BIBLIOGRAFIA

Note

--

IDabstract

135

Speaker

Bottani

Giorgio

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Nuove tecniche chirurgiche

TITOLO DEL LAVORO**PLICATURA GASTRICA E SLEEVE GASTRECTOMY CONFRONTO A 5 ANNI TRA DUE PROCEDURE RESTRITTIVE BARIATRICHE**

AUTORI

Bottani Giorgio, Gerosa Ettore, Bastaroli Enrico, Zanardi Alberto, Bertone Fabrizio, Bottani Alessandro, Leto Maria.

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Pavia - Ospedale di Mortara

Unità Operativa di Chirurgia - Centro di Chirurgia dell'Obesità

- Direttore: G. Bottani

RELATORE

INTRODUZIONE

La Plicatura Gastrica verticale (LGP) è l'evoluzione meno invasiva della sleeve gastrectomy (LSG). Si determina una restrizione gastrica ripiegando e suturando la grande curvatura: si ha una riduzione dell'80% della capacità gastrica. La tecnica di Talebpour è in corso di validazione nelle società scientifiche. La metodica della sleeve gastrectomy è quella proposta da Gagner. Abbiamo confrontato i risultati e le complicanze della plicatura gastrica con la sleeve gastrectomy a cinque anni.

METODI

Con approvazione del Comitato Etico, abbiamo realizzato 100 plicature gastriche e 100 sleeve gastrectomy in quattro anni (2010-2015) con stessa tecnica e medesimo chirurgo, e follow-up. I criteri d'inclusione sono SICOB. 88 donne 12 uomini per LGP e 80 e 20 per LSG (età media è 32,5 anni, il BMI medio 41 kg/m² (LGP) e 43 kg/m² (LSG)). La tecnica: dissezione angolo di His, liberazione della grande curvatura gastrica con bisturi a radiofrequenza. Si plica fondo, corpo e antro gastrico verso l'interno con sonda di 32-Fr o un gastroscopio, con una doppia fila di punti staccati extramucosi dall'alto verso il basso. La tecnica della sleeve è sec. Gagner: tubulizzazione gastrica con suturatrice lineare su una linea parallela alla piccola curvatura con sonda di calibro 32 ch. Per ambedue le tecniche controllo radiologico in 1° e dimissione in 2°-3° giornata (LGP) e in 5° (LSG) con dieta liquida. Alimentazione libera dalla 6° settimana. Le visite di controllo sono 1, 3, 6, 12, e ogni 6 mesi. Verifiche endoscopiche annuali.

RISULTATI

Tutte le procedure laparoscopiche, senza conversioni. Il tempo operatorio medio è 65 minuti per LGP e 85 per la LSG. La degenza media è 3 giorni per la LGP e 5 giorni per la LSG. L'andamento dell' %EWL:

Per la LGP 1° mese -17%, 6° mese -50%, 1° anno -62%, 2° anno 60%, 3° anno 59%, 5° anno 58%

Per la LSG 1° mese -22%, 6° mese -41%, 1° anno -68%, 2° anno 67%, 3° anno 65%, 5° anno 65%

Complicanze: Per la LGP: Nausea e vomito sono presenti nel 20%, risolti in due settimane. Una perforazione e una stenosi antro gastrico (secondo caso) per errore chirurgico. Un caso psicopatologico con recupero del peso (convertito in LSG) ad oggi. All'endoscopia esofagite lieve in due pazienti. A sei mesi nessuna lesione. La dimensione del lume a 5 anni: dilatazioni nel 10%. Per la LSG 2 leak, risolte con sutura e drenaggio, 4 casi di GERD.

DISCUSSIONE

La plicatura gastrica ha il più basso tasso di complicanze precoci tra tutte le procedure bariatriche. Gli eventi avversi sono legati all'inesperienza tecnica. I controlli endoscopici dimostrano che la piega parietale lentamente si riduce per la risoluzione dell'edema iniziale, i risultati radiologici hanno rivelato la dilatazione significativa del LGP nel 10%. La %EWL ha raggiunto un soddisfacente 58% a 5 anni, paragonabile ad altri metodi restrittivi, senza complicazioni importanti tardive. Questa tecnica ha bisogno di più casistiche e richiede tempo per essere valutata, anche se le prime esperienze di Talebpour a 12 anni sono confortanti.

BIBLIOGRAFIA

Elie Chouillard, Naim Schoucair, et al. *Obes Surg* 2016;26:1167-1172 Laparoscopic Gastric Plication (LGP) as an Alternative to Laparoscopic Sleeve Gastrectomy (LSG) in Patients with Morbid Obesity: A Preliminary, Short-Term, Case-Control Study

Abdelbaki TN1, Huang CK, Ramos A, Neto MG et al. Gastric plication for morbid obesity: a

systematic review. *Obes Surg* 2012;22:1633-9.

Note

--

IDabstract

114

Speaker

Millo

Paolo

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Nuove tecniche chirurgiche

TITOLO DEL LAVORO**RINFORZO DI SUTURA DELLA TRANCIA DI SEZIONE DURANTE SLEEVE GASTRECTOMY LAPAROSCOPICA PER OBESITA' PATOLOGICA: ESPERIENZA DI UN CENTRO ACCREDITATO.**

AUTORI

P Millo*, R Lorusso*, R Brachet*, M Nardi*, M Grivon*, A Usai*, M Roveroni*, E Ponte*, V Vinciguerra**, P Bocchia***

*Divisione di chirurgia generale e d'urgenza (direttore S.Razzi);Struttura Semplice di Chirurgia Bariatrica e Metabolica e Laparoscopia Avanzata (direttore P. Millo)

**Dipartimento di Salute mentale, divisione di Psichiatria

***Struttura semplice di attività di supporto alla degenza e nutrizione.

RELATORE

INTRODUZIONE

tra le cause di morbidità più frequenti in corso o negli esiti di sleeve gastrectomy c'è il sanguinamento intraluminale o extraluminale e la fistola sulla trancia di sezione, soprattutto in zone critiche come l'angolo di His. Nel tentativo di ridurre l'incidenza di questi eventi avversi, nella nostra esperienza ci siamo avvalsi di diverse metodiche di rinforzo della trancia di sezione confrontando gli esiti di quelle utilizzate più di frequente.

METODI

da gennaio 2006 a dicembre 2016 abbiamo sottoposto a sleeve gastrectomy per obesità patologica 167 pazienti e registrato i dati in un database prospettico. Gli interventi sono stati eseguiti in un unico centro con la seguente tecnica: utilizzo di 5 port site con aggiunta in caso di necessità, dissezione gastro epiploica con utilizzo di dispositivi a radiofrequenza o ultrasuoni, sezione dello stomaco a partire da 7 cm dal piloro nella prima metà della nostra esperienza poi a 5 cm nella seconda metà, mediante suturatrice meccanica ad ampio spessore su sonda calibratrice da 12 a 18 mm. La sezione gastrica è stata eseguita sempre con rinforzo della linea di agraphes tranne in 10 casi; i 11 casi è stato utilizzato peristrip® (Baxter®); in 23 casi sono state utilizzate clips metalliche a scopo emostatico o nelle intersezioni delle linee di agraphes; in 64 casi è stata utilizzata una sutura continua sulla trancia; in 59 casi è stato utilizzato il seamguard® (Gore®) con o senza clips di rinforzo sulle intersezioni delle linee di sutura. Lo studio consiste nell'analisi retrospettiva del confronto tra la popolazione dei pazienti arruolati (pazienti totali), il gruppo di pazienti trattati con rinforzo della trancia mediante sola sutura (Gruppo A) ed il gruppo di pazienti con rinforzo della trancia mediante seamguard (gruppo B)

RISULTATI

la popolazione è composta da 167 pazienti, 64 per il gruppo A, 59 per il gruppo B; età media 46.5 anni (20-65) per la popolazione totale, 46.3 (20-65) per il gruppo A, 45.5 (20-65) per il gruppo B; rapporto m/f 64/103 per il totale, 28/36 per il Gruppo A, 16/43 per il gruppo B; BMI medio 51.6 (38-91) per il totale, 52.1(35-71) per il gruppo A, 51 (38-91) per il gruppo B, EW medio di 83 Kg per il totale, 81 per il gruppo A, 91.2 per il gruppo B. Nel totale ASA 2 in 35 casi, 3 in 102, 4 in 20; nel gruppo A ASA 2 in 7, 3 in 47, 4 in 10; nel gruppo B ASA 2 in 12, 3 in 40, 4 in 7. Il tempo operatorio medio è stato di 100 minuti (45-290), 122 (60-230) nel gruppo A; 109 (51-290) nel gruppo B; nel totale l'intervento è stato accompagnato da procedure associate in 45 casi, 19 nel gruppo A, 20 nel gruppo B. Nel totale 2 (1.2%) casi di complicanze intraoperatorie tra cui un sanguinamento dalla trancia e uno scapsulamento splenico trattato conservativamente; 1 caso nel gruppo A (il sanguinamento della trancia), nessuno nel gruppo B. Morbidità totale a 30 gg del 10.1% con 17 casi con 4 casi di sanguinamento (2.4%) che hanno richiesto re intervento in 3 casi, 2 fistole dimostrate (1.2%), 4 raccolte infette, 1 caso di pancreatite, 6 casi di complicanze mediche. Morbidità del gruppo A 9 casi (14%) con 3 casi di sanguinamento di cui 1 trattato con re intervento, 1 fistola documentata (1.5%), due raccolte infette. Morbidità del gruppo B 6.8% con 2 raccolte, un sanguinamento che ha richiesto re

intervento e una embolia polmonare. Non c'è stata mortalità a trenta giorni. Degenza media 10 giorni per il totale, 11.2 giorni per il gruppo A, 8.2 giorni per il gruppo B. Nella popolazione generale abbiamo comunque registrato un EWL% di 44.5 ad un anno con una diminuzione del peso medio da 139 a 93 kg.

DISCUSSIONE

alla luce dei risultati, il rinforzo della linea di agraphes si è dimostrato sicuro e raccomandabile; non c'è un aumento significativo della durata degli interventi; in particolare nel gruppo B c'è stata una minore incidenza di sanguinamento con minori morbidità e degenza.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

44

Speaker

Rivolta

Umberto

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Reflusso gastro-esofageo per le varie procedure chirurgiche

TITOLO DEL LAVORO

Sleeve Gastrectomy e GERD

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

RELATORE

INTRODUZIONE

Il reflusso gastro esofageo (GER) rappresenta una patologia in costante aumento con valori medi tra il 10% e il 20% della popolazione. L'obesità costituisce un fattore di rischio per il GER e la sua prevalenza nella popolazione obesa raggiunge valori pari al 40%. La diagnosi di GER può essere effettuata con questionari sulla sintomatologia, pH manometria, Esofagoduodenogastrosopia. I meccanismi fisiopatologici alla base del GER sono molto complessi e comprendono la diminuzione del tono del LES, la clearance salivare, la peristalsi esofagea, la pressione endoaddominale, la presenza di ernia jatale. La sleeve gastrectomy (SG) che rappresenta l'intervento più eseguito nel 2016 negli Stati Uniti per la cura dell'obesità, è considerato reflussogeno per le modifiche anatomiche che ne conseguono. Scopo dello studio è quello di analizzare la sintomatologia pre e post-operatoria di 100 pazienti consecutivi sottoposti a SG nel nostro centro.

METODI

Dal 01/01/2014 al 04/02/2015 100 pazienti sono stati sottoposti a sleeve gastrectomy. Ad essi è stato sottoposto il test GERD-HRQL per la rilevazione di sintomatologia GER correlata. La somministrazione del test è avvenuta in fase preoperatoria e ad 1, 3, 6 e 12 mesi dopo l'intervento.

RISULTATI

I dati raccolti mostrano una prevalenza del GER in linea con la letteratura (41%). Durante il follow up si è assistito ad una diminuzione dell'incidenza del GER rispettivamente 35% a 1 mese, 29% a 3 mesi, 21% a 6 mesi e 11% a 12 mesi. Il dato interessante è che dei pazienti con GER residua dopo SG, il 5% sono stati nuovi reflussori e solo il 6% hanno mantenuto la sintomatologia da GER tra i reflussori pre SG. Degli 11 pazienti con sintomatologia GER, uno soltanto ha necessitato di reintervento (Roux en Y Gastric Bypass) per mancanza di responsività alla terapia medica.

DISCUSSIONE

Dai dati della letteratura e dalla analisi della nostra casistica si evince che la SG costituisce un intervento efficace per la perdita di peso, situazione che si correla con un generale miglioramento della sintomatologia da GER. Una piccola percentuale di pazienti sviluppa una nuova sintomatologia di GER che nel nostro centro è risultata sempre responsiva a terapia medica con Inibitori di Pompa Protonica. La malattia da GER non costituisce una controindicazione all'esecuzione di SG. La SG, come tutti gli interventi, che determinano un calo ponderale, riduce la sintomatologia GER correlata. Ulteriori studi sono necessari per permettere una attenta selezione dei pazienti e determinare i fattori pre-esistenti che determinano un aumentato rischio di sviluppare GER dopo SG.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	4
Speaker	Tolone Salvatore under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Reflusso gastro-esofageo per le varie procedure chirurgiche
TITOLO DEL LAVORO	Gastric Pressure and Esophageal Reflux Exposure Suggest That Omega-Loop ByPass Is Different From Billroth II.
AUTORI	Salvatore Tolone ¹ , Simona Parisi ¹ , Giampaolo Jannelli ¹ , Annunziata Carlea ¹ , Edoardo Savarino ² , Domenico Ivan Fico ³ , Stefano Cristiano ³ , Ludovico Docimo ¹ . Institutions: 1 University of Campania, Naples, 2 University of Padua, Padua, 3 Clinic Trusso, Naples.
RELATORE	
INTRODUZIONE	Obesity is a global epidemic and consequently bariatric surgery is increasingly performed. More recently, omega-loop gastric bypass (OGB), consisting primarily of a long linear lesser-curvature gastric tube with a termino-lateral gastro-enterostomy 180–200 cm distal to the ligament of Treitz, was introduced. Thousands of these procedures have now been performed globally, being considered a safe and effective option for morbid obese patients. Despite positive effect in terms of weight loss and improvement of obesity-related co-morbidities, there are concerns about symptomatic biliary reflux gastritis and esophagitis requiring revision. Concerns have also been expressed due to chronic biliary reflux, because of a similarity with old Billroth II (BII) procedure that exposed patients to the risk of gastric cancer. However, scarce data are available on the physiopathological effect of these two procedures on gastro-esophageal function. Since gastric and esophageal reflux can depend from proximal gastric pressure, we aimed at assessing the esophagogastric junction (EGJ) function, esophageal peristalsis and reflux exposure using high-resolution manometry (HRM) and impedance-pH monitoring (MII-pH) after OGB and BII.
METODI	Obese (body mass index, BMI, >35) patients underwent symptomatic questionnaires (GerdQ), endoscopy, HRM and MII-pH before and one year after OGB. We enrolled only obese without dysmotility or any evidence of GERD. Intra-gastric pressures (IGP) and gastroesophageal pressure gradient (GEPG) were calculated. Esophageal motor function and EGJ were classified according to Chicago Classification V. 3. EGJ contractile integral (EGJ-CI) was also calculated. Total acid exposure time (AET %), total number of refluxes and symptom association probability (SAP) were assessed. A group of patients who underwent BII, referred for follow-up, was studied with the same protocol to serve as the control population.
RISULTATI	We enrolled 15 OGB patients and 12 BII subjects. After surgery, none of the patients reported de novo heartburn or regurgitation. At endoscopic follow-up 1 year after surgery, esophagitis was absent in all patients and no biliary gastritis or presence of bile was recorded. Manometric features and patterns did not vary significantly after surgery, whereas IGP and GEPG statistically diminished (from a median of 15 to 9.5, P<0.01, and from 10.3 to 6.4, P<0.01, respectively) after OGB. BII subjects had significant lower values in IGP (a median of 4.2, P<0.001), and similar GEPG 4.3, P=n.s. LES pressure as well as EGJ-CI were significantly lower in BII subjects than OGB ones (13 vs 22 mmHg, p<0.05, and 11 vs 21.5 mmHg*cm, p<0.05, respectively). A dramatic decrease in the number of reflux events (from a median of 41 to 7; P<.01) was observed after OGB, whereas BII patients had a statistically significant higher values in esophageal acid exposure and number of reflux episodes (57 vs 7; P<0.001), in particular in weakly alkaline reflux (38 vs 0; p<0.001).
DISCUSSIONE	In contrast to BII, OGB did not expose to gastroesophageal reflux and in particular to weakly alkaline reflux. Also the difference in IGP and in GEPG as assessed by HRiM suggests that gastric bile reflux can occur more easily in BII than in OGB and that these two techniques share more differences than analogies.

BIBLIOGRAFIA

Note

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for handwritten notes or additional information related to the bibliography.

IDabstract	70
Speaker	Bianco Paolo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Reflusso gastro-esofageo per le varie procedure chirurgiche
TITOLO DEL LAVORO	La funzione del giunto gastroesofageo nei pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica. Studio comparativo tra gastrectomia verticale e bypass ad ansa singola.
AUTORI	Bianco Paolo, Manzolino Domenico, Velotti Nunzio, Tartaglione Raffaele, Bocchetti Alessio, Milone Marco, Maietta Paola, Musella Mario. Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate Università degli Studi di Napoli "Federico II"
RELATORE	
INTRODUZIONE	Nel 1997 Rutledge ha proposto il Mini-Gastric Bypass laparoscopico (LMGB) quale alternativa alla tradizionale tecnica con ansa alla Roux. Una delle critiche mosse al LMGB è la potenziale presenza di un costante reflusso biliare. Il nostro studio si propone di effettuare una valutazione post-operatoria sulla presenza di reflusso biliare in pazienti operati mediante LMGB e Sleeve Gastrectomy laparoscopica (LSG) tramite l'utilizzo della pH-impedenzometria e manometria gastro-esofagea nelle 24 ore (MII-pH).
METODI	In questo studio prospettico sono stati arruolati 10 obesi adulti operati mediante LMGB presso il Dipartimento di Scienze biomediche Avanzate dell'Università Federico II di Napoli. Il gruppo di controllo era costituito da 16 pazienti obesi sottoposti a tecnica LSG. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a pH-impedenzometria con manometria associata sia al baseline pre-operatorio che dopo follow-up medio di 11.87 ± 1.14 mesi dall'intervento chirurgico. I dati registrati pre e post-chirurgia sono stati il pH gastrico, l'esposizione acida totale, il numero di reflussi distali totali, i reflussi distali acidi e non acidi, il numero di reflussi prossimali totali, i reflussi prossimali acidi e non acidi.
RISULTATI	Il confronto fra medie ha mostrato un aumento statisticamente significativo del pH gastrico nei pazienti sottoposti a LSG (p=0.03); inoltre, confrontando i dati delle due tecniche al follow up, è stato rilevato un maggior numero di reflussi totali (p=0.005), di reflussi prossimali (p=0.017) e di reflussi acidi prossimali (p=0.039) nei pazienti del gruppo di controllo.
DISCUSSIONE	Il nostro studio dimostra che, paragonata alla LSG, la tecnica LMGB non determina riduzione della funzionalità del giunto gastroesofageo. Ulteriori studi sono necessari per validare i risultati osservati.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract

128

Speaker

Genco

Alfredo

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Reflusso gastro-esofageo per le varie procedure chirurgiche

TITOLO DEL LAVORO

Mid-term Follow-up (3 years) of patients with Barrett's Esophagus after Sleeve Gastrectomy

AUTORI

Soricelli Emanuele¹, Ilaria Ernesti², Giovanni Casella¹, Francesco Maria Petrucci¹, Massimiliano Cipriano¹, Alfredo Genco¹.

¹ Department of Surgical Sciences, Surgical Endoscopy Unit, Sapienza University of Rome, Rome, Italy.

² Department of Experimental Medicine-Medical Physiopathology, Food Science and Endocrinology Section, Sapienza University of Rome, Rome, Italy.

RELATORE

INTRODUZIONE

Background: Gastro-esophageal reflux disease (GERD) and its possible sequelae are the most significant long-term post-operative complications after laparoscopic Sleeve gastrectomy (SG) (1).

In our recently published study 110 patients were submitted to Esophagogastroduodenoscopy (EGDS) and GERD symptoms evaluation on average 58 months after SG. A non-dysplastic Barrett's esophagus (BE) was histologically diagnosed in 19 patients (17.2%) (2).

Objectives: To evaluate the mid-term (3 years) effectiveness of a long-lasting treatment with proton pump inhibitors (PPI) on the clinical and histological evolution of patients with BE.

METODI

All the 19 patients were prescribed with a 40 mg daily dose of PPI for the first three months after the diagnosis of BE, followed by 20 mg daily for the next three years. All the patients underwent a follow-up schedule entailing a clinical evaluation every six months and an EGDS yearly. GERD symptoms (acid reflux, regurgitation, heartburn) were evaluated by means of the Visual Analog Scale (VAS). The Seattle biopsy protocol was always applied to histologically assess the possible evolution of BE.

RISULTATI

All patients completed the 3 years follow-up schedule. Long-lasting PPI therapy was tolerated in all patients but one spontaneously interrupted the PPI intake. A satisfactory control of GERD symptoms was achieved in 17 out of the 19 patients (89%) complaining GERD symptoms at the time of BE diagnosis. VAS mean score significantly decreased as compared with the initial values (acid reflux 2.6 ± 3.8 vs 0.0 ± 0.2 $p < 0.001$; regurgitation 3.8 ± 3.6 vs 0.3 ± 1.2 $p < 0.001$; heartburn 6 ± 3.1 vs 0.2 ± 0.8 $p < 0.001$). Two patients (10.5%) developed a low-grade dysplasia BE despite a continuing PPI intake. Non-dysplastic BE was histologically confirmed in the others 17 patients.

DISCUSSIONE

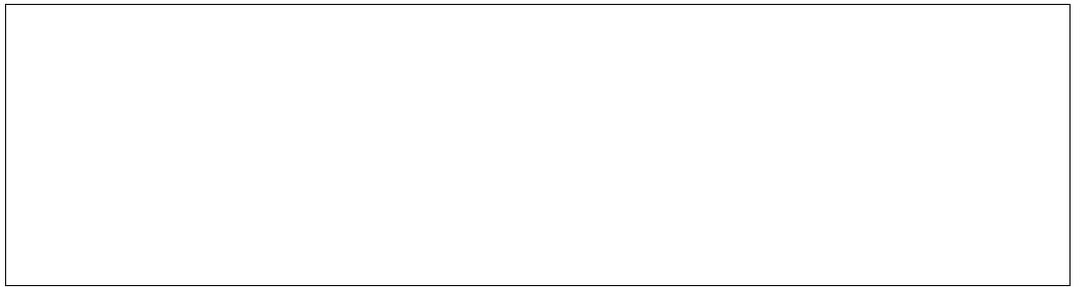
Conclusions: Long-lasting PPI intake allows the satisfactory control of GERD symptoms in patients with BE after SG at mid-term follow-up. A progression from metaplastic to dysplastic BE can occur despite PPI therapy. In these patients a close endoscopic follow-up schedule, should be recommended regardless of the presence of GERD symptoms.

BIBLIOGRAFIA

1. Chiu S, Birch DW, Shi X, Sharma AM, Karmali S. Effect of sleeve gastrectomy on gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Surg Obes Relat Dis* 2011;7:510-5.

2. Genco A, Soricelli E, Casella G, Maselli R, Castagneto-Gissey L, Di Lorenzo N, Basso N, Gastro-Esophageal reflux disease and barrett's esophagus after laparoscopic sleeve gastrectomy: A possible, underestimated long-term complication, *Surgery for Obesity and Related Diseases*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2016.11.029>

Note



IDabstract

53

Speaker

Furbetta

Francesco

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Reflusso gastro-esofageo per le varie procedure chirurgiche

TITOLO DEL LAVORO

**Hiatal hernia and GERD, repair above "pars condensata": new technique
brainchild of laparoscopic potentials and bariatric surgery peculiarities**

AUTORI

Furbetta F*, Gragnani, F* Flauti G*, Masetti C***, Ciardi C***, Puggelli S.****, Furbetta C^, Pisani N^, Guidi F^^, Furbetta N**.

Clinic "Leonardo", Sovigliana-Vinci (Firenze) Italy

*surgeons "Leonardo"

**MD, University of Pisa

*** Dieticians "Leonardo"

****psychologist "Leonardo"

^ sports science "Leonardo"

^^anesthesiologist "Leonardo"

RELATORE

INTRODUZIONE

both obesity surgery and hiatus hernia repair (HHR) gained their success in the era of laparoscopic surgery allowing old and new surgical solutions for frail patients and unmanageable surgical fields. The related diseases are often associated and might require a contemporary treatment. We devised a new technique sprung by the needs of coupling gastric banding (LAGB) and HHR enabled by laparoscopy and in harmony with less invasive operations.

METODI

the new technique permits to treat the HH defect above the "pars condensata" (APC) respecting its integrity, the short gastric vessels, avoiding the slippage of the fundoplication and enabling an independent, codified "pars flaccida" technique in case of required LAGB. We describe the technique and analyze feasibility and safety.

RISULTATI

since our first application in 2005 it became the standard of cure for all the patients requiring the technique: 410 HH and/or gastro-esophageal reflux disease (GERD) patients had posterior cruroplasty (HHR): of this whole group, 41 had HHR and Toupet-His, 360 HHR and LAGB, 9 HHR, gastric banding and Toupet-His fundoplication, 11 HHR, gastric plication and Nissen fundoplication.

DISCUSSIONE

the technique proved to be codified, feasible in all the cases, easily reproducible, perfect to couple with a standard LAGB or gastric plication. Neither peri-operative nor late specific complications occurred.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

127

Speaker

Boru

Cristian Eugeniu

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Reflusso gastro-esofageo per le varie procedure chirurgiche

TITOLO DEL LAVORO

MISURAZIONE TAC PRE-OPERATORIA DELLA SUPERFICIE IATALE PER LA VALUTAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DIFETTI IATALI NEGLI PAZIENTI OBESI

AUTORI

Cristian Boru¹, Angelo Iossa¹, Marco Rengo², Mario Rizzello¹, Anna Guida¹, Maria Chiara Ciccioriccio¹, Gianfranco Silecchia¹
¹Università La Sapienza di Roma, Polo Pontino
UOC Chirurgia Generale& Bariatric Center of Excellence-IFSO EC
Polo Integrato AUSL LT-ICOT, Latina
²Università La Sapienza di Roma, Polo Pontino
Dipartimento delle Scienze Radiologiche, Oncologia e Patologia
Polo Integrato AUSL LT-ICOT, Latina

RELATORE

INTRODUZIONE

Introduzione: La misurazione dell'area della superficie iatale (hiatal surface area - HSA), mediante "multiple detector computed tomography" (MDCT), è stata recentemente proposta come uno strumento utile nella pianificazione del trattamento dei difetti iatali (HH). Obiettivi: valutare l'efficacia della misurazione della HSA mediante MDCT nei pazienti obesi candidati a chirurgia bariatrica.

METODI

Materiali e metodi: Abbiamo analizzato 25 pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica primaria e cruroplastica, oppure a chirurgia bariatrica di revisione per MRGE severa/HH. I pazienti sono stati analizzati pre-operatoriamente e ad un anno di follow-up mediante MDCT, calcolando la superficie iatale in cm². 5 pazienti normopesi sono stati considerati come gruppo controllo. La misurazione della HSA è stata eseguita anche intraoperatoriamente mediante il calcolo di un'area triangolare. Il controllo postoperatorio è stato eseguito dopo 12 mesi oppure alla comparsa di sintomi da MRGE.

RISULTATI

Risultati: 1. HSA medio misurato nel gruppo controllo è di 3,1 cm², correlato con quella di 3,5 cm² nei pazienti operati, senza complicanze.
2. HSA medio misurato nei pazienti candidati alla chirurgia bariatrica primaria con iatoplastica è di 7.40 cm².
3. HSA nei pazienti candidati alla revisione per MRGE severa/HH : 10.11 cm² .
Una correlazione della misurazione del HSA tramite MDCT e quell'intraoperatoria è stata osservata.

DISCUSSIONE

Conclusioni: La MDCT si è dimostrata uno strumento accurato nella misurazione del HSA e per la pianificazione del trattamento chirurgico del difetto iatale. Studi prospettici valuteranno l'utilità nel monitoraggio a lungo termine e la correlazione con i reperti endoscopici e clinici.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

140

Speaker

Vitiello

Antonio

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Reflusso gastro-esofageo per le varie procedure chirurgiche

TITOLO DEL LAVORO**LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY WITH CONCOMITANT HIATAL HERNIA REPAIR IN OBESE PATIENTS: LONG TERM RESULTS ON GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE**

AUTORI

Antonella Santonicola^{1, a)}, Paola Iovino^{1, b)}, Ariola Hasani²⁾, Antonio Vitiello²⁾, Luigi Angrisani^{2, c)}

1)Medicine and Surgery, University of Salerno, Salerno, Italy

2)Federico II University, Naples, Italy

a)antonellasantonicola83@gmail.com

b)piovino@unisa.it

c)luigiangrisani@chirurgiaobesita.it

RELATORE

INTRODUZIONE

Obesity is an independent risk factor for GERD, which is often associated to the presence of hiatal hernia (HH). The role of concomitant HH repair (HHR) during laparoscopic Sleeve Gastrectomy (LSG) is still debated.

Aim: to evaluate long term effects of LSG with concomitant HHR on GERD symptoms in obese patients.

METODI

From April 2007 to January 2012, 91 consecutive patients (M/F: 16/75; age at surgery: 38.8±11.8 years; weight: 118.4±18.2 Kg; BMI: 44.8±6.1 Kg/m²) underwent LSG with concomitant HHR. All patients performed a multidisciplinary preoperative assessment, including double-contrast barium swallow (DC-BS), upper-gastrointestinal endoscopy (UGIE) and a standardized questionnaire for the assessment of typical GERD symptoms. After 5 years from LSG+HHR they underwent a re-assessment of GERD symptoms, a DC-BS and/or UGIE.

RISULTATI

The preoperative prevalence of typical GERD symptoms was 37.4%. In 40.3% of patients, preoperative DC-BS and/or UGIE revealed a HH. One patient underwent Roux-en-Y-Gastric Bypass after 11 months from LSG+HHR for severe GERD, 2 patients were lost at follow-up. The mean weight 5 years after surgery was 85.1±17.1 Kg, and mean BMI 34.9±4.9 Kg/m²; 30.7% of patients (27/88) reported GERD symptoms. All patients underwent DC-BS, which showed a migration of the sleeved stomach in the chest associated with reflux in 55.6% of patients (15/27). UGIE detected the presence of class B esophagitis (according Los Angeles) in 30% and class A in 60% of patients.

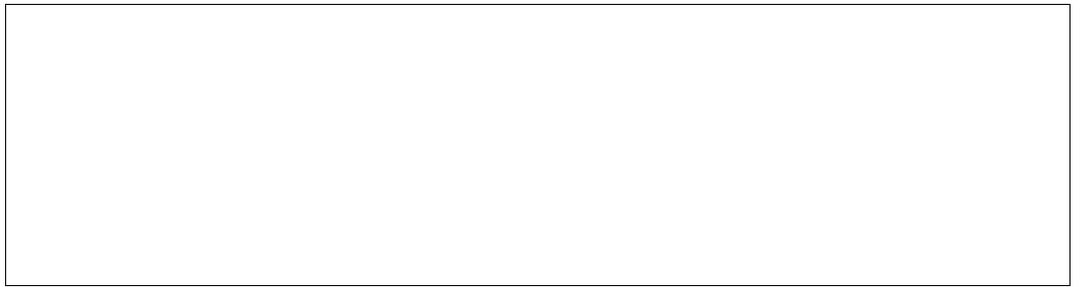
DISCUSSIONE

This study reports a high prevalence of migration of the sleeved stomach in the chest in patients with GERD symptoms at follow-up. The routine repair of small hiatal hernias may contribute to LES dysfunction by disrupting the normal anatomical barriers to reflux in order to perform the repair. Potential breakdown of the repair may also lead to worsening of the hiatal hernia given the dissection that takes place in order to perform the cruroplasty.

BIBLIOGRAFIA

Samakar K, McKenzie TJ, Tavakkoli A, Vernon AH, Robinson MK, Shikora SA. The Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy with Concomitant Hiatal Hernia Repair on Gastroesophageal Reflux Disease in the Morbidly Obese. *Obes Surg.* 2016 Jan;26(1):61-6.

Note



IDabstract

3

Speaker

Tolone

Salvatore

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Reflusso gastro-esofageo per le varie procedure chirurgiche

TITOLO DEL LAVORO**The Effect of Different Bariatric Techniques on Esophageal Motor Function and Reflux Exposure.**

AUTORI

Salvatore Tolone¹, Annunziata Carlea¹, Giampaolo Jannelli¹, Edoardo Savarino², Marzio Frazzoni³, Nicola de Bortoli⁴, Leonardo Frazzoni⁵, Manuele Furnari⁶, Simona Parisi¹, Vincenzo Savarino⁶, Domenico Ivan Fico⁷, Stefano Cristiano⁷, Ludovico Docimo¹.
 Institutions: 1 University of Campania, Naples, 2 University of Padua, Padua, 3 Baggiovara Hospital, Modena, 4 University of Pisa, Pisa, 5 University of Bologna, Bologna, 6 University of Genoa, Genoa, 7 Clinica Trusso, Napoli.

RELATORE

INTRODUZIONE

Obesity is a global epidemic and consequently bariatric surgery is increasingly performed. Since there are numerous surgical techniques, the effects of these on the esophageal function are still poorly understood. Also, "de novo" gastroesophageal reflux disease (GERD) and dysmotilities were reported after some bariatric procedures. We aimed at assessing the effect of the most commonly performed bariatric techniques on esophagogastric junction (EGJ) function, esophageal peristalsis and reflux exposure using high-resolution manometry (HRM) and impedance-pH monitoring (MII-pH).

METODI

All obese (body mass index, BMI, >35) patients underwent symptomatic questionnaires (GerdQ and a modified Eckardt), endoscopy, HRM and MII-pH before and one year after surgery. We enrolled only obese without dysmotility or any evidence of GERD. Esophageal motor function and EGJ were classified according to Chicago Classification V. 3. EGJ contractile integral (EGJ-CI) was also calculated. Total acid exposure time (AET %), total number of refluxes and symptom association probability (SAP) were assessed. A group of healthy-volunteers (HVs) served as control.

RISULTATI

One hundred and twelve obese subjects (39 ±12 years-old, mean weight 135 (97-202) Kg, mean BMI 42 (37-69) Kg/m² and 15 HVs (normal weight) were studied. Thirteen underwent endoscopic balloon placement (EBP), 12 gastric banding (GB), 26 sleeve gastrectomy (SG), 18 gastric bypass (GBP), 15 omega-loop gastric bypass (OGBP), 16 biliointestinal bypass (BIBP), and 12 biliopancreatic diversion (BPD). All patients showed a significant decrease of weight and BMI one year after surgery. EGJ morphology changed only after GB, with 6 patients showing Type III morphology. EGJ-CI, IRP and DCI increased significantly (p<0.001) only after GB. Hypercontractile and premature contractions waves were present in 40% of patients after GB, whereas ineffective motility (36%) waves were present after SG. "De Novo" GERD symptoms were observed in 1 SG and 2 GB. Post-operative greater AET (p<0.05) and increased total number of reflux (p<0.001) were present after GB and SG. GBP and OGBP showed a significant decrease in AET (p<0.05) and total number of reflux (p<0.001), whereas BIBP showed a non-significant reduction in AET and reflux events but similar to HVs patterns.

DISCUSSIONE

Bariatric surgery is safe and effective. Only GB and SG can impact on esophageal function and reflux exposure, and they should be avoided in obese patients with pre-existing GERD. Future prospective studies are needed to evaluate the impact of these alterations on GERD operated patients.

BIBLIOGRAFIA

Note

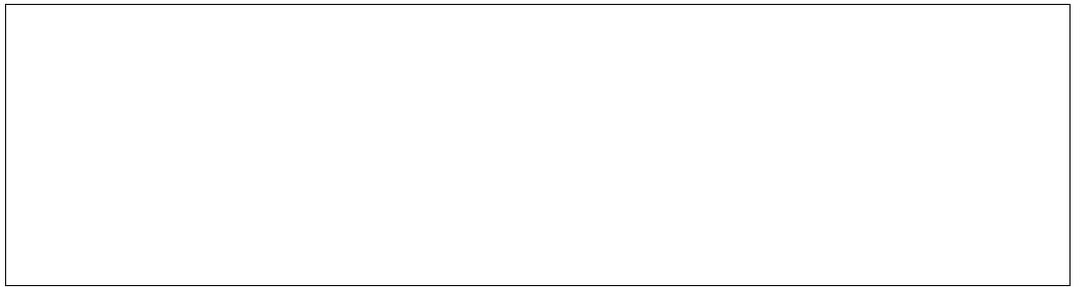


IDabstract	150
Speaker	Borrelli Vincenzo under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Reinterventi in chirurgia bariatrica
TITOLO DEL LAVORO	REDO IN CHIRURGIA BARIATRICA: LA SCELTA DELLA PROCEDURA
AUTORI	Borrelli Vincenzo, Macri Roberta, Balma Rachele, Bruno Francesca, Rizzo Riccardo e Giuffrè Monica U.O. Chirurgia Generale e Bariatrica Istituto di Cura Città di Pavia
RELATORE	
INTRODUZIONE	I fallimenti in Chirurgia Bariatrica sono presenti, anche se in percentuali differenti, dopo qualsiasi tipo di procedura. Le cause di tali insuccessi sono molteplici e spesso è difficile decidere se è proponibile un re-intervento e quale tipo. Scopo di questo studio è riportare lo schema elaborato dall'equipe multidisciplinare per i re-interventi di chirurgia bariatrica.
METODI	Da gennaio 2016 a dicembre 2016 presso l'unità di chirurgia generale e bariatrica dell'Istituto di cura Città di Pavia sono stati sottoposti a redo-surgery 17 pazienti (15F/2M; età media 46.5.1±8.7, range 35-63aa; peso:113.5±19.4kg range 88-139; BMI: 43.1±6.7kg/m2 range 39.1-52.3; EW: 97.5%±34.1). Le tecniche primarie erano state Bendaggio Gastrico Regolabile (BGR), Sleeve Gastrectomy (SG) e Bypass Gastrico con ansa ad Y (BPG). Due pazienti erano stati già sottoposti a due procedure chirurgiche (BGR e SG). Tutti i pazienti hanno eseguito visita multidisciplinare per poter avere nuova idoneità alla chirurgia. I pazienti con BGR sono stati sottoposti prima a rimozione della protesi e dopo circa tre mesi sono stati valutati dall'equipe multidisciplinare. I pazienti risultati idonei hanno seguito un percorso psico-nutrizionale ed hanno effettuato esami diagnostici al fine di poter raccogliere notizie utili alla scelta dell'intervento chirurgico più idoneo.
RISULTATI	Sono stati eseguiti: 8 BPG, 6 SG e 1 Duodenal Switch con accesso laparoscopico; due plicature via endoscopica con sistema Overtich Apollo. Non ci sono state complicanze peri-operatorie. Dopo l'intervento chirurgico tutti i pazienti hanno aderito senza evidenti difficoltà al programma di riabilitazione nutrizionale e hanno rispettato le visite di controllo precedentemente fissate con il team multidisciplinare. Il BMI medio a 6 mesi è di 35.2±4.9kg/m2
DISCUSSIONE	La scelta del tipo di re-intervento dopo fallimento di chirurgia bariatrica deve essere compiuta in seguito ad una attenta valutazione multidisciplinare che preveda anche l'analisi delle cause che hanno indotto all'insuccesso. Un centro di Chirurgia Bariatrica può offrire la migliore soluzione al paziente solo se possiede esperienza con tutte le tecniche chirurgiche.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	54
Speaker	Furbetta Francesco under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Reinterventi in chirurgia bariatrica
TITOLO DEL LAVORO	Failure is a step of bariatric surgery and a measure of our scientific and technical evolution
AUTORI	Furbetta F*, Gragnani, F* Flauti G*, Masetti C***, Ciardi C***, Puggelli S.****, Furbetta C^, Pisani N^, Guidi F^^, Furbetta N**. Clinic "Leonardo", Sovigliana-Vinci (Firenze) Italy *surgeons "Leonardo" **MD, University of Pisa *** Dieticians "Leonardo" ****psicologist "Leonardo" ^ sports science "Leonardo" ^^anesthesiologist "Leonardo"
RELATORE	
INTRODUZIONE	30-40% is the medium-long term percentage of failure after a first bariatric operation, more or less linked to side effects/complications. The foreseeable reasons: 1) operations outside the pathological field; 2) booming experience between needs of new treatments and pertinence of less invasive surgery; 3) what's feasible could be rational is the growing paradigm to cope with. WHO are the patients, WATH can I propose, HOW can I realize an effective surgical treatment are the key points to deal with this demanding patients and to evaluate our chooses.
METODI	Since October '95 to December '16, 6367 bariatric procedures (4274 laparoscopic operations, 2093 intra-gastric balloon –BIB). Interdisciplinary team prepares, selects and follows-up the patients. Gastric banding (GB) is our first surgical step for most patientsd but selected ones. A personal less invasive technique (465 cases) treats a concomitant gastro-esophageal junction disease (GEJD). Failures are suitable for a sequential treatment, moving from restriction to reduced energy absorption, through a Functional Gastric Bypass (275 cases) or a Safety Gastric Bypass (7 cases) (FGB and SGB personal techniques) using the banding or a fundoplication below the gastro-entero anastomosis as functional gastric partition. Gastric plication, possibly with a fundoplication, is the re-do option in case of effective banding related complications.
RISULTATI	Zero peri-operative mortality, 1 leakage in FGB: the patient ate solid food in post-operative day one; 53% EWL for the sequential treatment.
DISCUSSIONE	The driving role of our key points. WHO: actual life style conditions obesity and indications, few selected patients needs more targeted operations; WATH: an operation to contain a life-style disease, to balance appealing surgical feasibility bolstered by the business and the long term evaluation regarding efficacy, a restored life style, new targeted therapies; HOW: performing less invasive operations instead of less invasive accesses, made into an effective procedure by an essential interdisciplinary team. GB and sequential treatment represent our adjustable, reversible strategy.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	96
Speaker	Sarro Giuliano under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Reinterventi in chirurgia bariatrica
TITOLO DEL LAVORO	ONE STEP SLEEVE GASTRECTOMY- PROCEDURA REVISIONALE IN FALLIMENTO DI GASTRIC BANDING : ESPERIENZA IN 134 CASI.
AUTORI	Dr G. Sarro; Dr. U. Rivolta; Dr. A. Cattaneo; Dr M. Serbelloni; Dr V. Rotiroti; Dr E. Vaterlini; Dr S. Sarro* Centro di Eccellenza in Chirurgia Bariatrica - UOC Chirurgia Generale - Direttore Dr G. Sarro Ospedale G. Fornaroli - Magenta - ASST Ovest Milanese * Centro di Eccellenza Chir Bariatrica - Psicologa
RELATORE	
INTRODUZIONE	L'aumentata esperienza con il Bendaggio Gastrico ed il maggiore follow up ha evidenziato come questa procedura bariatrica sia gravata da una alta incidenza di complicanze ed una inadeguata perdita di peso. Quale sia la migliore procedura di chirurgia revisionale è ancora oggetto di discussione. Negli ultimi anni la Sleeve Gastrectomy è stata considerata una procedura revisionale in pazienti obesi con pregresso gastric banding. Uno degli elementi maggiormente controversi in letteratura è se eseguire la procedura revisionale in "one step, o in "two step". Abbiamo analizzato in modo retrospettivo la nostra casistica relativa al trattamento in one step o two step .
METODI	Sono stati considerati pazienti sottoposti a chirurgia revisionale da Gastric Banding a Sleeve gastrectomy presso il Centro di Eccellenza in Chirurgia Bariatrica dell'Ospedale G. Fornaroli di Magenta , ASST OVEST Milanese. La nostra casistica è rappresentata da 134 pazienti (119 femmine e 15 maschi. Età media 41,5 anni (25 – 67); BMI 44,6 (35,16 – 70) . Peso medio 128 (85 – 206). L'intervallo medio tra il posizionamento del band e la redo surgery è stato di 28,4 mesi(range 18 – 62 mesi). L' indicazione alla redo surgery era recupero del peso in 105 casi, scarsa perdita di peso in 28 pazienti, slippage in 1 caso. " One step procedure" era attuata in 130 casi, mentre la" two step procedure" era attuata in 4 casi (1 pz con slippage e 3 con intensa flogosi in sede perigastrica con intervallo di 3 mesi). Il tempo operatorio medio è stato di 85 minuti (70 – 110). La tecnica chirurgica adottata è stata: Pneumoperitoneo con ago di Verres a 14 – 16 mmhg, posizionamento di 5 Trocar (10-12), rimozione del bendaggio ed esecuzione di SG . La SG è stata condotta partendo da 6 cm dal piloro, calibrata su sonda da 32F.. La trancia gastrica viene trattata con il posizionamento di clips su tutta la trancia a scopo emostatico. In tutti i pz viene eseguito test intraoperatorio con blu di metilene.
RISULTATI	La mortalità è stata nulla. La morbilità postoperatoria è rappresentata da una fistola (0,7%) sulla linea di sutura gastrica a livello del 1\3 medio (che ha richiesto in 2 giornata un trattamento laparoscopico con toilette , sutura , drenaggio) e due complicanze emorragiche (1,4,%) dalla trancia gastrica con emoperitoneo e sottoposti a revisione laparoscopica dell'emostasi a 24 h. La degenza media è stata di 4 g (3 -15)
DISCUSSIONE	La conversione di un Gastric Banding fallito o complicato a Sleeve Gastrectomy rappresenta una procedura sicura e ben tollerata con basso tasso di complicanze maggiori perioperatorie. La standardizzazione della tecnica chirurgica costituisce il presupposto per la fattibilità e ripetibilità della metodica, determinando una morbilità ed una mortalità sovrapponibile nella nostra casistica alla sleeve gastrectomy primaria .con una incidenza di fistola dello 0,7,% e di complicanza emorragica del 1,4%..
BIBLIOGRAFIA	

Note



IDabstract

71

Speaker

Cariani

Stefano

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Reinterventi in chirurgia bariatrica

TITOLO DEL LAVORO**Re-do surgery di sleeve complicata: conversione a bypass gastrico su sleeve senza esclusione duodenale (SRYGB)**

AUTORI

Stefano Cariani, Francesca Balsamo, Beatrice Torre, Francesca Solari.
Azienda Ospedaliero/Universitaria di Bologna
UOS e Centro di Studio di Chirurgia dell'Obesità Patologica

RELATORE

INTRODUZIONE

La sleeve gastrectomy (SG) è un intervento che da anni è ampiamente eseguito con buoni risultati per il trattamento dell'obesità patologica e, come altri, può presentare complicanze tardive (fistole croniche, dilatazioni, sub-stenosi) tali da rendere necessario un re-intervento. Come ogni intervento di re-do bariatrico, la revisione di una SG può rappresentare una sfida chirurgica sia per possibile difficoltà tecnica, con maggiore probabilità di complicanze, sia per la reale possibilità di raggiungere risultati ottimali in termini di peso e qualità di vita del paziente. Sempre considerando che la strategia chirurgica di ogni intervento di re-do rappresenta un caso a sé, dopo una sleeve complicata la conversione a bypass gastrico su ansa alla Roux (RYGB) è una procedura ampiamente adottata [1], anche per la riconosciuta efficacia sul reflusso gastro-esofageo (MRGE) spesso presente. Nella nostra esperienza, la variante bypass gastrico su gastroplastica (RYGB-on-VBG) [2] che consente l'esplorabilità gastro-duodenale si è dimostrata efficace e con ridotta incidenza di complicanze, anche quando adottata come procedura di revisione di gastroplastica (VBG) complicata o fallita[3]. Seguendo questo principio, la conversione di sleeve in bypass gastrico con ansa alla Roux senza esclusione del transito duodenale (SRYGB) è stata applicata nei tre casi che vengono presentati, con il follow-up fino a due anni.

METODI

Caso 1 – M.A. ♂ 42 anni, pregressa Sleeve (2011). 2013: altezza mt. 1.80 peso Kg 69 BMI 20, dieta solo liquida. Pz. più volte operato, con laparocèle permagno xifo-pubico, presenta fistola gastrica cronica sotto-cardiale e ascesso sub-frenico cronico, e twist con sub-stenosi medio-gastrica. Caso 2 - T.L. ♀ 46 anni, pregressa Sleeve (2013) dopo Banding (2012). 2016: altezza mt. 1.65 peso Kg 102 BMI 37.5, dieta solida. Pz. con ripresa ponderale e DMII in terapia, presenta dilatazione gastrica simmetrica. Caso 3 – C.N. ♀ di 35 anni, pregressa Sleeve (2013). 2016: altezza mt. 1.65 peso Kg 80 BMI 29, dieta semi-liquida. Pz. con MRGE, presenta dilatazione eccentrica del fondo-corpo e sub-stenosi medio-gastrica (stomaco a clessidra). Tutti i pazienti sono stati operati in laparotomia e l'intervento è consistito nella conversione in bypass gastrico su ansa alla Roux di 150 cm, con ansa bilio-pancreatica di 30 cm, mantenendo un transito gastro-gastrico di 1 cm non sormontato da materiale protesico e lasciato distalmente all'anastomosi gastro-digiunale manuale (SRYGB) Nei casi 2 e 3 si è confezionata una pouch gastrica verticale di 30 cc con suturatrice meccanica, mentre nel caso 1 si è asportato il tratto di parete gastrica con il tramite fistoloso. In tutti i pazienti è stata eseguita la prova idro-pneumatica al blu di metilene, è stato lasciato un drenaggio (due nel caso 1) paragastrico, è stato posizionato un SNG nell'antro gastrico. Tutti i pazienti hanno eseguito un RX tubo digerente (TD) prime vie con Gastrografin i III giornata p.o., con rimozione del SNG ed assunzione di liquidi lo stesso giorno; il drenaggio addominale è stato rimosso in V-VI giornata p.o. dopo l'assunzione di dieta semi-liquida. La dimissione è stata in VII-VIII giornata p.o. Il follow-up clinico e strumentale, è stato condotto a 3, 6, 12 mesi e poi annualmente.

RISULTATI

Per tutti i casi il decorso post-operatorio è stato regolare e non sono state registrate complicanze immediate e/o tardive al follow-up raggiunto. Tutti Al controllo dell' RX TD prime vie con bario eseguito a 3 mesi (3,12,24 mesi nel caso 1) in tutti i casi il m.d.c. mostrava il transito preferenziale (> 90%) nella gastro-digiuno-anastomosi. Con tutti i

pazienti in dieta solida e senza sintomi da reflusso GE, in termini di andamento ponderale abbiamo registrato: caso 1 - 3m 75 Kg (BMI 23.1), 6m 79 Kg (BMI 24.3), 12m 83 Kg (BMI 25.6), 2aa 90 Kg (BMI 27.7); caso 2 - 3m 94 Kg (BMI 34.5), 6m 88.5 (BMI 32.5); caso 3 - 3m 69 Kg (BMI 25).

DISCUSSIONE

La conversione di una sleeve complicata in SRYGB è risultata efficace in termini di equilibrio ponderale, come nel RYGB, e al contempo consente di mantenere una semplice via di accesso al duodeno e alla via biliare. Nella re-do, le ridotte manovre di dissezione e sezione viscerale necessarie rispetto al bypass gastrico tradizionale sembrano influire positivamente sulla comparsa di complicanze immediate e tardive.

BIBLIOGRAFIA

1. Bautier T, Sarcher T, Contival N et al.
INDICATIONS AND MID-TERM RESULTS OF CONVERSION FROM SLEEVE GASTRECTOMY TO ROUX-EN-Y GASTRIC BYPASS. *Obes Surg* 2013;23:212–215
2. 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.
3. 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

Note

--

IDabstract	137
Speaker	Boru Cristian Eugeniu under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Reinterventi in chirurgia bariatrica
TITOLO DEL LAVORO	Re Sleeve Gastrectomy come chirurgia di revisione dopo primary sleeve gastrectomy: Risultati dopo 48 mesi di follow-up
AUTORI	De Angelis F.* Iossa A.* Rizzello M.* Boru C.* Abbatini F.* Avallone M.* Guida A.* Termine P.*Ciccioriccio C.* Albanese A.° Foletto M.° Silecchia G.* *UOC Chirurgia Generale & Bariatric Center of Excellence, Sapienza, Polo Pontino ICOT °Bariatric Center of Excellence - Università di Padova
RELATORE	
INTRODUZIONE	Nella chirurgia bariatrica di revisione la re-sleeve gastrectomy (rLSG) può essere adottata in pazienti con calo ponderale inadeguato/regain in presenza di neofondo/dilatazione della tubulizzazione gastrica. Le indicazioni ed i risultati sono tuttavia controversi. Lo scopo di questo studio retrospettivo è quello di valutare i risultati a lungo termine della rLSG in pazienti con un follow-up di 48 mesi.
METODI	Tra il Gennaio 2011 e il Gennaio 2013 , 19 pazienti (17 femmine ; BMI medio 35,4 Kg/m2) sono stati sottoposti a rLSG per calo ponderale insufficiente o regain (9 pazienti) associata con sintomi di malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) e/o migrazione della sleeve (10 pazienti). Tutti i pazienti hanno eseguito un follow-up stretto per il primo anno (1,6,12 mesi) ed infine annualmente.
RISULTATI	: 5 casi sono stati complicati nel decorso post-operatorio da : sanguinamento (2 casi) , stenosi medio-gastrica (1 caso) e due fistole gastriche alte (10,5%). Inizialmente tutti i pazienti riferivano un netto miglioramento della sintomatologia da MRGE interrompendo dopo sei mesi il trattamento con inibitori di pompa protonica (PPI) I pazienti candidati alla rLSG per insufficiente calo ponderale o regain hanno ottenuto una percentuale di excess weight loss (%EWL) del 53,4% a 24 mesi. Questi risultati si sono modificati dopo 36 mesi. A 48 mesi i pazienti valutati sono stati 12 (7 pazienti (36%) persi al follow-up). 8 pazienti hanno riferito la ricomparsa di sintomi da MRGE (66%), 6 di questi pazienti sono tutt'oggi in trattamento con PPI ad alte dosi. 2 di questi pazienti non rispondenti alla terapia sono stati invece convertiti a by-pass gastrico (RYGB). Un altro paziente è stato convertito a diversione bilio-pancreatica (BPD-DS). 3 pazienti (25%) non hanno lamentato nessun sintomo e hanno continuato ad avere un buon controllo ponderale.
DISCUSSIONE	Il follow-up a lungo termine (4 anni) dopo rLSG in questa piccola serie suggerisce in più del 50% dei pazienti una ripresa dei sintomi da MRGE dopo tre anni con la conseguente necessità di trattamento con PPI ed in caso di mancata risposta clinica di conversione a RYGB. Questi dati devono essere considerati e discussi con il paziente nel valutare quale tipo di intervento di revisione proporre.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	104
Speaker	Vitiello Antonio under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Reinterventi in chirurgia bariatrica
TITOLO DEL LAVORO	Roux-en-Y Gastric Bypass Versus Sleeve Gastrectomy as Revisional Procedures after Adjustable Gastric Band.
AUTORI	Luigi Angrisani 1, Antonio Vitiello 2, Ariola Hasani 2, Antonella Santonicola 3, 1)General, Emergency and Laparoscopic Surgery Dept, San Giovanni Bosco Hospital, Napoli, Italy 2)Gastroenterology Endocrinology Surgery Dept, University of Naples "Federico II", napoli, Italy 3)Department of Medicine and Surgery, University of Salerno, Salerno, Italy
RELATORE	
INTRODUZIONE	Laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB) has been abandoned in favor of laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) and laparoscopic Roux-en-y gastric bypass (LRYGBP). The aim of this study was to compare results of LRYGBP and LSG performed as a revisional procedure after LAGB.
METODI	All patients converted from LAGB to LSG or to LRYGBP from January 2007 to December 2015 were included in the study. Clinical data collected were age, gender, indications for revision, complications, body mass index (BMI), and body weight at revisional procedures. Weight loss was calculated as %EWL and Delta-BMI.
RISULTATI	Sixty-four patients were included in this study, 56 females and 8 males. Twenty-six patients were converted to LRYGBP (LRYGBP group) and 38 to LSG (LSG group). Indication for conversion was weight loss failure in 45 (70%) patients and band complications in 19 (30%) patients. No significant difference in age, BMI, and body weight in the two groups was found at the time of revision. One patient converted to LRYGBP had an internal hernia; one patient initially scheduled for LSG was intraoperatively converted to LRYGBP due to staple line leak. No other major perioperative complication was observed. Delta-BMI and percentage of excess weight loss (%EWL) were not significantly different in the two groups at 1, 3, and 5 years ($p > 0.05$).
DISCUSSIONE	LRYGBP or LSG are feasible and effective surgical options after LAGB. Satisfactory weight loss was achieved after both procedures.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	94
Speaker	Sarro Giuliano under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Reinterventi in chirurgia bariatrica
TITOLO DEL LAVORO	Chirurgia Bariatrica Revisionale: Conversione da Sleeve Gastrectomy a Mini-Gastric Bypass – esperienza preliminare
AUTORI	Dr G.Sarro, Dr U. Rivolta, Dr A. Cattaneo, Dr. M. Serbelloni, Dr. V. Rotiroti, Dr.E. Vaterlini, Dr. S. Sarro* Centro di Eccellenza in Chirurgia Bariatrica - UOC chirurgia generale - Direttore Dr G. Sarro Ospedale G. Fornaroli - Magenta ; ASST OVEST Milanese * Centro di Eccellenza in Chirurgia Bariatrica : Psicologa
RELATORE	
INTRODUZIONE	La chirurgia bariatrica rappresenta oggi il solo trattamento efficace a lungo termine per la cura dell'obesità. In centri accreditati la chirurgia bariatrica è attuata con bassa morbilità e basso tasso di riammissione. Il numero delle procedure di Sleeve Gastrectomy (LSG) è in costante aumento negli ultimi anni sia negli Stati Uniti che in Europa. La conseguenza è l'aumento del numero di pazienti sottoposti a LSG, che si presentano per "poor weight loss" o per "weight regain", per i quali è richiesta una procedura alternativa. Il fine del nostro studio è di valutare le indicazioni per la chirurgia revisionale e la tipologia del trattamento in corso di chirurgia revisionale dopo sleeve gastrectomy.
METODI	Dal gennaio 2014 al dicembre 2016, presso il Centro di Eccellenza in chirurgia bariatrica dell'Ospedale G. Fornaroli di Magenta – ASST Ovest Milanese, sono stati sottoposti a Redo-Surgery 16 pazienti precedentemente trattati con Sleeve Gastrectomy. L'indicazione dopo valutazione multidisciplinare era posta per: "poor weight loss" e "weight regain". Si tratta di 10 pazienti femmine e 6 pazienti maschi, con età media di anni 42 (30 - 49), con BMI Medio di 41 (40- 47). L'intervallo medio dalla procedura iniziale alla conversione era di 27 mesi.(18 - 42). La procedura chirurgica adottata è stata in tutti i pazienti un Mini – Gastric – Bypass laparoscopico, con limb biliopancreatico di 200 cm. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a test intraoperatorio con blu di metilene, ed a controllo in 2 giornate con transito con Gastrografin.
RISULTATI	La mortalità perioperatoria è risultata nulla. La morbilità è risultata nulla. Il tempo operatorio medio è stato di 60 minuti (50 - 75), la degenza media è stata di 4 giorni (3 - 5). La % EWL a 1,6,12 mesi è di 26 # 17; 49 # 20; 62 # 31.
DISCUSSIONE	La conversione da Sleeve Gastrectomy a Mini Gastric Bypass rappresenta una procedura sicura ed efficace. Il trattamento multidisciplinare è fondamentale per il raggiungimento e mantenimento del risultato. Sono necessari studi prospettici a lungo termine per valutare l'efficacia nel tempo della procedura.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	133
Speaker	Soricelli Emanuele under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Reinterventi in chirurgia bariatrica
TITOLO DEL LAVORO	Gestione perioperatoria di ernia interna dopo RYGBP in un centro di eccellenza. Esperienza personale
AUTORI	Emanuele Soricelli, Enrico Facchiano, Luca Leuratti, Giovanni Quartararo, Marco Veltri, Marcello Lucchese U.O. Chirurgia Generale, Bariatrica e Metabolica - Ospedale Santa Maria Nuova Azienda Sanitaria Toscana Centro – Firenze
RELATORE	
INTRODUZIONE	L'ernia interna (IH) rappresenta una temibile complicanza dopo bypass gastrico ad Y (RYGBP). La diffusione della tecnica laparoscopica e l'affinarsi delle procedure diagnostiche hanno fatto registrare un aumento delle diagnosi di tale complicanza. Lo scopo del presente lavoro è quello di analizzare i casi di IH dopo RYGBP operati presso il nostro Centro per identificarne l'incidenza, le cause e la possibile prevenzione.
METODI	Sono stati esaminati tutti i casi di IH post RYGBP operati presso il nostro Centro da Gennaio 2012 fino a Dicembre 2016, sul totale degli ultimi 800 interventi di RYGBP operati dal 2010. A partire da Gennaio 2014 gli interventi di RYGBP sono stati eseguiti con tecnica "double loop" sec Lönnroth. I dati sono stati raccolti prospetticamente e analizzati in maniera retrospettiva.
RISULTATI	I casi di IH sottoposti a intervento chirurgico sono stati 17, di cui 15 precedentemente operati nel nostro Centro (1,9%). I 15 pazienti (F/M= 11/4; BMI medio \pm SD= 26,27 \pm 3,60 kg/m ²) al momento dell'intervento per IH avevano avuto un calo ponderale medio di 46,47 \pm 11,55 kg corrispondente a EWL% medio di 94,89 \pm 18,75%. Quindici casi di IH si sono verificati in pazienti sottoposti a RYGBP fino a Dicembre 2013 (360 pazienti, incidenza di IH 4,16%), mentre 2 casi si sono verificati tra quelli operati a partire da gennaio 2014 (440 pazienti, incidenza di IH 0,45%). In tutti i pazienti, l'ansa alimentare era in posizione ante-colica, in nessun caso era stato suturato lo spazio di Petersen, mentre in tutti i pazienti tranne due (quelli operati presso altri Centri) era stato suturato il difetto mesenterico a livello del piede d'ansa. L'IH era situata in 15 casi (88,2%) a livello dello spazio di Petersen e in 2 (11,7%) a livello del piede d'ansa ed in 6 casi (35,2%) è stata osservata la presenza di versamento lattescente intraperitoneale. L'IH si era presentata in media 27,4 mesi dopo l'intervento bariatrico (range 6,8-69,1 mesi) dopo un calo ponderale medio di 46,47 kg (range 27-76 kg) corrispondente ad un EWL% medio di 94,89% (range 58,32 - 128,58 %). L'indicazione all'intervento esplorativo per IH era stato un dolore subacuto in 13 pazienti, un'occlusione intestinale in 3 e un dolore acuto con segni di sofferenza ischemica in un paziente. In tutti i casi, l'intervento è stato eseguito in laparoscopia ed in un solo caso è stata necessaria la conversione; in tutti i casi è stata realizzata una riduzione dell'ernia e la sutura del difetto mesenterico. Il tempo operatorio medio è stato di 72,33 minuti (range 35-130 min) con una degenza media di 2,6 giorni (range 2-4 gg).
DISCUSSIONE	L'incidenza di IH nella nostra casistica nei casi in cui non sono stati suturati i difetti mesenterici è sovrapponibile a quella riportata in letteratura; la sutura dello spazio di Petersen associata alla tecnica "double loop" sec Lönnroth ha permesso di ridurre notevolmente, anche se non azzerare completamente, l'incidenza di IH. Una laparoscopia esplorativa dovrebbe sempre essere praticata in caso di dolore addominale ricorrente in pazienti in precedenza sottoposti a bypass gastrico.
BIBLIOGRAFIA	

Note

--

IDabstract	117
Speaker	Hasani Ariola under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Reinterventi in chirurgia bariatrica
TITOLO DEL LAVORO	Endoscopic revision with Apollo Overstitch™ for weight regain following Roux-en-Y gastric bypass: initial experience
AUTORI	Luigi Angrisani 1, Ariola Hasani 2, Antonio Vitiello 2, Antonella Santonicola 3, Luca Ferraro 2, Paola Iovino 3, Giovanni Galasso 1 1)General,Laparoscopic,Emergency Surgery Unit, San Giovanni Bosco Hospital, Naples, Italy 2)Department of Clinical Medicine and Surgery, University of Naples Federico II, Naples, Italy 3)Department of Medicine and Surgery, University of Salerno, Salerno, Italy
RELATORE	
INTRODUZIONE	Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB) is an effective bariatric procedure with good weight loss outcomes. Nevertheless, approximately 20% of patients undergoing RYGB will experience significant weight regain in the years following surgery. Endoscopic gastrojejunal revision has been shown to be a less invasive alternative to revision surgery. Our aim is to analyze outcomes of our first series of endoscopic revision of failed RYGB.
METODI	Patients presenting weight regain and a dilated gastrojejunal anastomosis (>15mm) after RYGB that have undergone endoscopic revision using an endoluminal suturing device (Overstitch(TM), Apollo Endosurgery, Austin TX) from January 2013 to December 2016 were included in this study. Clinical data collected were age, gender, BMI, early and late complications. Weight loss was calculated as %EWL at 6 months, 1 and 3 years.
RISULTATI	Eight patients, 6 females and 2 males, suffering with weight regain following RYGB underwent endoscopic revision in the selected period. Mean initial age was 45.25±7.7 years and mean BMI was 42.84±6.1 kg/m ² before RYGB. Nadir BMI after RYGB was 27.54±3.42 kg/m ² with a nadir weight loss of 76 kg. Mean BMI at endoscopic revision was 33.3±3.47 kg/m ² . Mean BMI after the procedure were 32.3±5.04, 31.5±4.8 and 32±4.2 kg/m ² and mean excess weight loss (EWL%) were 12.43±8.6%, 18.2±7.2%, 14.5±6.8% at 6 months, 1 and 3 years respectively. Only 2 patients completed the follow up at 3 years. As an early complication we report one perforation at the gastrojejunal anastomosis causing abdominal collections which was treated conservatively. As a late complication, one patient developed a gastro-gastric fistula which was treated surgically. For insufficient weight loss, one patient required a second endoscopic revision and one patient underwent revision surgery (distalization of the jejunojejunostomy).
DISCUSSIONE	Endoscopic revision of the gastrojejunal anastomosis can be an alternative after failed RYGB determining a modest weight loss in selected patients. It is considered a safer procedure compared to revision surgery, although complications should not be underestimated.
BIBLIOGRAFIA	

Note

--

IDabstract	131
Speaker	Boru Cristian Eugeniu under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Reinterventi in chirurgia bariatrica
TITOLO DEL LAVORO	CONVERSIONE DI SLEEVE IN BYPASS GASTRICO: RISULTATI A BREVE TERMINE
AUTORI	Cristian Boru, Pietro Termine, Francesco De Angelis, Angelo Iossa, Anna Guida, Marcello Avallone and Gianfranco Silecchia Università La Sapienza di Roma, Polo Pontino UOC Chirurgia Generale& Bariatric Center of Excellence-IFSO EC Polo Integrato AUSL LT-ICOT, Latina
RELATORE	
INTRODUZIONE	Introduzione: La sleeve gastrectomy (SG) è ormai l'intervento più eseguito nel mondo, rappresenta oltre il 50% degli interventi bariatrici realizzati ogni anno in Italia, USA e Francia. I risultati a lungo termine riportati sono scarsi, con una percentuale di fallimenti ancora controversale. La conversione in bypass gastrico (BGP) rappresenta una delle opzioni in caso di fallimento o di comparsa di malattia da reflusso gastro-esofageo (MRGE) severa/ernia iatale (HH). Obiettivi: valutare l'incidenza, le indicazioni e gli outcomes delle conversioni di SG in GBP in un centro di eccellenza.
METODI	Materiali e metodi: 975 pazienti sottoposti a SG per obesità patologica nel periodo compreso tra il 2012 e il 2016 sono stati valutati in maniera retrospettiva. Tra questi, i pazienti ri-operati per calo ponderale insufficiente (IWL), per ripresa ponderale (WR), o per MRGE sono stati analizzati per caratteristiche, dettagli operatori, complicanze postoperatorie, miglioramento della MRGE, calo ponderale, motivi del fallimento ed evoluzione delle comorbidità per un periodo di 2 anni.
RISULTATI	Risultati: 14 pazienti (1,4%, 4M/10F, età media 42,7 anni e IMC medio 43,7 kg/m ² alla sleeve) sono stati convertiti a GBP per via laparoscopica dopo un periodo medio di 35 mesi. Le cause di conversione sono state: IWL (7,1%), WR (28,5%) e MRGE (64,2%). IMC iniziale è stato di 42,7 kg/m ² , alla revisione è stato 33,7, mentre di 29,2 a 12 mesi dopo BPG. Il tempo operatorio medio è stato di 150 ± 50 minuti, con una degenza postoperatoria media di 5,2 ± 1,1 giorni. Tra questi, è stata registrata una fistola anastomotica (7,1%) in una paziente con precedente gastroplastica verticale convertita a SG, rioperata per MRGE a 12 mesi dalla sleeve, ad un IMC di 25, con degenza prolungata (90 giorni). Risoluzione della MRGE si è registrata in 90% dei casi rioperati.
DISCUSSIONE	Conclusioni: La conversione della SG in GBP è sicura ed efficace nel medio termine, confermandosi quale valida opzione nel trattamento della MRGE post SG, predominante come causa di conversione. Il follow-up a lungo termine è necessario per confermare i dati sul mantenimento del calo ponderale.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract

113

Speaker

Veltri

Marco

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Reinterventi in chirurgia bariatrica

TITOLO DEL LAVORO**REOPERATIVE BARIATRIC SURGERY**

AUTORI

Marco Veltri(1), Alessandra Lucchetta(1), Enrico Facchiano(2), Luca Leuratti(2), Emanuele Soricelli(2), Giovanni Quartararo(2), Marcello Lucchese(2)

(1) SOC Chirurgia Generale Ospedali di Rovigo e Trecenta (RO) - Azienda ULSS 5 Polesana - Regione Veneto

(2) SOS Chirurgia Generale, Bariatrica e d'Urgenza - Ospedale Santa Maria Nuova - Azienda Toscana Centro - Regione Toscana

RELATORE

INTRODUZIONE

L'obesità è una patologia cronica largamente diffusa nel mondo, che richiede un trattamento costante anche a causa delle conseguenti comorbidità. A differenza di strategie conservative, dimostrate inefficaci, la chirurgia bariatrica si è rivelata la terapia più efficace ed importante ed è in continua crescita. Tuttavia, un certo numero di pazienti non risponde adeguatamente alla terapia: il 10-25% circa dei pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica richiedono un reintervento, essenzialmente a causa di un'insufficiente perdita di peso, una ripresa del peso perso a distanza di tempo o a complicanze della procedura iniziale.

Questo tipo di chirurgia è più complessa tecnicamente ed è associata ad un più alto numero di complicanze; tale rischio si riduce quando la procedura è eseguita da un chirurgo esperto in bariatrica. Lo scopo di questo lavoro è di riassumere le evidenze disponibili nella letteratura più recente su questo tema, evidenziando i risultati di un'appropriata selezione della strategia operatoria.

METODI

E' stata effettuata una ricerca su MEDLINE dal 2011 al gennaio 2017 utilizzando le parole chiave: "bariatric surgery", "reoperation", "revisional bariatric surgery", "redo bariatric surgery", "weight regain", "gastric banding", "gastroplasty", "sleeve gastrectomy", "Roux-en-Y bypass", "gastric bypass", "biliopancreatic diversion". L'opzione "related article" è stata utilizzata per ampliare ulteriormente la ricerca. Per ogni tipo di intervento considerato si sono analizzate le cause del fallimento e le possibili strategie operatorie da utilizzare nel reintervento, considerandone gli outcomes in termini di perdita del peso in eccesso (EWL) raggiunta e tasso di complicanze postoperatorie.

RISULTATI

Indicazioni al reintervento: L'indicazione principale è data dall'inadeguata perdita di peso, la cui definizione è ancora in parte dibattuta, ma che generalmente viene intesa come un calo <50% del peso in eccesso (EWL), con o senza un BMI \geq 35 Kg/m², a 18 mesi dall'intervento. Un'altra importante causa è la ripresa del peso in eccesso a distanza di mesi dall'intervento, che può collegarsi anche alla ricomparsa di alcune comorbidità legate all'obesità che in precedenza erano andate incontro a remissione (es: DM II° o IA). Ulteriori indicazioni ad un reintervento possono essere malfunzionamenti del dispositivo e comparsa di complicanze precoci o tardive del primo intervento.

ADJUSTABLE GASTRIC BANDING (AGB)

Se la causa è un inadeguato calo ponderale, un intervento con intento malassorbitivo come il RYGB è il più appropriato; se invece la causa è lo slippage o la dilatazione della tasca gastrica, si può pensare al rebanding o ad una SG. Il reintervento è tecnicamente complesso e gravato da un tasso di complicanze che varia dal 6 al 45%. Può essere eseguito in un tempo oppure in due; una review del 2016 dimostra un rischio di complicanze simile (intorno al 10%) in entrambi i casi.

AGB Replacement/ Refixation: Il rebanding è piuttosto dibattuto; può essere indicato nei

casi di fallimento per cause tecniche come lo slippage o problemi del port. Conversion to RYGB: è considerata la strategia migliore, specialmente in caso di insufficiente calo ponderale, ripresa del peso e comparsa di reflusso. E' associata con un EWL del 50-57%. Sembra esserci un più alto tasso di complicanze rispetto a un RYGB primitivo (3-29.3%), soprattutto in termini di sanguinamento postoperatorio e leak dell'anastomosi.

Uno studio retrospettivo di Van Wezenbeek et al. dimostra che il bypass gastrico dopo fallimento sia del bendaggio che della SG è un intervento efficace, con risultati in termini di complicanze postoperatorie e di %EWL comparabili (nonostante vi sia un maggiore calo ponderale nei pazienti con AGB, poiché partono da un BMI preoperatorio più elevato). Conversion to SG: L'indicazione principale è data dal fallimento dell'AGB per slippage o dilatazione della tasca, per cui un nuovo intervento malassorbitivo permette comunque un adeguato calo ponderale. E' riportato un EWL del 35-40%, ma con una ripresa del peso di circa 8 Kg/m² dopo 2 anni. Il rischio di complicanze in una recente review è risultato essere del 12.2%, con il 5.6% di leak anastomotico. Ha comunque il vantaggio di essere un intervento tecnicamente più semplice, con un ridotto tempo operatorio e di degenza rispetto al RYGB. Occorre ricordare l'importanza della valutazione della presenza di reflusso, che controindica l'esecuzione di SG.

VERTICAL BANDED GASTROPLASTY (VBG)

La VBG sembra dare buoni risultati in termini di %EWL nel breve termine, tuttavia il follow-up a lungo termine ha dimostrato un fallimento del risultato nel 20-65% dei casi, con una percentuale di reintervento dal 10 al 56%. La revisional surgery in questi casi è piuttosto complessa, per la presenza di aderenze e di un'alterata anatomia che comportano spesso un tempo operatorio lungo e un rischio di sanguinamento durante la procedura maggiore, per cui è indispensabile che sia eseguita in centri ad alto volume, da chirurghi bariatrici esperti.

Conversion to RYGB: è l'intervento ideale, perché associa il calo ponderale alla risoluzione delle complicanze legate all'ostruzione dell'outlet dello stomaco prossimale. E' descritto un rischio di complicanze che va dal 8.9 al 21%. Gagner et al. descrivono un EWL del 47% a 26 mesi ed un tasso di complicanze postoperatorie del 38%, divise in precoci (<30 gg) e tardive. Tra le prime le più frequenti sono il leakage anastomotico (4.8%) e le ulcere marginali (2.9%), mentre tra le tardive vi sono un 11.4% di stenosi anastomotiche. Conversion to SG: E' stato descritto un maggior numero di fistole a causa della prossimità tra la nuova staple line e la precedente staple line verticale (14%).

SLEEVE GASTRECTOMY (SG)

La prima indicazione alla revisione della SG è l'inadeguata perdita di peso o la ripresa di peso a distanza di tempo (5-10%), dovuta probabilmente a una distensione dello stomaco tubulizzato, all'incompleta asportazione del fondo gastrico o alla creazione di uno stomaco tubulizzato troppo ampio. In questi casi sicuramente l'intervento correttivo ideale prevede un intervento come il RYGB, anche se Iannelli descrive una buona perdita di peso in eccesso a distanza di un anno (46.5%) con una re-sleeve effettuata solo su pazienti in cui era risultata incompleta l'asportazione del fondo gastrico. Altra indicazione frequente è la comparsa di GERD: in questi casi sarà opportuno convertire la SG in RYGB. La fistola lungo la linea di sutura è la complicanza più temuta della SG (0.5-20%) e provoca dolore addominale, febbre e sepsi, per cui è necessario drenare la raccolta e considerare il posizionamento endoscopico di uno stent a coprire il sito della perforazione.

DISCUSSIONE

Alla luce di quanto riportato si può concludere che alcuni interventi come l'AGB e la VBG possano essere oramai da eseguire solo in casi selezionati perché non danno un outcome favorevole in termini di calo ponderale e nel lungo termine sono state evidenziate delle complicanze che richiedono molto spesso un reintervento. Nella revisional surgery sia l'opzione restrittiva che malassorbitiva sono ragionevoli, seppur con efficacia diversa. Diventa pertanto di importanza fondamentale una valutazione preoperatoria multidisciplinare del paziente, che comprenda una valutazione del primo intervento e dell'attuale anatomia, del BMI e delle comorbidità, una valutazione

endoscopica che fornisca informazioni su un'eventuale GERD, una valutazione nutrizionale che escluda comportamenti alimentari alterati, così come una psichiatrica. Questo tipo di interventi inoltre è gravato da un alto tasso di complicanze; è pertanto consigliabile affidarsi a centri ad alto volume, con chirurghi esperti.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	115
Speaker	Andreoli Mara under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Reinterventi in chirurgia bariatrica
TITOLO DEL LAVORO	REVISIONE DI BYPASS GASTRICO FUNZIONALE CON FUNDECTOMIA MEDIANTE AMPLIAMENTO DEL TRAMITE GASTRO-GASTRICO IN CASO DI MALASSORBIMENTO O DUMPING SINDROME.
AUTORI	M. ANDREOLI, L. MASCHERONI, I. SALATI, R. GRIGNANI, F. ALBANI, R. CURTI, E. LATTUADA. HUMANITAS SAN PIO X MILANO
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>Il bypass gastrico funzionale con fundectomia (sec. Lesti) è una variante del bypass gastrico che prevede l'esplorazione endoscopica dello stomaco bypassato mediante la realizzazione di un passaggio calibrato gastro-gastrico di 32 F a valle della anastomosi gastro-digiunale. Durante l'intervento, sulla guida di una sonda del calibro di 32 F, si posiziona una benderella in Gore-Tex® che viene stabilizzata con punti in filo intrecciato non riassorbibile extra viscerale.</p> <p>Nei pazienti sottoposti a bypass gastrico tradizionale l'intervento di riconversione risulta tecnicamente complesso e rischioso per il paziente.</p> <p>Segnaliamo due casi nei quali tale riconversione è stata eseguita in pazienti sottoposte a intervento di bypass funzionale. Si è proceduto a revisione del bypass funzionale con ampliamento del tramite gastro-gastrico mediante rimozione dei punti sulla benderella e riposizionamento degli stessi ottenendo un canale alimentare calibrato a 20 mm. In tal modo è stato possibile con un intervento privo di anastomosi ottenere una riduzione della quota malassorbitiva del bypass senza annullarla completamente.</p>
METODI	<p>Due pazienti di anni 46 e 37, sono state sottoposte presso la nostra struttura a Bypass Gastrico Funzionale sec. Lesti e nel 2013 e nel 2015.</p> <p>Le pazienti eseguivano regolari controlli chirurgici e dietistici, l'andamento del decremento ponderale viene riportato nella tabella sottostante:</p> <p>INTERVENTO</p> <p>PESO (BMI) 0 mesi PESO (BMI) 12 mesi PESO (BMI) 24 mesi PESO (BMI) 36 mesi PESO (BMI) 2</p> <p>PZ 1 (2013) 123 (40,5) 92 (31) 78 (26,5) 70 (23,5) 63 (21,5) 2</p> <p>PZ 2 (2015) 99 (35,5) 70 (24) 61 (21) 51 (17,5) 2</p> <p>Le due pazienti sono state candidate a riconversione del bypass gastrico per l'insorgenza di: anemia, sindrome da malassorbimento e astenia (paziente 1) e severa sintomatologia da Dumping Sindrome con malnutrizione (paziente 2).</p>
RISULTATI	<p>Le pazienti sono state sottoposte con accesso laparoscopico a "sezione dei punti sulla benderella con forbice e riposizionamento degli stessi realizzando un canale alimentare più ampio con diametro di 20 mm". La durata dell'intervento è stata rispettivamente di 105 e 90 minuti e le pazienti sono state dimesse dopo controllo radiologico con RX transito con gastrografin in IV e III giornata.</p> <p>Entrambe le pazienti hanno presentato un miglioramento clinico, in particolare correzione della anemia e astenia (pz 1) e la remissione immediata della sintomatologia da Dumping (pz 2).</p> <p>In considerazione del breve tempo di osservazione non siamo in grado di esprimerci per quanto riguarda l'andamento ponderale, ma i risultati sulla prima paziente operata un anno fa sembrano incoraggianti (+5 kg in 11 mesi).</p>
DISCUSSIONE	Questi casi, i primi nella nostra esperienza di bypass gastrico funzionale, indicano la

possibilità di una riconversione tecnicamente semplice che non comporti la perdita totale della funzione del bypass.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

17

Speaker

Cariani

Stefano

under40



ARGOMENTO

Area chirurgica - Reinterventi in chirurgia bariatrica

TITOLO DEL LAVORO**RE-DO SURGERY DI VBG COMPLICATE O FALLITE: CONVERSIONE A BYPASS GASTRICO SU VBG - Studio retrospettivo su 133 pazienti con follow-up fino a 5 anni.**

AUTORI

Stefano Cariani, Beatrice Torre, Francesca Solari, Francesca Balsamo.

Azienda Ospedaliero/Universitaria di Bologna

UOS e Centro di Studio di Chirurgia dell'Obesità Patologica

RELATORE

INTRODUZIONE

Dopo una gastroplastica verticale (VBG), oltre al fallimento per recupero ponderale senza alterazioni anatomico-chirurgiche, le complicanze tardive più frequenti sono la deiscenza sutura verticale, la dilatazione della pouch, la stenosi e/o la torsione dell'outlet e il decubito della benderella, spesso variamente associate e con diverso impatto sul peso e sulla qualità di vita del paziente. La chirurgia di revisione (RE-DO) dopo VBG rappresenta una sfida non solo per la riconosciuta difficoltà tecnica, ma anche per il possibile conseguimento di buoni risultati immediati e tardivi sia in termini di complicanze che di equilibrio ponderale del paziente. L'esperienza chirurgica bariatrica riportata in letteratura ha dimostrato che una semplice re-confezione della pouch (re-VBG) è gravata da elevato tasso di insuccessi [1] ed ulteriori complicanze, mentre la conversione a bypass gastrico su ansa alla Roux (RYGB) è la più adottata strategia chirurgica [2,3], efficace quando non prescinda da corretta valutazione psicologico-comportamentale del paziente.

In questo lavoro si presentano i risultati di 14 anni di esperienza nella chirurgia di revisione di un singolo centro, focalizzando sui pazienti operati di bypass gastrico su gastroplastica (RYGB-on-VBG)[4,5] come conversione di pregressa VBG complicata o fallita.

METODI

Dal 2003, 133 pazienti con pregressa VBG sono stati sottoposti a conversione in RYGB-on-VBG e seguiti in uno studio di coorte retrospettivo. 25 di questi pazienti avevano eseguito il primo intervento in altro centro. Nel pre-operatorio tutti i pazienti sono stati sottoposti a studio radiologico/endoscopico del tratto esofago-gastrico e a valutazione psicologico-comportamentale. Tutti gli interventi, condotti in laparotomia, sono stati di bypass gastrico con pouch verticale di 30 cc (re-confezionata quando necessario), con outlet gastro-gastrico di 1.1 cm sormontato da benderella in GoreTex, Roux di 30-150 cm con anastomosi manuali. L'età media al re-intervento era di 45 anni.

Alla VBG, il peso medio era di 124,43 ± 18,01; BMI medio era di 46,5 ± 5,6 kg/m². 110 pazienti sono stati revisionati per ripresa ponderale, pura o con deiscenza sutura verticale, torsione dell'outlet o dilatazione pouch; peso medio 94,81 ± 20,10 kg, BMI medio 35,56 ± 7,42 kg/m² (Gruppo 1).

23 pazienti sono stati revisionati per vomito eccessivo, con stenosi o torsione dell'outlet, con o senza dilatazione della pouch; peso medio 83,22 ± 30,79 kg, BMI medio 30,78 ± 10,1 kg/m² (Gruppo 2).

I risultati del follow-up sono stati analizzati a 6 mesi, 2 e 5 anni.

RISULTATI

Per tutti i pazienti non sono state registrate complicanze chirurgiche precoci (30 gg) o tardive. I pazienti del Gruppo 1 a 6 mesi hanno un peso medio di 80,49 ± 14,6 kg e un BMI medio di 26,3 ± 11,5 kg/m² e 5 (4.5%) presentano vomito sporadico; a 2 anni, peso medio 81,36 ± 15,92 kg e BMI medio di 30,6 ± 5,6 kg/m², nessun caso di vomito; a 5 anni, peso medio di 81,13 ± 14,46 kg e BMI medio di 30,0 ± 5,6 kg/m², nessun caso di vomito. I pazienti del Gruppo 2 a 6 mesi hanno un peso medio di 81,18 ± 25,35 kg e BMI medio di 29,8 ± 9,9 kg/m² e 3 (13 %) pazienti presentano vomito sporadico; a 2 anni, peso medio

di 72,85 + 19,67 kg e BMI medio di 27,6 ±4,9 kg\m2, nessun caso di vomito; a 5 anni, peso medio di 75,38 ± 26,33 kg e BMI medio di 27,2±6,5 kg\m2, nessun caso di vomito.

DISCUSSIONE

L'esecuzione di un bypass gastrico su gastroplastica (RYGB-on-VBG), condotto per via laparotomica, come conversione di VBG si è dimostrato intervento sicuro ed efficace. In entrambi i gruppi di pazienti analizzati, il RYGB-on-VBG ha risolto completamente la sintomatologia (il vomito e la ripresa ponderale), mantenendo nel lungo termine un buon equilibrio ponderale. Frutto di un'attenta selezione pre-operatoria, è chiaro che risulta fondamentale una corretta indicazione alla conversione in bypass gastrico piuttosto che ad una re-do con ripristino gastrico o con intervento malassorbitivo, per ottenere buoni risultati. Rimane evidente come sia fondamentale il follow-up psicologico-comportamentale, con attenzione maggiore al paziente che ha subito una procedura di revisione.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Zariani 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
- 2) 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
- 3) Annelli 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.
- 4) Zariani 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.
- 5) Zariani 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.

Note

IDabstract	65
Speaker	ZULLINO ANTONIO under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area chirurgica - Reinterventi in chirurgia bariatrica
TITOLO DEL LAVORO	Revisional surgery after failed gastric banding: a 15-year experience at our high-volume centre
AUTORI	Zullino A., Ravasio G, Califano AD, Di Mare G, Cutolo P, Centurelli A, Weiss A, Asteria C, Cavicchioli M and Giovanelli A (Istituto Clinico Sant'Ambrogio, Milano)
RELATORE	
INTRODUZIONE	Adjustable Gastric Banding (AGB) represents the first surgical approach used to treat morbid obesity. Increasing experience and long-term observational studies have demonstrated a high rate of failure, due to both mechanical complications and inadequate weight loss. Reoperation is mandatory in most cases, in order to treat the band-related complications and to offer a good weight control. This article reports our experience with revisional weight loss surgery after failed AGB.
METODI	Between January 2000 and December 2014 all patients who underwent AGB and those who required surgical revision at our institution were retrospectively selected using a prospectively maintained database. A minimum follow-up of 24 months was considered. Conversion to sleeve gastrectomy (SG), to Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) and re-banding were compared.
RISULTATI	During this period 1078 patients received AGB and 99 (9.1%), 85 females and 14 males required revisional surgery after a mean period of 6 years: 71 were reoperated for inadequate weight loss and 28 due to a mechanical complication. After revisional surgery, mean BMI was reduced from 41.2 \pm 7.7 to 31.4 \pm 5.5 Kg/m ² at 36 months and mean %EWL was increased up to 65.0 \pm 35.2 % at 12 months, remaining > 60% until 36 months and > 50% until 60 months from redo-surgery. Revisional RYGB and SG have shown a similar efficacy in enhancing weight control in those patients who firstly experienced AGB. Re-banding has been proposed in selected well-informed patients, but showed less weight control compared to first AGB. After revisional surgery, early complications occurred in 3 patients (3%), including one case of gastric leak in SG conversion, late complications in 18 patients (18%) with need of reoperation in 7 cases.
DISCUSSIONE	Our data seem to suggest that AGB is associated with 9,1 % of failure, so it should be advised in selected patients. Moreover, in our experience, revisional RYGB and SG have demonstrated to produce a similar improvement in weight loss after failed AGB, with acceptable safety.
BIBLIOGRAFIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saber AA, Elgamal MH, McLeod MK. Bariatric surgery: the past, present, and the future. <i>Obes Surg</i> 2008;18:121-8 2. Hoursheed MA, Al-Bader IA, Al-Safar FS, Mohammad AL, Shukkur M, Dashti HM. Revision of failed bariatric procedure to Roux-en-Y gastric bypass (RYGB). <i>Obes Surg</i> 2011;21:1157-60 3. van Wageningen B, Berends FJ, van Ramshorst B, Janssen IMC. Revision of failed laparoscopic adjustable gastric banding to Roux-en-Y gastric bypass. <i>Obes Surg</i> 2006;16:137-41 4. Suter M, Calmes JM, Paroz A, Giusti V. A 10-year experience with laparoscopic gastric banding for morbid obesity: high long-term complication and failure rates. <i>Obes Surg</i> 2006;16:829-35 5. Allen JW. Laparoscopic gastric band complications. <i>Med Clin N Am</i> 2007;91:485-97 6. Weber M, Muller MK, Michel JM, Belal R, Horber F, Hauser R, Clavien PA. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass, but not rebanding, should be proposed as rescue procedure for patients with failed laparoscopic gastric banding. <i>Ann Surg</i> 2003;238:827-33

7. Müller MK, Attigah N, Wildi S, Hahnloser D, Hauser R, Clavien PA, Weber M. High secondary failure rate of rebanding after failed gastric banding. *Surg Endosc* 2008;22:448-53
8. Riele WW, van Santvoort HC, Boerma D, van Westreenen HL, Wiezer MJ, van Ramshorst B. Rebanding for slippage after gastric banding: should we do it? *Obes Surg* 2014;24:588-93
9. Inahas A, Graybiel K, Farrokhyar F, Gmora S, Anvari M, Hong D. Revisional surgery after failed laparoscopic adjustable gastric banding: a systematic review. *Surg Endosc* 2013;27:740-5
10. Gagner M, Gumbs AA. Gastric banding: conversion to sleeve, bypass, or DS. *Surg Endosc*. 2007;21:1931-5
11. Suter M, Giusti V, Heraief E, Calmes JM. Band erosion after laparoscopic gastric banding: occurrence and results after conversion to Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg* 2004;14:381-6
12. Mogno P, Chosidow D, Marmuse JP. Laparoscopic conversion of laparoscopic gastric banding to Roux-en-Y gastric bypass: a review of 70 patients. *Obes Surg* 2004;14:1349-53
13. Abu-Gazala S, Keidar A. Conversion of failed gastric banding into four different bariatric procedures. *Surg Obes Relat Dis* 2012;8:400-7
14. www.sicob.org
15. Chevallier JM, Zinzindohoué F, Douard R, Blanche JP, Berta JL, Altman JJ, Cugnenc PH. Complications after laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity: experience with 1000 patients over 7 years. *Obes Surg* 2004;14:407-14
16. Polóczy P, Novak P, Kralova A. 30% complications with adjustable gastric banding: what did we do wrong? *Obes Surg* 2001;11:748-51
17. Peterli R, Donadini A, Peters T, Ackermann C, Tondelli P. Re-operation following laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg* 2002;12:851-6
18. Favretti F, Cadiere GB, Segato G, Himpens J, Busetto L, De Marchi F, Vertruyen M, Enzi G, De Luca M, Lise M. Laparoscopic adjustable silicone gastric banding (Lap-Band): how to avoid complications. *Obes Surg* 1997;7:352-8
19. Park YH, Kim SM. Laparoscopic sleeve gastrectomy as revisional surgery for adjustable gastric band erosion. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2014;24:593-600
20. Boletto M, Prevedello L, Bernante P, Luca B, Vettor R, Francini-Pesenti F, Scarda A, Brocadello F, Motter M, Famengo S, Nitti D. Sleeve gastrectomy as revisional procedure for failed gastric banding or gastroplasty. *Surg Obes Relat Dis*. 2010;4:146-51
21. Annelli A, Schneck AS, Ragot E, Liagre A, Anduze Y, Msika S, Gugenheim J. Laparoscopic sleeve gastrectomy as revisional procedure for failed gastric banding and vertical banded gastroplasty. *Obes Surg* 2009;19:1216-20
22. Tran TT, Pauli E, Lyn-Sue JR, Haluck R, Rogers AM. Revisional weight loss surgery after failed laparoscopic gastric banding: an institutional experience. *Surg Endosc* 2013;27:4087-93
23. Moore R, Perugini R, Czerniach D, Gallagher-Dorval K, Mason R, Kelly JJ. Early results of conversion of laparoscopic adjustable gastric band to Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2009;5:439-43
24. Iii MV, Lake AC, Kenfield C, Hopkins GH. Laparoscopic conversion of failed gastric banding to Roux-en-Y gastric bypass: short-term follow-up and technical considerations. *Obes Surg* 2012;22:1022-8
25. Abdelgawad M, De Angelis F, Iossa A, Rizzello M, Cavallaro G, Silecchia G. Management of complications and outcomes after revisional bariatric surgery: 3-year experience at a bariatric center of excellence. *Obes Surg* 2016;26:2144-9
26. Csepe J, Quinn T, Pomp A, Gagner M. Conversion to a laparoscopic biliopancreatic diversion with a duodenal switch for failed laparoscopic adjustable silicone gastric banding. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2002;12:237-40
27. Dolan K, Fielding G. Biliopancreatic diversion following failure of laparoscopic adjustable gastric banding. *Surg Endosc* 2004;18:60-3
28. Askalakakis M, Scheffel O, Theodoridou S, Weiner RA. Conversion of failed vertical banded gastroplasty to biliopancreatic diversion, a wise option. *Obes Surg* 2009;19:1617-

	23
Note	

IDabstract 14

Speaker de siena teresa under40

ARGOMENTO Area chirurgica - Reinterventi in chirurgia bariatrica

TITOLO DEL LAVORO **Intervento di mini bypass gastrico dopo fallimento nell'utilizzo del bendaggio gastrico nel trattamento dell'obesità grave: nostra esperienza**

AUTORI Teresa De Siena, Vincenzo Bruni, Vincenzo Feliziani, Giovanna Mezzina, Ilaria Chioccia

RELATORE

INTRODUZIONE L'utilizzo del bendaggio gastrico (GB) nel trattamento dell'obesità patologica consente di ottenere una perdita del 50% di peso corporeo nei casi di obesità grave. La perdita di peso però è minore e più lenta rispetto ad altre opzioni chirurgiche ed inoltre non sempre si riesce a raggiungere o mantenere la perdita di peso. Noi riportiamo la nostra esperienza nell'eseguire un mini by pass gastrico laparoscopico nei casi di insuccesso dopo posizionamento di bendaggio gastrico.

METODI Nel periodo che va da Gennaio 2014 e Gennaio 2017 abbiamo eseguito 14 interventi di mini by-pass gastrico (MBP) laparoscopico nei pazienti che avevano posizionato un GB senza ottenere un significativo risultato in perdita di peso valutando le effettive diminuzioni del BMI. Il fallimento della procedura veniva posto per valori di BMI >35.

RISULTATI Sono stati eseguiti 26 interventi di MBP, con un età media di 42 (range 22-62, con BMI pre-operatorio di 37,7 (range 33,5-41,9). Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di rimozione del bendaggio e contemporaneo confezionamento del MBP in laparoscopia senza nessuna complicanza. La durata dell'intervento è stata di 90'. La degenza ospedaliera è stata di 3 giorni. Il controllo a distanza di 60 giorni ha evidenziato una significativa diminuzione del BMI con valori pari circa 30,6 (range 24,8-35) così come è stato ottenuto un netto miglioramento della sintomatologia nei casi di reflusso esofageo, remissione delle apnee notturne e del diabete.

DISCUSSIONE In letteratura sono presenti ancora pochi studi con grosse casistiche e sebbene presso il nostro centro siano stati eseguiti solo 26 interventi anche la nostra esperienza conferma la validità della procedura.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

9

Speaker

Schiavo

Luigi

under40



ARGOMENTO

Area Nutrizionale - Deficit vitaminici. Specifiche integrazioni

TITOLO DEL LAVORO

L'identificazione e la correzione preoperatoria dei deficit vitaminico/minerali nei pazienti obesi candidati a Sleeve Gastrectomy gioca un ruolo chiave nel prevenire l'insorgenza precoce di deficit micronutritivi postoperatori

AUTORI

Luigi Schiavo, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraciche e Respiratorie, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli".

Giuseppe Scalera, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraciche e Respiratorie, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli".

Vincenzo Pilone, Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, "Scuola Medica Salernitana", Università degli Studi di Salerno.

Antonio Iannelli, University of Nice Sophia-Antipolis, F-06107, Nice, France.
iannelli.a@chu-nice.fr

Alfonso Barbarisi, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraciche e Respiratorie, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli".

RELATORE

INTRODUZIONE

La sleeve gastrectomy (SG) rappresenta ad oggi uno degli interventi di chirurgia bariatrica maggiormente effettuati in Italia, in Europa e nel Mondo. Diversi studi hanno evidenziato la presenza precoce di carenze vitaminico/minerali nei pazienti obesi sottoposti a SG, soprattutto vitamina D, vitamina B12, acido folico, zinco e ferro. Curiosamente gli stessi deficit rilevati in seguito all'intervento di SG, sono spesso presenti anche nel preoperatorio in quanto associati alla condizione di obesità. Lo scopo del presente lavoro è stato quello di valutare se la identificazione e la correzione preoperatoria di tali deficit micronutritivi avesse un impatto positivo nel prevenire l'insorgenza precoce di deficit micronutritivi postoperatori.

METODI

Ottanta pazienti sottoposti a SG sono stati retrospettivamente valutati. I pazienti sono stati suddivisi a seconda che (Gruppo A, n = 42) oppure no (Gruppo B, n = 38) fossero stati sottoposti alla identificazione e correzione preoperatoria dei deficit micronutritivi. Lo status vitaminico/minerale è stato valutato nel preoperatorio e dopo 3 e 6 mesi dall'intervento di SG in entrambi i gruppi e i dati ottenuti sono stati confrontati con i valori standard di riferimento clinico. Nel post-SG, ai pazienti di entrambi i gruppi è stata prescritta la stessa dieta postoperatoria ed il loro "intake" di nutrienti valutato.

RISULTATI

Prima dell'intervento di SG, i pazienti non sottoposti alla identificazione e correzione preoperatoria dei deficit micronutritivi presentavano soprattutto carenze di vitamina B12, acido folico, vitamina D, ferro e zinco. Al contrario, i pazienti che avevano ricevuto la correzione preoperatoria dei deficit vitaminico/minerali sono arrivati all'intervento di SG senza presentare alcuna carenza micro-nutrizionale. Pertanto, questi pazienti non hanno ricevuto alcuna supplementazione postoperatoria di micronutrienti, mentre i pazienti del gruppo B hanno ricevuto un supplemento specificamente formulato per i pazienti sottoposti a SG. Dopo 3 e 6 mesi dall'intervento di SG, nessun paziente del gruppo A ha sviluppato nuove carenze, mentre tutti i pazienti che risultavano carenti in fase pre-operatoria hanno continuato a mostrare le stesse carenze, nonostante la supplementazione specifica prescritta. Nessuna differenza significativa ($p < 0.01$) è stata rilevata in termini di assunzione di nutrienti in entrambi i gruppi. Quindi, le carenze vitaminico/minerali che si riscontrano nei pazienti obesi sottoposti a SG nel primo periodo post-operatorio sono per lo più da attribuire alla presenza di carenze micronutritive preesistenti e non all'atto chirurgico o al tipo di alimentazione post-

operatoria.

DISCUSSIONE

L'identificazione e la correzione preoperatoria dei deficit vitaminico/minerali nei pazienti obesi candidati a SG gioca un ruolo chiave nel prevenire l'insorgenza precoce di deficit micronutritivi postoperatori.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

58

Speaker

Bella

Daniela

under40



ARGOMENTO

Area Nutrizionale - Malnutrizione proteica post-chirurgia

TITOLO DEL LAVORO

Validare l'uso dell'integrazione proteica durante la fase acuta di calo ponderale dopo intervento di sleeve gastrectomy

AUTORI

Rava Jacopo
Bella Daniela
Maltagliati Manuela
Rivolta Umberto
Sarro Simonetta
Turconi Valeria
Sarro Giuliano Riccardo

RELATORE

INTRODUZIONE

Si tratta di uno studio di intervento composto da due gruppi, da 20 pazienti ciascuno, suddivisi in un gruppo di intervento ed in un gruppo di controllo, in cui:
nel gruppo di intervento, viene somministrato un piano alimentare suddiviso in quattro fasi da 10 giorni ciascuna (Fase liquida, fase omogeneizzata, fase morbida, dieta finale) con somministrazione di supplementi che comprendono l'assunzione di un integratore (24 grammi di proteine al giorno), di un polivitaminico (2 grammi al giorno) e di vitamina D 2000 U.I. (una compressa al giorno, contenente 50 µg di colecalciferolo).
La dieta, viene suddivisa in 3 fasi, una prima fase di dieta liquida, una seconda fase di dieta frullata ed un'ultima fase di dieta morbida. Ogni fase ha una durata di 7 massimo 10 giorni.
Nel gruppo di controllo, viene somministrato lo stesso protocollo alimentare del gruppo d'intervento, con la somministrazione di supplementi che comprendono una supplementazione polivitaminica e di vitamina D.
Il trattamento o supplementazione, consiste nella assunzione di di un multivitaminico (2 grammi al giorno) e di vitamina D 2000 U.I. (una compressa al giorno, contenente 50 µg di colecalciferolo). In questo modo, i due gruppi differiscono della sola variabile, ovvero della supplementazione proteica.

METODI

BIA.
Stadiometro.
Rapporto FM/FFM.
Nello studio si prevede l'assunzione di un integratore proteico, polivitaminico e vitamina D.
Esami ematici (Emocromo e Albumina).

RISULTATI

Studio in corso di valutazione.

DISCUSSIONE

Valutare la variazione corporea in pazienti del gruppo di intervento con dieta ipocalorica di adattamento supplementata da integratore proteico, polivitaminico e di vitamina D 2000 U.I., rispetto ai pazienti del gruppo di controllo con analoga alimentazione ma solo supplementati con integratori politaminico e di vitamina D 2000 U.I.
Calcolare il rischio relativo di Sarcopenia nei pazienti dei due gruppi in studio, e validare l'uso di integrazione proteica per diminuire il rischio relativo di contrarre sarcopenia nel periodo post-operatorio di sleeve gastrectomy.
Calcolare il rischio relativo di malnutrizione proteico energetica tramite analisi biumorale di Albumina sierica e conta Linfocitaria totale presente negli esami di routine nelle visite ambulatoriali.

BIBLIOGRAFIA

Note

--

IDabstract	11
Speaker	Giuffrè Monica under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area Nutrizionale - Valutazione nutrizionale pre e post-chirurgia
TITOLO DEL LAVORO	LO START UP DI UN CENTRO DI CHIRURGIA BARIATRICA
AUTORI	Monica Giuffrè, Francesca Bruno, Carlo D'Angelo, Riccardo Rizzo e Vincenzo Borrelli U.O. Chirurgia Generale e Bariatrica Istituto di Cura Città di Pavia - Gruppo Ospedaliero San Donato
RELATORE	
INTRODUZIONE	Le linee guida nazionali (SICOB) ed internazionali (IFSO) dettano i criteri per definire le caratteristiche di un centro di chirurgia bariatrica. Scopo di questo studio è analizzare i risultati ottenuti nel primo anno di attività del centro di chirurgia bariatrica dell'Istituto di cura Città di Pavia.
METODI	A gennaio 2016 è stata avviata l'unità di chirurgia generale e bariatrica presso l'Istituto di cura Città di Pavia. L'organizzazione del centro è stata coordinata dal responsabile chirurgo e dalla nutrizionista, entrambi con comprovata esperienza in chirurgia dell'obesità, che hanno provveduto a creare un'equipe multidisciplinare compresa una segretaria dedicata. Sono stati istituiti ambulatori di prime visite e di follow up con SSN. La struttura è stata dotata di strumenti specifici per il paziente obeso in sala operatoria, nel reparto di degenza e lungo il percorso diagnostico pre e post-operatorio.
RISULTATI	I pazienti obesi che si sono rivolti al centro hanno seguito un percorso terapeutico standardizzato secondo le linee guida nazionali ed internazionali e 217 di questi sono stati sottoposti alle principali procedure di chirurgia bariatrica sia primarie che secondarie. Non è stata riscontrata mortalità peri e post-operatoria. Il centro ha ricevuto l'accreditamento SICOB come centro affiliato nell'anno 2016 e tutti i casi sono stati inseriti nel registro Nazionale SICOB
DISCUSSIONE	Lo start up di un centro per la chirurgia bariatrica necessita di specialisti dedicati. La struttura deve accogliere i pazienti con attrezzature adeguate per ottimizzare la degenza pre e post-operatoria. L'esperienza già consolidata di almeno due membri dell'equipe e le linee guida nazionali ed internazionali rendono l'organizzazione fattibile e il percorso terapeutico efficace, efficiente e sicuro anche in tempi molto brevi
BIBLIOGRAFIA	-Linee Guida di chirurgia dell'obesità SICOB ed. 2016 -Melissas - IFSO Guidelines for Safety, Quality and excellence in Bariatric Surgery – Ob Surg -Documento per la valutazione dei requisiti di un centro di alta specializzazione per la cura dell'obesità-
Note	

IDabstract

98

Speaker

Vecchio

Consuelo

under40



ARGOMENTO

Area Nutrizionale - Valutazione nutrizionale pre e post-chirurgia

TITOLO DEL LAVORO**EFFICACIA DELLA REDO SURGERY SUL CALO PONDERALE E SULLE COMORBIDITA'**

AUTORI

Vecchio Consuelo, Lamon Valentina, Semeraro Bertozzi Martina, Boggio Anna, Spinola Marta, *Rizzi Andrea, Muzio Fulvio
 Servizio di Dietologia e Nutrizione Clinica - *U.O. Chirurgia
 Ospedale Luigi Sacco – Polo Universitario – ASST Fatebenefratelli Sacco - Milano

RELATORE

INTRODUZIONE

I dati presenti in letteratura indicano che il 10-20% dei pazienti sottoposti a intervento di chirurgia bariatrica necessitano di reintervento. Le cause possono essere rappresentate dal fallimento della procedura primitiva per la ripresa del peso (dopo successo iniziale) o per l'instaurarsi di complicanze a lungo termine che possono compromettere la qualità della vita del paziente operato.

Lo scopo dello studio è valutare le motivazioni che hanno portato al reintervento e l'efficacia dell'intervento di conversione da procedura primitiva bariatrica (Redo-surgery; RS) sul calo ponderale e sulla risoluzione delle comorbidità dopo sei mesi dal reintervento

METODI

Sono stati valutati retrospettivamente 40 pazienti, 37 femmine (92,5%) e 3 maschi (7,5%), età media 51±10 anni, BMI medio 39,8±6,2 Kg/h², sottoposti a intervento di revisione della procedura primitiva di chirurgia bariatrica presso il nostro Ospedale. Sono stati valutati prima dell'intervento (T0) e dopo sei mesi (T1) il peso, il BMI, la composizione corporea mediante bioimpedenziometria (Total Body Water TBW, Fat Mass FM, Free Fat Mass FFM).

Le caratteristiche dei pazienti sottoposti a RS sono indicate nella tabella

Procedura primitiva	Media±DS	Intervento di revisione (T0)	Media±DS
Età media (anni)	38±9	51±10	
BMI (Kg/m ²)	43.1±12.6	39.8±6.2	
Excess Weight (EW Kg)	46.6±31.6	38.6±16.3	
Tipo di intervento			
9 Gastroplastiche verticali		28 Sleeve Gastrectomy	
2 Sleeve gastrectomy		12 Bypass gastrico	
3 Bypass gastric			
26 Gastric banding			
Durata 1° intervento (anni)	7.6±4.4		
BMI minimo raggiunto	31.5±6.4		
Excess Weight Loss (EWL%)	60.0±32.4		

Al momento del reintervento, 11 pazienti (27%) erano ipertesi, 5 pazienti (12,5%) presentavano dislipidemia mista e 2 pazienti (5%) erano affetti da diabete mellito di tipo 2: tutti i pazienti assumevano specifica terapia farmacologica.

L'analisi statistica è stata condotta con il t-test per dati appaiati

RISULTATI

Dei 40 pazienti valutati 35 pazienti (87,5%) sono andati incontro a procedura di revisione per recupero ponderale: 22 pazienti (55%) hanno ripreso peso come conseguenza di condotta alimentare scorretta mentre 13 pazienti (32,5%) per complicanze chirurgiche che hanno richiesto un intervento di rimozione del presidio chirurgico con successivo weight regain. In questi pazienti l'indicazione alla redo surgery era rappresentata principalmente dal recupero ponderale ma anche dalla compromissione della qualità della vita.

Solo 5 (12,5%) dei 40 pazienti invece hanno subito procedura di revisione per complicanze chirurgiche senza weight regain. In questo caso l'indicazione al reintervento era legata alla presenza di comorbidità.

Nella tabella sono riportati i dati relativi alla efficacia del reintervento sul calo ponderale:

T0	Media±DS	T1	Media±DS	t-test

Peso (Kg) 103.0±19.8 78.9±15.5 p = 0.000
BMI (Kg/m2) 39.8±6.2 31.9±4.5 p = 0.000
EW (Kg) 38.6±16.3 12.8±14.8 p = 0.000
EWL (%) 60.0±20.2
FM % 40,6±19,2 34,0±17,0 p = 0.000
FFM (Kg) 57,5±13,2 52,3±26,2 n.s.
TBW (Kg) 57,5±13,2 37,6±7,9 p = 0.000

Per quanto riguarda le comorbidità associate, a sei mesi dopo il re intervento, degli 11 pazienti ipertesi 4 (27%) hanno sospeso la terapia farmacologia; 3 pazienti (12,5%) dei 5 dislipidemici hanno mostrato una normalizzazione sia della colesterolemia sia della trigliceridemia e il 100% dei pazienti diabetici (2 pazienti) hanno sospeso la terapia antidiabetica per normalizzazione sia della glicemia a digiuno sia dell'emoglobina glicata.

DISCUSSIONE

I dati confermano la percentuale elevata di pazienti che arrivano alla RS dopo intervento di LAGB (65% della casistica) e in minor misura di VBG (22.5%) mentre è nettamente inferiore la percentuale di pazienti che hanno effettuato come I intervento BPG (7.5%) o SG (5%).

Il recupero ponderale rappresenta la principale motivazione alla RS (nell'87.5% dei casi) sia come conseguenza di scarsa aderenza alle indicazioni dietetiche sia come conseguenza della rimozione del presidio chirurgico mentre solo il 12.5 % è arrivato alla RS per complicanze chirurgiche.

La RS ha determinato a 6 mesi di distanza una perdita di peso significativa con riduzione del peso e del BMI e con un EWL del 60.0±20.2 % in linea con i dati della letteratura. Questi primi dati confermano la necessità di una attenta scelta della strategia chirurgica in conseguenza della elevata presenza di insuccessi a lungo termine con alcuni tipi di interventi apparentemente più semplici come il LAGB

Inoltre sottolineano ulteriormente il ruolo importante svolto dal dietista e dall'equipe multidisciplinare sia nella scelta dei pazienti candidabili all'intervento sia nel follow-up: l'educazione alimentare preoperatoria, la valutazione della adesione alle indicazioni dietetiche attraverso il contatto periodico con il paziente e soprattutto il supporto psicologico sono importanti per mantenere la motivazione al cambiamento, determinare condotte alimentari corrette, riconoscere precocemente gli errori e le motivazioni psicologiche alle anomalie del comportamento alimentare così da agire tempestivamente sulle motivazioni scatenanti anche con terapie adeguate

BIBLIOGRAFIA

Karmali S., Brar B., Shi X., Sharma AM., De Gara C., Birch DW., Weight Recidivism Post-Bariatric Surgery: A Systematic Review, *Obes Surg* 2013; 23:1922–1933, DOI 10.1007/s11695 013-1070-4
Gentileschi P., Gaspari AL., Re-do Obesity Surgery: indicazioni e linee guida, cap 23, pagg. 175-180
Buckmalter JA., Herbst CA. Jr., Khouri RK., Morbid Obesity. Second gastric operations for poor weight loss. *Am Surg* 1985; 51: 208-11
Laffin M., Karmali S., An update on bariatric surgery. *Curr Obes Rep* 2014; 3:316-320, DOI 10.1007/s13679-014-0111-1

Note

IDabstract

101

Speaker

Ibrahim Gamal S Gamal

under40

ARGOMENTO

Area Nutrizionale - Valutazione nutrizionale pre e post-chirurgia

TITOLO DEL LAVORO

Intermittent Fasting nel paziente sottoposto a LAGB

AUTORI

Autori: Dott. Soliman Gamal, Dott. Rivolta Umberto, Dott. Sarro Giuliano, Dott.ssa Serbelloni Micaela, Dott.ssa Torretta Franca, Dott.ssa Bella Daniela, Dott.ssa Basta Monica

Relatore: Dott. Soliman Gamal

ASST OvestMi - U.O.C. Chirurgia Generale P.O. Magenta/Abbiategrasso

RELATORE

INTRODUZIONE

Dopo il posizionamento di Bendaggio Gastrico Regolabile (LAGB) i pazienti si sottopongono ad un follow-up per ottimizzare la perdita di peso, durante le visite il paziente viene educato ad una corretta alimentazione. Quest'ultima viene introdotta per gradi partendo dall'analisi delle abitudini alimentari del paziente analizzando il diario alimentare settimanale.

Lo scopo di questo lavoro è quello di dimostrare l'efficacia di un protocollo di digiuno intermittente sul miglioramento nell'aderenza al protocollo dietetico e nella perdita di peso nel lungo periodo.

METODI

Il digiuno intermittente (IF, intermittent fasting) è un termine generico riferito a un'ampia categoria di protocolli alimentari dove viene previsto un periodo di digiuno totale o di semi-digiuno (forte restrizione calorica) a breve termine, in maniera più o meno frequente e per un tempo più o meno lungo.

Nello specifico abbiamo testato il Time-Restricted Feeding (TRF), letteralmente alimentazione a tempo ristretto, che prevede l'alternanza tra fasi di digiuno e di alimentazione entro periodi di tempo molto più brevi, sempre all'interno delle 24 ore; Il modello da noi utilizzato di TRF è stata la versione da 16 ore di digiuno e 8 di alimentazione, il cosiddetto rapporto "16/8" detto LeanGains.

Questo schema di alimentazione può apportare benefici legati alla sua influenza sui ritmi circadiani biologici a prescindere dal deficit calorico, inoltre risulta essere molto vantaggioso per poter assecondare i ritmi giornalieri del paziente seguendo le sensazioni di fame, le esigenze sociali e le preferenze personali.

Sono stati arruolati 20 pazienti dal 01/01/2016 al 31/12/2016.

Criteri di inclusione sono stati considerati il pregresso posizionamento di LAGB da almeno un anno, la stabilità dal peso da 3 mesi (con oscillazioni non superiori al 5%), il BMI superiore a 28 Kg/m².

Il modello clinico prevede la presenza di un'educazione alimentare di base, la compliance del paziente, e l'assenza di disturbi del comportamento alimentare.

Durante la visita di controllo, che ha cadenza mensile, vengono effettuati simultaneamente educazione alimentare con eventuali modifiche dei protocolli dietetici, un'eventuale regolazione del bendaggio e breve colloquio psicologico.

RISULTATI

Abbiamo potuto osservare un miglioramento dell'aderenza al protocollo dietetico tra il modello TRF ed il controllo a 5 pasti giornalieri (5P) a calorie equiparate.

I pazienti sottoposti a TRF riferiscono un miglioramento delle sensazioni di fame e sazietà con una perdita di peso maggiore: in media %EWL (percentuale di excess of weight loss) pari a 30% in 6 mesi rispetto a 15% al gruppo a 5 pasti giornalieri e conseguenti minori regolazioni del bendaggio gastrico.

DISCUSSIONE

Il miglior saziamento indotto dallo schema TRF induce i pazienti ad un minor introito calorico giornaliero che si tramuta in una maggior perdita di peso nel lungo periodo e in

un minor numero di regolazioni del bendaggio gastrico.
Il LAGB è una componente di un percorso di rieducazione alimentare, che deve essere integrato con un corretto stile di vita, attività sportiva ed una equilibrata selezione degli alimenti senza però escludere la possibilità di un meal timing personalizzato.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

110

Speaker

Grasso

Luca

under40



ARGOMENTO

Area Nutrizionale - Valutazione nutrizionale pre e post-chirurgia

TITOLO DEL LAVORO**EFFETTO DI UN PARZIALE CALO PONDERALE PREOPERATORIO CON DIETA CHETOGENICA NEI GRAVI OBESI CANDIDATI A CHIRURGIA BARIATRICA**

AUTORI

MAURO TOPPINO, LUCA GRASSO, FABRIZIO REBECCHI, GIULIO DI BENEDETTO, SARA RUSCIO, FARNAZ RAHIMI*, MARIO MORINO

Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Università di Torino

*Nutrizione Clinica, AOU Città della Salute e della Scienza, Torino

RELATORE

INTRODUZIONE

I soggetti con gradi elevati di obesità presentano maggiori problemi gestionali e difficoltà tecniche durante gli interventi chirurgici, nonché un maggior rischio di complicanze postoperatorie. Maggiori BMI ed obesità centrale comportano quasi sempre un'epatomegalia steatosica, unitamente a netto accumulo adiposo viscerale ed abnorme spessore di grasso sottocutaneo, che ostacolano le manovre chirurgiche. Tali soggetti dovrebbero affrontare l'intervento in condizioni più idonee, con un calo ponderale parziale preoperatorio, difficile peraltro da ottenere per la loro scarsissima compliance. Recentemente, secondo dati della letteratura, le diete chetogeniche si sono dimostrate efficaci nell'indurre un calo ponderale soddisfacente in elevata percentuale di casi. Scopo del presente lavoro è stato verificare se l'utilizzo di una dieta chetogenica, nel periodo antecedente l'intervento bariatrico, potesse indurre il calo ponderale auspicato, su quali parametri intraoperatori si potesse basare il conseguente miglioramento e se tale risultato potesse consentire una riduzione delle complicanze postoperatorie

METODI

Presso la Chirurgia Generale 1 dell'Università di Torino, in collaborazione con la Divisione di Nutrizione Clinica dell'AOU Città della Salute di Torino, sono stati arruolati 20 pazienti gravi obesi (14 F, 6 M), che, per caratteristiche varie, si presentavano come soggetti a maggior rischio operatorio per intervento di chirurgia bariatrica. Tutti i 20 pazienti sono stati sottoposti a protocollo con dieta VLCD chetogenica nel periodo preoperatorio per un totale di 4 settimane.

Il peso medio era di 134,2 kg, l'eccesso ponderale 126,9%, il BMI medio 50,4 Kg/m², la circonferenza vita 139 cm. L'indice di steatosi epatica (FLI = Fatty Liver Index), calcolato secondo l'equazione di Bedogni, era risultato pari a 99,5.

Tutti i pazienti sono stati rivalutati al termine del trattamento e 16 di essi già sottoposti ad intervento di sleeve gastrectomy laparoscopica.

I parametri inclusi per valutare l'efficacia della dieta sono stati i medesimi del preoperatorio; viceversa, i parametri utilizzati per valutare il miglioramento chirurgico sono stati: tempo operatorio, degenza postoperatoria; percentuale di conversione in open per difficoltà tecniche; percentuale di complicanze postoperatorie.

Tali dati sono stati confrontati con i risultati di un gruppo di 107 pazienti sottoposti nel medesimo arco temporale ad intervento chirurgico di sleeve gastrectomy (pazienti senza nessun programma di calo ponderale preoperatorio, per non indicazione oppure non disponibilità dei medesimi per il programma di dieta chetogenica preliminare). Il peso medio di tale gruppo di pazienti era di 121,2 kg ed il BMI 44,5 kg/m².

L'efficacia della dieta chetogenica (VLCDK) è stata verificata in un confronto relativo ad altre popolazioni di soggetti obesi, sottoposti rispettivamente a VLCDK (21 pazienti) versus dieta non chetogenica (VLCDNK)(26 pazienti).

RISULTATI

Al termine delle 4 settimane di dieta, la riduzione di peso media era 7,4kg, del BMI 2,2 kg/m²; la circonferenza vita era ridotta di 9 cm; l'indice di steatosi epatica FLI risultava 95, cioè ridotto di 4,5 punti.

Per quanto riguarda i riscontri al momento dell'intervento, si è potuto verificare, in tutti i 16 pazienti, un'entità di grasso viscerale nettamente inferiore all'atteso, al pari della volumetria epatica e della steatosi macroscopica, con netta facilitazione delle manovre chirurgiche.

Il tempo operatorio medio, rispetto al gruppo di controllo, è risultato di inferiore di 15 minuti (79 vs 94), il tasso di conversione nullo vs 0,47%.; la degenza media è stata di 3,8 vs 4 giorni ed il tasso di complicanze postoperatorie precoci 12,5 % vs 18,7 %.

Nello studio di confronto fra 2 gruppi di pazienti obesi sottoposti rispettivamente a dieta VLCDK vs VLCDNK, sono stati riscontrati risultati superiori dopo dieta chetogenica (calo ponderale 8 vs 6 Kg, riduzione BMI 2,8 vs 2,5 kg/m², riduzione circonferenza vita 10 vs - 5 cm, riduzione steatosi epatica FLI 6 vs 4,5).

DISCUSSIONE

Pur con limiti derivanti dall'assenza di indicatori della volumetria epatica e di ulteriori parametri oggettivabili di riduzione delle difficoltà operatorie, lo studio ha dimostrato l'efficacia di una dieta chetogenica nella preparazione dei soggetti obesi a più elevato rischio per l'intervento chirurgico.

Tutti i pazienti sottoposti a tale protocollo hanno beneficiato di una riduzione parziale di peso preoperatoria, con conseguente miglioramento non solo delle condizioni cliniche generali, ma in particolare dell'entità della volumetria e della steatosi epatica, nonché dell'adipe viscerale e sottocutaneo. L'intervento chirurgico, di conseguenza, è stato reso meno problematico e difficoltoso, con conseguente miglioramento di tutti i parametri operatori e postoperatori.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

134

Speaker

Silvestri

Eufemia

under40



ARGOMENTO

Area Nutrizionale - Valutazione nutrizionale pre e post-chirurgia

TITOLO DEL LAVORO**CASO CLINICO DI INSORGENZA DI DCA IN PAZIENTE SOTTOPOSTA A BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO: PROBLEMATICHE DI DIAGNOSI E DI GESTIONE**

AUTORI

Eufemia Silvestri, Maria Lionetti, Rita Schiano di Cola, Cristiano Giardiello
Presidio Ospedaliero "Pineta Grande Hospital", Castel Volturno (Caserta)
Centro per il Trattamento Obesità - OBIMED, Napoli

RELATORE

INTRODUZIONE

Mentre esiste un'ampia letteratura sulla correlazione con DCA tipo BED o NES, un numero minore di studi ha esaminato l'insorgenza di classici DCA (AN, BN e ADNOS). Il principale problema è che non esiste una classificazione dei DCA ad insorgenza post chirurgica. Tale area di criticità rende difficile identificare alterati comportamenti alimentari che vengono camuffati dai normali adattamenti del pattern alimentare conseguenti alle diverse procedure chirurgiche.

METODI

Donna 26 anni, single, studentessa universitaria, OSAS, ovaio policistico, peso max 138 kg, cm 167, IMC 49.1, peso minimo 90 kg a 17 anni; prima dieta a 13 anni, numerosi tentativi dietetici, emerge all'anamnesi remota un calo ponderale di 38 kg conseguente ad un periodo di forte restrizione di CHO con amenorrea per circa tre mesi. Pattern alimentare: iperfagia, nibbling con abuso di CHO, stile di vita attivo. Valutazione collegiale medico-psicologico-nutrizionale con indicazione al BPG Roux-en-Y previo percorso integrato di educazione alimentare e decremento ponderale pre-intervento del 5-10%. Alla valutazione psicologico-clinica si sono evidenziate in area comportamentale sporadici episodi di emotional eating; difficoltà nel contattare e nominare le proprie emozioni; intellettualizzazione; incompleto processo di separazione e individuazione, sistema familiare di tipo invischiato. 2015 intervento: 126 kg, IMC 44.1, Metabolismo Basale (calorimetria indiretta) 2387 kcal, massa lipidica 49.5 % (68.3kg), massa alipidica 50.5 % (69.7kg).

Regolare follow-up multidisciplinare, difficoltà a seguire la dieta prescritta per presenza di nausea e inappetenza, regolare attività fisica, analisi ematochimiche nella norma, ipotensione, astenia; al controllo psicologico post operatorio (3° mese) emergeva ipercontrollo emozionale in area socio affettiva, perfezionismo rispetto allo studio e uno stile relazionale distanziante verso la psicologa. Ad un anno la pz riportava un calo ponderale più rapido rispetto a quello abitualmente associato alla tecnica chirurgica, continuava ad effettuare intensa attività fisica e riduzione dell'intake calorico (mancata adesione ai nuovi piani dietetici proposti), analisi ematochimiche nella norma, 68 kg, IMC 24.3, MB 1616 kcal, massa lipidica 21.2% (kg 14.6), massa alipidica 78.8% (54.4), angolo di fase 4.6. La pz evita il follow-up psicologico proposto. La dietista supervisionata dalla psicologa in accordo con il chirurgo, lavora, nei 6 mesi successivi, all'invio psicologico. La pz in questo periodo ha un ulteriore decremento ponderale con comparsa di amenorrea (kg 63, IMC 22), MB 1378, massa alipidica 82.4 %, massa grassa 17%. Angolo di fase 5.2, ipercolesterolemia.

RISULTATI

La persistente e ad un tempo contenitiva messa a confronto con il peggioramento della composizione corporea e l'amenorrea dà esito ad una ripresa di colloqui psicologici dai quali emerge la presenza di un DCA atipico sulla base del DSMV e secondo i criteri PSEAD (Post Surgical Eating Avoidance) proposti da Segal e coll.

DISCUSSIONE

Il caso in oggetto pone l'attenzione sulla complessa identificazione di un DCA in pz bariatrico; la ricerca dovrebbe esplorare le alterazioni del comportamento alimentare collegabili alla chirurgia bariatrica, la corretta identificazione della prevalenza di DCA conclamati o subclinici ed eventuali predittori e strumenti diagnostici che ne permettano una corretta e tempestiva gestione. Inoltre vi è conferma che la presenza nell'anamnesi di un periodo di AN conclamata o subclinica implichi un elevato rischio di ricaduta nel

post operatorio.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	153																				
Speaker	Dellepiane Daniela under40 <input type="checkbox"/>																				
ARGOMENTO	Area Nutrizionale - Valutazione nutrizionale pre e post-chirurgia																				
TITOLO DEL LAVORO	Risultati nutrizionali di un centro di chirurgia bariatrica di riferimento. Follow up a 2 anni																				
AUTORI	D. Dellepiane, T. Casati, M.P.Giusti, A.Porta, M.Gatti, L. Molteni, M.A. Zappa Ospedale "Sacra Famiglia" FBF Erba (CO) Dipartimento di chirurgia generale e d'urgenza																				
RELATORE																					
INTRODUZIONE	Negli ultimi anni c'è stato un'evoluzione degli interventi di chirurgia bariatrica in termini di aumento di frequenza, standardizzazione, sicurezza e miglioramento dei risultati a lungo termine. Tuttavia l'aumento del numero di interventi effettuati ha evidenziato un incremento nell'incidenza di carenze calorico proteiche o di specifici nutrienti.																				
METODI	Dal 2014 sono stati valutati e operati per obesità morbigena presso il nostro centro 253 pazienti, di cui 82 bendaggi (BG), 58 Sleeve gastrectomy (SG), e 113 Bypass gastrici funzionali (BPG). <table border="1"> <tr> <td></td> <td>BG</td> <td>SG</td> <td>BPG</td> </tr> <tr> <td>Peso pre int. (kg)</td> <td>109</td> <td>113</td> <td>121</td> </tr> <tr> <td>BMI pre int. (kg/m²)</td> <td>42</td> <td>43</td> <td>44.3</td> </tr> </table>		BG	SG	BPG	Peso pre int. (kg)	109	113	121	BMI pre int. (kg/m ²)	42	43	44.3								
	BG	SG	BPG																		
Peso pre int. (kg)	109	113	121																		
BMI pre int. (kg/m ²)	42	43	44.3																		
RISULTATI	Tutti i pazienti alla dimissione hanno ricevuto un'integrazione vitaminico minerale e per SG e BPG di proteine ad alto valore biologico. I risultati in termini di calo ponderale a 12 e 24 mesi sono: <table border="1"> <tr> <td></td> <td>BG</td> <td>SG</td> <td>BPG</td> </tr> <tr> <td>BMI 12 mesi (kg/m²)</td> <td>34</td> <td>30</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>BMI 24 mesi (kg/m²)</td> <td>33</td> <td>29</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>EWL 12 mesi (%)</td> <td>32.4</td> <td>51</td> <td>44.7</td> </tr> <tr> <td>EWL 24 mesi (%)</td> <td>40</td> <td>40</td> <td>70</td> </tr> </table> Il Drop-out a 24 mesi è stato di circa il 48%. Per quanto concerne le integrazioni nutrizionali nessun paziente ha necessitato di un supporto calorico proteico dopo 6 mesi. Più difficile è stato mantenere adeguati livelli sierici di vitamina D a 24 mesi, soprattutto nei BPG e di vitamina B12 nelle SG		BG	SG	BPG	BMI 12 mesi (kg/m ²)	34	30	33	BMI 24 mesi (kg/m ²)	33	29	29	EWL 12 mesi (%)	32.4	51	44.7	EWL 24 mesi (%)	40	40	70
	BG	SG	BPG																		
BMI 12 mesi (kg/m ²)	34	30	33																		
BMI 24 mesi (kg/m ²)	33	29	29																		
EWL 12 mesi (%)	32.4	51	44.7																		
EWL 24 mesi (%)	40	40	70																		
DISCUSSIONE	L'aspetto più importante è quello di mantenere il paziente nel contesto di un programma multidisciplinare a lungo termine che deve essere sostenuto dal paziente stesso attraverso un'adeguata compliance. La riduzione ponderale di questi soggetti ha consentito di migliorare la loro qualità di vita e un parziale/totale risoluzione del loro quadro metabolico.																				
BIBLIOGRAFIA																					
Note																					

IDabstract	102
Speaker	Lupoli Roberta under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area Nutrizionale - Valutazione nutrizionale pre e post-chirurgia
TITOLO DEL LAVORO	Prevalenza di deficit nutrizionali nei pazienti obesi candidati alla chirurgia bariatrica: meta-analisi degli studi della letteratura
AUTORI	Roberta Lupoli, Matteo Di Minno, Andrea Vaccaro, Erminia Lembo, Gennaro Saldalamacchia, Gabriele Riccardi, Brunella Capaldo Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia – Università degli Studi “Federico II” di Napoli
RELATORE	
INTRODUZIONE	Numerose evidenze riportano la presenza di deficit nutrizionali in pazienti con obesità morbigena candidati ad interventi di chirurgia bariatrica (CB). Scopo del nostro studio è quello di effettuare una meta-analisi della letteratura al fine di valutare la prevalenza dei diversi tipi di carenze nutrizionali nei pazienti obesi prima della CB.
METODI	Sono stati ricercati studi che riportassero la prevalenza di deficit nutrizionali in soggetti candidati alla CB nei database di PubMed, Web of Science, Scopus ed EMBASE. È stata calcolata la Weighted Mean Prevalence (WMP) del deficit pre-intervento di albumina, rame, zinco, magnesio, potassio, calcio, fosfato, ferro, acido folico, vitamina B1, B6, B12, A, C, E, K, 25 (OH) vitamina D.
RISULTATI	Un totale di 29 articoli (32 datasets) sono stati inclusi nell'analisi; 14 studi avevano un disegno retrospettivo, mentre 6 erano prospettici. Per gli altri studi il disegno non era chiaramente riportato nel testo. Inoltre, differenti carenze di micronutrienti sono state valutate nei diversi studi. Il deficit di 25 (OH) vitamina D (<20 ng/dl) è stata l'alterazione più frequentemente riscontrata negli studi esaminati (59,8%; 95% CI: 51,1-67,9) con una prevalenza del deficit grave (<10 ng/dl) del 19,2% (95% CI: 14,4-25,1). Analogamente, abbiamo trovato un'elevata prevalenza di carenza di vitamina C, ferro e zinco (23,4%, 21,7% e 14,8%, rispettivamente). Abbiamo, inoltre, effettuato analisi di sensibilità che includesse solo gli studi con un disegno prospettico. Tale analisi ha confermato che i deficit più frequentemente riportati sono quelli riguardanti 25 (OH) vitamina D, ferro e zinco (53,3%, 20,2% e 12,7%, rispettivamente).
DISCUSSIONE	L'alta prevalenza di deficit pre-operatori di vitamine ed oligoelementi sottolinea la necessità di un attento screening nutrizionale in tutti i pazienti in attesa di chirurgia bariatrica, al fine di individuare e correggere eventuali carenze prima dell'intervento.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract

75

Speaker

GIORDANO

FRANCESCA

under40



ARGOMENTO

Area Nutrizionale - Valutazione nutrizionale pre e post-chirurgia

TITOLO DEL LAVORO

Effetti della dieta chetogenica a bassissimo contenuto calorico associata a riabilitazione intensiva in pazienti con grave obesità

AUTORI

F. Giordano (1), S. Budui (1), M. Berteotti (1), L. Franceschini (1), F. Gilli (2), M. Lovisi (1), M. L. Petroni (3), G. Raschellà (1), S. Salvetti (1), E. Sartori (1), F. Schena (2), S. Skafidas (2), M. Taddei (1), L. Busetto (4)
(1) Riabilitazione Metabolica e Nutrizionale, Casa di Cura Solatrix, Rovereto (TN);
(2) DeRiSM, Centro Ricerca Sport Montagna e Salute, Università di Verona, Rovereto (TN);
(3) Casa di Cura Sol et Salus, Rimini
(4) Dipartimento di Medicina, Università di Padova.

RELATORE

INTRODUZIONE

Valutazione degli effetti di una dieta chetogenica a bassissimo contenuto calorico (VLKCD) inserita nell'ambito di un percorso multidisciplinare di riabilitazione nutrizionale psicologica e motoria della durata di tre settimane in regime residenziale.

METODI

31 pazienti affetti da obesità e comorbidità hanno seguito un trattamento basato su interventi psico-educazionali, fisico-riabilitativo e nutrizionale (VLKCD). All'ingresso e alla dimissione è stata eseguita valutazione multidisciplinare con studio antropometrico (peso, body mass index (BMI), circonferenza vita e circonferenza collo) e della composizione corporea, esami ematobiochimici, assessment della performance fisica (VO₂peak nel test incrementale con cicloergometro, distanza percorsa nel six minutes walking test (6MWT) e numero di alzate nel Chair Stand Test (CST), valutazione psicometrica (test SF-36 e binge eating scale-BES).

RISULTATI

Sono stati ricoverati 31 pazienti (58% sesso maschile, età media 48.5 anni) affetti da obesità grave (BMI medio 45.6 kg/m²) associata a comorbidità. Dai dati è emersa una riduzione media del 5% del peso, BMI e circonferenza vita, associata al decremento della massa grassa del 7%. Si è registrato un miglioramento del profilo glicemico e lipidico e miglioramento dei test di performance motoria (aumento della distanza percorsa nel 6MWT del 49.4% e del numero di alzate nel CST del 20.9%). I test psicometrici hanno mostrato un miglioramento della qualità di vita e riduzione dell'alimentazione compulsiva.

DISCUSSIONE

Dai risultati ottenuti è emerso che la VLKCD associata ad un programma di riabilitazione con attività fisica regolare migliora la performance motoria oltre ad avere benefici clinico-metabolico-psicologici.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

67

Speaker

Zugnoni

Maria

under40



ARGOMENTO

Area Nutrizionale - Valutazione nutrizionale pre e post-chirurgia

TITOLO DEL LAVORO**FOLLOW UP DIETISTICO IN CHIRURGIA BARIATRICA Studio prospettico per valutare l'efficacia del follow up rispetto alla compliance al trattamento dietetico e allo stile di vita.**

AUTORI

Zugnoni Maria¹, Cameletti Barbara¹, Orlandi Margherita¹, V. Martinelli³, Pellegrino Eugenia², Elisabetta Montagna¹, Peri Andrea², Pietrabissa Andrea², Caccialanza Riccardo¹

1) Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia
 2) S.C.Chirurgia 2- Ambulatorio Multidisciplinare Bariatrica Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia
 3)Attività di psicologia medica. Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia

RELATORE

INTRODUZIONE

E' noto come la gestione dietetica del paziente chirurgico sia strettamente correlata al successo degli interventi di chirurgia bariatrica e come il follow-up nutrizionale postoperatorio sia fortemente raccomandato per evitare complicanze chirurgiche e nutrizionali.

METODI

E' stato osservato un campione di 54 pazienti (43 femmine 79.6%), con età media 45.2 + 10.65 anni e BMI medio 45.75 + 7.32 kg/m², trattati con interventi di sleeve gastrectomy nell'80% dei casi e con RBYP per il restante 20%. Le comorbidità maggiormente rappresentate erano così suddivise: 79.6% endocrino-metaboliche, 48.1% respiratorie, 38.9% gastrointestinali. Durante il primo anno, i pazienti sono stati valutati in follow-up dietetico a cadenza trimestrale. Sono stati rilevati mediante una check list specifica i seguenti parametri: variazione di peso, intake calorici, proteici e idrici (tramite recall delle 24 ore) e compliance alla prescrizione multivitaminica. Inoltre sono stati registrati la presenza di sintomatologia gastroenterica, il senso di benessere e l'avvio di una qualsiasi attività motoria strutturata o meno.

RISULTATI

La riduzione percentuale del peso in eccesso (EW%L) è risultata in media del 25.3% + 9.3% al primo trimestre, del 53.9% + 16.4% al secondo trimestre, del 71.7% + 19.3% a un anno dall'intervento. Il calo di peso percentuale rispetto al peso iniziale (IBW%L) a un anno, è risultato del 32.2% + 8.1. La valutazione della compliance energetica rispetto ai fabbisogni minimi individuati è risultata decrescente nel tempo, verosimilmente per la difficoltà ad assumere un'alimentazione frazionata. La compliance all'intake proteico non è risultata mai adeguata ai fabbisogni individuati, a differenza dell'assunzione della supplementazione vitaminica, soddisfatta nell'85% dei casi. Il 66.7% dei pazienti ha riferito di aver modificato il proprio stile di vita introducendo l'attività motoria a un anno. Il numero di pazienti che hanno riferito di avere una sensazione soggettiva di benessere generale è andato incrementando dal primo all'ultimo controllo e comunque si è sempre attestata su valori superiori al 70% dei casi.

DISCUSSIONE

Il counseling dietetico strutturato consente ai pazienti di raggiungere gli obiettivi ponderali e di rialimentarsi gradualmente, modulando qualità, quantità e consistenza degli alimenti. Il soddisfacimento degli intake calorici e proteici si evidenzia come la criticità maggiore e si ritiene pertanto sia indispensabile ricorrere a supplementazioni e/o individuare strategie dietetiche applicabili nel quotidiano. Sono stati inoltre ritenuti indice di risultato positivo i dati relativi all'adozione di uno stile di vita più attivo, e quelli riferiti alla sensazione di benessere soggettivo.

BIBLIOGRAFIA

-ASMBS Allied Health Nutrition Guidelines for the Surgical Weight Loss Patient. Allied Health Sciences Section ad Hoc Nutrition Committee: Linda Aills, R.D. (Chair), Jeanne Blankenship, M.S., R.D., Cynthia Buffington, Ph. D., Margaret Furtado, M.S., R.D., Julie Parrott, M.S., R.D. Surgery for Obesity and Related Diseases, 4 (2008) S73-S108

Note

--

IDabstract	74
Speaker	Mastino Diego under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area Nutrizionale - Valutazione nutrizionale pre e post-chirurgia
TITOLO DEL LAVORO	MANAGEMENT NUTRIZIONALE PRE-OPERATORIO DI PAZIENTI OBESI CANDIDATI AD INTERVENTO DI CHIRURGIA BARIATRICA
AUTORI	Diego Mastino(1,2), Stefano Pintus(2), Giovanni Fantola(2), Valentino Cabras(2), Efisio Cossu(1), Marco Giorgio Baroni(3), Roberto Moroni(2) (1) AOU Cagliari, P.O. Duilio Casula, Dipartimento scienze mediche internistiche, UOC Endocrinologia e Malattie Metaboliche (2) AO Brotzu, Dipartimento di Chirurgia Generale, Unità di Chirurgia Bariatrica (3) Policlinico Umberto I, V clinica medica, Dipartimento medicina sperimentale, Endocrinologia e Diabete
RELATORE	
INTRODUZIONE	La Very-low-caloric-diet (VLCD) è considerata il trattamento nutrizionale gold standard a cui sottoporre nell'imminente periodo pre-operatorio i pazienti obesi candidati ad intervento di chirurgia bariatrica. Tuttavia sono ancora presenti opinioni discordanti in merito alla composizione ottimale in macronutrienti della VLCD, tanto che in letteratura è possibile riscontrare l'utilizzo di diversi approcci nutrizionali che vanno dalla dieta bilanciata, a quella iperproteica, ipolipidica od ipoglucidica. Lo scopo dello studio è quello di comparare tra loro gli effetti della VLCD chetogenica (VLCKD) a ridotto introito di carboidrati (< 50 gr/die) e della VLCD bilanciata (VLCBD) nella preparazione nutrizionale dei pazienti obesi candidati ad intervento di chirurgia bariatrica.
METODI	60 pazienti consecutivi (7 uomini, 53 donne) candidati ad intervento di chirurgia bariatrica sono stati arruolati con modalità prospettica presso l'unità di Chirurgia Bariatrica dell'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari e successivamente randomizzati per eseguire una terapia nutrizionale pre-intervento sottoforma di VLCKD (n=30) o VLCBD (n=30) di durata (35,7±10,18 vs 37,7±9,74 giorni; p=0,24) e quantitativo calorico (930-995 vs 975-1057 Kcal/die) simile. Misure antropometriche standard (altezza, peso, BMI, circonferenza collo, circonferenza vita, circonferenza fianchi, waist-to-hip ratio), valutazione delle composizione corporea (massa grassa, massa magra, massa muscolare scheletrica calcolata tramite applicazione della formula di Janssen) mediante impedenziometria (BIA), esami ematochimici di routine e markers infiammatori (PCR, VES, IL-1, IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, GM-CSF, IFN γ , TNF α) sono stati valutati per ogni paziente prima e dopo l'intervento chirurgico. La produzione di β -idrossibutirrato è stata valutata mediante prelievo capillare (Glucomen LX [®] – Menarini) 10-14 giorni dopo l'inizio della dieta per confermare/escludere l'avvenuta chetogenesi.
RISULTATI	I due gruppi di trattamento non presentavano al baseline differenze significative per nessuna delle variabili antropometriche ed ematochimiche valutate. Presentavano inoltre simili livelli di comorbidità obesità-correlate. Il gruppo sottoposto a VLCKD oltre ad essere andato incontro ad una maggiore chetogenesi (0,76±0,87 vs 0,05±0,08 mmol/L; p< 0,001) ha sperimentato un maggior calo ponderale rispetto al gruppo trattato con VLCBD sia in termini assoluti (6,85±2,15 vs 4,69±2,13 Kg; p< 0,001) che giornalieri (205,17±79,91 vs 128,09±53,04 gr/die; p< 0,001). Tale maggior calo ponderale si è focalizzato soprattutto sulla massa grassa (FM: 5,46±2,4 vs 3,28±1,98 Kg; p<0,001) e si è associato ad una maggior riduzione della circonferenza vita (CV: 3,92±2,69 vs 2,7±2,61 cm; p=0,037) indicando quindi la perdita soprattutto di grasso viscerale. I soggetti sottoposti a VLCKD sono inoltre andati incontro, seppur non in maniera statisticamente significativa, ad una minore sensazione di fame compensatoria durante la dieta, valutata mediante scala analogica visiva (17,73±18,11mm vs 21,04±17,17mm; p=0,18), e ad un minor tasso di complicanze precoci post-intervento

(8% vs 19%; p=0,39).

DISCUSSIONE

Lo studio suggerisce come la VLCKD sia capace di indurre un maggior calo ponderale rispetto alla VLCBD nei pazienti obesi candidati ad intervento di chirurgia bariatrica, in assenza di maggiori effetti collaterali, associandosi molto probabilmente ad una minore sensazione di fame compensatoria. L'azione lipolitica di questo approccio dietetico spiega il perché tale calo ponderale si focalizzi soprattutto sulla massa grassa, ed in particolar modo sul grasso viscerale (mediante riduzione CV). Il trend verso una minore prevalenza di complicanze post-operatorie precoci, seppur non statisticamente significativo, potrà essere oggetto di ulteriori studi che includano una maggiore numerosità campionaria.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	57
Speaker	Vaccaro Salvatore under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area Nutrizionale - Valutazione nutrizionale pre e post-chirurgia
TITOLO DEL LAVORO	MODIFICAZIONE DEI CONSUMI E DELLE ABITUDINI ALIMENTARI IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A BYPASS GASTRICO
AUTORI	Vaccaro Salvatore, Babini Massimiliano, Camozzi Giulia, Bollino Ruggero, Cartelli Concetto, Ferrara Demetrio, Manicardi Enrica, Bonilauri Stefano Team Multidisciplinare Obesità Patologica e Chirurgia Bariatrica Azienda Ospedaliera - IRCCS "Arcispedale Santa Maria Nuova", Reggio Emilia (RE)
RELATORE	
INTRODUZIONE	I dati presenti in letteratura segnalano che a seguito di interventi di chirurgia bariatrica che riducono la capacità gastrica l'apporto calorico tende a ridursi spontaneamente e in modo consistente durante i primi periodi, ma ritorna a crescere entro 1-2 anni dall'intervento stesso, favorendo a volte l'aumento di peso. Questo dato suggerisce che va posta attenzione non tanto sulla sola riduzione dell'intake calorico, che nella maggior parte dei pazienti avviene grazie all'intervento chirurgico, quanto su una dieta sana ed equilibrata contenente adeguate quantità di macronutrienti (specie proteine e carboidrati complessi) e di micronutrienti.
METODI	È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo volto a valutare i consumi e le abitudini alimentari su un campione di n. 215 pazienti (M: 46; F: 169; Età: 43,4±10,8 anni; BMI: 47,06±6,39 kg/m ²) sottoposti a Bypass Gastrico con approccio laparoscopico e seguiti nei 60 mesi successivi. I dati sono stati tratti dai software aziendali e sono stati analizzati suddividendo la casistica in due gruppi di popolazione a seconda che abbiano [SI] (n. 92; M: 24; F: Età: 68; 42,96±10,31 anni; BMI: 49,07±7,07 kg/m ² , p < 0,0001) o non abbiano [NO] (n. 123; M: 22; F: 101; Età: 43,66±11,21 anni; BMI: 45,54±5,39 kg/m ²) seguito un percorso dietetico educativo preoperatorio. Un percorso dietetico educativo è stato attivato prettamente per coloro che alla prima visita chirurgica presentavano un maggior eccesso ponderale (p < 0,0001), un maggior numero di patologie concomitanti (p 0,006), una maggiore vicinanza geografica al Centro (p 0,0001), difetti della coagulazione (p 0,0001) e/o rilievo ecografico di steatosi epatica di grado medio-elevato (p 0,0008).
RISULTATI	Dall'analisi dei dati riguardanti la composizione bromatologica dell'alimentazione spontanea pre-operatoria è emerso un introito calorico di 3020±344 kcal/die (NO: 3028±365 kcal/die vs SI: 3010±316 kcal/die), rispetto ad un fabbisogno stimato (Schofield 1985 x LAF 1,6) di 2227±249 kcal/die (NO: 2205±244 kcal/die vs SI: 2257±255 kcal/die). Rispetto ai livelli di assunzione di riferimento riportati nei LARN - IV Revisione (PRI o AI), si sono osservati intake medi superiori per proteine, fosforo, sodio, manganese e fluoro ed inferiori per fibra alimentare, folati, acido pantotenico, biotina, vitamina K, ferro per le donne, calcio per età > 60 anni, potassio, iodio e molibdeno. Gli intake alimentari medi post-operatori sono significativamente inferiori rispetto a quelli rilevati nel periodo pre-operatorio (p < 0,0001). Nel periodo post-operatorio, tra i due gruppi, pur non essendo emerse differenze statisticamente significative per la quota calorica assunta nel periodo post-operatorio, si è registrato un maggior intake di grammi di Proteine (p 0,004), grammi di Glicidi (p 0,001) e % di Glicidi (p 0,001) e minore di grammi di Lipidi (p 0,001), % di Lipidi (p 0,001) e grammi di Acidi Grassi Saturi (p 0,006) e Monoinsaturi (p 0,001) in chi ha seguito un percorso dietetico educativo pre-operatorio. Inoltre, questo gruppo ha presentato un maggior intake di Calcio (p < 0,001), Potassio (p 0,004), Zinco (p < 0,001), Magnesio (p 0,001), Vitamina A (p 0,002), Tiamina (p < 0,001), Riboflavina (p 0,029), Acido Pantotenico (p 0,012), Vitamina B6 (p 0,050), Biotina (p 0,001) e Folati (p 0,030).
DISCUSSIONE	Sebbene tra i due gruppi non siano emerse differenze significative per quanto riguarda

l'introito calorico nei 60 mesi successivi al Bypass Gastrico, il gruppo che ha seguito un percorso dietetico educativo pre-operatorio ha presentato nel periodo post-operatorio un profilo nutrizionale qualitativamente migliore rispetto al gruppo che non ha seguito un percorso dietetico educativo pre-operatorio. Inoltre, il gruppo che ha seguito un percorso dietetico educativo pre-operatorio ha presentato un miglior andamento ponderale nel periodo post-operatorio, mentre il gruppo che non ha seguito un percorso dietetico educativo pre-operatorio ha presentato a partire dal 36° mese un recupero ponderale. È auspicabile che tutti i pazienti sottoposti a Bypass Gastrico effettuino un percorso dietetico educativo pre-operatorio.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	59
Speaker	Piatto Giacomo under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area Nutrizionale - Valutazione nutrizionale pre e post-chirurgia
TITOLO DEL LAVORO	Very Low Calory vs Very Low Ketogenic Calory Pre-Operative Diet: 1-y results
AUTORI	Centro per lo Studio ed il trattamento Integrato dell'Obesità - Week Surgery Azienda Ospedaliera-Università di Padova
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>Background: Adequate accessibility to the abdominal cavity is one of the major limiting factor of bariatric surgery and it is mainly due to liver steatosis and visceral obesity. Pre-operative diet may play an important role as far as patients operative fitness, post-operative dietary compliance and successful weight loss.</p> <p>Aim: The present study was aimed to compare weight loss and surgical outcomes in two groups of patients who were offered two different kinds of diet: Very Low Calory Diet (VLC) and Very Low Calory Ketogenic Diet (VLK).</p>
METODI	<p>Methods: Patients candidate for bariatric surgery (Laparoscopic Sleeve Gastrectomy and Laparoscopic Gastric Bypass) were registered and assessed according to pre- and post-diet BMI, liver steatosis (US scan), operative time, length of stay and drainage output. Patients choice influenced the type of diet. T-Student test was used to compare the two groups of patients.</p>
RISULTATI	<p>Results: from January through December 2016, 206 patients were enrolled for this study. There were 165 F and 41 M, the mean age was 44.08. In total 74 patients chosed VLC while 107 patients chosed VLK diet. Pre-diet mean BMI was 44.1 for VLC group and 46.1 for VLK group, while immediately pre-op BMI were 42.1 and 44.2, respectively. Operative time and drainage output were the only factors that resulted significantly correlated with diet induced BMI reduction (61,07 vs 69,31 min; p=0,0004 and 142,01 vs 189,57 cc; p=0,0001).</p>
DISCUSSIONE	<p>Conclusion: VLK seems to allow a better and safer surgical approach for bariatric surgery candidates.</p>
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	45
Speaker	Vaccaro Salvatore under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Area Nutrizionale - Valutazione nutrizionale pre e post-chirurgia
TITOLO DEL LAVORO	ANDAMENTO PONDERALE NEI PRIMI 60 MESI POST BYPASS GASTRICO
AUTORI	Vaccaro Salvatore, Babini Massimiliano, Camozzi Giulia, Bollino Ruggero, Cartelli Concetto, Ferrara Demetrio, Manicardi Enrica, Bonilauri Stefano Team Multidisciplinare Obesità Patologica e Chirurgia Bariatrica Azienda Ospedaliera - IRCCS "Arcispedale Santa Maria Nuova", Reggio Emilia (RE)
RELATORE	
INTRODUZIONE	Esistono rilevanti evidenze scientifiche sull'effetto positivo dell'ottenimento di un calo ponderale nel periodo pre-operatorio attraverso un intervento dietetico e di cambiamento dello stile di vita. La capacità del paziente di ottenere un calo ponderale prima dell'intervento è un forte predittore positivo di un buon calo ponderale dopo la chirurgia bariatrica, fornendo un'indicazione alla capacità del paziente di rispettare successivamente le regole dietetiche imposte dall'intervento stesso. Anche se solitamente i risultati di mantenimento del calo ponderale a lungo termine sono buoni, si è notato che una certa percentuale dei pazienti tende a recuperare nel tempo i chili persi: circa il 10-20% dei soggetti con Bypass Gastrico riacquista peso dopo la loro perdita massima. Questo aumento di peso può essere correlato a molteplici fattori, sebbene il motivo preminente del recupero ponderale è riconducibile alla non compliance del paziente alle istruzioni relative alla dieta e allo stile di vita.
METODI	È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo volto a valutare l'andamento ponderale su un campione di 215 pazienti (M: 46; F: 169; Età: 43,4±10,8 anni; BMI: 47,06±6,39 kg/m ²) sottoposti a Bypass Gastrico con approccio laparoscopico e seguiti nei 60 mesi successivi. I dati sono stati tratti dai software aziendali e sono stati analizzati suddividendo la casistica in due gruppi di popolazione a seconda che abbiano [SI] (92; M: 24; F: 68; Età: 42,96±10,31 anni; BMI: 49,07±7,07 kg/m ² , p < 0,0001) o non abbiano [NO] (123; M: 22; F: 101; Età: 43,66±11,21 anni; BMI: 45,54±5,39 kg/m ²) seguito un percorso dietetico educativo pre-operatorio.
RISULTATI	Dall'analisi dei dati inerenti il BMI calcolato durante i vari follow-up è emerso quanto segue: a) Tempo Pre-Operatorio: NO 45,54±5,39 kg/m ² vs SI 49,07±7,07 kg/m ² (p < 0,0001); b) Intervento - T0: NO 45,02±5,89 kg/m ² vs SI 45,07±6,38 kg/m ² ; c) 1° mese - T1: NO 40,68±5,95 kg/m ² vs SI 41,32±6,11 kg/m ² ; d) 3° mese - T3: NO 37,29±5,43 kg/m ² vs SI 38,06±6,20 kg/m ² ; e) 6° mese - T6: NO 34,30±5,39 vs SI 34,91±6,11; f) 12° mese - T12: NO 31,74±5,15 vs SI 31,87±6,12; g) 24° mese - T24: NO 31,35±4,97 vs SI 30,40±6,30; h) 36° mese - T36: NO 32,49±5,44 vs SI 29,90±6,17 (p 0,017); i) 48° mese - T48: NO 33,37±5,91 vs SI 29,34±5,72 (p 0,007); l) 60° mese - T60: NO 34,79±5,41 vs SI 29,65±7,01 (p 0,039).
DISCUSSIONE	In riferimento ai valori del BMI, tra i due gruppi di popolazione si è riscontrato quanto segue: a) Tempo Pre-Operatorio: maggior BMI in coloro che hanno seguito un percorso dietetico educativo pre-operatorio (p < 0,0001); b) Intervento - T0: nessuna differenza significativa di BMI; c) durante il primo (T1, T3, T6, T12) ed il secondo (T24) anno nessuna differenza significative di BMI; d) dal terzo al quinto (T36, T48 e T60) anno il gruppo che ha svolto un percorso dietetico educativo ha presentato una ulteriormente riduzione o mantenimento del BMI, mentre il gruppo che non ha svolto tale percorso ha presentato un graduale aumento del BMI. È auspicabile che tutti i pazienti effettuino un percorso dietetico educativo pre-operatorio al fine di istruirli sulle norme dietetico-comportamentali da seguire nel tempo.
BIBLIOGRAFIA	

Note



IDabstract

144

Speaker

Soricelli

Emanuele

under40



ARGOMENTO

Area Nutrizionale - Valutazione nutrizionale pre e post-chirurgia

TITOLO DEL LAVORO**OTTIMIZZAZIONE DEL CALO PONDERALE NEI PAZIENTI CON PALLONE INTRAGASTRICO MEDIANTE INSERIMENTO DI UNA DIETA PROTEICA VLCKD: RISULTATI PRELIMINARI**

AUTORI

Emanuele Soricelli¹, Roberta Ienca², Ilaria Ernesti², Giovanni Casella¹, Massimiliano Cipriano¹, Alfredo Genco¹.

1 Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Sapienza Università di Roma, Italia.

2 Dipartimento di Medicina Sperimentale, sezione di Fisiopatologia Medica, Scienze dell'alimentazione ed Endocrinologia, Sapienza Università di Roma, Italia.

RELATORE

INTRODUZIONE

INTRODUZIONE: E' ampiamente dimostrato che il pallone intragastrico (PI) è un device sicuro ed efficace nel calo ponderale in pazienti obesi con pregressi fallimenti dietoterapici. Il calo ponderale device-indotto raggiunge un plateau alla 17 ma settimana nonostante il permanere intragastrico del device per almeno sei mesi. Obiettivo dello studio è valutare l'efficacia dell'inserimento di una dieta proteica Very low calorie Ketogenic diet (VLCKD) in un gruppo di pazienti obesi con PI nelle ultime 8 settimane di trattamento.

METODI

MATERIALE E METODI: Studio clinico pilota, comparativo, prospettico condotto su 20 pazienti: 10 pazienti del gruppo A (trattati con dieta proteica) e 10 pazienti del gruppo B (che proseguono la dieta mediterranea fino a fine trattamento). I gruppi sono omogenei per caratteristiche: età compresa tra 34 e 51 anni ed un BMI medio di 37,2 Kg/m² nel gruppo A e di 37,7 Kg/m² nel gruppo B.

Dopo il posizionamento del PI Orbera, entrambi i gruppi hanno seguito una dieta mediterranea di circa 1000 Kcal.

Alla 17ma settimana nel gruppo A tale dieta veniva sostituita con dieta VLCKD di 700 Kcal fino alla 24ma settimana. I pazienti del gruppo B hanno proseguito il trattamento con una dieta mediterranea isocalorica alla VLCKD ma con un quantitativo di fibre maggiore.

A distanza di una settimana dal posizionamento di Orbera e successivamente ogni 4 settimane sono stati registrati: peso, BMI, circonferenza vita, eventuale insorgenza ed intensità di effetti collaterali e compliance alla dieta.

RISULTATI

RISULTATI: Tutti i pazienti hanno portato a termine lo studio. Il gruppo A ha mostrato una buona aderenza al trattamento dietoterapico per tutta la durata dello studio. Nel gruppo B abbiamo riscontrato una minore aderenza alla dieta a partire dalla 17 ma settimana. Nelle ultime 8 settimane di trattamento si sono verificati nel gruppo B effetti collaterali avversi quali distensione addominale, meteorismo, crampi addominali e vomito, dovuti probabilmente al ritardato svuotamento gastrico indotto dall'aumentato quantitativo di fibre nella dieta.

L'indice di sazietà, calcolato a partire dalla 17 ma settimana di trattamento e valutato tramite VAS (Visual Analogue Scale), è risultato elevato solo per i pazienti del gruppo A. Entrambi i gruppi hanno presentato un calo ponderale medio di 16 Kg (BMI medio di 31,7 Kg/m² per il gruppo A e di 32,2 Kg/m² per il gruppo B) alla fine della 16 ma settimana.

Dalla 17 ma settimana al termine del trattamento con dieta VLCKD il gruppo A ha avuto una perdita di peso media di 8 Kg, con BMI medio di 28,9 Kg/m²; il gruppo B ha presentato una perdita di peso media di 3 Kg con BMI medio di 31,1 Kg/m² (p <0,05). La differenza di BMI tra il gruppo A ed il gruppo B al termine dello studio è stata di 2,25 punti.

I pazienti sottoposti a dieta VLCKD hanno ottenuto un decremento ponderale del 25% in più, rispetto al gruppo di controllo (gruppo B) (p <0,001).

DISCUSSIONE

CONCLUSIONI: L'ottimizzazione del calo ponderale mediante inserimento della dieta

VLCKD al raggiungimento del plateau, rappresenta una valida e più efficace strategia terapeutica in pazienti sottoposti a trattamento con PI .

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

87

Speaker

Conci

Scilla

under40



ARGOMENTO

Area Nutrizionale - Valutazione nutrizionale pre e post-chirurgia

TITOLO DEL LAVORO

Metabolic flexibility after bariatric surgery-induced weight loss: does diabetes impair a proper substrates utilization?

AUTORI

Scilla Conci, Silvia Bettini, Emanuel Bordigato, Marta Sanna, Anna Belligoli, Roberto Fabris, Roberto Serra, Chiara Dal Prà, Mirto Foletto, Luca Prevedello, Roberto Vettor, Luca Busetto.
Center for the Study and the Integrated Management of Obesity
University of Padova, Italy

RELATORE

INTRODUZIONE

The onset of type 2 diabetes is a critical step for the prognosis of obese patients, being crucial for disease evolution and complications development. Obese diabetic subjects generally obtain poorer outcomes in terms of weight loss as compared to non-diabetic ones after treatment. Our aim was to assess if the metabolic flexibility in substrates utilization following bariatric surgery was different in diabetic, pre-diabetic and normoglycemic obese subjects.

METODI

We examined 95 consecutive morbid obese females (mean-age 44.1 ± 11.1 , BMI 44.7 ± 7.5), undergoing laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG), before (T0) and 12 months after (T1) bariatric surgery. Among them 61 were normoglycemic, 17 pre-diabetic and 17 diabetic. Evaluation included anthropometric parameters, blood samples collection, resting energy expenditure (REE) and body composition assessment.

RISULTATI

At T0, diabetic patients were older than normoglycemic and pre-diabetic subjects and had higher basal glucose levels (6.8 ± 1.8 mmol/L vs 5.6 ± 0.6 mmol/L in pre-diabetic and 5.2 ± 0.5 mmol/L in normoglycemic respectively). The three subgroups did not differ significantly in BMI, waist circumference, REE and body composition. Percent weight loss was $30.5 \pm 10.2\%$ in normoglycemic, $27.6 \pm 8.9\%$ in pre-diabetic and $25.9 \pm 6.7\%$ in diabetic patients ($p < 0.05$ vs normoglycemic). After weight loss, all patients showed a statistically significant decrease in REE (1760 ± 358 kcal/die vs 1285 ± 236 kcal/die) and no differences were found among subgroups. Respiratory quotient (RQ) tends to decrease after surgery (0.816 T0 vs 0.779 T1; $p = 0.22$). Analyzing separately the three subgroups, a reduction in RQ was observed in normoglycemic (0.820 vs 0.781 ; $p = 0.52$) and in pre-diabetic patients (0.821 vs 0.748 ; $p = 0.03$), but not in diabetic patients (0.806 vs 0.806 ; $p = 1.00$).

DISCUSSIONE

Weight loss was associated to a metabolic shift toward an increased fat oxidation (RQ reduction) in normoglycemic and pre-diabetic patients, whereas RQ in diabetic females did not show any change. This impaired metabolic flexibility could partly explain the lower weight loss observed in diabetic patients after LSG.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	25
Speaker	Pastorini Marco under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Psicologia/psichiatria - Aspetti psichiatrici in chirurgia bariatrica
TITOLO DEL LAVORO	Grave Obesità e food addiction: studio comparativo e implicazioni per la chirurgia bariatrica
AUTORI	Pastorini Marco, Percorso di cura per la Grave Obesità, Casa di Cura Villa Igea, Acqui Terme Labate Massimo, Percorso di cura per la Grave Obesità, Casa di Cura Villa Igea, Acqui Terme Rondinone Samanta, Master I Livello Diagnosi e Terapia Multidisciplinare dei Disturbi del Comportamento Alimentare, Università degli Studi di Milano Bicocca
RELATORE	
INTRODUZIONE	La teoria della "Food Addiction" (FA) ha proposto di osservare i pattern alimentari disfunzionali dei soggetti obesi e con disturbo del comportamento alimentare secondo l'ottica della dipendenza e delle specifiche proprietà di cibi altamente palatabili, ricchi in grassi e zuccheri (Burmeister et al., 2012). Numerose ricerche hanno evidenziato che mangiare può rappresentare per alcune persone una forma di regolazione degli stati emozionali, che le difficoltà a fronteggiare le situazioni "trigger" alla base del "craving" contribuiscono a sviluppare stili alimentari di tipo "binge" (Evers e al., 2010)
METODI	Lo studio ha valutato la prevalenza della FA in un campione di soggetti affetti da grave obesità (BMI =35) in cerca di trattamento per la perdita di peso. È stato inoltre valutato se la presenza di FA corrispondesse a differenze nella gravità dell'obesità (BMI), nei sintomi binge e depressivi e rispetto ad indicatori metabolici di rischio cardiovascolare (glicemia, trigliceridi, colesterolo totale e LDL). 42 soggetti (10 M, età media 51,67+5,36, BMI medio 40.44+5,33) sono stati reclutati presso il servizio di Dietologia di Villa Igea (AL). Al momento dell'ingresso al servizio i pazienti hanno compilato le scale psicometriche Yale Food Addiction Scale (YFAS), Binge Eating Scale (BES) Beck Depression Inventory II (BDI-II), e sono stati sottoposti a prelievo ematico.
RISULTATI	La Food Addiction è stata riscontrata nel 47,62% del campione, in linea con studi precedenti (Eichen et al, 2013). Nei soggetti obesi con FA (ObFA+) sono stati rilevati comportamenti binge e sintomi depressivi significativamente più elevati, mentre non sono emerse differenze rispetto al BMI e agli indici metabolici considerati.
DISCUSSIONE	La misura della FA nelle popolazioni cliniche potrebbe utilmente selezionare soggetti caratterizzati da maggiori livelli di psicopatologia. Food Addiction e chirurgia bariatrica. Numerosi autori (Meule et al, 2013) evidenziano come difficoltà di pianificazione e impulsività siano aspetti caratterizzanti la FA e si riscontrino con frequenza nei candidati alla chirurgia bariatrica. Scopo della presentazione è approfondire il costrutto di FA e focalizzare gli interventi diagnostici e terapeutici necessari nella fase pre chirurgica e post chirurgica, soprattutto nel medio-lungo termine.
BIBLIOGRAFIA	Burmeister JM, Hinman N, Koball A, Hoffmann DA, Carels RA. Food addiction in adults seeking weight loss treatment. Implications for psychosocial health and weight loss. <i>Appetite</i> . 2013 Jan;60(1):103-10. doi:10.1016/j.appet.2012.09.013. Eichen DM, Lent MR, Goldbacher E, Foster GD. Exploration of "food addiction" in overweight and obese treatment-seeking adults. <i>Appetite</i> . 2013 Aug;67:22-4. doi: 10.1016/j.appet.2013.03.008. Evers C, Marijn Stok F, de Ridder DT. Feeding your feelings: emotion regulation

strategies and emotional eating Pers Soc Psychol Bull. 2010 Jun;36(6):792-804.
Rush CC, Becker SJ, Curry JF. Personality factors and styles among college students who binge eat and drink. Psychol Addict Behav. 2009 Mar;23(1):140-5.
Gerlach G, S. Herpertz and S. Loeber, Obesity Etiology. Personality traits and obesity: a systematic review, obesity reviews doi: 10.1111/obr.12235 32 © 2014 World Obesity 16, 32–63, January 2015
Jokela M., Association of personality with the development and persistence of obesity: a meta-analysis based on individual-participant data obesity reviews doi: 10.1111/obr.12007, Oct. 2012

Note

--

IDabstract

41

Speaker

Marchesi

Federico

under40



ARGOMENTO

Psicologia/psichiatria - Aspetti psichiatrici in chirurgia bariatrica

TITOLO DEL LAVORO

The impact of bariatric surgery on health outcomes, wellbeing and employment rates: analysis from a prospective cohort study

AUTORI

Matteo Riccò, MD1 (mricco2000@gmail.com; matteo.ricco@apss.tn.it)

Federico Marchesi, MD, PhD2 (fedemarchesi72@gmail.com)

Francesco Tartamella, MD2 (dr.francesco.tartamella@gmail.com)

Chiara Rapacchi, MD2 (chiararapy@gmail.com)

Vittoria Pattonieri, MD2 (vittoria.pattonieri@studenti.unipr.it)

Anna Odone, MD3 (anna.odone@mail.harvard.edu)

Clarissa Forlini, MD2 (clarissaforlini@icloud.com)

Giuseppina De Sario, MD2

Gabriele Petracca

Carlo Signorelli, MD, PhD3,4 (carlo.signorelli@unipr.it)

1 Provincial Agency for Health Services of the Autonomous Province of Trento; Department of Prevention, Occupational Health and Safety Unit; Viale Verona SNC C/O Big Center; 38123 Trento, Italy

2 Department of Surgical Sciences, Section of General Surgery and Surgical Therapy, University of Parma, Via Gramsci, 14, 43121, Parma, Italy

3 Department of Biomedical, Biotechnological and Translational Sciences, University of Parma, Via Volturmo, 39, 43121, Parma Italy

4 School of Medicine, University Vita-Salute San Raffaele, Italy

RELATORE

INTRODUZIONE

Morbid obesity is associated with several comorbidities that often impair patients' ability to obtain and keep a job and that, eventually, could hinder their fitness to work. This study aimed at determining whether the employment status of morbidly obese patients may be positively affected by bariatric surgery.

METODI

A total of 30 morbidly obese patients who underwent Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) from March 2014 to March 2015 were prospectively evaluated. All patients underwent a pre-operative assessment including the collection of personal and occupational data and the evaluation of musculoskeletal system. All evaluations were repeated at the end of a 24-month follow up.

RISULTATI

After RYGB, employment rates increased from 15/30 (50.0%) to 25/30 (83.3%, $p = 0.012$). Patients who were working at the end of follow-up referred lower rates of comorbidities, in particular of musculoskeletal complaints (4/25 vs. 4/5, $p < 0.001$), and presented significantly increased scores of energy/vitality at SF-36 assessment.

DISCUSSIONE

Our study suggests that RYGB can increase employment rates, increasing tolerance to effort and reducing prevalence and severity of obesity-related symptoms and complaints.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	79
Speaker	Martinelli Valentina under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Psicologia/psichiatria - Aspetti psichiatrici in chirurgia bariatrica
TITOLO DEL LAVORO	L'impulsività in un campione di pazienti candidati a Chirurgia Bariatrica
AUTORI	Abbiati V1, Fontana S1, Picutti E1, Avvenuti G2, Pellegrino E2, Zugnoni M 2,3, Politi P1, Peri A2, Pietrabissa A2, Martinelli V 1,2. 1) Attività di psicologia medica. Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia 2) S.C.Chirurgia 2- Amb. Multidisciplinare Bariatrica Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia 3) Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia
RELATORE	
INTRODUZIONE	L'approfondimento degli aspetti psicopatologici nei pazienti candidati a Chirurgia Bariatrica è oggetto di crescente attenzione, per le implicazioni nel successo a lungo termine dell'intervento. Questo studio ha come obiettivo la valutazione dell'impulsività, intesa come mancanza di controllo sui pensieri e comportamenti.
METODI	Lo studio include 22 pazienti che hanno effettuato la prima visita psichiatrica presso l'Ambulatorio Multidisciplinare di Chirurgia Bariatrica. I partecipanti sono stati sottoposti a colloquio clinico, integrato dai questionari Symptom Checklist-90 (SCL-90) e Binge-Eating Scale (BES) per lo screening di disagio psicologico e comportamenti alimentari disfunzionali, e la Barrat Impulsivity Scale (BIS 11), per la valutazione dell'impulsività.
RISULTATI	Il 40% dei pazienti ha riferito una storia di malattia psichiatrica. Il punteggio globale medio (GSI) della SCL-90 è risultato pari a $0,67 \pm 0,49$. Quattro pazienti (20%) presentano un punteggio > 1 , suggestivo per la presenza di disagio psicopatologico. Il punteggio medio alla BES è risultato pari a $16,14 \pm 10,65$ e alla BIS-11 64.4 ± 10.80 . Sei soggetti (30%) hanno riportato un valore superiore alla media della popolazione generale alla BIS-11. E' emersa una correlazione negativa significativa tra BMI e BIS-11 Totale ($p=0.048$) e BMI e BIS-11 Attentional Key ($p=0.004$).
DISCUSSIONE	I pazienti hanno riportato livelli di impulsività valutati attraverso la BIS-11 nel range per la popolazione normale non clinica, ma che si attestano nell'area indicativa per le condotte di abuso, in linea con altri studi (Schiff et al., 2015 o MA Hege, 2015). La prosecuzione dello studio permetterà di chiarire il rapporto tra obesità ed impulsività e discriminare sottopopolazioni caratterizzate da una maggiore impulsività, elemento utile nella gestione del paziente candidato all'intervento.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract

78

Speaker

Martinelli

Valentina

under40



ARGOMENTO

Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico nel breve termine dopo intervento

TITOLO DEL LAVORO

Aspetti psicologici, calo ponderale e compliance alle indicazioni nutrizionali dopo chirurgia bariatrica: dati preliminari a 12 mesi dall'intervento

AUTORI

Martinelli V 1,2, Fontana S1, Picutti E1, Brondino N1, Zugnoni M3, Pellegrino E2, Politi P1, Caccialanza R3, Peri A2, Pietrabissa A2.

1) Attività di psicologia medica. Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia

2) S.C.Chirurgia 2- Amb. Multidisciplinare Bariatrica Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia

3) Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia

RELATORE

INTRODUZIONE

La chirurgia bariatrica è associata a un generale miglioramento della qualità di vita e del benessere psicologico. Tuttavia, nel lungo termine alcuni studi hanno segnalato la possibile riacutizzazione o comparsa di disagio psicologico nei pazienti operati.

METODI

Lo studio include 54 soggetti sottoposti a chirurgia bariatrica seguiti con follow up multidisciplinare nel primo anno dopo l'intervento. I pazienti hanno effettuato colloquio psichiatrico integrato dai questionari Symptom Checklist-90 (SCL-90) e Binge-Eating Scale (BES) prima dell'intervento e 12 mesi dall'operazione. Sono state raccolte variabili sociodemografiche e cliniche

RISULTATI

Il calo ponderale medio a 12 mesi dall'operazione è risultato pari a 40.7 ± 13.6 kg, con una compliance adeguata alle indicazioni nutrizionali per il 90% dei partecipanti (N=49). Tutti i pazienti hanno riportato punteggi inferiori ai cut off di riferimento per disagio psicopatologico significativo e binge eating disorder. Il punteggio globale medio (GSI) della SCL-90 è risultato pari a 0.2 ± 1.2 ; il punteggio alla scala BES 2.3 ± 3 . E' stata osservata un'associazione statisticamente significativa tra sesso femminile e punteggi più elevati del GSI e della sottoscala della depressione della SCL 90. Il punteggio relativo alla sottoscala ossessività/compulsività del SCL90 è risultato inversamente associato al calo ponderale ($p < 0.05$).

DISCUSSIONE

Ad un anno dall'intervento i partecipanti hanno riportato una condizione di generale benessere dal punto di vista psicopatologico in base ai questionari utilizzati. Il sesso femminile e l'area della ossessività/compulsività sono aspetti meritevoli di attenzione nel follow up.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

85

Speaker

Realini

Edoardo Maria

under40



ARGOMENTO

Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico nel breve termine dopo intervento

TITOLO DEL LAVORO

Aspetti trasformativi in psicoterapia psicodinamica durante il primo anno successivo a sleeve gastrectomy

AUTORI

Realini E.M.¹, Bergamaschi E.¹, Martone M.², Della Valle A.¹

¹ CISIOB c/o Istituto Clinico Città Studi, Milano

² CISIOB c/o Trust Medical, Milano

RELATORE

INTRODUZIONE

Alcuni fattori di rischio psicologico, come l'impulsività o la disregolazione emotiva, possono essere predittori di difficoltà post-chirurgiche se non adeguatamente elaborate in un contenitore psicologico e relazionale. Il caso presentato descrive i primi passaggi di un mondo emotivo che non viene più regolato solamente attraverso il rapporto disfunzionale col cibo.

METODI

La paziente è una donna di 43 anni, candidata a sleeve gastrectomy. Sono stati effettuati quattro incontri di valutazione e somministrati SCL-90, EDI-2, BES, e TAS-20; non è emerso un quadro psicopatologico conclamato, ma un'indicazione al sostegno psicologico per alcune aree ritenute a rischio, fra cui tratti di impulsività e Alessitimici. La paziente si identifica con la restituzione, richiedendo un percorso psicoterapeutico che, si concorda, sarà a cadenza settimanale.

RISULTATI

Si consolida l'alleanza terapeutica, mettendo in rilievo una problematica nell'area del Sé. La relazione terapeutica sancisce un anello di congiunzione importante fra la sfera corporea e quella intrapsichica: si assiste, da un lato ad un corretto calo ponderale (fra l'altro, poco verbalizzato esplicitamente) e dall'altro ad un impegnativo passaggio nella gestione degli stati emotivi, da un livello impulsivo-concreto ad uno maggiormente tollerabile e mentalizzabile. L'interazione nella psicoterapia diventa il teatro nel quale l'alimentazione emotiva della paziente può cominciare ad essere più regolabile. Al re-test dopo un anno, si assiste ad una diminuzione significativa in tutte le aree indagate, compresa quella Alessitimica, più verosimilmente sensibile al trattamento psicoterapeutico.

DISCUSSIONE

Questa esperienza evidenzia quanto una psicoterapia psicodinamicamente orientata veicoli velocemente aspetti di cambiamento psichico, come una migliore consapevolezza sulla propria regolazione affettiva, che possano ridurre il noto rischio di weight regain successivo al primo anno post-intervento.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

97

Speaker

Maltagliati

Manuela

under40



ARGOMENTO

Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico nel breve termine dopo intervento

TITOLO DEL LAVORO**IL GRUPPO TERAPEUTICO INTEGRATO IN CHIRURGIA BARIATRICA**

AUTORI

Manuela Maltagliati

ASST Ovest Milanese - Ospedale "G. Fornaroli" di Magenta

RELATORE

INTRODUZIONE

Il progetto è finalizzato all'analisi dei risultati della somministrazione di un test con l'obiettivo di verificare quanto il lavoro in un gruppo di terapia integrato ad orientamento psicanalitico possa favorire la compliance sia con la dieta sia come strumento nel pre e nel post chirurgia bariatrica per lo sviluppo del vero Sé da parte del paziente. I gruppi che conduco sono aperti, la durata è di un'ora e mezza una volta la settimana, ogni partecipante può farne parte per tre anni.

Il gruppo terapeutico è uno strumento di cura potente ed efficace. L'appartenenza grupale da un lato appaga il bisogno di contenimento e di affiliazione, alimenta la sicurezza interna, dà una risposta al bisogno di continuità ed aiuta a tollerare i sentimenti di solitudine e di incertezza. Su un altro versante, attraverso l'integrazione e il confronto, promuove i processi trasformativi, l'espressione della soggettività ed il continuo rimaneggiamento dell'identità dei partecipanti. In particolare, il gruppo, per chi ha il problema della gestione della dipendenza tipico nei pazienti obesi, che hanno rimosso tale bisogno e spostato su un oggetto concreto quale il cibo, risulta essere lo strumento principe per affrontare la problematica in quanto la dipendenza è più diluita. La difficoltà che si incontra spesso è l'incapacità di tradurre elementi sensoriali ed emotivi in elementi mentali. L'obiettivo quindi è di far avvicinare maggiormente questi pazienti ad una dimensione mentale. Di aiutarli a sviluppare ed integrare risorse psichiche sopite per anni che con l'intervento bariatrico si vanno a risvegliare, evitando che rimangano elementi grezzi all'interno di una personalità costruita negli anni e che potrebbero ricondensarsi, attaccando ancora una volta il soggetto per farlo regredire. Utile far elaborare, dopo l'intervento, che il consumo minore dell'oggetto può portare all'esperienza possibile dell'assenza così da imparare a sostare in questa dimensione senza più soffocare la parola.

METODI

Questionario di valutazione, articolato in 30 domande a risposte chiuse, somministrato a una ventina di pazienti durante la terapia di gruppo. La struttura delle risposte è basata su una scala di misurazione a 5 stadi (per niente, poco, moderatamente, molto, moltissimo). A ciò si aggiunge l'osservazione del gruppo e il lavoro stesso attraverso il gruppo.

RISULTATI

Lavorando sulla personalità dei singoli soggetti, oltre che sulla dinamica grupale, i risultati raccolti grazie alla somministrazione del questionario evidenziano alcuni elementi piuttosto manifesti:

- I pazienti obesi a causa della loro attitudine ad una sorta di pensiero concreto-operatorio spesso riferiscono di accettare di entrare in un gruppo di psicoterapia senza avere fiducia e ritenendolo quasi inutile. Risulta, invece, in modo molto chiaro quanto il lavoro su di sé in gruppo dopo tre mesi dall'ingresso, sia percepito, in realtà, utile per il paziente (il 70% non lo ritiene una perdita di tempo). Item 9;
- I pazienti obesi hanno la caratteristica dell'impulsività, di volere tutto e subito, tipico comportamento infantile, e di riempire lo spazio, quindi fanno fatica a stare nel silenzio, a non avere subito delle risposte: difatti la capacità di sostare nell'incertezza dal test risulta limitata (il 45% ha risposto "moderatamente"). Item 26;
- Spesso la figura del dietista viene attaccata dal paziente obeso che associa un significato di proibizione, sebbene dopo l'intervento capisca quanto sia importante per il

raggiungimento degli obiettivi. Infatti la maggioranza dei pazienti ritiene che esista una relazione forte fra la figura dello psicologo e quella del dietista ai fini del raggiungimento del traguardo (l'80% ha risposto "molto"). Item 7;

- Durante i colloqui anamnestici pre-intervento, alla domanda: "Si aspettava di incontrare anche uno psicologo?" la risposta che mi sento spesso dare è "No". Dopo un po' che lavoriamo assieme, i pazienti, futuri candidati all'intervento, mettono assieme i pezzi della loro vita e capiscono che "nulla avviene per caso". Quindi il grado di consapevolezza in merito all'influenza del proprio passato rispetto al rapporto col cibo risulta parecchio elevato (il 70% ha risposto "moltissimo"). Item 20;
- Nell'esperienza con i pazienti obesi troviamo il fenomeno dell'impossibilità del rifiuto: la domanda dell'Altro sembra irrifiutabile, il senso di colpa fa da padrone. Quindi, in merito alla capacità di mettere un limite alle richieste altrui si denota un ex aequo (il 35% ha risposto "poco" e contemporaneamente un altro 35% ha risposto "molto"). Questa disparità deriva dalla differenza tra chi ha iniziato da poco il gruppo e chi è più avanti nel lavoro. Item 21;
- Per quanto riguarda la relazione tra supporto psicologico in gruppo e maggior sicurezza nell'evitare ricadute, la tendenza risulta "spalmata" su più risposte: prevale maggior sicurezza, ma con prudenza (il 45% ha risposto "molto", il 40% "moderatamente" e il 15% "moltissimo"). Item 2;
- Riguardo alla centralità della figura dello psicologo a raggiungere l'obiettivo stabilito si nota una netta convergenza verso la conferma (il 65% ha risposto "moltissimo", il restante 35% "molto"). Item 30.

DISCUSSIONE

Lo studio è ancora un work in progress, ma al contempo dal questionario già si evincono alcuni aspetti su cui lavorare con questa tipologia di pazienti:

- a) lo sviluppo di parti autonome che faccia loro prendere consapevolezza e responsabilità del percorso fatto e del modo di rapportarsi verso sé stessi;
- b) la creazione di una eccellente alleanza terapeutica che consenta l'interiorizzazione del gruppo e del terapeuta;
- c) lo sviluppo della capacità riflessiva tesa a farli sostare in momenti di incertezza e di frustrazione;
- d) l'elaborazione della mancanza, del "non avuto" per fare un'esperienza emotiva correttiva.

BIBLIOGRAFIA

"Clinica del vuoto: anoressia, dipendenze, psicosi", di M. Recalcati, edito da Franco Angeli
 "Clinica psicologica dell'obesità: esperienze cliniche e di ricerca", di E. Molinari, G. Castelnuovo, edito da Springer
 "Il gruppo come strumento formativo per il lavoro psicoterapeutico", di Cesare Freddi e gli studenti di AreaG, edito da Mimesis
 "Il lavoro di gruppo una risorsa per l'istituzione", a cura di Giuliana Ziliotto, Edizioni Mercurio
 "Psicoterapia di gruppo a tempo limitato basi teoriche ed efficacia clinica", di Anna Costantini, McGraw-Hill Libri Italia Srl
 "Teoria e Pratica della Psicoterapia di Gruppo", di Yalom I.D., edito da Bollati Boringhieri, Torino
 "Gruppo", di C. Neri, edito da Borla, Roma
 "Storie e luoghi del gruppo", di S. Corbella, edito da Raffaello Cortina, Milano

Note

IDabstract

116

Speaker

Meloni

Fabio

under40



ARGOMENTO

Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico pre-intervento

TITOLO DEL LAVORO

“DISOBESITY”: IL BINGE EATING DISORDER COME FATTORE DETERMINANTE DEL LIVELLO DI DISABILITÀ IN PAZIENTI GRAVI OBESI CANDIDATI ALLA CHIRURGIA BARIATRICA

AUTORI

Fabio Meloni, UOSD Dietologia e Nutriz., AO S.Camillo Forlanini, Roma
Valentina Orlandi, UOSD Dietologia e Nutriz., AO S.Camillo Forlanini, Roma
Mariantonietta Pennacchia, UOSD Dietologia e Nutriz., AO S.Camillo Forlanini, Roma
Francesca Polini, UOSD Dietologia e Nutriz., AO S.Camillo Forlanini, Roma
Valentina Aschelter, UOSD Dietologia e Nutriz., AO S.Camillo Forlanini, Roma
Raffaella Gorio, UOSD Psicologia, AO S.Camillo Forlanini, Roma
Stefano Federici, Dip. FISSUF, Università di Perugia, Perugia
Maria Grazia Carbonelli, UOSD Dietologia e Nutriz., AO S.Camillo Forlanini, Roma

RELATORE

INTRODUZIONE

Il presente lavoro è stato effettuato presso il Centro di diagnosi e terapia dell'obesità e della grave obesità dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma, allo scopo di osservare e descrivere la relazione tra i livelli di funzionamento e disabilità autopercepiti e il Binge Eating Disorder (BED) in un campione di persone gravemente obese impegnate nel trattamento per la riduzione del peso.

Il Binge Eating Disorder è un disturbo alimentare caratterizzato da episodi ricorrenti di ingestione di grandi quantità di cibo in un tempo limitato, accompagnati da un senso di perdita di controllo e che avvengono almeno una volta alla settimana nei tre mesi precedenti la diagnosi. Differentemente dalla Bulimia, nel BED non sono presenti comportamenti compensatori e per questo il BED è particolarmente diffuso tra le persone obese, giungendo ad interessare fino al 30% degli obesi che richiedono un trattamento specialistico volto alla riduzione del peso e sino al 10% della popolazione obesa generale. Nella letteratura specialistica, le persone obese affette da BED presentano anche livelli maggiori di depressione e di comorbidità psichiatriche (Gruca et al., 2009; Bulik et al., 2002), una tendenza maggiore a mangiare in risposta a stati emotivi negativi (emotional eating) e, in generale, a soffrire di psicopatologie dell'alimentazione ad un livello più elevato (Gearhardt et al., 2011), oltre a una maggiore angoscia sulla propria immagine corporea (Wilfley et al., 2000) rispetto alle persone obese non BED. Inoltre, secondo alcuni studi recenti, le persone obese BED costituirebbero un vero e proprio fenotipo neurobiologico distinto (Schag et al., 2013) caratterizzato da un deficit nella regolazione delle emozioni (Brockmeyer et al., 2014) rispetto alle persone obese non BED.

METODI

PARTECIPANTI

97 persone gravemente obese (73 f, 24 m; età media: 46,36 – ds: 12,18; BMI: 43,34 – ds: 7,34) afferite tra il 2015 e i primi sei mesi del 2016 al Servizio di Psicologia, UOSD Dietologia e Nutrizione, AO S. Camillo –Forlanini, Roma. Tutti i pazienti coinvolti nello studio erano candidati ad un intervento di chirurgia bariatrica.

STRUMENTI DI MISURAZIONE

Ai pazienti sono stati somministrati i seguenti test:

- La World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), uno strumento generico di valutazione elaborato dall'WHO che misura le limitazioni nell'attività e le restrizioni della partecipazione sperimentate dagli individui indipendentemente dalla diagnosi medica. La WHODAS 2.0 è strutturata in sei domini: cognizione, mobilità, cura personale, interagire con le persone, attività quotidiane, partecipazione. Nel presente studio è stata somministrata la versione a 12 item.
- The Short Form (36) Health Survey (SF-36), un questionario generico e multidimensionale sullo stato di salute del paziente articolato in 36 item che fanno riferimento a 8 differenti scale: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica,

limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali, salute mentale e una singola domanda sul cambiamento nello stato di salute.

- The Binge Eating Scale (BES), un questionario self-report, articolato in 16 item, che si propone di individuare la presenza di un BED, classificando il rispondente in una tra 3 categorie: BED improbabile, BED possibile, BED probabile.

RISULTATI

La probabilità di un BED, nel campione in esame in questo studio, riguarda il 9,3% dei pazienti, mentre per il 55,7% dei soggetti la presenza del disturbo sembra essere improbabile. Il restante 35 % è classificato come BED possibile.

Sulle scale del SF-36, il confronto tra le medie effettuato mediante ANOVA riscontra una differenza tra i tre gruppi BED (probabile, possibile e improbabile) che è significativa per tutte le scale del questionario, eccetto che per quella relativa all'attività fisica. I post hoc effettuati con procedura LSD chiariscono la natura delle differenze tra i 3 gruppi.

Per quanto riguarda l'WHODAS 2.0, anche in questo caso il confronto tra le medie tramite ANOVA permette di riscontrare una differenza tra i 3 gruppi di pazienti che è significativa su tutti i 6 domini del questionario e sul punteggio globale. I post hoc effettuati con procedura LSD chiariscono la natura delle differenze tra i 3 gruppi.

DISCUSSIONE

I risultati ottenuti a partire dai dati elaborati e analizzati in questo studio confermano l'ipotesi secondo la quale quanto più è probabile la presenza di un BED – individuato attraverso la BES - tanto più elevati risultano i punteggi relativi alla disabilità autopercepita e più bassi i punteggi che misurano il funzionamento – misurati tramite la WHODAS 2.0 - ed, infine, peggiore il livello della qualità della vita – misurato con la SF-36. Le persone obese affette da BED, infatti, sembrano effettivamente sperimentare una qualità di vita peggiore rispetto alle persone obese non BED oltre ad un livello di funzionamento globalmente più basso. Questi risultati rafforzano le recenti ipotesi avanzate in letteratura secondo le quali le persone obese BED costituiscono un fenotipo neurobiologico distinto rispetto agli obesi non BED, con conseguenze importanti sulla necessità di predisporre percorsi diagnostici e terapeutici differenti prima, durante e dopo il trattamento finalizzato alla perdita di peso.

BIBLIOGRAFIA

- Grucza, R. A., Norberg, K. E., & Bierut, L. J. (2009). Binge drinking among youths and young adults in the United States: 1979–2006. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(7), 692-702.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 72-78.
- N Gearhardt, A., A White, M., & Potenza, M. (2011). Binge eating disorder and food addiction. *Current drug abuse reviews*, 4(3), 201-207.
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G. (2000). Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27(3), 259-269.
- Schag, K., Schönleber, J., Teufel, M., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2013). Food-related impulsivity in obesity and Binge Eating Disorder—a systematic review. *Obesity Reviews*, 14(6), 477-495.
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 565-571.
- Federici, S., Meloni, F., & Presti, A. L. (2009). International literature review on WHODAS II. *Life Span and Disability*, 12(1), 83-110.
- Federici, S., & Meloni, F. (2010). WHODAS II: Disability self-evaluation in the ICF conceptual frame. *International encyclopedia of rehabilitation*, 1-22.
- Federici, S., Meloni, F., Mancini, A., Lauriola, M., & Olivetti Belardinelli, M. (2009). World Health Organisation disability assessment schedule II: Contribution to the Italian validation. *Disability and rehabilitation*, 31(7), 553-564.

Note

--

IDabstract	119
Speaker	Cesaro Filomena under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico pre-intervento
TITOLO DEL LAVORO	chirurgia bariatrica:risoluzione completa dell'obesità o spinta motivazionale al cambiamento??
AUTORI	Filomena Cesaro, Cristiano Giardiello, Gianfranco Serino, Rita Schiano di Cola. Centro per il Trattamento dell'Obesità – Dipartimento di Chirurgia, UOC di Chirurgia Generale d'Urgenza e Metabolica - Presidio Ospedaliero "Pineta Grande Hospital" Castel Volturno (Ce).
RELATORE	
INTRODUZIONE	Lo scopo di tale lavoro è sottolineare come l'approccio agli aspetti psicologici dell'obesità s'inserisce nella presa in carico multidisciplinare del paziente, attenta alla globalità dei suoi bisogni dal punto di vista organico, psicologico, relazionale familiare e sociale. Cogliere la natura profonda del disagio permette di comprendere le motivazioni sottostanti lo stile di vita che hanno favorito l'insorgere del problema e definire un intervento di sostegno coerente con la struttura di personalità del paziente. Approvata la necessità di un adeguato assessment del paziente prima dell'intervento di chirurgia bariatrica, resta fondamentale come aiutare lo stesso ad individuare ed elicitarle nuove strategie di coping, che attivino un cambiamento nel proprio stile di vita, nonché una maggiore compliance sia al percorso di cura pre che post-intervento, con lo scopo lungimirante di prevenire un fallimento, in termini di aumento ponderale nel tempo.
METODI	Caso clinico: La candidata, donna single di 35 anni, impiegata, al momento del primo colloquio chirurgico, presenta un IMC 53, peso massimo raggiunto 139Kg.Primogenita di due figli, con storia di abbandono materno all'età di cinque anni.Obesa fin dall'infanzia. Alla valutazione psicologica-clinica, la suddetta presenta un pattern alimentare caratterizzato da piluccamento e night sindrome con associazione di episodi di emotional-eating, che ha tentato di contenere con diversi tipi di dietoterapie. Struttura di personalità caratterizzata da un'alterazione del processo di separazione-individuazione, con disfunzionali capacità socio-relazionali. Alterazione delle capacità di controllo con scarsa autostima ed un nucleo del Sé iposviluppato. Alla valutazione multidisciplinare viene candidata ad intervento di by pass gastrico, previo percorso dietistico-psicologico, con richiesta di decremento ponderale del 5/10% del peso iniziale ed un tempo di attesa pre-intervento di circa sei mesi.
RISULTATI	Inserita in un percorso psicologico con setting quindicinale, arriva al momento dell'intervento chirurgico con decremento ponderale di 35Kg del peso iniziale.
DISCUSSIONE	Si vuole sottolineare l'efficacia dell'inserimento del paziente in un percorso di cura psicologico in fase pre-intervento, che richieda un minimo di attesa durante il quale possa avere il tempo di costruire una consapevolezza nuova e più funzionale rispetto al proprio stile di vita ed al prendersi cura di Sé. peratnto, assume una valenza terapeutica e funzionale, al fine della costruzione di un nuovo insight, sia il tempo di attesa pre-intervento che la richiesta multidisciplinare di un minimo di decremento ponderale prima della chirurgia bariatrica.
BIBLIOGRAFIA	

Note

--

IDabstract 10

Speaker Giuffrè Monica under40

ARGOMENTO Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico pre-intervento

TITOLO DEL LAVORO I GRUPPI PSICO-NUTRIZIONALI IN CHIRURGIA BARIATRICA

AUTORI Monica Giuffrè, Roberta Macri, Rachele Balma, Vincenzo Borrelli.
U.O. di Chirurgia Generale e Bariatrica
Istituto di Cura Città di Pavia - Gruppo Ospedaliero San Donato

RELATORE

INTRODUZIONE Secondo linee guida stilate dalla SICOB i pazienti obesi candidabili alla chirurgia bariatrica devono essere valutati da un team multidisciplinare che ha il compito non solo di stabilire l' idoneità alla procedura chirurgica ma anche di concordare il corretto percorso pre-operatorio. In molti casi è necessario che il paziente apporti in maniera consapevole delle modifiche alimentari e comportamentali già prima dell'intervento chirurgico in modo da ottimizzare il calo ponderale post-operatorio e ridurre i rischi chirurgici conseguenti ad errata alimentazione. Scopo di questo studio è analizzare i risultati e l'efficacia dei gruppi psico-nutrizionali preoperatori.

METODI Da gennaio 2016 a dicembre 2016 presso l'unità di chirurgia generale e bariatrica dell'Istituto di cura Città di Pavia 75 pazienti obesi al termine della visita multidisciplinare sono stati dichiarati idonei ma "non pronti" al trattamento chirurgico e quindi indirizzati ad un percorso psico-nutrizionale preoperatorio. I pazienti sono stati suddivisi in gruppi (max 4 persone) ed invitati a partecipare a 2 incontri della durata di 60 minuti. Il primo appuntamento è stato coordinato dalla nutrizionista e quindi i pazienti sono stati motivati a correggere gli errori alimentari preesistenti e informati in maniera dettagliata circa il piano alimentare da seguire dopo l'intervento chirurgico. Nel secondo incontro invece la psicologa ha esaminato la motivazione e le aspettative del calo ponderale, illustrando i cambiamenti psicosociali a cui vanno incontro dopo la procedura chirurgica.

RISULTATI I pazienti hanno partecipato alle riunioni programmate ed hanno interagito positivamente con gli specialisti e tra di loro. Dai diari alimentari e dai test psicologici eseguiti prima e dopo è stato riscontrato un notevole miglioramento sia nella scelta degli alimenti che nelle modalità di alimentarsi. Dopo l'intervento chirurgico tutti hanno aderito senza evidenti difficoltà al programma di riabilitazione nutrizionale e hanno rispettato le visite di controllo precedentemente fissate con l'equipe multidisciplinare

DISCUSSIONE I gruppi psico-nutrizionali di preparazione alla chirurgia bariatrica devono essere istituzionalizzati in tutti i Centri di chirurgia Bariatrica, in quanto migliorano la compliance dei pazienti "non pronti" a seguire adeguatamente il programma dietetico-comportamentale post-operatorio sia a breve che a lungo termine. Inoltre avendo la possibilità di incontrare più volte i componenti dell'equipe il paziente consolida il rapporto di fiducia con il Centro

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

122

Speaker

Trofa

Chiara

under40



ARGOMENTO

Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico pre-intervento

TITOLO DEL LAVORO**“La valutazione psicologica come componente fondamentale del percorso pre-intervento chirurgico bariatrico”**

AUTORI

Dott.ssa Trofa Chiara, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Azienda U.S.L Città di Bologna.

Dott. Testa Paolo Angiolo Maria, Responsabile U.O.S Diagnosi e Cura Malpighi, Azienda U.S.L. Bologna.

Dott.ssa Solari Francesca, UOS Chirurgia dell'Obesità dell'Azienda Ospedaliera/Universitaria di Bologna.

Dott. Cariani Stefano, UOS Chirurgia dell'Obesità dell'Azienda Ospedaliera/Universitaria di Bologna.

RELATORE

INTRODUZIONE

L'incidenza degli aspetti psicologici sul paziente con obesità rappresenta, ormai, un aspetto conclamato del problema da cui non si può più prescindere. Diventa, quindi, fondamentale riuscire almeno a discriminare, attraverso una attenta diagnosi differenziale i casi di “obesità pura”, dai casi di Binge Eating Disorder, o dai casi caratterizzati da condotte tipiche di altri disturbi del comportamento alimentare (aspetti bulimici, spizzicamento, abbuffate, condotte restrittive e/o di eliminazione).

Il progetto intrapreso tra il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e l'UOS Chirurgia dell'Obesità dell'Azienda Ospedaliera/Università di Bologna si pone come obiettivo principale quello di indagare, nei pazienti che decidono di sottoporsi ad intervento chirurgico di by-pass gastrico, l'assenza di patologie psichiatriche conclamate, in atto o passate, che possano inficiare la compliance del paziente e soprattutto la prognosi (Disturbi dell'Umore, in particolare Depressione Maggiore; Disturbi della Personalità; Disturbi Psicotici); allo stesso tempo, si propone di valutare, anche e in particolare, l'eventuale presenza di restrizione alimentare e cognitiva, intesa, quest'ultima, come indicatore prodromico della possibilità di sviluppare o di avere già in corso un Disturbo del Comportamento Alimentare o comunque condotte alimentari disfunzionali (abbuffate, vomito autoindotto, digiuni, uso-abuso di lassativi e diuretici).

In questi casi l'intervento chirurgico non risulta la prima scelta, o comunque esso non è funzionale se non accompagnato da un percorso psicologico-psichiatrico che prepari il paziente dal punto di vista emotivo, cognitivo e comportamentale. Il modello teorico di riferimento, infatti, è la Psicologia della Salute, la cui finalità è di contribuire a promuovere la salute, intesa come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. L'individuo è agente attivo del proprio benessere, se riesce ad identificare e realizzare aspirazioni, bisogni cioè a costruire una “cultura della salute”. Tale modello è alla base del concetto di multidisciplinarietà che guida il percorso dei pazienti che decidono di sottoporsi all'intervento. Nel caso di pazienti con patologia psichiatrica in atto o con DCA, non compensato, essi non saranno considerati idonei a sottoporsi all'intervento.

METODI

Dal punto di vista metodologico, tale analisi viene effettuata attraverso il colloquio clinico individuale e attraverso la somministrazione di strumenti di valutazione psicodiagnostica al fine di rendere la decisione più standardizzata e operare una corretta diagnosi differenziale. Solo attraverso tale procedura di screening psichiatrico è possibile ipotizzare un abbassamento dei drop-out dei pazienti e, allo stesso tempo, garantire una maggiore efficacia e, soprattutto, il mantenimento dei risultati dell'intervento chirurgico. Si adotta una metodologia attiva-partecipativa basata sull'ascolto empatico e il confronto. Lo strumento privilegiato è il colloquio clinico individuale. Nell'ambito del colloquio, sarà indagata prevalentemente la motivazione del paziente e quest'ultimo sarà messo al corrente dei benefici ma anche dei rischi dell'intervento, delle difficoltà psicologiche del percorso post-operatorio e delle eventuali soluzioni alternative (o di

sostegno) ad esso. Oltre a ciò, viene chiesto al soggetto di esplorare la storia del suo problema, i fallimenti dietetici che ha affrontato, quali aspettative si propone. In tal senso, è utile chiedere al paziente quanto pensa di dimagrire ma anche di descrivere una sua giornata alimentare tipo al fine di individuare le condotte alimentari antagoniste della riuscita dell'intervento. Un aspetto cruciale è rappresentato, anche, dalla comunicazione da parte del paziente della decisione di sottoporsi ad intervento chirurgico ai propri familiari o, comunque, al contesto di riferimento, per comprendere se essi costituiscono un ambiente di supporto o, invece, ostile, soprattutto nella fase post-intervento.

Al colloquio clinico si aggiungono alcuni strumenti di valutazione psicodiagnostica: GHQ (General Health Questionnaire), EDI-3 (Eating Disorder Inventory), EAT (Eating Attitude Test), TFEQ (Three Factor Eating Questionnaire). Essi consentono di integrare la valutazione del clinico e oggettivare i dati rilevati in indicatori statistici che garantiscano una maggiore affidabilità relativamente alla prognosi del paziente.

RISULTATI

Dall'Aprile del 2011 ad oggi sono stati valutati 174 pazienti. 132 donne(76%) e 42 uomini (24%). Riguardo alla fascia d'età si spazia dalla 18enne, appena maggiorenne, che chiede l'intervento come regalo di compleanno, al 65 enne, multi infartuato che chiede l'intervento per sopravvivere.

Sono stati valutati idonei 123 pazienti (71%). 51 persone sono state considerate non idonee a sottoporsi all'intervento chirurgico bariatrico (29%). Di queste, in 12 casi si è trattato di una controindicazione assoluta all'intervento e sono state suggerite strade alternative (23% dei no); mentre le restanti 39 hanno ricevuto una controindicazione temporanea e pertanto è stata necessaria una rivalutazione del paziente dopo un tot di mesi in base alla gravità del caso(76% dei no). In questo lasso di tempo, è stato richiesto al paziente: terapia farmacologica, colloqui psicologici di sostegno e/o terapia dietetica, a seconda del caso in esame. Dei 39 rinvii, a cui prevalentemente sono stati consigliati colloqui psicologici di supporto, al fine di comprendere meglio il percorso a cui hanno deciso di sottoporsi ma soprattutto al fine di modificare quei comportamenti alimentari e/o psichici disfunzionali che possono compromettere la compliance e la prognosi, solo 7 sono diventati si (17%). I restanti 32 sono ancora in attesa di ottenere l'idoneità.

Dei 123 pazienti valutati idonei, 46 sono stati sottoposti a trattamento chirurgico bariatrico restrittivo-metabolico c/o UOS Chirurgia dell'Obesità dell'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Bologna (37%). Tutti i 46 pazienti operati avevano ricevuto l'idoneità, 9 di loro dopo il rinvio con l'indicazione dei colloqui di sostegno, 2 dopo una sospensione temporanea con successiva rivalutazione. Di questi 46 pazienti, 11 uomini (23%), e 35 donne(76%), è stata analizzata la compliance ai successivi follow-up, a 3 mesi, 6 mesi, 1 anno, 2 anni, fino a 5 anni dopo l'intervento, secondo una scala che va da ottima, buona, discreta, fino a scarsa. A 3 mesi, abbiamo ottenuto il 69% tra ottima e buona compliance e solo un 4% di scarsa compliance. A 6 mesi, su un campione di 40, è stato ottenuto un aumento della compliance positiva (ottima + buona) che sale al 76%, e un calo della compliance negativa che scende al 2%. Infine, a 1 anno, su un campione di 37 pazienti, si conferma stabile al 70% la compliance positiva, così come quella negativa ferma ad un solo paziente sul totale.

DISCUSSIONE

I dati ISTAT mostrano che circa tre adulti su dieci (32%) risultano in sovrappeso, mentre uno su dieci è obeso (11%): complessivamente, quindi, più di quattro adulti su dieci (42%) risultano essere in eccesso ponderale. Inoltre, l'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è più frequente negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle che con maggiori problemi economici. Da ciò si evince, la necessità di una valutazione approfondita del problema in tutta la sua complessità e multidisciplinarietà. La valutazione psichiatrica si propone di evitare o, quantomeno, minimizzare il rischio di drop-out nel paziente che si sottopone ad intervento chirurgico bariatrico-restrittivo. L'analisi della compliance, nella fase di follow up, consente di comprendere se le aspettative del paziente sono state soddisfatte ma soprattutto se è stato ed è in grado di gestire il carico emotivo dell'intervento (disturbi clinici). Il paziente si ritrova con un corpo nuovo che non conosce, che ha delle esigenze diverse da quelle che aveva prima (consapevolezza enterocettiva). Per cui, è necessario valutare se vi sono

comportamenti alimentari disfunzionali e se ha imparato a gestire l'ansia, il nervosismo, la tristezza in modi alternativi piuttosto che ricorrere al cibo, come raccontano molti pazienti obesi. Non solo, viene valutata anche l'efficacia del percorso, in particolare sul mantenimento del peso corporeo, per verificare che non si sia ripetuto il tanto "temuto" effetto yo-yo (EBW e EWL). Infine, si analizza se e come è migliorata la qualità della vita del paziente, nell'ottica della promozione della salute, come benessere generale. In sintesi, lo studio e la valutazione di determinate aree psicologiche può individuare eventuali elementi di rischio e costituire la base per la programmazione di trattamenti mirati pre-operatori e post-operatori volti a migliorare l'esito dell'intervento e la qualità della vita del paziente anche nel lungo termine. In questo contesto, la valutazione pre-operatoria si pone quindi non solo come momento diagnostico, ma come primo momento per la creazione di una relazione terapeutica duratura finalizzata alla "presa in carico" multidisciplinare a lungo termine del paziente bariatrico.

BIBLIOGRAFIA

- Bastiani, A. M., Rao R., Weltzin, T., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147–152.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A., & Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979–986.
- Boumann, C. E., & Yates, W. R. (1994). Risk factors for bulimia nervosa: A controlled study of parental psychiatric illness and divorce. *Addictive Behaviors*, 19, 667–675.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Cooper, P. J. (1995). Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 159–164). New York: Guilford Press.
- Cooper, Z. (1995). The development and maintenance of eating disorders. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 199–206). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468–476
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge-eating disorder: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425–432.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509–517.
- Fornari, V., Kaplan, M., Sandberg, D. E., Mathews, M., Skolnick, N., & Katz, J. L. (1992). Depressive and anxiety disorders in anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 21–29.
- Friedmann, M. A., Wilfley, D. E., Welch, R. R., & Kuncze, J. T. (1997). Self-directed hostility and family functioning in normal-weight bulimics and overweight binge eaters. *Addictive Behaviors*, 22, 367–375.
- Jacobi, C. (2000). Beeinträchtigungen des Selbstkonzepts bei Essstörungen [Self-concept disturbances in patients with eating disorders]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 29, 75–96.

McNamara, K., & Loveman, C. (1990). Differences in family functioning among bulimics, repeat dieters, and nondieters. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 518–523.

Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Raffi, A. R., Rondini, M., Grandi, S., & Fava, G. A. (2000). Life events and prodromal symptoms in bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 30, 727–731.

Stern, S. L., Dixon, K. N., Nezmer, E., Lake, M. D., Sansone, R. A., Smeltzer, D. J., et al. (1984). Affective disorder in the families of women with normal weight bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1224–1227.

Note

IDabstract	155
Speaker	Scoppetta Marta under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico pre-intervento
TITOLO DEL LAVORO	Psicopatologia e Integrazione dell'iter bariatrico con supporto psicologico. Un'esperienza italiana in 537 pz.
AUTORI	Scoppetta M.1, Crosta M.L.2, Porfiri F.3, Zaccaria A. 4, Giannetti G.4, Pala A. 4, Giustacchini P.3, Chieffo D.4, Mingrone G.1, Raffaelli M4. 1 UOC di Patologie dell'Obesità, Fondazione Policlinico Gemelli, UCSC, Roma 2 Istituto di Psichiatria, Fondazione Policlinico Gemelli, UCSC, Roma 3 UO di Chirurgia Endocrina e Metabolica, Fondazione Policlinico Gemelli, UCSC, Roma 4 UOC di Neuropsichiatria Infantile, Fondazione Policlinico Gemelli, UCSC, Roma
RELATORE	
INTRODUZIONE	L'obesità è una malattia multifattoriale; fattori psichici e sociali condizionano il quadro clinico e la compliance ai trattamenti. Il nostro Policlinico Universitario ha creato uno specifico Percorso Obesità comprensivo di una valutazione multidisciplinare iniziale e percorsi psicoeducazionali multidisciplinari e integrati di preparazione all'intervento. Il presente lavoro si propone di descrivere la psicopatologia osservata all'interno del campione di pazienti con obesità grave che accedono al percorso bariatrico all'interno del nostro Policlinico Universitario e presentare i percorsi di integrazione psicologica offerti al paziente obeso.
METODI	Nel periodo compreso tra giugno 2014 e giugno 2016; 537 pazienti sono stati sottoposti a valutazione multidisciplinare all'interno del Percorso Obesità. Una valutazione psichiatrica e variabili socio-demografiche, psicosociali e anamnestiche sono state raccolte sulla base di un colloquio psichiatrico, un questionario non standardizzato e la seguente valutazione psicometrica: Symptom Check List 90 (SCL-90), Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2), Body Uneasiness Test (BUT), Binge Eating Scale (BES), Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2), Beck Depression Inventory (BDI).
RISULTATI	Solo il 25% del nostro campione aveva incontrato in precedenza Psicologi o Psichiatri ed una percentuale ancora più esigua del campione aveva fatto un intervento multidisciplinare per la cura dell'obesità; il 18.6% del campione presentava un disturbo psichiatrico da ritenersi ostativo ad un intervento di chirurgia bariatrica nell'immediato; il 21% del campione presentava stili alimentari, caratteristiche psicologiche ed atteggiamento verso cibo e forme corporee ad alto rischio di facilitare recupero del peso corporeo e outcome chirurgici non ottimali. Vengono presentati i dati della valutazione multidisciplinare e della somministrazione psicometrica su un campione di 537 pz obesi candidati all'intervento.
DISCUSSIONE	I dati emersi e presentati sostengono l'importanza di integrare l'iter bariatrico con percorsi psicoeducazionali pre e post intervento e monitoraggio psichiatrico. L'importanza di un assessment accurato degli aspetti psicologici e la cura dei percorsi pre e post operatori adottata nel nostro Policlinico per il campione indagato viene presentata, approfondita e discussa.
BIBLIOGRAFIA	
Note	

IDabstract	86
Speaker	Lorenzi Valentina under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico pre-intervento
TITOLO DEL LAVORO	Genere e obesità: fattori socio-culturali nello sviluppo della patologia
AUTORI	Lorenzi Valentina, Frare Giovanna, Genga Mara, Romania Vincenzo, Sartori Alberto, Sartori Tito, De Luca Maurizio
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>Il presente lavoro si inserisce all'interno di un progetto di ricerca più ampio condotto da una équipe multidisciplinare composta da due chirurghi, un sociologo, uno psicoterapeuta e una psicologa. Tale progetto applica le lenti psico-sociali all'ambito della chirurgia bariatrica effettuata presso l'ospedale di Montebelluna (Treviso – ULSS 2). In particolare, la prima fase di ricerca (giugno 2016-febbraio 2017) ha permesso di raccogliere dati quantitativi e qualitativi al fine di comprendere le caratteristiche della popolazione che normalmente ha accesso a questa tipologia di interventi, nonché la cultura organizzativa dell'ambiente istituzionale (tali dati, rientranti nel più ampio progetto di ricerca, hanno avuto la funzione di anticipated data).</p>
METODI	<p>Sono state analizzate 126 cartelle cliniche relative al biennio 2013-2014 e riguardanti pazienti che hanno subito l'intervento chirurgico in quel periodo. In particolare, l'attenzione è stata focalizzata sui dati socio-demografici derivanti da cartelle compilate da medici e da cartelle compilate da infermiere.</p> <p>I dati, sottoposti ad analisi monovariata e bivariata, sono stati analizzati per produrre delle statistiche descrittive che successivamente sono state confrontate con statistiche di tipo nazionale e internazionale relative alla popolazione obesa che si sottopone a interventi di chirurgia bariatrica.</p> <p>Inoltre, l'équipe ha condotto un'etnografia mediante l'uso dell'osservazione in modalità coperta durante i colloqui che i medici e il personale sanitario (psicologo, infermieri) svolgevano con i pazienti. Le osservazioni dell'ambiente istituzionale, ripetute da ricercatori differenti durante un periodo di 6 mesi, hanno permesso di cogliere resoconti spontanei da parte dei pazienti, nonché di osservare la cultura organizzativa del contesto ospedaliero e le interazioni sociali più caratteristiche.</p> <p>Infine, sono state effettuate delle interviste semi-strutturate al personale sanitario (medici, psicologo e nutrizionista), che ha una responsabilità decisionale rispetto all'opportunità di sottoporre i pazienti a chirurgia. Tali interviste sono state costruite a partire dai nuclei tematici emersi nel corso dello studio etnografico ed analizzate in modo ermeneutico.</p>
RISULTATI	<p>Il presente lavoro restituisce statistiche descrittive della popolazione che si è sottoposta a interventi di chirurgia bariatrica presso l'Ospedale di Montebelluna (TV) nel biennio 2013-2014, riportando una fotografia relativa ad alcune delle sue principali caratteristiche mediche e socio-culturali.</p> <p>L'analisi delle cartelle cliniche, infatti, ha rilevato che il 74% dei pazienti operati è di sesso femminile. Tale dato, coerente con le statistiche nazionali della SICOB riguardanti la tipologia di pazienti che si sottopongono a intervento (76% donne contro il 14% degli uomini), ha suscitato particolare interesse dal momento che, secondo le recenti ricerche condotte su scala mondiale, la percentuale di uomini e donne obesi in Italia è quasi sovrapponibile (18,6% uomini vs 17,7% donne). Nel presente lavoro, si avanzano alcune ipotesi per comprendere in che modo fattori di tipo psicosociale e culturale siano legati alla differenza di accesso riscontrata per uomini e donne.</p>
DISCUSSIONE	<p>Il genere femminile sembra essere, ancora oggi, ancorato ad una cultura casalinga che descrive la donna di mezza età nel suo ruolo di accudire la casa e la famiglia. La stigmatizzazione del corpo e l'ideale di bellezza incatenano la donna ad un'immagine che non le permette di tollerare il peso in eccesso; ciò non avviene per gli uomini, nei quali la "pancia" sembra essere più tollerata dal sistema sociale di riferimento.</p>

BIBLIOGRAFIA

Note



IDabstract	154
Speaker	Scoppetta Marta under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico pre-intervento
TITOLO DEL LAVORO	Alfabetizzazione corporea del paziente obeso candidato alla chirurgia bariatrica. Miglioramento della percezione corporea e del benessere psico-fisico, attraverso il recupero della capacità di movimento funzionale e l'incremento dell'attività fisica.
AUTORI	Cocco M.1, Amabile E. 1, Porfiri F2, Scoppetta M3, Iaconelli A3, Chieffo D4., Mingrone G.3, Raffaelli M2. 1 UOC di Medicina Fisica e Riabilitazione, Fondazione Policlinico Gemelli, UCSC, Roma 2 UOC di Chirurgia Endocrina e Metabolica, Fondazione Policlinico Gemelli, UCSC, Roma 3 UOC di Patologie dell'Obesità, Fondazione Policlinico Gemelli, UCSC, Roma 4 UOC di Neuropsichiatria Infantile, Fondazione Policlinico Gemelli, UCSC, Roma
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>According to the World Health Organization, "obesity has reached epidemic proportions globally, with more than 1 billion adults overweight" (WHO, 2016). Once considered a problem only in high income countries, overweight and obesity are now dramatically on the rise in low- and middle- income countries, particularly in urban settings. OECD data state that, in Italy, approximately 10% of the adult population is obese, which is a quite low rate compared to other OECD countries, but the trend is an increasing one, especially among males: the Italian National Institute for Statistics tells us that the prevalence of obesity among males was 8,7 % in 2001 and 11,6% in 2013. (ISTAT, 2015) Overweight and obesity are major risk factors for a number of chronic diseases, including diabetes, cardiovascular diseases and cancer. Furthermore, obesity is associated with four among the most disabling conditions: arthritis, back pain, mental health disorders and learning disabilities (PHE, 2016).</p> <p>This study is based on the hypothesis that it is possible to reduce perceived disability and to increase physical performance in obese patients through an experimental physiotherapeutic protocol, based on body awareness, stretching, back- and abdominal and breathing exercises.</p>
METODI	Sessions were structured in group activities. Six obese adult patients (BMI≥40) with no severe co- morbidity were included in the study and attended classes once a week for ten weeks. Three validated tests were used to measure results: one focusing on perceived disability, the TSD-OC Test (SIO Test for Obesity Related Disability) and two on physical performance, the 6MWT (Six Minutes Walking Test) and the TUG (Timed Up and Go Test). T0 data were collected during an initial psychiatric examination and T1 data during the last physiotherapeutic session.
RISULTATI	In terms of perceived disability a significant reduction was observed: the average decrease reached almost 35%, with five out of six patients improving their results from T0 to T1. Both the tests used to measure physical performance showed small or very small improvement in five out of six patients, with an average increase of 3% approximately
DISCUSSIONE	The significance of the study is affected by the size of the sample. Nonetheless, results in terms of perceived disability are very encouraging. Additional studies examining larger samples are needed to confirm the effects of the proposed protocol.
BIBLIOGRAFIA	

Note

--

IDabstract

73

Speaker

Paone

Emanuela

under40



ARGOMENTO

Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico pre-intervento

TITOLO DEL LAVORO

OBESITA' E SALUTE SESSUALE: RISULTATI DI UNO STUDIO SU DONNE OBESE CANDIDATE A CHIRURGIA BARIATRICA

AUTORI

Emanuela Paone(1), Filippo Nimbi (2), Laura Pierro (2), Francesca Tripodi(3), Gianfranco Silecchia (1), Adele Fabrizi(3)

1)Università "Sapienza" – Polo Pontino (LT)

2)Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, "Sapienza" Università di Roma

3)Istituto Sessuologia Clinica (ISC)– Roma

RELATORE

INTRODUZIONE

La chirurgia bariatrica è oggi ritenuta il gold standard del trattamento della grande obesità. Tuttavia alle donne che si sottopongono a questo tipo di percorso di cura viene raccomandato di evitare gravidanze nei primi 12-18 mesi post-intervento, a causa dei deficit nutrizionali che si associano al rapido ed elevato calo ponderale conseguente. L'obiettivo del seguente studio è di analizzare la qualità di vita sessuale in donne obese candidate a chirurgia bariatrica, con particolare attenzione all'uso e relativa frequenza di metodi contraccettivi in fase pre-operatoria, in previsione di una valida presa in carico sessuologica nel follow up.

METODI

Tra Luglio 2015 e Luglio 2016 sono stati somministrati alcuni questionari self-report (BUT, SCL-90R, TAS 20, FSFI, SDBQ-W, TS-DOC) e un'intervista strutturata sulla sessualità, costruita ad hoc. Il campione è di 159 donne con obesità patologica, di età compresa tra i 19 e i 47 anni, che si sono rivolte presso il Bariatric Center of Excellence – "Sapienza" Polo Pontino (LT).

RISULTATI

Il 50% del campione non utilizza alcun metodo contraccettivo. I risultati mettono in evidenza una funzionalità sessuale generalmente danneggiata(FSFI<25). In particolare, le donne che usano metodi contraccettivi, rispetto a chi non li usa, ottengono punteggi migliori nell'arousal, nella lubrificazione, nell'orgasmo, nella soddisfazione e riportano minor dolore sessuale e una miglior gestione del dolore fisico dovuto all'obesità.

DISCUSSIONE

La maggior parte delle donne che richiede la chirurgia bariatrica non usa abitualmente metodi contraccettivi e ciò non depone a favore dell'adesione alle raccomandazioni di non-gravidanza del primo anno post-chirurgico. Questi risultati hanno importanti implicazioni sia in ambito clinico che di ricerca, mostrando la necessità di dare maggiore spazio alla salute sessuale nelle pazienti obese. Prospettive future dovrebbero mirare a un'educazione specialistica e mirata all'ambito sessuologico, per facilitare il miglioramento della qualità di vita sessuale e generale nelle pazienti in età fertile onde prevenire gravidanze a rischio.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	142
Speaker	Meloni Fabio under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico pre-intervento
TITOLO DEL LAVORO	BARIATRIC FACEBOOK: OBIETTIVI, FUNZIONI E NUMEROSITÀ DEI GRUPPI DI UTENTI FACEBOOK SULLA CHIRURGIA BARIATRICA
AUTORI	Fabio Meloni - UOSD Dietologia e Nutrizione, AO S.Camillo Forlanini, Roma Valentina Orlandi - UOSD Dietologia e Nutrizione, AO S.Camillo Forlanini, Roma Raffaella Gorio - UOSD Psicologia, AO S.Camillo Forlanini, Roma Maria Grazia Carbonelli - UOSD Dietologia e Nutrizione, AO S.Camillo Forlanini, Roma
RELATORE	
INTRODUZIONE	I pazienti bariatrici, come molti pazienti affetti da altre condizioni di interesse medico, utilizzano sempre più i social network e le app dei dispositivi mobili come strumento di supporto per la gestione della propria salute e come punto di riferimento per lo scambio di informazioni e di vissuti con altre persone che sperimentano una condizione analoga alla loro. In termini generali, la ricerca scientifica in questo ambito è ad un livello molto embrionale a livello internazionale ed è praticamente inesistente in Italia. I professionisti coinvolti nelle procedure chirurgiche o dietologiche rivolte alla perdita di peso e alla gestione dell'obesità e della grave obesità (chirurghi, nutrizionisti, dietologi, psicologi, etc.) in larga parte ignorano l'esistenza di questa realtà o ne sottovalutano la portata. Recenti indagini condotte in paesi di lingua anglosassone indicano che i professionisti specialisti, pur riconoscendo l'importanza del supporto alla pari nell'esperienza del percorso di chirurgia bariatrica, appaiono soprattutto preoccupati dall'impatto negativo che, in particolare, i gruppi presenti sui social network producono sulla correttezza dell'informazione e sul grado di "contagio" emotivo reciproco tra i pazienti. La prevalenza delle opinioni negative riscontrate potrebbe avere a che fare non solo con gli aspetti effettivamente negativi delle comunità virtuali di pazienti, ma anche con la scarsa confidenza con i social network da parte degli specialisti e la loro scarsa propensione a considerarli strumenti di comunicazione ormai irrinunciabili.
METODI	Lo studio qui presentato si propone di effettuare un'esplorazione preliminare relativa alla presenza, agli obiettivi e alle funzioni dei gruppi di utenti presenti su Facebook, il più noto e attualmente il più frequentato tra i social network, che abbiano come oggetto di interesse e di discussione le procedure più comuni della chirurgia bariatrica. A tal fine, attraverso il motore di ricerca interno di Facebook e impiegando alcune key words relative alla chirurgia bariatrica (bariatric*, sleeve, bypass, bendaggio, diversione, BIB, palloncino) si è proceduto all'individuazione dei gruppi in lingua italiana che contenessero nella denominazione almeno una delle parole chiave, escludendo le pagine personali, le persone, gli eventi e i luoghi. I gruppi individuati sono stati classificati per tipo di procedura bariatrica di riferimento (sleeve, bypass, bendaggio, diversione, BIB/palloncino), modalità di partecipazione (aperto/chiuso), numero di partecipanti, funzione del gruppo (auto mutuo aiuto generale, auto mutuo aiuto specifico locale, cucina e alimentazione post chirurgia, informativo medico, misto).
RISULTATI	La ricerca effettuata ha permesso di individuare un totale di 39 gruppi (8 bariatric*, 6 sleeve, 3 bypass/sleeve, 3 bypass, 16 bendaggio, 2 diversione, 1 BIB/Pallone) a cui aderiscono in totale 36752 membri (bariatric: 9349, sleeve: 11398, bypass/sleeve: 5499, bypass: 1640, bendaggio: 8133, diversione: 608, BIB/Pallone: 125). I membri dei gruppi sono sia pazienti già operati, sia aspiranti pazienti. Il numero di partecipanti indica più il livello di interesse che il numero effettivo di utenti, dal momento che ogni utente di Facebook ha la possibilità di iscriversi a tanti gruppi quanti desidera, senza particolari limitazioni. La maggior parte dei gruppi è di tipo chiuso: per 34 su 39 gruppi l'iscrizione deve essere approvata da un amministratore e le discussioni tra i membri non sono visibili ai non iscritti. Relativamente a funzioni e obiettivi dei gruppi individuati, 21 sono classificabili come di auto mutuo aiuto generale, 6 di auto mutuo aiuto locale, ovvero, ad

esempio, accolgono solo pazienti che siano stati operati in una specifica struttura o da un particolare specialista, per lo più chirurgo o, più comunemente, che abbiano effettuato un tipo preciso di procedura, 5 di consigli sull'alimentazione o sulla preparazione dei cibi per lo più dopo l'intervento, 2 di informazione medica, con la presenza individuabile nel gruppo o come amministratore di uno specialista chirurgo o nutrizionista e, infine, 5 sono gruppi misti di auto mutuo aiuto, di informazione medica e, spesso, hanno la funzione principale di pubblicizzare specifiche strutture o professionisti.

DISCUSSIONE

L'indagine effettuata rappresenta un primo tentativo di esplorare l'esperienza dei pazienti bariatrici attraverso la loro frequentazione dei social network e di Facebook in particolare. I risultati ottenuti fotografano fedelmente alcune tendenze proprie della chirurgia bariatrica (ad esempio, il numero di utenti per tipo di procedura trattata nel gruppo) e riflettono con chiarezza il bisogno comunitario e la necessità di condividere speranze, timori e incertezze, oltre che informazioni e rassicurazioni, da parte dei pazienti o aspiranti tali. La portata relativamente molto ampia della partecipazione a tali esperienze di comunità virtuali deve rappresentare un elemento di studio e di riflessione da parte di tutti i professionisti coinvolti nella gestione multidisciplinare dei percorsi chirurgici di cura dell'obesità e della grave obesità. Il peso dei social network, delle app su mobile e delle comunità virtuali, in particolare nella presa di decisione di affidarsi alla chirurgia, è in costante e inarrestabile crescita. Uno sguardo attento e partecipe da parte dei professionisti è ormai irrinunciabile, soprattutto al fine di incrementare le procedure, migliorare la compliance dei pazienti nel corso del trattamento e contribuire a diffondere informazioni corrette e non fuorvianti.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

55

Speaker

Romania

Vincenzo

under40



ARGOMENTO

Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico pre-intervento

TITOLO DEL LAVORO

Corpo, genere, relazioni sociali: un'analisi sociologica

AUTORI

Vincenzo Romania, università degli Studi di Padova.

RELATORE

INTRODUZIONE

L'articolo contempla i risultati di una ricerca condotta presso il reparto di chirurgia bariatrica dell'ospedale di Montebelluna (TV), da un team interdisciplinare formato da medici chirurghi, sociologi e psicologici. L'obiettivo della ricerca, denominato "Family Surgery" è quello di comprendere come, dal punto di vista del paziente, gli interventi si inseriscano in una complessa dinamica interpersonale, all'interno della sfera affettiva, relazionale, amicale e la mutino, stravolgendone gli equilibri. Nell'articolo approfondirò, in particolare, la componente di genere, i ruoli materni, e i processi di ridefinizione identitaria delle pazienti donne di mezza età. Si tratta infatti del profilo sociografico più rappresentato fra i pazienti del nostro studio.

METODI

La ricerca si è posta l'obiettivo di seguire i processi di ridefinizione identitaria dei pazienti in tutto l'arco temporale che va dalla decisione di ricorrere all'operazione chirurgica, al momento di accertamento che precede l'operazione a tutta la fase post-surgery, fino alla stabilizzazione emotiva e relazionale dei soggetti. Per tale ragione, i materiali raccolti provengono da una ampia varietà di tecniche di raccolta dati: inchiesta campionaria con questionari a domanda chiusa, analisi quantitativa delle cartelle cliniche dei pazienti del periodo 2013-2016, osservazione etnografica dei colloqui ambulatoriali pre-surgery e di follow-up, l'osservazione etnografica dei colloqui di valutazione psicologica dei pazienti, le interviste semistrutturate al personale medico. In questo talk considererò un campione di 60 osservazioni etnografiche condotte durante l'attività ambulatoriale.

RISULTATI

L'analisi ci ha permesso di mettere in luce i significati proiettati, di comparare le aspettative dei pazienti con gli esiti della operazione, di valutare il rapporto fra senso di auto-efficacia e percezione delle complicazioni, di far emergere, ancora, le richieste implicite ed esplicite di affidamento dei pazienti al personale medico. Uno dei risultati più importanti emersi, dal punto di vista sociologico, è la forte influenza dei rapporti di genere sulle decisioni terapeutiche dei pazienti. In particolare, il ricorso alla chirurgia bariatrica non si collega soltanto a problematiche legate alla patologia dell'obesità, ma include anche richieste personali dei pazienti derivanti da uno iato fra aspettative normative del corpo personali rispetto ai ruoli giocati e percezioni del sé. Ciò è soprattutto evidente nel caso delle donne di mezza età e permette di intravedere come alcune richieste derivino da equilibri familiari che l'operazione stessa andrà a mutare.

DISCUSSIONE

In conclusione, la ricerca dimostra la necessità di un contributo sociologico alla chirurgia bariatrica. Uno sguardo sociologico può accrescere la sensibilità per le dinamiche sociali, lavorative e familiari e comprendere quali significati soggettivi e intersoggettivi vengono associati alla chirurgia bariatrica.

BIBLIOGRAFIA

Cregan K., *The Sociology of the Body*, Sage, 2006.
Ha J. F., "Doctor-Patient Communication: A Review", *Ochsner J.* 2010 Spring; 10(1): 38-43.
Romania V., *Ruoli, identità, interazioni*, Liguori, 2012.
Warin M. et alii, "Bodies, mothers and identities: rethinking obesity and the BMI", *Sociology of Health and Illness*, Volume 30, Issue 1, January 2008, pp.97-111.

Note



IDabstract	146
Speaker	Mian Emanuel under40 <input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico pre-intervento
TITOLO DEL LAVORO	BBQ o Barbeque? Un nuovo strumento per la valutazione del paziente prima e dopo la chirurgia bariatrica
AUTORI	MIAN EMANUEL- Centro Interdisciplinare Bariatrica e Obesità (CIBO) -Istituti Clinici Zucchi - Monza RUSSO EMANUELA- Istituto Nazionale Chirurgia dell'Obesità (INCO)- Istituto Clinico Sant'Ambrogio- Milano
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>L'obesità è divenuto uno dei problemi più pressanti sia in Europa che in Italia, dove la prevalenza dei pazienti obesi di vario grado rappresenta il 10% della popolazione. Tra questi è sempre più crescente il numero di coloro in cui è riscontrabile un IMC superiore a 40.</p> <p>Per questi pazienti, che giungono presso i centri di cura dopo numerosi precedenti tentativi di ridurre il proprio peso, sempre più spesso la chirurgia bariatrica rappresenta una fra le più valide opportunità terapeutiche disponibili.</p> <p>Essa viene riconosciuta quindi, come l'intervento più mirato nel permettere un sostanziale calo ponderale in un gran numero dei pazienti francamente obesi che ad essa si affidano. Un'obesità di grado elevato, presente da lungo tempo nella vita del soggetto, comporta spesso anche comorbidità psicopatologiche in grado di interferire marcatamente sulla qualità di vita oltre che sulla compliance e l'outcome.</p> <p>Tuttora non vi è un consenso unanime rispetto a quali siano gli strumenti psicodiagnostici più indicati per l'assessment del paziente candidato alla chirurgia dell'obesità e nel post-operatorio. Questo, al fine di saggiarne le modificazioni rispetto, non solo al comportamento alimentare e l'immagine corporea, ma alle diverse altre aree investite direttamente o indirettamente quali il senso di autoefficacia, le strategie di coping, la readiness al cambiamento etc etc.</p> <p>Risultano necessari pertanto, strumenti mirati e indirizzati specificatamente ai pazienti cosiddetti "bariatrici". Questionari che mirino ad uno screening generale rispetto la valutazione di candidabilità che forniscano anche informazioni complete e di facile somministrazione e scoring al fine di permettere al clinico di riconoscere e delineare il profilo del paziente in ottica standardizzata e condivisibile in ambito multidisciplinare. Lo scopo di questo lavoro è di descrivere uno specifico questionario denominato BBQ (Bariatric Behavioural Questionnaire) mirato a delineare specifiche sintomatologie e comportamenti alimentari e non, utili al clinico nel pre e post-intervento.</p>
METODI	<p>Tenendo conto dei maggiori strumenti psicodiagnostici utilizzati di routine (Symptoms Checklist 90 revised; Binge Eating Scale; Body Image Revealer; Beck Depression Inventory; Rosenberg Self Esteem Scale; Body Image Assessment) e delle esigenze in fase di candidabilità dei pazienti affetti da obesità, si è provveduto a delineare aree target al fine di creare items e sottoscale adeguate alla necessità del clinico.</p> <p>Il BBQ fornisce items relativi all'autostima (senso di inadeguatezza, autoefficacia, deresponsabilizzazione etc), il quadro dell'umore (presenza di umore deflesso, stati d'ansia relativa e specifica etc), l'alimentazione (incontrollata/impulsiva/emotiva), l'immagine corporea (insoddisfazione corporea, desiderabilità corporea, etc), la preferibilità palatale, la readiness al cambiamento ed alla modificazione dello stile di vita, della consapevolezza etc etc</p>
RISULTATI	<p>Attualmente il BBQ è in fase di studio e validazione ulteriore per la sua taratura sulla popolazione di pazienti affetti da obesità che si sottopongono o desiderano sottoporsi alla chirurgia dell'obesità. Saranno illustrati gli ultimi dati disponibili al momento attuale. Lo strumento consta di 60 items e 6 sottoscale oltre ad un BSSI generale (Bariatric Specific Severity Index) con un tempo medio di somministrazione di 23 minuti.</p>

DISCUSSIONE

Un corretto assessment psicologico e nutrizionale pre-intervento oltre a sistematici follow-ups strutturati con strumenti specifici fornisce parametri condivisibili in ottica multidisciplinare per la valutazione dell'idoneità del paziente affetto da obesità, nella scelta della tipologia di intervento e nella valutazione in casi che richiedono una redo surgery.

Ulteriore ricerca è necessaria per aumentare il campione, migliorare e standardizzare il questionario e valutare gli esiti nel medio-lungo periodo.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	151
Speaker	Bonigolo Marta under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico pre-intervento
TITOLO DEL LAVORO	Il web e la disinformazione sanitaria: la nascita di un'Associazione per aiutare persone affette da obesità
AUTORI	Marta Bonigolo*, Alberto Sartori** e Maurizio De Luca** * Associazione Giro di Boa ** U.O.C. Chirurgia Generale e d'Urgenza Ospedale San Valentino, Montebelluna - Treviso-
RELATORE	
INTRODUZIONE	In Italia ci sono 38 milioni di utenti collegati in Internet su 60,650 milioni di persone, compresi i bambini. Negli ultimi 15 anni vi è stato un proliferare di social media fino ad arrivare nel 2015 a un totale di 28 milioni di utenti attivi sui social. La ricerca online di informazioni sulla salute è effettuata dal 63% degli italiani e addirittura il 74% ritiene l'informazione via web utile facendo diventare Internet il secondo riferimento per la salute dopo il medico. La diffusione progressiva della chirurgia bariatrica ha portato alla formazione di molti "gruppi" autogestiti da pazienti in attesa di intervento e di pazienti già operati all'interno dei social media. L'associazione Giro di Boa, che unisce pazienti, medici e personale sanitario, ha lo scopo di provare a limitare la disinformazione e aiutare sia i pazienti sia le figure sanitarie coinvolte nel trattamento dell'obesità.
METODI	la creazione dell'associazione, del suo sito internet e dell'account nei social media, è avvenuta progressivamente dopo un periodo di confronto tra alcuni pazienti operati e la collaborazione di alcuni sanitari. Sono stati valutati vari "gruppi" di pazienti, presenti in diversi social, che sono stati sottoposti a chirurgia bariatrica. Valutata le lacune culturali e la disinformazione, l'associazione sta cercando di migliorare quanto presente in rete.
RISULTATI	Giro di Boa nasce nel 2014 come luogo di incontro, confronto e aiuto per persone con problemi di obesità collaborando anche con diverse strutture sanitarie. La partecipazione degli associati è stata man mano crescente. A chiusura di bilancio nel 2014 si potevano contare 102 tesserati, nel 2015 erano 146 e la chiusura del 2016 ha registrato 177 membri. GIRO DI BOA è nata in Padova con l'intenzione da subito di poter essere di supporto alle strutture Venete. Nell'ultimo anno c'è stata la richiesta di collaborazione dal Trentino e dal Friuli Venezia Giulia. Questo per creare un gruppo coeso che possa sensibilizzare sul problema obesità la sanità Triveneta collaborando anche con altre associazioni presenti nel territorio nazionale. Varie sono le attività proposte dall'associazione che seguono due filoni diversi, uno ludico/ricreativo e uno informativo. Il primo tipo di attività è proteso a far sì che il paziente riprenda in mano il coraggio di mettersi in gioco e interagire con altre persone. Si organizzano momenti di incontro, quali passeggiate nel territorio, sviluppando così l'abitudine dell'attività fisica all'aperto, serate alle terme, per riprendere coraggio di esporre il corpo alla vista di altre persone, e le cene delle province, pensate per raggiungere i membri dell'associazione e di trasformare una semplice cena in un momento non solo di aggregazione, ma per comprendere quale sia la differenza che si ha nell'approccio al cibo prima e dopo un intervento bariatrico. Le attività informative sono invece dirette non solo ai pazienti obesi, ma anche a tutta la popolazione, in modo da sensibilizzare il più possibile relativamente alla malattia e cercare di dare gli strumenti per poterla combattere, se non addirittura prevenirla. Incontri con nutrizionisti e psicologi sono le richieste maggiori che abbiamo; il paziente vuole capire dove ha sbagliato in passato nell'affrontare le varie diete dimagranti. Da qui sono nati i primi gruppi di auto mutuo aiuto, al momento solo su Padova, ma entro breve estesi a Trento e Montebelluna. Molto utili sono pure i momenti informativi che trattano la chirurgia.
DISCUSSIONE	Le troppe notizie presenti nel web e la non capacità di filtrarle hanno creato tanta

confusione, e soprattutto la convinzione che l'intervento sia la fine di un percorso. Giro di boa invece vuole con questi strumenti vuole sensibilizzare la persona affetta da obesità e la popolazione che per guarire dalla malattia ci sono varie opzioni terapeutiche (percorso psicologico, percorso nutrizionale, percorso fisico) che devono assolutamente essere prese in carico unitamente all'opzione chirurgica. Nel prossimo futuro l'associazione si propone di creare una rete in collaborazione con i medici di Medicina Generale per aiutare e seguire nel post-operatorio i pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica. Con la Rete per l'Obesità Veneta si sta progettando di creare momenti di formazione per nutrizionisti, psicologi, medici di medicina generale e medici di pronto soccorso. Un grande aiuto per i nostri membri è il gruppo presente nel social Facebook dove possono essere collegati in tempo reale ed avere risposte per ogni dubbio. Il gruppo non si sostituisce assolutamente al medico di base, tantomeno al chirurgo bariatrico o alle altre figure professionali che trattano di obesità. Il gruppo vuole essere di supporto e stimolo per il paziente nel suo percorso pre e post dimagrimento. La disinformazione in rete è sempre dietro l'angolo. Tuttavia siamo convinti che la creazione di queste collaborazioni tra pazienti, persone affette da obesità, e personale sanitario anche tramite i social media possano limitare gli errori.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract

66

Speaker

Biglia

Marina

under40



ARGOMENTO

Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico pre-intervento

TITOLO DEL LAVORO**Indagine sul rapporto medico paziente nella cura dell'obesità**

AUTORI

Marina Biglia
Amici Obesi Onlus

RELATORE

INTRODUZIONE

La qualità dell'assistenza sanitaria fornita ai pazienti può influenzare la qualità di vita dell'individuo in termini di benessere fisico, psicologico e sociale legato ai bisogni ed alle aspettative durante tutte le fasi del percorso di cura. L'assistenza sanitaria è da intendersi nell'accezione di: accessibilità alle strutture, disponibilità di informazioni e risorse, qualità ed efficienza delle prestazioni erogate.

Il presente studio socio-demografico mira a raccogliere dati informativi circa la qualità dei servizi ricevuta dall'utenza allo stato attuale, durante le varie fasi del percorso di cura, a partire dal reclutamento nella struttura d'afferenza, e successivamente nel percorso post-operatorio a lungo termine. Tale raccolta dati potrebbe permettere di implementare la qualità dell'assistenza clinica dei Centri Bariatrici esistenti ed evidenziarne eventuali deficit, al fine di rispondere in modo congruo alle richieste di cura dei pazienti.

METODI

E' stata eseguita un'indagine socio-demografica attraverso la somministrazione di un questionario online, costituito da 21 Item a scelta multipla e 2 a risposta aperta. La raccolta dati è stata effettuata tra Gennaio e Febbraio 2017. Le domande del questionario valutavano vari aspetti del percorso bariatrico inerenti la fase pre-operatoria e la fase post-operatoria. I partecipanti hanno risposto al questionario accedendo al sito www.amiciobesi.it, la cui diffusione è stata possibile mediante l'utilizzo di social network.

RISULTATI

1034 i partecipanti rispondenti al questionario. La fascia d'età più rappresentata è quella tra 36 e 45 anni, (35,06%), seguita dalla categoria fra 46 e 55 anni (31,07%) e fra 26 e 35 anni (20,08%). La maggioranza dei rispondenti sono donne (95,80%), coniugate, con un livello di istruzione secondaria (56,34%), e geograficamente in maggior parte residente in Lombardia (25,97%), Piemonte (14,39%), Veneto (9,09%), Lazio (8,69%) ed Emilia Romagna (8,09%).

Interessante capire quale sia la figura medica che il paziente contatti per prima: il medico di famiglia (41,38%), a seguire a ruota il dietologo/nutrizionista (38,59%), poi l'endocrinologo/diabetologo (12,86%).

Il primo colloquio è soddisfacente solo nel 55,83% dei casi e non sempre prevede un successivo indirizzamento a centri di cura multidisciplinari.

Vengono proposti piani nutrizionali, psicologici, attività motoria e sovente esami di approfondimento, ma solo il 54,61% viene informato sulla possibilità di interventi di chirurgia bariatrica.

In questo quadro una delle figure cardine è il medico di famiglia che si dichiara favorevole nel 68,57% dei casi a tali interventi, pur non essendo purtroppo molto informato su quali siano i percorsi di cura, non solo chirurgici, dell'obesità.

Secondo alcuni pazienti il medico di famiglia non ha conoscenza e/o sensibilità per essere considerato un valido aiuto (33,50%), mentre per altri è qualificato (22,69%) e per altri ancora solo in parte (32,40%).

DISCUSSIONE

Il questionario è stato voluto per evidenziare quali siano le problematiche del paziente obeso nel rapportarsi con gli specialisti addetti alla cura e per tentare di inviare un messaggio di speranza al malato e informazioni pratiche e utili ai medici.

Esiste un percorso reale, come salta agli occhi nel corso dello svolgimento delle domande, che purtroppo si discosta da un percorso ideale.

Partiamo dal presupposto che manchi, nel caso dell'obesità, una figura cardine, che potremmo definire "obesiologo", che racchiuda in sé tutti gli specialisti che dovrebbero essere coinvolti nel percorso di cura e, di fronte alla domanda sull'opportunità di un opuscolo informativo sulla prevenzione e cura della patologia, da distribuire negli ambulatori dei medici di famiglia, abbiamo una risposta affermativa praticamente corale (97,45%)

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	92
Speaker	Sartori Tito under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico pre-intervento
TITOLO DEL LAVORO	Pazienti pesanti ed equilibri familiari
AUTORI	SARTORI, T., Lorenzi, Valentina, Romania Vincenzo, Sartori Alberto, De Luca Maurizio
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>Il presente lavoro si inserisce all'interno di un progetto di ricerca più ampio condotto da una équipe multidisciplinare composta da due chirurghi, un sociologo, uno psicoterapeuta e una psicologa. Tale progetto applica le lenti psico-sociali all'ambito della chirurgia bariatrica effettuata presso l'ospedale di Montebelluna (Treviso – ULSS 2). In particolare, la prima fase di ricerca (giugno 2016-febbraio 2017) ha permesso di raccogliere dati quantitativi e qualitativi al fine di comprendere le caratteristiche della popolazione che normalmente ha accesso a questa tipologia di interventi, nonché la cultura organizzativa dell'ambiente istituzionale (tali dati, rientranti nel più ampio progetto di ricerca, hanno avuto la funzione di anticipated data).</p>
METODI	<p>Sono state analizzate 126 cartelle cliniche relative al biennio 2013-2014 e riguardanti pazienti che hanno subito l'intervento chirurgico in quel periodo. In particolare, l'attenzione è stata focalizzata sui dati socio-demografici derivanti da cartelle compilate da medici e da cartelle compilate da infermiere.</p> <p>I dati sono stati sottoposti ad analisi mono/bi-variata per produrre delle statistiche descrittive che in seguito sono state confrontate con dati derivanti da indagini nazionali e internazionali e relativi alla popolazione obesa che si sottopone a interventi di chirurgia bariatrica.</p> <p>Inoltre, l'équipe ha condotto un'etnografia mediante l'uso dell'osservazione in modalità coperta durante i colloqui che i medici e il personale sanitario (psicologo, infermieri) svolgevano con i pazienti. Le osservazioni dell'ambiente istituzionale, ripetute da ricercatori differenti durante un periodo di 6 mesi, hanno permesso di cogliere resoconti spontanei da parte dei pazienti, nonché di osservare la cultura organizzativa del contesto ospedaliero e le interazioni sociali più caratteristiche.</p> <p>Infine, sono state effettuate delle interviste semi-strutturate al personale sanitario (medici, psicologo e nutrizionista), che ha una responsabilità decisionale rispetto all'opportunità di sottoporre i pazienti a chirurgia. Tali interviste sono state costruite a partire dai nuclei tematici emersi nel corso dello studio etnografico ed analizzate in modo ermeneutico.</p>
RISULTATI	<p>L'analisi del materiale etnografico e dei resoconti spontanei prodotti dai pazienti, nonché le osservazioni riportate dal personale sanitario durante le interviste e nel corso delle varie frequentazioni, evidenzia come la famiglia rappresenti un sistema di relazioni significativo rispetto all'emergere dell'obesità. In primo luogo, le narrazioni riportate spontaneamente dai pazienti (e da alcuni familiari che sovente li accompagnavano agli incontri con i sanitari) hanno posto in luce relazioni familiari complesse, caratterizzate da un'elevata sofferenza, distribuita sui vari membri (e, in particolare, su quello obeso). In secondo luogo, gli elementi narrativi emersi sembrano supportare la prospettiva secondo cui la sintomatologia obesa assume significato all'interno della trama relazionale prossima al malato.</p>
DISCUSSIONE	<p>A partire da queste considerazioni, si avanza l'ipotesi che l'emergere dell'obesità sia in parte una risposta coerente dell'individuo rispetto alla sfera familiare e che svolga, pertanto, una funzione omeostatica all'interno del sistema famiglia.</p> <p>Come sostenuto da diversi autori, infatti, l'obesità ha determinanti di tipo biologico, psicologico e socio-culturale. A livello bibliografico, tuttavia, la dimensione psicologico-relazionale è ancora poco considerata, nonostante la famiglia rappresenti un sistema di riferimento fondamentale attraverso cui le persone danno significato e senso alla loro esperienza di vita e di malattia. Il presente contributo mira a evidenziare questa basilare</p>

dimensione con l'intenzione di approfondirla nelle fasi successive di ricerca.

BIBLIOGRAFIA

Note

IDabstract	22
Speaker	Sarro Simonetta under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Psicologia/psichiatria - Il percorso psicologico-psichiatrico pre-intervento
TITOLO DEL LAVORO	L'USO DEL TRAINING AUTOGENO NELLA FARE PREOPERATORIA IN CHIRURGIA BARIATRICA: DATI PRELIMINARI
AUTORI	Dott.ssa Simonetta Sarro - psicologa - speaker - anni 29 - socia affine SICOB Dott.ssa Manuela Maltagliati - psicologa Dott. Giuliano Sarro - Chirurgo Dott. Umberto Rivolta - Chirurgo Centro di Eccellenza di Chirurgia Bariatrica (Direttore Dott. G. Sarro) Ospedale G. Fornaroli - Magenta ASST Ovest Milanese
RELATORE	
INTRODUZIONE	<p>L'obesità viene definita come "una condizione clinica caratterizzata da un eccessivo peso corporeo per accumulo di tessuto adiposo (grasso), in misura tale da influire negativamente sullo stato di salute"(OMS).</p> <p>Se in passato, una simile malattia veniva trattata solo in termini medico-nutrizionale, oggi si dà grande importanza alla componente psicologica; molti pazienti obesi vivono uno stato di malessere psicologico, nascosto dai chili in eccesso.</p> <p>La persona si iperalimenta spinta da modalità compulsive, sulle quali non riesce ad avere controllo, e che non riesce poi a riequilibrare (in termini di introito energetico e lavoro fisico).</p> <p>È presente Alessitimia, una condizione che comporta difficoltà a mentalizzare sensazioni ed emozioni, per cui il cibo viene utilizzato per una compensazione emotiva, per mettere a tacere sentimenti sconosciuti o difficili da accettare;</p> <p>I problemi di sovrappeso, inoltre, si presentano in comorbidità con altri disturbi: ossessivo-compulsivo, depressivo, d'ansia, dell'umore, di personalità, fobico, di depersonalizzazione, etc.</p> <p>Trattandosi di una patologia così complessa, un valido intervento terapeutico deve essere multidisciplinare, per poter puntare ad un miglioramento psicofisico del soggetto. Sulla base di tali considerazioni, un trattamento efficace, che mira alla promozione di un comportamento di auto-cura nel paziente, è l'uso del training autogeno in situazioni di gruppo.: il gruppo permette la condivisione tra obesi e la produzione di comportamenti ed emozioni nuove, il training autogeno, invece, favorisce rilassamento e autocontrollo. Il tutto comporta un miglioramento dello stato di salute psico-fisica, con conseguente miglioramento della qualità di vita.</p>
METODI	<p>Una tipologia di intervento utile per l'obesità è il training autogeno (TA) in situazioni di gruppo; il TA è una tecnica di comprovata efficacia nella cura di varie patologie, spesso associate all'obesità (quali ansia, depressione, ipertensione e diabete), e consente modificazioni fisiologiche, comportamentali, psicologiche e della qualità di vita.</p> <p>Il TA di gruppo inoltre, rappresenta uno strumento multidimensionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> o il training consente di entrare in contatto con il proprio corpo, apprendendo anche il rilassamento e l'autocontrollo (che spesso manca alle persone obese); o il gruppo produce un senso di condivisione e di protezione che aiuta la persona nel racconto delle proprie esperienze e dei propri vissuti, favorendo così lo sviluppo delle abilità di comunicazione e l'apprendimento di tecniche di risoluzione dei problemi (obiettivi del trattamento psicoeducativo). <p>L'intervento, ancora in svolgimento, è condotto da una psicologa su un gruppo di dieci soggetti obesi (età media 42 anni, 7 femmine e 3 maschi, BMI medio 43) in preparazione per intervento di chirurgia bariatrica.</p> <p>Sono previsti 6 incontri a cadenza settimanale della durata di 90 minuti ciascuno, così da consentire la pratica del TA e il momento supportivo di condivisione.</p> <p>Tutti i pazienti coinvolti nello studio, verranno sottoposti alla compilazione dei seguenti</p>

	seguenti test: CBA-VE, PSS e SCL-90; ciò avverrà sia nel pre che nel post trattamento.
RISULTATI	<p>Ad oggi sono stati attuati i primi due incontri, ma i risultati che ci attendiamo sulla base delle considerazioni dei benefici che la tecnica del TA produce, sono:</p> <ul style="list-style-type: none">o Riduzione dello stress;o Riduzione del dolore e dei sintomi di natura psicosomatica;o Promozione di uno stile di vita salutare, con sviluppo dell'autocontrollo;o Riduzione di ansia, fobia, depressione, disturbi del sonno, ossessioni e compulsioni, aggressività, scarsa autostima ed insicurezza;o Miglioramento della performance.
DISCUSSIONE	<p>Il fondamento su cui si basa il progetto è il principio ideoplastico, secondo il quale un pensiero, un'idea, o un'immagine può determinare modificazioni sul corpo, sul comportamento e sugli stati emotivi; una condizione di calma ed un profondo rilassamento incidono positivamente sul corpo, sullo stato emotivo e sui comportamenti, favorendo un cambiamento anche nei pensieri disfunzionali.</p> <p>Questo miglioramento psico-comportamentale permetterà al paziente di affrontare l'intervento chirurgico con un maggior senso di autocontrollo e di consapevolezza sulle proprie capacità, influenzando sui risultati chirurgici anche a lunga distanza.</p> <p>Si tratta di uno studio preliminare, i cui risultati dovranno essere confermati da un'analisi incrociata con i dati chirurgici, su un numero maggiore di pazienti e su un intervallo di tempo adeguato (3 anni).</p>

BIBLIOGRAFIA

Note

--

IDabstract

147

Speaker

Dondi

Paola

under40



ARGOMENTO

Psicologia/psichiatria - Mantenimento del peso: un problema nel lungo termine

TITOLO DEL LAVORO

L'esperienza del trattamento di gruppo post-intervento di chirurgia bariatrica

AUTORI

Dott.ssa Sonia Cavedoni, S. Psicologia Clinica Ospedaliera-Azienda Ospedaliera
Universitaria di Modena
Dott.ssa Laura Valentini, S. Psicologia Clinica Ospedaliera-Azienda Ospedaliera
Universitaria di Modena
Dott.ssa Laura Leonardi, S. Psicologia Clinica Ospedaliera-Azienda Ospedaliera
Universitaria di Modena

RELATORE

INTRODUZIONE

La grave obesità è da intendersi come la conseguenza di alterazioni e distorsioni emozionali nell'ambito dello sviluppo della personalità ed è da analizzare ed interpretare alla luce di ogni singola storia individuale. L'intreccio di gravi disturbi emozionali è sostanzialmente legato alla precoce distorsione dell'immagine corporea o si sviluppa in risposta a stress psicologici di natura intrapsichica o relazionale.

Nella nostra esperienza, iniziata nel 1997, abbiamo potuto identificare alcuni fattori psicologici specifici del paziente obeso quali:

- il corpo- ipercorpo rappresenta una difesa per coprire parti di sé non elaborate, per ripararsi, proteggersi;
- la presenza di vissuti di rifiuto, inadeguatezza all'ideale, vergogna, che si fondano su un denominatore comune che è quello depressivo.
- l'assenza della discontinuità tra le percezioni di vuoto/pieno, con impossibilità, a fronte della percezione di vuoto, di differire il soddisfacimento dello stimolo ad un tempo successivo;
- la disregolazione del ritmo alimentare (night-eating, grignottage, utilizzo del cibo a scopo compensatorio su base emozionale, ecc.);
- la confusione senso-percettiva, rappresentata dall'azione del mangiare come risposta indifferenziata a stati interni non riconosciuti né riconoscibili dal paziente;
- l'iperfagia con assetto impulsivo-disregolativo (riferibile alle esperienze di relazione primaria).

Le funzioni specifiche del lavoro di gruppo orientato psicoanaliticamente, rispetto al lavoro individuale, sono:

- la possibilità di fornire ai partecipanti un senso di sicurezza rispetto all'ansia di iniziare, appartenere e partecipare ad un gruppo;
- protezione dalle differenze - variazioni e dall'elaborazione delle ansie che si sviluppano attorno ai vissuti dell'inclusione, della perdita, del controllo, dell'intimità e il bisogno di contenimento.
- utilizzare il gruppo come campo mentale che aumenti la capacità di mentalizzare, ovvero la capacità di simbolizzare, di collegare i propri malesseri a trame di pensiero, di trovare nuovi significati.
- la possibilità di rispecchiarsi nell'altro, nella sua esperienza per riconoscere aspetti di sé.
- riduce le paure di eccessiva dipendenza, dal terapeuta, che spesso si riscontrano nel lavoro individuale.

METODI

Alla luce della maturata esperienza di lavoro con i gruppi omogenei di pazienti obesi non operati, dopo anni di lavoro individuale con i pazienti nel follow up post-chirurgico, l'U.O. Psicologia Clinica Ospedaliera ha strutturato un trattamento terapeutico gruppale, omogeneo per tipologia di pazienti, di un anno, a cadenza mensile.

Prima fase di selezione: colloqui necessari a motivare la partecipazione delle persone al lavoro di gruppo.

A livello cosciente, l'evidenziata omogeneità stimola fin da subito l'emergere del senso di una comune appartenenza e processi di reciproca identificazione.

	<p>Seconda fase: inizio del trattamento gruppale</p> <p>Già dal primo incontro, nella fase di presentazione del gruppo e di presentazione del setting viene sottolineato l'elemento dell'omogeneità la cui funzione è quella di agire nella costituzione di un controcampo rispetto a tutto ciò che è esterno. Questo crea legami specifici tra i membri del gruppo e con il terapeuta, il quale è sentito come "facente parte" e "omogeneo" a sua volta. Condividere la stessa problematica "riduce l'angoscia persecutoria e di frammentazione caratteristica della presenza dell'estraneo" (Vasta, Caputo, 2004).</p> <p>Nello spazio fisico gruppale si esprime, dunque, uno spazio psicologico collettivo, fluido e influenzato dai vissuti dei singoli individui e dal clima emotivo dominante nel qui e ora del singolo incontro.</p> <p>Il piccolo gruppo terapeutico rappresenta una sorta di microcosmo protetto, complesso e articolato, caratterizzato dalle potenzialità di un pensiero insaturo e creativo. Il gruppo viene utilizzato dai suoi membri come uno spazio contenitore dei loro contenuti psichici non pensabili e non pensati che, in questo particolare contesto, possono essere trasformati in rappresentazioni e pensieri.</p> <p>In questo spazio transizionale (Rouchy, 1998) diviene possibile metabolizzare la realtà psichica personale in rapporto alla realtà psichica sociale (attraverso la proiezione e una sorta di realizzazione evocativa dello spazio interno di ogni persona) e collocare gli stimoli dolorosi all'interno dello spazio gruppale che funge da contenitore.</p> <p>Il campo che si costituisce nel gruppo è sotteso nella dialettica fra movimenti di fusione-condivisione ed altri di separazione-individuazione e sarà differente in ogni gruppo e mai dato una volta per tutte: sarà un campo dinamico.</p> <p>Terza fase: elaborazione della separazione (fine del gruppo)</p> <p>Nei gruppi omogenei, nello specifico, il campo sarà caratterizzato dal sostare a lungo nelle fasi di fusione-condivisione e da resistenze nei confronti dei movimenti di separazione- individuazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il rischio di un'eccessiva fusionalità ristagnante può essere controbilanciato dall'introduzione in senso terapeutico di un limite temporale. - Il limite temporale permette, nei gruppi di pazienti con problemi di obesità, di elaborare il tema della dipendenza che tende a spostarsi dal cibo al gruppo rispetto ai vissuti di accudimento e protezione. Citazione clinica: in un gruppo che stava volgendo al termine del percorso, alcuni partecipanti stavano protestando per la conclusione imminente e chiedendo di proseguire questa esperienza, quando un'altra partecipante affermò "ma prima o poi dobbiamo diventare grandi e provare a camminare da soli!"
RISULTATI	<p>Attualmente sono stati effettuati 14 gruppi per un totale di 154 persone a cadenza mensile per un anno</p> <p>a inizio e a fine trattamento sono stati somministrati test specifici che sono in fase di elaborazione statistica.</p>
DISCUSSIONE	<p>Conclusioni</p> <p>Pensare in termini di gruppo può essere rassicurante se si pensa al sentimento di appartenenza e di identità che questo evoca, ma allo stesso tempo può essere minaccioso e/o angosciante, se invece ci si sofferma sul problema altamente conflittuale che sempre il gruppo pone, e cioè che per essere se stessi si deve necessariamente attraversare la possibile diversità.</p> <p>Il lavoro del terapeuta, con la sua presenza, sollecita l'attenzione alle dinamiche che si attivano tra i partecipanti, l'attenzione al gruppo ma anche all'individuo, sostiene la necessità di non perdersi nell'omogeneità, salvaguardando la specificità di ognuno.</p> <p>L'atteggiamento del terapeuta, capace di essere presente senza interferire con l'atmosfera prevalente nel gruppo, aiutando così a mantenerla, porta i pazienti a comprendere che non il terapeuta, ma il "gruppo" consente di sperimentare quell'ambiente creativo "sufficientemente buono" in cui si può con fiducia lasciarsi andare all'esperienza di condivisione emotiva con gli altri.</p>

BIBLIOGRAFIA

Note

--

IDabstract

63

Speaker

DI FLAVIANO

EZIO CAMILLO

under40



ARGOMENTO

Psicologia/psichiatria - Mantenimento del peso: un problema nel lungo termine

TITOLO DEL LAVORO

BINGE EATING DISORDER AND OBESITY IN BARIATRIC PATIENTS:

AUTORI

V. Giannunzio§; F.; I.Favara#; A. Boscaro*; F.Tonello#; E. Bison**; C. E. Di Flaviano;
Reparto di Riabilitazione Nutrizionale,Casa di Cura Abano Terme,Padova;

§ Medico, Specialista in Psichiatria

* Medico, Specialista in Medicina Interna

Psicologo, Psicoterapeuta

** Dietista

Medico, Specialista in Scienza dell'Alimentazione, Psicoterapeuta

RELATORE

INTRODUZIONE

Background: Recent findings suggest that preoperative Binge Eating Disorder (Bed) attenuates long-term weight loss after bariatric surgery and recommend an adjunctive behavioral support even if the timing of this remains to be determined.(1)
Binge Eating Disorder (Bed) coexists in the 7-12% of patients requiring a treatment for obesity and its prevalence increase with the obesity severity, worsening the long term treatment outcomes. Further than a greater depressive symptoms, perceived stress and eating-related psychopathology, Bed Obese patients show a worse cardiovascular stress induced profile in comparison with no Bed obese patients.(2)

METODI

Aim of the study: To compare in Bariatric Obese patients with or without comorbidity BED the treatment outcomes of 1) a residential intensive multidisciplinary rehabilitation programme of 30 inward days and 30 Day hospital days including cognitive behavioural therapy (CBT) based on eating disorder as an obesity maintaining factor, assisted meals according to the mechanical feeding model, two hours/day of structured physical activity, active life (>7000 steps/day), psychoeducational groups, CBT oriented self-monitoring tools employment, weekly weight detection and monthly outpatients follow up; 2) a 6 months outpatients programme (1 medical examination +1 dietitian control +1 psychological appointment every 15 days), according to the same theoretical reference and with the same tools employment.

RISULTATI

Efficacy indicators: The follower indicators will be compared between the two different groups at the beginning and at the end of the programme: BMI trend, motor physical and psychometric tests (SCL-90, SF-36, EDE-Q, BES), haematochemical parameters and cardiovascular risk.

DISCUSSIONE

The impact of the follower moderators will be assessed: age, gender, previous bariatric surgery, psychiatric and internal medicine comorbidity, higher and lower weight, oral antidiabetic medication, insulin, SSRI, antipsychotic drugs, mood stabilizer and beta-blocker drugs assumption

BIBLIOGRAFIA

(1) Zhao AM, et al. Obesity (Silver Spring). 2016 Nov;24(11):2327-2333.

(2) Latzkin et al. Physiology & Behaviour 142 (2015) 20-27

Note

IDabstract

61

Speaker

DI FLAVIANO

EZIO CAMILLO

under40



ARGOMENTO

Psicologia/psichiatria - Mantenimento del peso: un problema nel lungo termine

TITOLO DEL LAVORO

E-HEALTH NEL TRATTAMENTO DELL'OBESITÀ: utilizzo di un' APP per migliorare la compliance al periodo post-chirurgia bariatrica

AUTORI

Boscaro A.*, Tonello F.#, Menegon A.***, Sanguin G.***, Di Flaviano C.E. ##

* Medico, Specialista in Medicina Interna

Psicologo, Psicoterapeuta

*** Dietista

Medico, Specialista in Scienza dell'Alimentazione, Psicoterapeuta

RELATORE

INTRODUZIONE

Introduzione. L'obesità è ad oggi un problema di dimensione mondiale. Gli studi recenti (Jeon et al. 2015) hanno confermato come per affrontare con efficacia questa patologia cronica sia necessaria una attenta gestione a lungo termine, caratterizzata da continuità della presa in carico, con le minori restrizioni possibili dovute a variabili di tempo e spazio. Quando il paziente si sottopone ad un intervento di chirurgia bariatrica si trova ad affrontare importanti cambiamenti fisici, metabolici e psicologici che possono facilitare o ostacolare il processo di mantenimento del peso perduto (Zamprognà et al. 2016).

METODI

Presupposti. I punti di partenza dello studio derivano dalle osservazioni presenti in letteratura:

- L'e – Health, inteso come il complesso di risorse, soluzioni e tecnologie informatiche di rete applicate alla salute ed alla sanità (Da Rold 2015), sta dimostrando nel corso degli anni risultati incoraggianti al suo utilizzo, sia rispetto all'approccio al paziente obeso che ad altre patologie di interesse medico e psicologico (Kreps et al. 2010, Elbert et al. 2014, Bardus et al. 2015, Hutchesson et al. 2015);
- Nel paziente obeso emerge tra i fattori di recupero ponderale l'inaccurato o assente monitoraggio del peso nel corso del tempo. (Laitner et al. 2016);
- Gli attuali smartphone con la loro caratteristica usabilità si stanno dimostrando utili nel migliorare aderenza e soddisfazione del paziente, anche cronico, al loro utilizzo come supporti alla salute (Carter et al. 2013, Edwards et al. 2014).

Materiali e metodi. In pazienti con espressa indicazione alla chirurgia bariatrica che hanno ultimato un programma preparatorio di riabilitazione nutrizionale intensiva multidisciplinare, della durata di 4 settimane di degenza e 4 settimane di DH, si effettuerà un confronto rispetto all'aderenza nel follow-up. I pazienti saranno divisi in due gruppi, e ad entrambi sarà fornita una forma di supporto per il proseguimento del percorso di riabilitazione: il gruppo A) verrà formato all'utilizzo di un'APP per smartphone, mentre il gruppo B) riceverà come indicazione l'utilizzo di un contatto email con i terapeuti.

RISULTATI

Indicatori di efficacia. Il programma di riabilitazione prevede che nel follow up ad un anno di distanza il paziente abbia mantenuto: il calo di peso, il monitoraggio delle variazioni di peso, la compilazione settimanale del Questionario di Valutazione Settimanale (QVS), uno stile di vita attivo.

DISCUSSIONE

Verranno confrontati come indicatori: andamento del BMI, percentuale di completamento del monitoraggio del peso e del QVS, numero di passi registrati dal contapassi. Suddetti dati verranno raccolti in tre momenti: alla dimissione dal ricovero ospedaliero, prima dell'intervento chirurgico e ad 1 anno di distanza dallo stesso. Verrà inoltre indagato il ruolo dei seguenti moderatori: età, genere, tipologia di intervento bariatrico, comorbidità psichiatrica ed internistica, peso massimo, peso minimo, somministrazione di terapia antidiabetica orale, insulina, SSRI, antipsicotici, antiepilettici, beta-bloccanti.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia

-Bardus M., Smith J., Abraham C. (2015). Are eHealth interventions for obesity prevention effective? A systematic review of reviews. *European Journal of Public Health*, 25 (3);

-Barter M.C., Burley V.J., Nykjaer C., Cade J.E. (2013). Adherence to a Smartphone Application for Weight Loss Compared to Website and Paper Diary: Pilot Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*, 15(4): 32;

-Da Rold C. (2015). Sotto controllo. La salute ai tempi dell'e-health. Il pensiero scientifico. Roma;

-Edwards L., Thomas C., Gregory A., Yardley L., O'Cathain A. (2014). Are People With Chronic Diseases Interested in Using Telehealth? A Cross-Sectional Postal Survey. *J Med Internet Res*, 16(5): 123;

-Futchesson M.J., Rollo M.E., Krukowski R., Ells L., Harvey j., Morgan P.J., Callister R., Plotnikoff R., Collins C.E. (2015). EHealth interventions for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults: a systematic review with meta-analysis. *Obesity reviews*;

-Fon E., Park H.A. (2015). Development of a Smartphone Application for Clinical-Guideline-Based Obesity Management. *Health Inform Res.*, 21(1):10-20;

-Freps G.L., Neuhauser L. (2010). New directions in eHealth communication: Opportunities and challenges. *Patient Education and Counseling*, 78: 329–336;

-Faitner M.H., Minski S.A., Perri M.G. (2016). The role of self-monitoring in the maintenance of weight loss success. *Eat Behav*, 2(21): 193-197;

-Elbert N.J., van Os-Medendorp H., van Renselaar W.; Ekeland A.G., van Roijen L.H., Raat H., Nijsten T.E.C., Pasmans S.G.M.A. (2014). Effectiveness and Cost-Effectiveness of eHealth Interventions in Somatic Diseases: A Systematic Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses. *J Med Internet Res*, 16(4): 110;

-Zamprogna M., Buongiorno F., Fabris R., Foletto R., Schiff S., Vettor R. (2016). Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento integrato dell'obesità Regione Veneto.

Note

--

IDabstract	112
Speaker	Testa Giulia under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Psicologia/psichiatria - Neuroscienze, obesità e chirurgia bariatrica
TITOLO DEL LAVORO	Effetti della Sleeve Gastrectomy sul controllo cognitivo e il bias attentivo cibo-correlato: misure comportamentali e neurofisiologiche
AUTORI	Giulia Testa 1; Piero Amodio 2; Federica Buongiorno 2; Maria Luisa Rusconi 1; Anna Belligoli 2; Marta Sanna 2; Roberto Fabris 2, Roberto Vettor 2; Mirto Foletto 2,3; Sami Schiff 2 1 - Department of Human and Social Sciences, University of Bergamo, Italy 2 - Department of Medicine – DIMED, University of Padova, Italy 4- Week Surgery, Department of Surgery, Padova University Hospital, Italy
RELATORE	
INTRODUZIONE	Crescenti evidenze in letteratura suggeriscono la presenza di alterazioni neurocognitive associate alla condizione di obesità grave. Studi di neuroimmagine funzionale in pazienti obesi hanno mostrato alterazioni nelle aree corticali prefrontali deputate alle funzioni esecutive, suggerendo ridotte capacità di controllo cognitivo (Volkow et al., 2009). Altri studi mostrano negli individui obesi alterazioni del circuito cerebrale della ricompensa (reward system) in risposta a stimoli cibo-correlati (Volkow et al., 2011), che si associa ad una maggior allocazione di risorse attentive verso tali stimoli presenti nell'ambiente (bias attentiva cibo-correlato). La chirurgia bariatrica è un intervento sempre più diffuso per favorire la perdita di peso in pazienti con obesità grave, associata ad importanti modificazioni a livello fisiologico (i.e. ormonale, metabolico) e comportamentale (i.e. stile alimentare restrittivo). Modificazioni neurocognitive sono state descritte in seguito alla chirurgia bariatrica, in termini di miglioramento di alcune funzioni cognitive (Spitznagel et al., 2015) e modulazione dell'attivazione di aree cerebrali associate al circuito della gratificazione e al controllo cognitivo (2,3). Nonostante queste prime evidenze, gli studi che valutano modificazioni neurocognitive nei pazienti obesi post chirurgia bariatrica sono ancora limitati. Pertanto, il presente studio longitudinale si è posto l'obiettivo di valutare gli effetti psicologici e neurocognitivi del trattamento chirurgico di Sleeve Gastrectomy Laparoscopica (LSG).
METODI	23 pazienti obesi, sono stati valutati prima dell'intervento chirurgico di Sleeve Gastrectomy Laparoscopica (LSG) e un anno dopo. I comportamenti e le attitudini alimentari disfunzionali sono stati misurati nei due tempi (Pre-LSG, Post-LSG), tramite la somministrazione di questionari volti ad indagare: emotional eating, external eating, restrain eating (Deutch Eating Behavior Questionnaire- DEBQ; Power of Food Scale - PFS), binge eating (Binge Eating Scale - BES), food addiction (Yale Food Addiction Scale, Y-FAS). Durante le sessioni sperimentali (Pre-LSG, Post-LSG) i partecipanti sono stati testati in condizioni di digiuno. Il controllo cognitivo e il bias attentivo cibo-correlato, sono stati misurati tramite un compito Simon, con la presentazione di stimoli distraenti centrali cibo-correlati e non. In particolare, i distrattori corrispondevano a tre condizioni: immagini di cibi, immagini oggetti, o un transiente bianco. Sono stati analizzati i costi della presentazione dei diversi tipi di distrattore sui tempi di reazione (RTs), in prove che prevedono bassi o alti livelli di controllo cognitivo. Durante l'esecuzione del compito Simon è stata registrata l'attività elettrica corticale tramite elettroencefalogramma, per la successiva estrazione dei potenziali evento-correlati (ERPs). In particolare sono state analizzate alcune componenti ERPs: N2 in siti frontali, che si associa a processi di controllo cognitivo; P3 in siti centro-parietali, associata a processi di allocazione dell'attenzione volontaria.
RISULTATI	Post-LSG si osserva una riduzione di binge eating (BES), food addiction (YALE-FS), emotional eating ed external eating (DEBQ, PFS). I risultati comportamentali mostrano

un effetto di interferenza delle immagini cibo-correlate sui tempi di reazione, presente solo Pre-LSG. Nelle prove in cui è richiesto maggior controllo cognitivo, i RTs sono più lenti in presenza di distrattori cibo prima dell'intervento, mentre tale effetto non si osserva post-LSG. I risultati neurofisiologici mostrano un aumento dell'ampiezza della N2 frontale Post-LSG, indipendente dal tipo di distrattore. Al contrario, non si osserva nessun effetto dell'intervento o del tipo di distrattore sull'ampiezza della P3.

DISCUSSIONE

Post-LSG si osserva una riduzione di alcuni comportamenti alimentari disfunzionali, in particolare binge eating, food addiction ed emotional eating, in linea con la significativa perdita di peso post-chirurgia. I risultati comportamentali mostrano una riduzione del bias attentivo cibo-correlato e della sua interferenza con il controllo cognitivo post-LSG, suggerendo minor allocazione di risorse attentive verso stimoli cibo in seguito al trattamento. Dal punto di vista neurofisiologico, si osserva un aumento dell'ampiezza della N2 Post-LSG, che indica il reclutamento di maggiori risorse attenzionali per il controllo dell'interferenza e maggiori capacità di controllo cognitivo post-LSG. Complessivamente, i risultati sembrano confermare un miglioramento di aspetti psicologici e neurocognitivi in seguito alla Sleeve Gastrectomy Laparoscopica.

BIBLIOGRAFIA

Volkow, N. D., Wang, G. J., Telang, F., Fowler, J. S., Goldstein, R. Z., Alia-Klein, N., & Pradhan, K. Inverse association between BMI and prefrontal metabolic activity in healthy adults. *Obesity*, 2009, 17(1), 60-65.

Volkow, N. D., Wang, G. J., & Baler, R. D. Reward, dopamine and the control of food intake: implications for obesity. *Trends in cognitive sciences*. 2011, 15(1), 37-46.

Ochner, C.N., Kwok, Y., Conceição, E., Pantazatos, S.P., Puma, L.M., Carnell, S., et al. Selective reduction in neural responses to high calorie foods following gastric bypass surgery. *Annals of surgery*. 2011,253:502.

Dunn, J.P., Cowan, R.L., Volkow, N.D., Feurer, I.D., Li, R., Williams, D.B., et al. Decreased dopamine type 2 receptor availability after bariatric surgery: preliminary findings. *Brain research*. 2010,1350:123-30.

Spitznagel, M. B., Hawkins, M., Alosco, M., Galioto, R., Garcia, S., Miller, L., & Gunstad, J. Neurocognitive effects of obesity and bariatric surgery. *European Eating Disorders Review*, 2015, 23(6): 488-495.

Note

--

IDabstract

93

Speaker

Schiff

Sami

under40



ARGOMENTO

Psicologia/psichiatria - Neuroscienze, obesità e chirurgia bariatrica

TITOLO DEL LAVORO**Effetti della Sleeve Gastrectomy sull'impulsività cibo-correlata e ruolo della glicemia. Uno studio longitudinale sulle decisioni intertemporali**

AUTORI

Sami Schiff¹, Giulia Testa², Anna Belligoli¹, Federica Buongiorno¹, Marta Sanna¹, Roberto Fabris¹, Roberto Vettor¹, Piero Amodio¹, Mirto Foletto³

1 - Dipartimento di Medicina –DIMED, Università degli studi di Padova

2 - Dipartimento Scienze Umane e Sociali, Università di Bergamo

3 - Week Surgery, Dipartimento di Chirurgia, Ospedale Universitario di Padova

RELATORE

INTRODUZIONE

Studi di neuro-immagine hanno evidenziato nelle persone obese, rispetto ad individui normopeso, alterazioni a carico delle aree prefrontali (Volkow et al., 2011), implicate nei meccanismi di regolazione, controllo ed inibizione volontaria del comportamento (i.e. funzioni esecutive), e, alla presentazione di stimoli cibo-correlati, delle regioni limbiche (Wang et al., 2001), implicate nell'apprendimento, nell'elaborazione della ricompensa e nei meccanismi di selezione basata su associazioni automatizzate tra stimolo e risposta (i.e. reward-sys). Tali alterazioni cerebrali indurrebbero i soggetti obesi a compiere scelte verso gratificazioni piccole ma elargite nell'immediato piuttosto che verso gratificazioni più grandi ma elargite dopo un certo intervallo (Volkow et al., 2015). Questo tipo d'impulsività, studiata attraverso compiti di decisione intertemporale, sembra essere modulata dai livelli di glucosio nel sangue (Wang et al., 2017) e negli individui obesi è maggiore per le gratificazioni cibo-correlate (Schiff et al., 2015).

I pochi studi che hanno indagato le modificazioni a livello neurocognitivo dopo intervento di chirurgia bariatrica suggeriscono un miglioramento dell'attività cerebrale sia a livello prefrontale sia limbico (Ochner et al., 2011, Dunn et al., 2010); tuttavia mancano ancora evidenze solide in merito e nulla si sa sulle modificazioni dell'impulsività cibo-correlata durante prove di decisione intertemporale.

L'obiettivo di questo studio longitudinale è stato quello di valutare se, e come cambia a seguito di intervento di sleeve gastrectomy (LSG), la propensione verso scelte impulsive immediate cibo-correlate.

METODI

23 pazienti con obesità grave sono stati studiati a digiuno da 6 ore, prima e un anno dopo LSG. I livelli glicemia sono stati misurati nelle due sessioni. Tre tipi diversi di ricompensa (Euro, Buoni Sconto e Cibo) sono stati proposti in tre compiti di decisione intertemporale. I partecipanti dovevano indicare in ogni prova la loro preferenza tra due possibili scelte: una che permetteva di ricevere una certa ricompensa nell'immediato (i.e. inizialmente di 20 unità) e una che permetteva di ricevere una ricompensa maggiore ma ritardata nel tempo (i.e. inizialmente di 40 unità). I partecipanti si confrontano con 6 intervalli temporali (2 giorni, 2 settimane, 1, 3, 6 e 12 mesi) e per ogni intervallo facevano 5 scelte consecutive. Seguendo una procedura adattativa, dopo ogni scelta il valore della ricompensa immediata: diminuiva se il partecipante preferiva una ricompensa immediata, aumentava se sceglieva una ricompensa differita. Le curve di sconto soggettive derivate con questa procedura sono state approssimate a una funzione iperbolica: $V = A/(1+kD)$, calcolata con il metodo dei minimi quadrati, dove k riflette la pendenza della curva di sconto. Bassi valori di k indicano bassa impulsività, mentre, alti valori di k indicano una maggiore impulsività verso ricompense piccole ma immediate.

Nelle due sessioni, i partecipanti hanno compilato una serie di questionari volti ad indagare: emotional, external e restraining eating (Deutch Eating Behavior Questionnaire- DEBQ; Power of Food Scale - PFS), e i sintomi da binge eating (Binge Eating Scale - BES), e food addicton (Yale Food Addiction Scale, Y-FAS).

RISULTATI

Oltre all'attesa perdita di peso dopo LSG, il confronto dei punteggi ottenuti nei questionari, prima e dopo intervento, ha evidenziato un miglioramento dei sintomi da binge eating, food addiction ed emotional eating. Il campione è stato suddiviso in base alla mediana della glicemia misurata nelle due sessioni. Per quanto riguarda le scelte intertemporali, l'analisi della varianza, applicata al logaritmo naturale di k, ha considerato il tempo (prima e dopo LSG) e il tipo di ricompensa (euro, buono sconto e cibo) come variabili within-subject e il livello di glicemia (alto e basso) come variabile between-subject, ha evidenziato l'effetto d'interazione del tempo, il tipo di ricompensa e il livello di glicemia. L'analisi post-hoc di Bonferroni ha evidenziato che i soggetti con glicemia più bassa, prima dell'intervento avevano un'elevata impulsività verso ricompense immediate cibo-correlate, mentre dopo intervento questa differenza rispetto agli altri tipi di gratificazione è risultata non significativa e comunque significativamente inferiore rispetto a quella misurata prima dell'intervento. Al contrario il gruppo con glicemia più alta non mostrava livelli elevati d'impulsività cibo-correlata né prima né dopo intervento chirurgico.

DISCUSSIONE

Il presente studio longitudinale mostra per prima volta che, nei soggetti obesi che si sottopongono a LSG, le scelte impulsive verso gratificazioni immediate cibo-correlate sono presenti negli individui con livelli inferiori di glicemia a digiuno, e si riducono un anno dopo intervento chirurgico. Questo dato suggerisce un miglioramento dopo intervento della capacità di posticipare la gratificazione cibo-correlata nei soggetti che mostrano a digiuno bassi livelli di glucosio ematico, condizione che dovrebbe segnalare la necessità di rifornirsi di energia e che, quindi, dovrebbe indurre una maggiore impulsività verso gratificazioni immediate cibo-correlate.

I pazienti obesi mostrano alterazione neuro-cognitive che possono portare a scelte impulsive verso gratificazioni immediate e a comportamenti disfunzionali cibo-correlati con conseguenze a lungo termine sul peso e la salute. Questo studio suggerisce che al dopo intervento di LSG si osserva un miglioramento nelle capacità di auto-regolazione della gratificazione, che potrebbe favorire la capacità dei pazienti di fare scelte riflessive anche in condizioni metaboliche sfavorevoli, con potenziali effetti a lungo termine sul mantenimento del peso perso grazie all'intervento bariatrico.

BIBLIOGRAFIA

Dunn, J P, Cowan, R L, Volkow, N D, Feurer, I D, Li, R, Williams, D B, et al. (2010). Decreased dopamine type 2 receptor availability after bariatric surgery: preliminary findings. *Brain research*. 1350:123-30.

Ochner, C.N., Kwok, Y., Conceição, E., Pantazatos, S.P., Puma, L.M., Carnell, S., et al. (2011). Selective reduction in neural responses to high calorie foods following gastric bypass surgery. *Annals of surgery*. 253:502-7.

Schiff, S, Amodio, P, Testa, G, Nardi, M, Montagnese, S, Caregaro, L, Di Pellegrino, G, Sellitto, M. (2015). Impulsivity toward food reward is related to BMI: Evidence from intertemporal choice in obese and normal-weight individuals. *Brain & Cognition*, 110:112-119.

Volkow, N D, Wang, G J, Baler, R D. (2011). Reward, dopamine and the control of food intake: implications for obesity. *TICS*, 15:37-46.

Volkow, N D, Baler, R D. (2015). NOW vs LATER brain circuits: implications for obesity and addiction. *Trends in Neurosci*. 38:345-52.

Wang, G J, Volkow, N D, Logan, J, Pappas, N R, Wong, C T, Zhu, W, Netusil, N, Fowler, J S. (2001). Brain dopamine and obesity. *Lancet*, 357: 354-7.

Wang, X T, Huangfu, G. (2017). Glucose-specific signaling effects on delay discounting in intertemporal choice. *Physiol Behav*. 169:195-201

Note

IDabstract	62
Speaker	BANDELLONI LAURA under40 <input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Psicologia/psichiatria - Recupero di peso post-intervento
TITOLO DEL LAVORO	Se tratti una persona.... come se fosse ciò che dovrebbe e potrebbe essere, diventerà ciò che dovrebbe e potrebbe essere (J. W. Goethe)
AUTORI	Laura Bandelloni, Psicologa Clinica consulente libero professionista presso E.O. Galliera, Genova M.A.De Paoli, Dir. Resp. del Centro per la Cura dell'Obesità E.O. Galliera, Genova Micaela Cuttica, Dir. Resp. Obesity Day presso la S.S.D. Endocrinologia E.O.Galliera, Genova Paola Robotti , Daniela Cella , Dietiste presso la S.S.D. Endocrinologia E.O.Galliera, Genova M.Sacco, Dietista, S.S.D. Endocrinologia E.O.Galliera,
RELATORE	
INTRODUZIONE	L'obesità, come altre patologie multifattoriali, presenta nella sua richiesta di aiuto, aspetti spesso ambivalenti e perfino inconsapevoli al paziente. Il quale li manifesta attraverso modalità difensive, stili di vita dis-funzionali altrettanto inconsapevoli, e che ulteriormente "pesano" sulla qualità di vita del paziente stesso. Osservazioni raccolte nella nostra esperienza, suggeriscono che la normalizzazione del peso, anche attraverso il trattamento chirurgico, comporti sì un miglioramento nella insoddisfazione per il proprio aspetto fisico, manifestato ad esempio nei comportamenti di ritiro sociale, scarsa autostima. Ma non sempre è una garanzia contro la possibilità di una ennesima ricaduta nella condizione di obesità. Attraverso il lavoro di equipe multidisciplinare nell'accompagnamento del paziente nel follow-up chirurgico è emerso come, non sia l'esclusivo calo ponderale a determinare il vero successo nel trattamento dell'obesità. Perché l'intervento chirurgico, che rappresenta da sempre il momento cardine, insieme al lavoro multidisciplinare permette al paziente di acquisire, la consapevolezza sulla propria condizione globale e la costruzione di un progetto personalizzato, aiutando il paziente a prevenire il fallimento sia nella ripresa del peso, che delle condotte disfunzionali.
METODI	Il Team multidisciplinare I dati relativi agli esiti e alle complicanze della terapia chirurgica del paziente obeso, hanno portato a riconoscere l'importanza di una valutazione preoperatoria e di un accompagnamento nel follow-up di tipo multidisciplinare. Le figure professionali coinvolte nel lavoro di squadra sono il chirurgo, l'endocrinologo la dietista e la psicologa clinica, con esperienze e competenze nel campo dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione. Tale composizione fa riferimento alle raccomandazioni del National Institutes of Health (NIH). Nel nostro ospedale, tali raccomandazioni sono divenute prassi consolidate. La valutazione del reale successo o meno di un intervento di chirurgia bariatrica dovrebbe prendere in considerazione diversi parametri. Il successo non può basarsi, come è stato fatto per molti anni, solo sul calo ponderale, ma deve tener conto anche di altri fattori: mortalità, complicanze post-operatorie ed a distanza, miglioramento delle comorbidità, qualità di vita ed effetti collaterali, stato nutrizionale, mantenimento del risultato. Alcuni recenti studi internazionali, evidenziano che lo sviluppo di problemi collegati ad una difficoltà di gestione dal punto di vista emotivo della nuova condizione fisica post-chirurgica, sarebbero associati ad una minore perdita di peso e/o al riacquisto del peso a lungo termine. Questi studi suggeriscono, quindi, l'importanza di identificare i soggetti ad alto rischio per l'insorgenza di queste criticità con lo scopo di affiancarli terapeuticamente nel post-operatorio in modo da massimizzare i risultati raggiunti grazie all'intervento chirurgico, perciò riprendere la gestione della propria vita, in un primo momento in qualità di "paziente operato" attraverso la riabilitazione nutrizionale, fino ad arrivare alla ri-qualificazione completa del proprio stile di vita,

Il presente lavoro oltre a presentare alcuni dati sull'esperienza maturata nell'ambito del nostro Centro, si propone di descrivere il percorso ed i risvolti psicologici di un intervento che produce profonde modificazioni sia a livello dell'immagine corporea sia in riferimento all'identità personale e sociale e lavorativa.

RISULTATI

ATTIVITA' GRUPPI:

Gruppo follow-up condotto da psicologa clinica e dietista

11 incontri durante l'anno, cadenza mensile

La durata di ogni gruppo è di circa due ore

Ad ogni incontro sono invitati una media di 5/7 pazienti

La modalità di conduzione del gruppo è quella di auto-mutuo-aiuto

E' richiesta la consegna del diario alimentare che viene corretto e riconsegnato

Compilazione di materiali di attivazione

Il 97% delle presenze è al femminile

Il 3% delle presenze è al maschile

Sono state affrontate le seguenti tematiche:

L'obiettivo ponderale

La paura dell'incremento ponderale

Il miglioramento della qualità della vita

Il dimorfismo corporeo

domande aperte

-il 15% dei pazienti ha riportato problematiche specifiche: ripresa del peso, fobie specifiche, problematiche soggettive emerse nel periodo post intervento.

-Il 60% dei pazienti hanno affermato di aver intrapreso un cambiamento consapevole del proprio stile di vita, da permettergli di migliorare la qualità della propria esistenza.

-80% dei pazienti riferiscono un miglioramento e successiva stabilizzazione delle condotte di salute fragili presenti prima dell'intervento

-Il 100% dei pazienti hanno affermato che rifarebbero l'intervento e che si pentono di non averlo fatto prima.

-Il 70% dei pazienti riporta un miglioramento del tono dell'umore (rivalutazione con test)

-Il 30% dei pazienti ha inviato, successivamente al proprio intervento, un familiare/amico con problematiche di obesità, al percorso di valutazione pre intervento.

-Il 65% dei pazienti riferisce, dopo due anni dall'intervento, di star affrontando il percorso della chirurgia plastica/ricostruttiva.

DISCUSSIONE

Sulla base di nuovi stimoli nazionali ed internazionali, stiamo studiando nuovi e più raffinati protocolli per il miglioramento dell'attività in corso, ma ribadendo sempre, di come aumenti il valore del trattamento chirurgico se effettuato in centri multi- ed interdisciplinari, che possano offrire al paziente la scelta tra i vari possibili interventi e insieme garantire un ottimale follow-up. Il trattamento ottimale non può assolutamente prescindere dalla presenza di un'equipe multidisciplinare, composto da una rete di specialisti dedicati (chirurghi, anestesisti, dietisti, endocrinologi, psichiatri, psicologi, chirurghi plastici, endoscopisti, ecc.) che, globalmente, si fanno carico della corretta indicazione alla terapia chirurgica, della migliore selezione dell'intervento, della gestione pre e post operatoria e della gestione a lungo termine e del follow-up.

BIBLIOGRAFIA

Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Psychiatric diagnosis and weight loss following gastric surgery for obesity.

Obes Surg 2003; 13: 746-51.

Clark MM, Balsiger BM, Sletten CD, Dahlman KL, Ames G, Williams DE, Abu-Lebdeh HS, Sarr MG. Psychosocial

factors and 2-year outcome following bariatric surgery for weight loss. Obes Surg 2003; 13: 739-45.

Conceição , Eva ; Vaz , Ana ; Bastos , Ana Pinto ; Ramos , Ana ; Machado , Paulo . Disturbi del Comportamento Alimentare . Maggio / Jun2013 , Vol . 21 Issue 3 , p275-282 . 8p .

Abstract

Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, Garfinkel P. The Body Uneasiness Test (BUT): development and validation.

Eat Weight Disord 2006; 11: 1-13.

Dalle Grave R, Calugi S, Magri F, Cuzzolaro M, Dall'Aglio E, Lucchin L, et al. Weight loss expectations in obese patients seeking treatment at medical centers. *Obes Res* 2004; 12: 2005-12.

Devlin M, Yanovski S, Wilson G. Obesity: what mental health professionals need to know. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 854-66.

Derogatis L. Symptom Checklist - 90 Manual, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1977.

Fabricatore AN, Crerand CE, Wadden TA, Sarwer DB, Krasucki JL. How do mental health professionals evaluate candidates for bariatric surgery? Survey results. *Obes Surg* 2006; 16: 567-73.4

Fairburn CG, Cooper Z. The Eating Disorder Examination (12th ed). In Fairburn CG, Wilson GT (eds.), *Binge Eating. Nature Assessment and Treatment*, New York, The Guilford Press, 1993, pp 317-60.

Gibbons LM, Sarwer DB, Crerand CE, Fabricatore AN, Kuehnel RH, Lipschutz PE, Raper SE, Williams NN, Wadden TA. (2006). Previous Weight Loss Experiences of Bariatric Surgery Candidates: How Much Have Patients Dieted prior to Surgery? *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14(suppl 3): 70S-6S.

Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behaviors* 1982; 7: 47-55.

Santry HP, Chin MH, Cagney KA, Alverdy JC, Lauderdale DS. The use of multidisciplinary teams to evaluate bariatric surgery patients: results from a national survey in the U.S.A. *Obes Surg* 2006; 16: 59-66.

Santry HP, Gillen DL, Lauderdale DS. Trends in bariatric surgical procedures. *JAMA* 2005; 294: 1909-17.

Mitchell J, de Zwaan M. *Bariatric surgery. A guide for mental health professionals*, New York, Routledge, 2005.

Vaidya V. Psychosocial aspects of obesity. *Adv Psychosom Med* 2006; 27: 73-85.

Venturino, C. L. Ferrannini, S. Calabrò :considerazioni cliniche a organizzative sull'attività svolta nell'ambito di un SPDC sul Disturbo del Comportamento Alimentare", VII Congresso nazionale Soc. Italiana Psichiatria di Consultazione (SIPS), Torino, 12 -14 novembre 1998.

Venturino, C. et.al : riflessioni sulle prime esperienze di un Servizio Dipartimentale per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare", Gruppo Coordinamento PAB, XVII Congresso nazionale SIP, Torino, 16 -21-ottobre 2000.

Venturino, C. M.De Paoli, S.Calabrò, M.Spinolo, L.Ferrannini: la consulenza psichiatrica e psicologica in pazienti trattati chirurgicamente per obesità severa.", VIII Congresso nazionale "Psichiatria e Medicina. Milano 22-24 novembre 2001.

Venturino, C. Vargiu, M.Spinolo, S.Calabrò, M. De Paoli, La valutazione psicologico – psichiatrica del paziente obeso candidato ad un intervento di chirurgia bariatrica.", XI Congresso nazionale Società Italiana Chirurgia dell'obesità, Bologna, 29 – 31 maggio 2003.

Venturino, C. Vargiu C., "La consulenza psicologica nella chirurgia bariatrica", Convegno Regionale sulla chirurgia dell'obesità", Società Ligure di Chirurgia, Genova, 17.4.2004.

Note