

IDvideo	268			
Speaker	Greco	Francesco	under40	<input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Comunicazioni libere			
TITOLO DEL LAVORO	Sutura laparoscopica di fistola gastrica precoce in paziente sottoposta a sleeve gastrectomy complicata da emorragia post-operatoria			
AUTORI	Greco Francesco (1), Sessa Luca (1), Pennestrì Francesco (1), Ciccoritti Luigi (1), Revelli Luca (1,2), De Crea Carmela (1,2), Raffaelli Marco (1,2) 1-Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS – Roma 2-Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma			
ABSTRACT	<p>Introduzione: Mentre le procedure endoscopiche e radiologiche sono ritenute il trattamento di scelta nella gestione delle fistole precoci post-sleeve gastrectomy (SG) il ruolo della ri-esplorazione laparoscopica precoce in caso di fistola post-SG è dibattuto. Caso clinico: Presentiamo il caso di una donna sottoposta a SG per obesità di III grado con decorso post-operatorio caratterizzato da progressiva anemizzazione (Hb 6.8 g/dl) in assenza di segni clinici di shock emorragico. La paziente veniva sottoposta, in III giornata post-operatoria, a TC addome s/c mdc che confermava sanguinamento attivo. Per tale motivo veniva sottoposta a Revisione dell'emostasi, lavaggio e drenaggio per via laparoscopica.</p> <p>Nei giorni successivi progressivo miglioramento del quadro clinico con stabilità dei livelli di emoglobina. In III giornata post operatoria eseguiva Rx digerente con mdc idrosolubile che evidenziava sospetta fistola gastrica successivamente confermata alla TC addome con mdc per os. Per tale motivo, viste le buone condizioni generali, si decideva di eseguire ri-esplorazione chirurgica. Veniva, pertanto, sottoposta a Laparoscopia diagnostica con toilette della cavità peritoneale, sutura diretta di fistola gastrica in prolene 3/0 con rinforzo della linea di sutura gastrica in stratafix 2/0, posizionamento di due drenaggi lungo la linea di sezione gastrica e posizionamento di sondino da nutrizione enterale.</p> <p>Il decorso post-operatorio è stato regolare e la paziente veniva dimessa in XII giornata post-operatoria in buone condizioni generali e locali. Ad un follow-up di un anno, la paziente è in buone condizioni cliniche, senza deficit nutrizionali e con un BMI di 28 kg/m2.</p> <p>Conclusioni: Nonostante la sutura diretta di fistola precoce post-SG non rappresenti il trattamento di scelta, in alcuni casi selezionati può essere risolutivo. Pertanto è consigliabile, quando possibile, una laparoscopia esplorativa per drenaggio e sutura diretta.</p>			
Revisore	Non assegnato			
	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE
Risultati				
Annotazioni				
Note				

IDvideo	255			
Speaker	Barone	Gisella	under40	<input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Filmati di tecnica chirurgica			
TITOLO DEL LAVORO	Trattamento combinato di laparocele e obesità grave			
AUTORI	G. Barone, V. Girardi, CL. Bertoglio, M.Gualtierotti, G. Ferrari Chirurgia Oncologica e Mininvasiva 1 ASST GOM Niguarda			
ABSTRACT	Spesso nella pratica clinica ci si imbatte in pazienti obesi candidati a chirurgia bariatrica che presentano anche un difetto di parete addominale (ernia, laparocele). Il video mostra l'approccio laparoscopico combinato ad uno dei nostri pazienti e ha lo scopo di riportare le scelte terapeutiche maturate nel nostro Centro nel corso degli su questo tipo di pazienti			
Revisore	Non assegnato			
	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE
Risultati				
Annotazioni				
Note				

IDvideo	269			
Speaker	Dalmonte	Giorgio	under40	<input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Filmati di tecnica chirurgica			
TITOLO DEL LAVORO	Conversione laparoscopica di Sleeve Gastrectomy in RYGB per insufficiente perdita di peso			
AUTORI	Giorgio Dalmonte, Marina Valente, Francesco Tartamella, Alfredo Annicchiarico, Gabriele Luciano Petracca, Federico Marchesi Clinica Chirurgica Generale, Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma			
ABSTRACT	<p>Introduzione In letteratura l'11.8% dei pazienti sottoposti a Sleeve gastrectomy (SG) necessita di un secondo intervento di chirurgia bariatrica per insufficiente perdita di peso, definita come %EWL < 50% ad 1 anno dall'intervento. Il reintervento è indicato solo dopo aver corretto una scarsa aderenza al regime dietetico o eventuali fattori psicocomportamentali. In caso di dilatazione del tubulo gastrico, riscontrata agli esami radiologici preoperatori con un volume gastrico residuo maggiore di 250cc o un diametro del tubulo superiore ai 4 cm, è indicato un intervento di Resleeve gastrectomy. Esclusa tale dilatazione è invece necessario ricorrere ad un intervento con componente malassorbitiva quale la conversione a Roux-en-Y Gastric By-pass (RYGB).</p> <p>Materiali e metodi Un uomo di 46 anni con BMI 40 Kg/m² sottoposto a SG presentava a 20 mesi dall'intervento BMI 35,4 Kg/m² ed %EWL 27,4%. Un Rx prime vie digerenti (Rx-PVD) non evidenziava dilatazione del tubulo gastrico né persistenza del fondo gastrico, di conseguenza, a seguito di nuova valutazione multidisciplinare e colloquio informativo, il paziente veniva sottoposto ad intervento laparoscopico di conversione di SG in RYGB.</p> <p>Risultati La durata dell'intervento è stata 155 minuti, in 2° giornata post-operatoria un Rx-PVD non evidenziava stenosi o spandimenti anastomotici, veniva pertanto iniziata lo stesso giorno alimentazione per os ed il paziente veniva dimesso in 5° giornata post-operatoria.</p> <p>Conclusioni Con l'aumentare del numero di interventi di chirurgia bariatrica eseguiti annualmente è importante prepararsi ad un parallelo incremento dei pazienti che sperimentano un fallimento terapeutico. Quando indicata, la conversione laparoscopica da SG a RYGB rappresenta una delle opzioni terapeutiche.</p>			
Revisore	Non assegnato			
	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE
Risultati				
Annotazioni				
Note				

IDvideo	267				
Speaker	Raffaelli Marco under40 <input type="checkbox"/>				
ARGOMENTO	Filmati di tecnica chirurgica				
TITOLO DEL LAVORO	Fistulodigiunostomia e bypass gastrico Roux-en-Y con iatoplastica per via laparoscopica come trattamento di fistola post-sleeve gastrectomy precedentemente trattata per via endoscopica				
AUTORI	Sessa Luca (1), Greco Francesco (1), Gallucci Pierpaolo (1), Ciccoritti Luigi (1), Princi Pietro (1), De Crea Carmela (1,2), Raffaelli Marco (1,2) 1- F ondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS – Roma 2- U niversità Cattolica del Sacro Cuore - Roma				
ABSTRACT	<p>Introduzione: Esistono diversi approcci endoscopici e radiologici per la gestione delle fistole precoci post-sleeve gastrectomy (SG). Questo non vale per la gestione delle fistole croniche dove l'intervento chirurgico spesso rappresenta l'unica via percorribile. Caso clinico: fistola gastrica post-SG, eseguita presso altra sede, trattata con posizionamento di doppio pigtail. Successivamente al trattamento endoscopico insorgenza di peritonismo, per cui veniva sottoposta a Laparoscopia esplorativa, lavaggio e drenaggio.</p> <p>A 2 mesi dall'intervento, l'esame endoscopico documentava angolatura del tubulo gastrico in regione antrale. La paziente veniva sottoposta a Confezionamento di Fistulodigiunostomia + bypass gastrico Roux-en-Y (RYGBFJ) con iatoplastica per via laparoscopica. Previa liberazione progressiva del tubulo gastrico e del tramite fistoloso si procedeva a confezionamento di tasca gastrica con sezione dello stomaco residuo a valle della fistola e a monte dell'angolatura del viscere e iatoplastica diretta posteriore. Si procedeva, quindi, a identificazione di ansa tenuele a 100cm dal Treitz e confezionamento di fistulo-digiuno anastomosi manuale in duplice strato e gastro-digiuno anastomosi meccanica latero-laterale. Successivamente si sezionava ed asportava tratto di tubulo gastrico sede della stenosi; si procedeva, quindi, a confezionamento di entero-entero anastomosi a pié d'ansa latero-laterale meccanica con ansa alimentare di 100cm. Il test di tenuta al blu di metilene ed aria è risultato negativo, la durata dell'intervento è stata di 180 minuti.</p> <p>La degenza post-operatoria è stata di 7 giorni. Ad un follow-up di 12 mesi, la paziente è in buone condizioni cliniche, senza deficit nutrizionali e con un BMI di 22kg/m2. Abbiamo adottato il RYGBFJ in un totale di 6 pazienti (2 lps e 4 open) per il trattamento di fistole complesse post-SG. L'RYGBFJ si è dimostrato sicuro ed efficace, tuttavia sono necessarie casistiche più ampie per trarre conclusioni definitive.</p>				
Revisore	Non assegnato				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Interesse</th> <th>Tecnica</th> <th>Qualità</th> <th>TOTALE</th> </tr> </thead> </table>	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE
Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE		
Risultati					
Annotazioni					
Note					

IDvideo	266			
Speaker	ZULLINO	ANTONIO	under40	<input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Filmati di tecnica chirurgica			
TITOLO DEL LAVORO	Sleeve Gastrectomy in Situs Viscerum Inversus Totalis			
AUTORI	Zullino Antonio, Salerno Angelo, Tassinari Daniele, Giovanelli Alessandro IRCCS Policlinico San Donato INCO (Istituto Nazionale per la Cura dell'Obesità)			
ABSTRACT	<p>Background: La Sleeve Gastrectomy Laparoscopica (LSG) rappresenta una valida opzione terapeutica nel trattamento dell'obesità grave che porta a soddisfacente calo ponderale con basso tasso di complicanze peri-operatorie. Il Situs viscerum inversus totalis (SIT) è la condizione di completa trasposizione di tutti gli organi addominali, che ricorre in circa 1 paziente su 10.000, determinante un'immagine "a specchio" che può risultare impegnativa in corso di intervento per un chirurgo laparoscopico.</p> <p>Metodi: Presentiamo il caso di una donna di 49 anni con BMI di 47.2 kg/m² (116.5 kg; 1.57 m) con pregressa diagnosi occasionale di SIT che viene sottoposta a LSG.</p> <p>Risultati: In questo video, mostriamo una LSG in paziente con SIT. Non abbiamo modificato tecnica e gestione peri-operatoria rispetto alla tecnica convenzionale. Nessuna complicanza si è verificata peri-operatoriamente.</p> <p>Conclusioni: Nella nostra esperienza abbiamo trattato 3 pazienti con SIT su circa 15000 procedure (circa 0.02%). Nei Centri di alto flusso La LSG è praticabile e sicura anche nei pazienti affetti da obesità con SIT, e non richiede particolari variazioni tecniche o accorgimenti gestionali.</p>			
Revisore	Non assegnato			
	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE
Risultati				
Annotazioni				
Note				

IDvideo	265			
Speaker	Greco	Francesco	under40	<input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Filmati di tecnica chirurgica			
TITOLO DEL LAVORO	TRANS-GASTRIC ERCP FOR TREATMENT OF BILIARY STONES AFTER MGB-OAGB			
AUTORI	Francesco Greco - Fondazione Poliambulanza Brescia			
ABSTRACT	Il video descrive la tecnica di bonifica della VBP con CPRE trasgastrica realizzata per via laparoscopica attraverso lo stomaco escluso in un caso di litiasi colecistica e litiasi biliaire associata dopo MGB-OAGB			
Revisore	Non assegnato			
	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE
Risultati				
Annotazioni				
Note				

IDvideo	257								
Speaker	Merola Giovanni under40 <input checked="" type="checkbox"/>								
ARGOMENTO	La gestione del follow-up e la prevenzione delle complicanze								
TITOLO DEL LAVORO	Gestione Laparoscopica del leakage precoce dopo Sleeve Gastrectomy								
AUTORI	Giovanni Merola (Ospedale San Giovanni di Dio Frattamaggiore) Andrea Fattopace (Ospedale San Giovanni di Dio Frattamaggiore) Francesco Pacelli (Ospedale San Giovanni di Dio Frattamaggiore) Vincenzo Ferronetti (Ospedale San Giovanni di Dio Frattamaggiore) Gaetano Cimmino (Ospedale San Giovanni di Dio Frattamaggiore) Vito De Pascale (Ospedale San Giovanni di Dio Frattamaggiore) Carmine Ripa (Ospedale San Giovanni di Dio Frattamaggiore) Biagio Capasso (Ospedale San Giovanni di Dio Frattamaggiore) Elisabetta Villamaina (Ospedale San Giovanni di Dio Frattamaggiore) Michele Perrotta (Ospedale San Giovanni di Dio Frattamaggiore)								
ABSTRACT	<p>Introduction : Laparoscopic surgery has become widely accepted among surgeons since its first application. Although it is a frequent procedure, it is not free from complications. the most feared complication is staple line leakage. Currently, many solutions for leakage prevention and management have been proposed.</p> <p>Materials and Methods : We present the case of a 36-year-old female patient who underwent laparoscopic sleeve gastrectomy 4 days before surgery at another hospital. After discharge, the patient presented with left upper quadrant pain and fever. She was admitted to our emergency room in septic shock. The aim of this video is to present a case of staple line leak after sleeve gastrectomy resolved with a laparoscopic approach.</p> <p>Results:The operative time was 112 min. Three drainage tubes were placed. During the third postoperative day, the patient was administered oral gastrografin, which findings were was negative for a leakage; then, the patient was allowed free fluid intake. The patient was discharged on the seventh postoperative day.</p> <p>Discussion : Staple line leak management is currently very controversial. Many surgeons propose a conservative approach, such as drainage alone with parenteral or enteral nutrition until the fistula heals, or a surgical approach that comprises revisional laparoscopy for drainage and/or laparoscopic resuturing. Without any guidelines, it is very difficult to determine the right procedure to address staple line leaks after</p>								
Revisore	Non assegnato								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Interesse</th> <th>Tecnica</th> <th>Qualità</th> <th>TOTALE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE				
Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE						
Risultati									
Annotazioni									
Note									

IDvideo	253				
Speaker	Peri Andrea under40 <input type="checkbox"/>				
ARGOMENTO	Obesità e cancro				
TITOLO DEL LAVORO	Laparoscopic D2 near total gastrectomy for gastric cancer & morbid obesity (hand-sewn RYGBP)				
AUTORI	A.Peri, F.C.Bruno, N.Mineo, J.Viganò, M.Botti, S.Malabarba, A.Pietrabissa Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italy				
ABSTRACT	<p>Il video presenta il caso di un paziente maschio di 45aa, con BMI 38,2 (1.78m x 121kg) e diabete mellito tipo 2.</p> <p>Durante il work-up preoperatorio per chirurgia bariatrica all' EGDS si riscontrava ulcera angolare di 1cm con fondo ricoperto da fibrina; Bx: cr gastrico infiltrante di tipo tubulare. La TC total body di stadiazione non mostrava linfadenopatie locoregionali sospette né metastasi a distanza.</p> <p>Dopo valutazione multidisciplinare allargata ai colleghi oncologi si decideva di procedere con un intervento adeguatamente demolitivo per il cancro gastrico, senza rinunciare ad una ricostruzione "RY" che tenesse conto anche delle problematiche di obesità patologica e diabete mellito.</p> <p>Il follow up del paziente a 18 mesi risulta negativo dal punto di vista oncologico (es. istologico EGC T1b N0), calo ponderale di 48.5 kg con BMI 22.7, risoluzione del diabete mellito tipo 2.</p> <p>Nella nostra piccola esperienza abbiamo riscontrato 2 casi di diagnosi incidentale di adenocarcinoma gastrico su circa 500 pazienti (1%). Per questo e per molti altri motivi riteniamo indispensabile sottoporre sempre i nostri pazienti obesi ad endoscopia preoperatoria di routine.</p>				
Revisore	Non assegnato				
	<table border="0"> <tr> <td>Interesse</td> <td>Tecnica</td> <td>Qualità</td> <td>TOTALE</td> </tr> </table>	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE
Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE		
Risultati					
Annotazioni					
Note					

IDvideo	252				
Speaker	Peri Andrea under40 <input type="checkbox"/>				
ARGOMENTO	Obesità e cancro				
TITOLO DEL LAVORO	Laparoscopic D2 near total gastrectomy for gastric cancer & morbid obesity (hand-sewn RYGBP)				
AUTORI	A.Peri, F.C.Bruno, N.Mineo, J.Viganò, M.Botti, S.Malabarba, A.Pietrabissa Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italy				
ABSTRACT	<p>Il video presenta il caso di un paziente maschio di 45aa, con BMI 38,2 (1.78m x 121kg) e diabete mellito tipo 2.</p> <p>Durante il work-up preoperatorio per chirurgia bariatrica all' EGDS si riscontrava ulcera angolare di 1cm con fondo ricoperto da fibrina; Bx: cr gastrico infiltrante di tipo tubulare. La TC total body di stadiazione non mostrava linfadenopatie locoregionali sospette né metastasi a distanza.</p> <p>Dopo valutazione multidisciplinare allargata ai colleghi oncologi si decideva di procedere con un intervento adeguatamente demolitivo per il cancro gastrico, senza rinunciare ad una ricostruzione "RY" che tenesse conto anche delle problematiche di obesità patologica e diabete mellito.</p> <p>Il follow up del paziente ad un anno (luglio 2020) risulta negativo dal punto di vista oncologico (es. istologico EGC T1b N0), calo ponderale di 43.5 kg con BMI 24.5, risoluzione del diabete mellito tipo 2.</p> <p>Nella nostra piccola esperienza abbiamo riscontrato 2 casi di diagnosi incidentale di adenocarcinoma gastrico su circa 500 pazienti (1%). Per questo e per molti altri motivi riteniamo indispensabile sottoporre sempre i nostri pazienti obesi ad endoscopia preoperatoria di routine.</p>				
Revisore	Non assegnato				
	<table border="0"> <tr> <td>Interesse</td> <td>Tecnica</td> <td>Qualità</td> <td>TOTALE</td> </tr> </table>	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE
Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE		
Risultati					
Annotazioni					
Note					

IDvideo	256								
Speaker	Bernante Paolo under40 <input type="checkbox"/>								
ARGOMENTO	Redo-surgery								
TITOLO DEL LAVORO	Restaurazione da ileal food diversion di conversione dopo GPV								
AUTORI	Sciannamea A, Balsamo F, Rottoli M, Garelli S, Pagotto U, Poggioli G, Bernante P SSD interaziendale Centro di Chirurgia Metabolica e dell'Obesità IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Sant'Orsola Bologna								
ABSTRACT	Nel video viene presentato un intervento di restaurazione da una Ileal Food Diversion eseguita per weight regain dopo gastroplastica verticale sec Mason. L'intervento si era reso necessario per eccessivo calo ponderale associato ad esclusione del fondo gastrico dal transito alimentare per verosimili esiti cicatriziali con importante ristagno. La paziente rifiutava qualsiasi intervento di revisione richiedendo la restaurazione anatomica. Nel video sono esplicitati i dettagli tecnici dell'intervento, preceduti da una breve descrizione del caso clinico								
Revisore	Non assegnato								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Interesse</th> <th>Tecnica</th> <th>Qualità</th> <th>TOTALE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE				
Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE						
Risultati									
Annotazioni									
Note									

IDvideo	261			
Speaker	Usai	Antonella	under40	<input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Redo-surgery			
TITOLO DEL LAVORO	Re-do surgery: da Sleeve a Mini By Pass			
AUTORI	<p>A. Usai, M. Grivon, R. Brachet Contul, R. Lorusso, M. J. Nardi, E. Ponte, M. Roveroni, M. Beggiano, C. Mosca, P. Millo</p> <p>S.S. Chirurgia dell' 'Obesita' e Laparoscopia Avanzata Responsabile Dr.ssa A. Usai S.C. Chirurgia Generale e Urgenza Responsabile Dr. P. Millo Ospeale Regionale U. parini Aosta</p>			
ABSTRACT	<p>Pneumoperitoneo con ago di Verres in sottocostale sinistro. Introduzione dei trocar sotto controllo visivo. Esplorazione: aderenze tra epiploon e parete addominale anteriore, fegato e sleeve. Adesiolisi. Dissezione dell'antro, sezione duodenale con echelon flex 60 nera + seamguard. Sezione della sleeve a livello dell'angulus con echelon flex 60 nera + seamguard. Sezione dell' omento per evitare tensioni anastomotiche. Anastomosi L-L lineare meccanica tra parete posteriore della sleeve e ansa digiunale a 200 cm dal Treitz con echelon flex 60 blu. Tratto comune di 350 cm fino al Cieco. Chiusura della enterotomia con mic 55 , prova al blu di metilene senza fughe con buon passaggio del blu nell'ansa digiunale sia nel versante distale che in quello mediale. drenaggio sotto anastomotico destro.</p>			
Revisore	Non assegnato			
	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE
Risultati				
Annotazioni				
Note				

IDvideo	262				
Speaker	CECCARELLI GRAZIANO under40 <input type="checkbox"/>				
ARGOMENTO	Redo-surgery				
TITOLO DEL LAVORO	Revisione di Duodenal Switch (DBP-DS) con tecnica Robotica per weight-regain e stenosi anastomica.Video di caso clinico.				
AUTORI	<p>Ceccarelli Graziano¹, Boni Marcello²</p> <p>Divisione di Chirurgia Generale e Bariatrica, Ospedale San Giovanni Battista, Foligno PG 1 Dir Chir Generale Dott Ceccarelli G. 2 Dir SD di Chirurgia Bariatrica Dott Boni M.</p>				
ABSTRACT	<p>INTRODUZIONE La DBP-DS, descritta per la prima volta da Hess nel 1988, combina gastrectomia verticale con reservoir gastrico di circa 150-200 ml, una diversione bilio-pancreatica con uno switch duodenale e d un'ansa comune di 70-100 cm circa.. Un punto critico di questo intervento e' la possibilita' di sviluppare una ulcera anastomotica e possibile tendenza alla stenosi, oltre alla possibilita' di weight regain.</p> <p>MATERIALI E METODI Nel nostro centro di chirurgia bariatrica solo negli ultimi 3 anni abbiamo iniziato ad usare il robot soprattutto per casi di chirurgia revisionale. Dal gennaio 2018 a settembre 2020 sono state eseguite 33 procedure robotiche bariatriche di cui 16 casi sono state procedure revisionali. Dovendo accedere ad addomi già operati la visione 3D, la precisione dei movimenti, la stabilità dell'immagine del campo operatorio, l'articolazione degli stessi completa degli strumenti rappresentano sicuramente un vantaggio rispetto alla laparoscopia.</p> <p>DESCRIZIONE DEL CASO CLINICO Il video mostra gli step fondamentali di un intervento in una paziente di 56 anni, già operata in precedenza per ben 3 volte: la prima con sottocostale bilaterale di gastroplastica con bendaggio, successivo intervento di sleeve gastrectomy ed ancora duodenal switch per weight regain. La principale indicazione è stata la presenza di sub-stenosi sintomatica della anastomosi duodeno-ileale conseguente probabilmente ad ulcere anastomotiche.</p> <p>CONCLUSIONI L'utilizzo della tecnologia robotica per interventi di particolare complessità di chirurgia revisionale (conversione, restaurazione, ecc.) rappresenta nella nostra esperienza e nella letteratura più recente una delle migliori indicazioni; giustificando costi ed utilizzo. Nel caso specifico l'utilizzo della robotica è stato di particolare utilità sia nella fase dissettiva (recupero della anatomia da pregressi interventi in importante sindrome aderenziale), ed in particolare per la fase ricostruttiva anastomotica.</p>				
Revisore	Non assegnato				
	<table border="0"> <tr> <td>Interesse</td> <td>Tecnica</td> <td>Qualità</td> <td>TOTALE</td> </tr> </table>	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE
Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE		
Risultati					
Annotazioni					
Note					

IDvideo	264			
Speaker	Greco	Francesco	under40	<input type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Redo-surgery			
TITOLO DEL LAVORO	MINIBYPASSING "THE ROUX" - HOW TO REVISE RYGBP FOR WEIGHT REGAIN			
AUTORI	Francesco Greco - Fondazione Poliambulanza Brescia			
ABSTRACT	Il video descrive la tecnica di revisione del bypass gastrico tradizionale con ansa alla Roux nei casi di weight regain. La tecnica prevede la realizzazione dell'allungamento del tratto biliopancreatico a scapito del tratto comune, concettualmente in maniera analoga a quanto si realizza comunemente per le revisioni di minypass gastrico			
Revisore	Non assegnato			
	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE
Risultati				
Annotazioni				
Note				

IDvideo	274			
Speaker	ANGELO	SALERNO	under40	<input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Redo-surgery			
TITOLO DEL LAVORO	Conversione di One Anastomosis Gastric Bypass a Roux-en-Y Gastric Bypass			
AUTORI	Salerno Angelo, Zullino Antonio, Ravasio Giuditta, Giovanelli Alessandro IRCCS Policlinico San Donato INCO (Istituto Nazionale per la Cura dell'Obesità)			
ABSTRACT	<p>Background: Sebbene il One Anastomosis Gastric Bypass (OAGB) sia una procedura correntemente eseguita come intervento primitivo e revisionale nel trattamento dell'obesità grave, in letteratura sono riportati diversi casi di gastrite/esofagite biliare sintomatica che spesso porta, causa anche i limitati rimedi farmacologici disponibili, a chirurgia revisionale. Esistono diverse opzioni chirurgiche correttive tra cui la diversione dell'ansa biliare in toto o mediante entero-entero anastomosi sec Braun sull'ansa efferente o in taluni casi la conversione a Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB) previa resezione del blocco anastomotico.</p> <p>Metodi: Presentiamo il caso di una paziente di 61 anni già sottoposta a bendaggio gastrico (2011) e successivo OAGB (nel 2018). La paziente riferiva comparsa dall'immediato postoperatorio di sintomatologia da reflusso scarsamente responsiva a terapia farmacologica, che si aggravava nel tempo. Lo studio endoscopico/radiologico documentava la presenza di esofagite biliare e ulcera anastomotica nel contesto di voluminoso e disteso corpo gastrico.</p> <p>Risultati: In questo video illustriamo la conversione di OAGB a RYGB previa resezione del blocco anastomotico e re-sizing della pouch gastrica. È stata eseguita la misurazione di tutto il piccolo intestino, anastomizzando l'ansa biliare a circa 100 cm dalla gastroduodeno anastomosi. Il decorso post-operatorio è stato regolare, con evidenza di immediata risoluzione della sintomatologia da reflusso nei giorni seguenti.</p> <p>Conclusioni: La conversione di OAGB a RYGB può essere un'opzione correttamente perseguibile in caso di reflusso biliare sintomatico se in presenza di una lunga pouch gastrica (almeno 10 cm) e di una lunga ansa efferente (almeno 700 cm).</p>			
Revisore	Non assegnato			
	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE
Risultati				
Annotazioni				
Note				

IDvideo	254				
Speaker	Balsamo Francesca under40 <input checked="" type="checkbox"/>				
ARGOMENTO	Tecnologie emergenti in chirurgia bariatrica				
TITOLO DEL LAVORO	Endoscopic ultrasound-guided stented gastro-gastrostomy for strictured vertical banded gastroplasty				
AUTORI	Francesca Balsamo, MD [1,2]; Nico Pagano, MD [3]; Matteo Rottoli, MD, PhD [1,2]; Massimo P Di Simone, MD [1]; Andrea Sciannamea, MD [1,2]; Gilberto Poggioli, MD [1]; Paolo Bernante, MD [1,2]. 1 Surgery of the Alimentary Tract, Sant'Orsola Hospital; Alma Mater Studiorum University of Bologna, Italy 2 Center for the Study and Research of Surgical Treatment for Morbid Obesity, Department of Medical and Surgical Sciences, Alma Mater Studiorum University of Bologna, Italy. 3 Gastroenterology Unit, Sant'Orsola Hospital, Bologna, Italy.				
ABSTRACT	<p>Background Vertical banded gastroplasty (VBG) is often complicated by the onset of a stricture at the level of the band site, which might be associated with severe symptoms, such as dysphagia and regurgitation. In these cases, the reversal of VBG is indicated, and the aim is to re-establish the original anatomy as closely as possible. Ideally, the prosthetic band should be removed to resolve the obstruction and to avoid further erosion of the gastric wall, however, this is not always technically feasible. A surgical gastro-gastrostomy represents an alternative choice, although the procedure is associated with risks of intra- and post-operative complications. An endoscopic gastro-gastrostomy was recently described: during the procedure, the common wall between the proximal pouch and the fundus was identified and dissected, in order for the bypass to be carried out. However, a blind dissection might be technically demanding and unsafe, given the lack of anatomical landmarks. The use of endoscopic ultrasonography (EUS) has been shown to be effective in carrying out gastrointestinal anastomoses, although a reversal of a VBG has not been performed yet.</p> <p>Herein we make a video presentation of an endoscopic reversal of a strictured VBG, carried out through an EUS-guided transluminal therapy system, in order to accurately identify the common gastric wall and to allow the application of an endoscopic stent.</p> <p>Conclusions Gastro-gastrostomy by endoscopic stenting appears to be an effective option to relief symptoms in strictured VBG, and EUS guidance has made access to the target structure easier and safer.</p>				
Revisore	Non assegnato				
	<table border="0"> <tr> <td>Interesse</td> <td>Tecnica</td> <td>Qualità</td> <td>TOTALE</td> </tr> </table>	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE
Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE		
Risultati					
Annotazioni					
Note					

IDvideo	263			
Speaker	CELIENTO	MARTA	under40	<input checked="" type="checkbox"/>
ARGOMENTO	Tecnologie emergenti in chirurgia bariatrica			
TITOLO DEL LAVORO	Chirurgia bariatrica con strumenti articolati tra "destrezza" chirurgica e costi.			
AUTORI	Marta Celiento, Nicola Perrotta UOC di Chirurgia Generale, Ospedale "San Pio da Pietrelcina" di Villa d'Agri, Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo", Potenza.			
ABSTRACT	<p>La più recente letteratura conferma un sempre maggior impiego della chirurgia robotica anche in ambito bariatrico, sia per procedure di bypass gastrico che negli interventi di sleeve gastrectomy. Tuttavia recenti meta-analisi non sembrerebbero evidenziare vantaggi della robotica rispetto alla laparoscopia tradizionale in termini di complicanze minori e maggiori, reinterventi e degenza, a fronte di tempi operatori e costi significativamente maggiori. In un momento in cui i costi e la spesa Sanitaria determinano sempre più le scelte di tutti i giorni, diventa quasi imperativo seguire l'innovazione in ambito chirurgico e bariatrico ricercando strade alternative al fine di ridurre i costi senza modificare l'outcome per il paziente.</p> <p>In tale contesto, le strumentazioni laparoscopiche con articolazione meccanica hanno subito negli ultimissimi anni importanti modifiche nella tipologia del controllo e dell'articolazione e costituiscono una vera alternativa, intermedia, tra i tradizionali strumenti retti laparoscopici e le avanzatissime tecnologie robotiche.</p> <p>Nel video vengono presentati due casi laparoscopici di procedure bariatriche eseguite con strumentazione articolata laparoscopica di più recente introduzione (ArtiSential) e ne vengono evidenziati e discussi i differenti vantaggi rispetto agli strumenti tradizionali (ed alla robotica).</p> <p>Tra le procedure presentate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sleeve Gastrectomy Laparoscopica in ernia iatale con preparazione dell'esofago terminale e iatoplastica; - One Anastomosis Gastric By-pass, con preparazione del tubulo gastrico e sutura della breccia anastomotica eseguite con strumentazione articolata. 			
Revisore	Non assegnato			
	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE
Risultati				
Annotazioni				
Note				

IDvideo	270								
Speaker	Antonio Zullino under40 <input checked="" type="checkbox"/>								
ARGOMENTO	Weight Regain								
TITOLO DEL LAVORO	Revisione di Pouch Gastrica in Laparoscopia per recupero ponderale dopo Bypass Gastrico								
AUTORI	Zullino Antonio, Salerno Angelo, Califano Andrea, Giovanelli Alessandro IRCCS Policlinico San Donato								
ABSTRACT	<p>Background: La dilatazione della tasca gastrica (DTG) responsabile di recupero ponderale è un possibile scenario nel follow-up a lungo termine dopo Bypass Gastrico (BPG). Non vi è un approccio universalmente standardizzato nella chirurgia revisionale dopo “fallimento” di BPG. La revisione laparoscopica della pouch (RLP) può rappresentare una valida opzione chirurgica in alcuni casi.</p> <p>Methods: Presentiamo il caso di una paziente di 40 anni con BMI di 40.1 kg/m² (104 kg; 1.61 m) sottoposta nel 2015 a BPG presso il nostro Centro e ad Overstich nel 2017 presso altro Centro a seguito di recupero ponderale, senza alcun beneficio. Il minimo BMI raggiunto dopo BPG fu di 32 kg/m². Lo studio pre-operatorio radiologico ed endoscopico dimostravano una dilatazione volumetrica a carico di pouch e anastomosi gastro-digiunale. La paziente riferiva perdita della percezione di sazietà precoce.</p> <p>Results: In questo video si esegue una RLP in una paziente con DTG. Fu confermata intra-operatoriamente la dilatazione della pouch gastrica unitamente a quella della gastro-digiuno anastomosi e del cul-de-sac. Nessuna complicanza si verificò nel perioperatorio. La paziente è in attuale follow-up con raggiungimento e conservazione a 2 anni dal re-intervento di un BMI di 31 kg/m².</p> <p>Conclusions: La RLP è un’opzione praticabile e sicura nel trattamento della DTG determinante recupero ponderale dopo BPG. Tuttavia, un follow-up a lungo termine è necessario per determinare l’efficacia e la durabilità di questa procedura.</p>								
Revisore	Non assegnato								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Interesse</th> <th>Tecnica</th> <th>Qualità</th> <th>TOTALE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE				
Interesse	Tecnica	Qualità	TOTALE						
Risultati									
Annotazioni									
Note									

IDvideo

271

Speaker

Antonio

Zullino

under40



ARGOMENTO

Weight Regain

TITOLO DEL LAVORO

Revisione di Pouch Gastrica in Laparoscopia per recupero ponderale dopo Bypass Gastrico

AUTORI

Zullino Antonio, Salerno Angelo, Califano Andrea, Giovanelli Alessandro
IRCCS Policlinico San Donato

ABSTRACT

Background: La dilatazione della tasca gastrica (DTG) responsabile di recupero ponderale è un possibile scenario nel follow-up a lungo termine dopo Bypass Gastrico (BPG). Non vi è un approccio universalmente standardizzato nella chirurgia revisionale dopo “fallimento” di BPG. La revisione laparoscopica della pouch (RLP) può rappresentare una valida opzione chirurgica in alcuni casi.

Methods: Presentiamo il caso di una paziente di 40 anni con BMI di 40.1 kg/m² (104 kg; 1.61 m) sottoposta nel 2015 a BPG presso il nostro Centro e ad Overstich nel 2017 presso altro Centro a seguito di recupero ponderale, senza alcun beneficio. Il minimo BMI raggiunto dopo BPG fu di 32 kg/m². Lo studio pre-operatorio radiologico ed endoscopico dimostravano una dilatazione volumetrica a carico di pouch e anastomosi gastro-digiunale. La paziente riferiva perdita della percezione di sazietà precoce.

Results: In questo video si esegue una RLP in una paziente con DTG. Fu confermata intra-operatoriamente la dilatazione della pouch gastrica unitamente a quella della gastro-digiuno anastomosi e del cul-de-sac. Nessuna complicanza si verificò nel perioperatorio. La paziente è in attuale follow-up con raggiungimento e conservazione a 2 anni dal re-intervento di un BMI di 31 kg/m².

Conclusions: La RLP è un'opzione praticabile e sicura nel trattamento della DTG determinante recupero ponderale dopo BPG. Tuttavia, un follow-up a lungo termine è necessario per determinare l'efficacia e la durabilità di questa procedura.

Revisore

Non assegnato

Interesse

Tecnica

Qualità

TOTALE

Risultati

Annotazioni

Note