

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				