



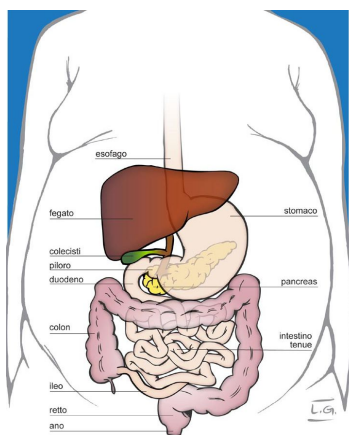
**Policlinico
di Monza**

Istituto di Ricovero e Cura ad Alta Specializzazione



CONSENSO INFORMATO

(S.I.C.OB. Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche)



In questo fascicolo vengono fornite informazioni sulla terapia chirurgica dell'Obesità al fine di giungere al consenso informato da parte del paziente per l'eventuale intervento chirurgico. Quello che leggerà in questo fascicolo può non esserle sufficiente a chiarirLe tutti i dubbi e le perplessità. Il colloquio con uno dei chirurghi del Centro presso cui sarà operato è indispensabile per completare le Sue conoscenze, anche sulla base della esperienza specifica del Centro stesso.

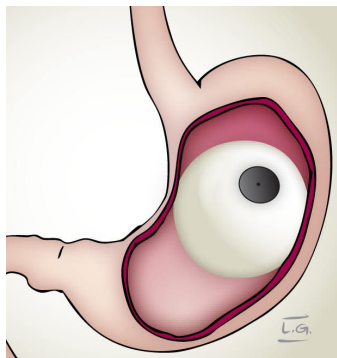
Altrettanto importante sarà avere un colloquio con chi, il chirurgo stesso o chi per lui, effettuerà i controlli clinici dopo l'intervento.

E' molto importante sapere che:

- La chirurgia dell'obesità non ha scopi estetici e il suo principale scopo è quello di prevenire e/o correggere i problemi medici connessi all'obesità; benché un'importante e costante riduzione del peso sia lo scopo della chirurgia dell'obesità, riduzioni di peso anche modeste possono provocare riduzione o scomparsa delle malattie associate all'obesità.
- La chirurgia dell'obesità trova indicazione in casi selezionati e solo dopo che le terapie mediche e dietetiche non hanno dato risultati.
- Non esiste un intervento ideale e tutti gli interventi proposti hanno aspetti positivi e negativi.
- Non esiste nessun intervento chirurgico che sia privo di possibili complicanze. Qualsiasi

intervento per la terapia dell'obesità può quindi avere complicanze chirurgiche e mediche a volte gravi e anche potenzialmente mortali, sia nel corso dell'intervento sia nel decorso post-operatorio. Nel corso dei mesi e degli anni successivi all'intervento si possono verificare altre complicanze che possono richiedere un nuovo intervento chirurgico.

- Ogni intervento presuppone un impegno a periodici controlli medici concordati con il Centro indispensabili non solo per ottenere migliori risultati anche per ridurre le complicanze precoci, medie e tardive.



Il pallone intragastrico

Il pallone intragastrico deve essere considerato solo come trattamento transitorio dell'Obesità.

Normalmente viene utilizzato infatti, in preparazione ad una tecnica chirurgia definitiva. Raramente e solo in casi molto selezionati può costituire un procedimento definitivo. Il pallone intragastrico è un dispositivo di forma sferica riempito con soluzione fisiologica od aria (500-800 ml) che viene posizionato dentro lo stomaco. Il pallone intragastrico viene inserito per via endoscopica, mediante gastroscopia, o direttamente sotto controllo radiologico, in sedazione o in anestesia generale.

Il periodo massimo di posizionamento per il pallone endogastrico è di circa 6 mesi, oltre i quali la possibilità che si verifichino complicanze cresce notevolmente. Pertanto dopo tale scadenza, il pallone deve essere obbligatoriamente rimosso, sempre mediante gastroscopia, in sedazione. Alcune case produttrici del pallone consigliano la sua rimozione in anestesia generale. All'atto del consenso informato e prima del posizionamento al paziente viene raccomandata la necessità di sottoporsi ai previsti controlli e che la rimozione avvenga intorno ai 6 mesi al massimo. Il palloncino funge da corpo estraneo che si muove liberamente nello stomaco riducendone la capacità. Il meccanismo d'azione di tale dispositivo è quello di indurre un precoce senso di sazietà dopo l'introduzione di piccole quantità di

cibo. La risposta fisiologica del paziente alla presenza del pallone endogastrico varia a seconda delle condizioni generali, del tipo e dell'intensità delle attività svolte. Altro fattore che condiziona in senso negativo i risultati è l'errato regime dietetico. Altri fattori che influenzano la risposta del paziente sono l'assunzione di farmaci o integratori dietetici e in generale il regime alimentare seguito.

La mortalità immediata (nei primi 5 giorni dopo il posizionamento) di questa procedura su n2515 pazienti in ambito nazionale è stata dello 0.08% mentre quella tardiva (avvenuta nel periodo di mantenimento del pallone) è pari allo 0.09%, non imputabile alla presenza del pallone, bensì a condizioni morbose quali l'embolia polmonare e l'infarto miocardico (Obesity Surgery 2007). Genco A. Obes.Surg. 2005; 15:1161-4.

Controindicazioni all'inserimento del palloncino sono da considerarsi la presenza di una voluminosa ernia jatale ed una patologia infiammatoria esofagea e/o gastrica in fase attiva.

Le complicanze immediate del posizionamento del palloncino comprendono:

- reazioni avverse a sedativi o anestetici locali;
- crampi addominali o disturbi causati dall'aria indotta per la distensione gastrica;
- dolore o irritazione della faringe conseguente alla procedura.
- Aspirazione del contenuto gastrico nei polmoni.
- Lesioni o perforazioni dell'apparato digerente dell'esofago e della giunzione esofago-gastrica.

Tra le possibili complicanze tardive derivanti dall'uso del pallone endogastrico vi sono le seguenti:

- Ostruzione intestinale causata dal pallone. Un pallone non sufficientemente riempito, o che abbia perso una quota considerevole di volume, può transitare dallo stomaco fino all'intestino tenue, per poi procedere nel colon e venire eliminato con le feci. Tuttavia, eventuali restringimenti intestinali, per esempio dovuti a interventi chirurgici pregressi o alla presenza di aderenze, possono ostacolare il transito del pallone e causare una ostruzione intestinale.
- Ostruzione esofagea. Una volta riempito all'interno dello stomaco, il pallone endogastrico può retrocedere nell'esofago. In tal caso si procede alla rimozione per via chirurgica o endoscopica.

Questo fascicolo è un documento ufficiale della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (S.I.C.OB.) pubblicato nell'anno 2009. Il documento è stato elaborato dal Dott. Giorgio Gagiotti (Centro di riferimento regionale chirurgia dell'obesità; Clinica di Chirurgia Generale –I Univeristà Politecnica delle Marche- INCRA-IRCCS- Ancona) ed è stato redatto ed approvato dai Membri del Consiglio Direttivo della SICOB. (Consiglio direttivo 2008-2010: Presidente onorario: Nicola Scopinaro)

- Disturbi a livello gastrico, sensazione di nausea e vomito dopo il posizionamento del pallone e durante il periodo di adattamento del sistema digerente alla sua presenza.
- Nausea e vomito persistenti. Le cause possono risiedere in una irritazione diretta della mucosa gastrica o in un blocco dello svuotamento gastrico dovuto al pallone.
- Senso di appesantezza addominale, influenza sulla ingestione dei cibi.
- Dolori addominali o dorsali, sia permanenti che ciclici. Blocco del transito alimentare nello stomaco.
- Reflusso gastroesofageo (bruciore e sensazione di acidità retro sternale, tosse)
- Lesioni della mucosa dell'apparato digerente causate da contatto diretto con il pallone, da uso improprio delle pinze da presa o da un aumento della secrezione gastrica. Ciò può portare alla formazione di ulcere accompagnate da dolore ed emorragia o persino da perforazione gastrica.

Il vomito ripetuto (4-5 volte/die) dopo la dimissione è spesso sintomo di intolleranza del paziente nei confronti del dispositivo e spesso determina la rimozione endoscopica anticipata dello stesso. Fattori quali perdita del senso di sazietà, aumento dell'appetito e/o aumento di peso, possono indicare uno svuotamento del pallone; in questi casi è pertanto necessario effettuare un controllo mediante esame endoscopico o radiologico. La gravità di molte di queste complicanze tardive dipende dalla tempestività della diagnosi; è pertanto fondamentale che il paziente contatti immediatamente il centro di riferimento all'insorgere dei sintomi sopradescritti.

Tecniche chirurgiche

Concetti di carattere generale

Tutti gli interventi utilizzati nella chirurgia dell'obesità vengono eseguiti in anestesia generale.

Ogni intervento può essere eseguito sia con tecnica chirurgica tradizionale (laparotomia) sia con tecnica laparoscopica.

La chirurgia tradizionale (laparotomia) prevede un'incisione della parete addominale. A seconda delle abitudini e preferenze del chirurgo l'incisione può essere verticale, di solito lungo la linea che va dall'ombelico allo sterno, od orizzontale sulla parte sinistra dell'addome subito al di sotto dell'arcata costale.

La tecnica laparoscopica prevede l'insufflazione della cavità addominale

con un gas, l'anidride carbonica, e l'impiego di appositi strumenti che vengono fatti entrare nell'addome attraverso alcuni piccoli fori (di solito in numero variabile da 4 a 6 e di dimensioni variabili da 5 a 10/12 mm).

Uno degli strumenti ha incorporata una piccola videocamera che viene introdotta anch'essa in uno dei fori. Il chirurgo effettua l'intervento sulla guida delle immagini che

vede su uno schermo televisivo. Nel corso dell'intervento il chirurgo operatore può ritenere opportuno convertire l'intervento da laparoscopico a laparotomico. La laparoscopia può essere impiegata anche nel caso di precedenti interventi laparoscopici e laparotomici. In tale caso aumenta il rischio di complicanze specifiche ed aumenta l'incidenza di conversioni laparotomiche.

E' indispensabile eseguire controlli clinici e nutrizionali post-operatori periodici. I controlli clinici dovranno essere effettuati presso il centro in cui si è stati operati o in altri centri da esso consigliati.

Come in ogni condizione di rapido calo ponderale è sconsigliabile iniziare una gravidanza prima della stabilizzazione del peso raggiunto.

Tecniche chirurgiche

Principali complicanze comuni a tutti i tipi di intervento

Complicanze intra operatorie: durante l'intervento può eccezionalmente verificarsi la Lesione endoaddominale a cui può conseguire emorragia e/o perforazione.

Tale lesione può essere riparata o può chiedere anche l'asportazione di un organo (ad esempio la milza). La tecnica laparoscopica può avere complicanze specifiche come emorragie, e lesioni di visceri cavi ed organi parenchimatosi causate dal posizionamento dei trocar. Anche se raramente, la posizione laparoscopica del paziente a gambe divaricate sul letto operatorio può causare fenomeni compressivi sulle strutture nervose degli arti inferiori.

Complicanze post-operatorie precoci (entro i primi 30 giorni): trombo embolia venosa: è la formazione dei coaguli di sangue nelle vene delle gambe e del bacino. Se i coaguli si staccano dalle pareti delle vene dove si sono formati possono giungere, attraverso la corrente sanguigna, nelle arterie polmonari. Si determina così una complicanza che può essere potenzialmente pericolosa per la vita nota come embolia polmonare. L'embolia polmonare è la complicanza più temuta nella chirurgia dell'obesità perché costituisce la causa principale di decesso post-operatorio immediato.

Insufficienza respiratoria

Fistola gastrica e/o intestinale. Nei primi giorni dopo l'intervento, si può verificare una mancanza di tenuta delle cinture dello stomaco o dell'intestino, o la perforazione di uno di essi. Ne può conseguire una fistola gastrica o intestinale che può causare una peritonite. Questa complicanza può richiedere un nuovo intervento chirurgico o altri trattamenti terapeutici. Anche se in casi eccezionali, in presenza di una fistola gastrica o intestinale può essere necessario asportare l'organo interessato dalla complicanza, in modo specifico lo stomaco e/ o una parte dell'intestino.

Infezione delle ferite chirurgiche, più frequentemente osservabili nei casi di intervento effettuati con tecnica tradizionale che prevedono l'apertura della cavità addominale.

Emorragie talora gravi che possono richiedere un nuovo intervento chirurgico o altri trattamenti terapeutici.

A. Interventi che limitano l'introduzione del cibo (ad azione prevalentemente meccanica –interventi restrittivi) : 1. GASTROPLASTICA VERTICALE

2. BENDAGGIO GASTRICO

3. SLEEVE GASTRECTOMY (Gastrectomia verticale parziale)

B. Interventi ad azione prevalentemente funzionale

1. BYPASS GASTRICO E VARIANTI

C. Interventi che limitano l'assorbimento dell'energia (interventi detti anche malassorbitivi che agiscono sui processi della digestione riducendo l'assorbimento del cibo):

1. DIVERSIONE BILIO-PACREICA SECONDO SCOPINARO

2. DIVERSIONE BILIO-PANCREATICA DUODENAL-SWITCH

3. DIVERSIONE BILIO-PANCREATICA CON CONSERVAZIONE STOMACO

IMPORTANTE

Per ottenere i maggiori vantaggi con minor rischio di complicanze sono necessari periodici controlli clinici e nutrizionali. Durante il periodo di dimagrimento, e anche oltre esso (anche per tutta la vita), possono essere necessarie integrazioni vitaminiche e minerali. La scarsa collaborazione nel rispettare i consigli dietetici e farmacologici, il fumo, e soprattutto l'abuso di alcool aumentano il rischio di complicanze.

Un importante calo di peso comporta quasi sempre un rilassamento dei tessuti cutanei che determina modificazioni dell'aspetto fisico.

Tutti gli interventi chirurgici per la terapia dell'obesità hanno una esperienza clinica limitata nel tempo, per cui le complicanze qui riferite si riferiscono a quelle conosciute; altre complicanze fino a ora non incontrate non possono essere escluse.

Questo fascicolo è un documento ufficiale della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (S.I.C.OB.) pubblicato nell'anno 2009. Il documento è stato elaborato dal Dott. Giorgio Gagiotti (Centro di riferimento regionale chirurgia dell'obesità; Clinica di Chirurgia Generale –I Università Politecnica delle Marche- INCRA-IRCCS- Ancona) ed è stato redatto ed approvato dai Membri del Consiglio Direttivo della SICOB. (Consiglio direttivo 2008-2010: Presidente onorario: Nicola Scopinaro)

Occlusione intestinale. Questa complicanza può richiedere una terapia chirurgica. Tutte le complicanze post operatorie precoci possono richiedere terapie mediche intensive che possono allungare il periodo di degenza anche per numerose settimane ed eventualmente richiedere il ricovero in terapia intensiva o rianimazione. In certi casi può essere necessario un nuovo intervento chirurgico. In base alle casistiche più attuali, il rischio di mortalità postoperatoria precoce varia tra 0.1% e 1%. Occorre tenere presente che in ogni caso il rischio di mortalità e di complicanze aumenta con l'aumentare del peso corporeo del paziente e dell'età, se oltre i 60 anni.

Complicanze post-operatorie a distanza (oltre i 30 giorni dall'intervento):

Occlusione intestinale. Si possono determinare aderenze che determinano quadri di occlusione intestinale. La risoluzione di questa complicanza richiede un intervento chirurgico.

Ernia sull'incisione chirurgica (laparocèle) soprattutto se è stata utilizzata la via chirurgica tradizionale (laparotomia). Nel caso si voglia correggere questa complicanza è necessario un nuovo intervento chirurgico.

Eccezionalmente possono verificarsi complicanze neurologiche, anche gravi, dovute a scarso o nullo introito di cibo.

STATISTICHE

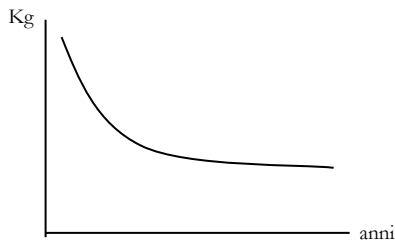
In questo fascicolo vengono forniti alcuni dati statistici pubblicati nella letteratura internazionale sulla mortalità operatoria nella chirurgia dell'obesità.

Su 13.871 interventi raccolti nel Registro Italiano della società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie metaboliche (S.I.C.O.B) la mortalità operatoria globale è stata dello 0.25%.

0.1% nei bendaggi gastrici regolabili (A.S.G.B), 0.15% nelle gastroplastiche (V.B.G), 0.54% nei bypass gastrici (G.B.P), 0.8% nelle diversioni biliopancreatiche (B.P.D).

Su 22.094 interventi la mortalità operatoria è stata dello 0.1% in 3046 interventi puramente restrittivi (2297 pazienti sottoposti a bendaggio gastrico e 749 pazienti sottoposti a gastroplastica), 0.55% in 5644 interventi di bypass gastrico, 1.1% in 3030 interventi di diversione biliopancreatica o switch duodenale.

A- INTERVENTI CHE LIMITANO L'INTRODUZIONE DEL CIBO



Questi interventi restrittivi gastrici si basano essenzialmente sulla separazione di una piccola parte di stomaco (tasca gastrica) che si svuota nel rimanente attraverso un orifizio stretto e non dilatabile.

Appartengono a questa categoria GASTROPLASTICA VERTICALE
BENDAGGIO GASTRICO
SLEEVE GASTRECTOMY

Meccanismo d'azione degli interventi restrittivi gastrici per ottenere il calo di peso: gli interventi restrittivi gastrici hanno lo scopo di far diminuire il peso corporeo mediante il meccanismo della sazietà precoce.

E' sufficiente introdurre una piccola quantità di cibo per riempire la tasca gastrica ed avvertire il senso di sazietà.

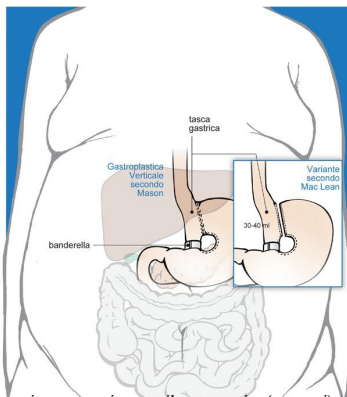
Inizialmente dopo l'intervento il paziente si alimenta con una dieta semi liquida. Il ritorno a una alimentazione solida avverrà gradualmente e sempre sotto controllo clinico. I cibi liquidi e semisolidi, transitando liberamente, non determinano senso di sazietà. Una alimentazione errata con abuso di alimenti di tale tipo può causare uno scarso risultato sulla perdita di peso o addirittura un completo fallimento.

Con questo tipo di interventi è possibile il vomito dopo il pasto. Questi episodi di solito si verificano quando il cibo viene ingerito troppo rapidamente senza un'adeguata masticazione. Occorre comunque molto più tempo del normale per ingerire il cibo, e alcuni alimenti (ad es: la carne rossa), possono essere poco tollerati. Questi fenomeni sono soprattutto accentuati nei primi mesi e di solito si risolvono gradualmente con il passare del tempo se il paziente segue le regole alimentari necessarie dopo l'intervento (pasti di piccolo volume con alimenti ingeriti lentamente a piccoli pezzi, valida masticazione, bevande assunte preferibilmente lontano dai pasti).

E' fondamentale sapere che il risultato (calo ponderale e mantenimento del peso perduto) è strettamente legato all'apprendimento e al mantenimento a tempo indeterminato delle nuove regole alimentari.

A- INTERVENTI CHE LIMITANO L'INTRODUZIONE DEL CIBO

1. GASTROPLASTICA VERTICALE



In modo schematico l'intervento di gastroplastica verticale è illustrato nel disegno allegato e consiste nella creazione di una piccola tasca gastrica che comunica con il resto dello stomaco tramite un orifizio (neopiloro). Per dare un'idea del volume di questa tasca si può dire che essa è grande poco di più di una siringa (15-20cc) e l'orifizio che la mette in comunicazione con il resto dello stomaco ha un diametro interno di circa 1 cm.

La tasca gastrica viene costruita utilizzando delle suturatrici meccaniche; lo sbocco della tasca nello stomaco sottostante viene rinforzato con una piccola benderella di materiale sintetico. Si possono realizzare due tipi di gastroplastica che si differenziano in base al rapporto della tasca gastrica con il restante stomaco; gastroplastica verticale secondo Mason – la tasca gastrica è separata dal restante stomaco con una cucitura;

gastroplastica verticale secondo MacLean – la suturatrice meccanica agisce cucendo e tagliando nello stesso tempo. In questo modo la tasca gastrica rimane separata dal rimanente stomaco. La separazione della tasca è utile per evitare il rischio di un cedimento delle suture con la conseguente creazione di ampia comunicazione tra la tasca e lo stomaco principale, con perdita dell'efficacia dell'intervento stesso.

Principali complicanze specifiche a distanza: nel corso dei mesi successivi all'intervento si possono verificare le seguenti complicanze: la benderella posizionata sul neopiloro può determinare una cicatrice e restringere il passaggio (stenosi) provocando vomito non risolvibile con cure mediche. La stenosi può essere corretta o con la dilatazioni endoscopiche o con un nuovo intervento chirurgico. La benderella posizionata sul neopiloro può causare una erosione della parete dello stomaco e penetrare all'interno. Solo raramente ciò comporta la necessità di un intervento (endoscopico o chirurgico), poiché nella maggioranza dei casi la benderella transita l'intestino e viene eliminata con le feci. Si può creare un passaggio diretto tra la tasca gastrica e il restante stomaco (fistola gastro-gastrica) che comporta la perdita di efficacia dell'intervento. Questa complicanza può insorgere nella gastroplastica secondo Mason. Per correggerla occorre un nuovo intervento chirurgico. Gli eccessi alimentari, provocando continui aumenti di pressione all'interno della tasca gastrica, possono provocarne la dilatazione. Ne consegue la capacità di introdurre progressivamente più cibo, e quindi un arresto del dimagrimento o un recupero di peso. La correzione della dilatazione richiede un nuovo intervento chirurgico. Si possono verificare episodi di reflusso gastro-esofageo, fino alla vera e propria malattia da reflusso, la cui grave conseguenza è l'esofagite.

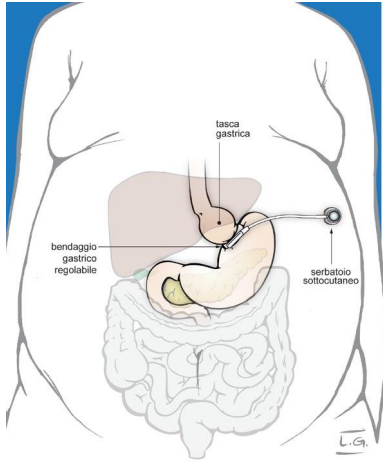
Le complicanze post-operatorie precoci e a distanza comuni a tutti gli interventi sono a pag 2

Risultati sul peso corporeo: con questo intervento si ottiene mediamente una riduzione del 50-60% dell'eccesso di peso pre-operatorio, ma con ampia variabilità da caso a caso, soprattutto nel mantenimento del peso a lungo termine.

Questo fascicolo è un documento ufficiale della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (S.I.C.O.B.) pubblicato nell'anno 2009. Il documento è stato elaborato dal Dott. Giorgio Gagiotti (Centro di riferimento regionale chirurgia dell'obesità; Clinica di Chirurgia Generale –I Università Politecnica delle Marche- INCRA-IRCCS- Ancona) ed è stato redatto ed approvato dai Membri del Consiglio Direttivo della SICOB. (Consiglio direttivo 2008-2010: Presidente onorario: Nicola Scopinaro)

A- INTERVENTI CHE LIMITANO L'INTRODUZIONE DEL CIBO

2. BENDAGGIO GASTRICO



Il bendaggio gastrico attualmente più utilizzato è il Bendaggio Gastrico Regolabile, solitamente posizionato con tecnica laparoscopica. Questo intervento non comporta asportazione o sezione di organi ed è anatomicamente e funzionalmente reversibile. In modo schematico l'intervento consiste anch'esso nella creazione di una piccola tasca gastrica con il resto dello stomaco tramite uno stretto orifizio. Il volume della tasca gastrica e il diametro dell'orifizio di svuotamento, sono come quelli della gastroplastica verticale. La tasca gastrica è ottenuta circondando la parte superiore dello stomaco con un anello di silicone collegato per mezzo di un tubicino a un piccolo serbatoio posizionato sotto la pelle della parete addominale. Il serbatoio non è visibile e palpabile dall'esterno se non eventualmente dopo il dimagrimento. L'anello di silicone ha la particolarità di poter essere gonfiato o sgonfiato dal medico semplicemente aggiungendo o togliendo liquido nel serbatoio che viene punto attraverso la cute, modificando così il diametro dell'orifizio di svuotamento.

Principali complicanze specifiche a distanza: nel corso dei mesi e anni successivi all'intervento si possono verificare: dilatazione della tasca gastrica, con lo stesso meccanismo e le stesse conseguenze descritte per la gastroplastica. La dilatazione può essere risolta con la desufflazione del bendaggio o con un nuovo intervento chirurgico. Ernia della tasca gastrica, che può causare frequenti o continui episodi di vomito. Questa complicanza può essere risolta solo con un nuovo intervento chirurgico.

Restringimento cicatriziale (stenosi) della zona dove è stato posizionato il bendaggio, che provoca vomito non risolvibile con cure mediche. La stenosi può essere corretta con un nuovo intervento

chirurgico. Progressiva erosione della parete dello stomaco da parte del bendaggio che può causare la sua penetrazione all'interno dello stomaco stesso. Questa complicanza richiede la rimozione del bendaggio, eccezionalmente mediante endoscopia, ma di regola mediante nuovo intervento chirurgico.

Infezione del serbatoio posizionato sotto la pelle che può essere risolta con terapia medica conservativa o con la sostituzione o asportazione del serbatoio. Se l'infezione si è propagata sino al bendaggio può essere necessaria la rimozione del bendaggio. Rottura del tubicino di connessione tra bendaggio e serbatoio che può richiedere un nuovo intervento eseguibile nella gran parte dei casi in anestesia locale.

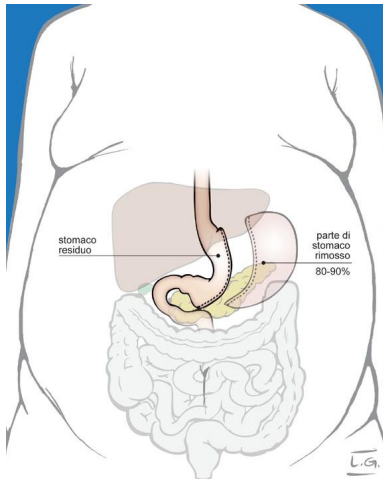
Si possono verificare episodi di reflusso gastro-esofageo, fino alla vera e propria malattia da reflusso, la cui grave conseguenza è l'esofagite.

Le complicanze post-operatorie precoci e a distanza comuni a tutti gli interventi sono a pag 2

Risultati sul peso corporeo: con questo intervento si ottiene mediamente una riduzione del 40-50% dell'eccesso di peso pre-operatorio, ma con ampia variabilità da caso a caso, soprattutto nel mantenimento del peso a lungo termine.

A- INTERVENTI CHE LIMITANO L'INTRODUZIONE DEL CIBO

3. SLEEVE GASTRECTOMY (GASTRECTOMIA VERTICALE PARZIALE)



L'intervento consiste in una resezione verticale parziale dello stomaco (gastrectomia parziale verticale). In modo schematico l'intervento consiste nel dividere lo stomaco in due parti in senso verticale utilizzando delle apposite suture meccaniche.

La parte sinistra dello stomaco che corrisponde al 80-90% di tutto lo stomaco viene successivamente asportata dopo averla isolata dalle sue connessioni vascolari con la milza. Lo stomaco che rimane assume la forma di una "manica" (=sleeve). Il volume del tubolo gastrico residuo sarà di circa 100-150 ml. La porzione finale dello stomaco che corrisponde all'Antro gastrico, rimane intatta. La parte rimanente avrà le stesse funzioni di prima dell'intervento. L'intervento non modifica il fisiologico transito del cibo che viene ingerito, pur osservandosi un accelerato svuotamento gastrico. L'intervento deve considerarsi irreversibile per quanto riguarda la parte di stomaco rimossa.

In alcune condizioni cliniche la Sleeve gastrectomy viene eseguita come prima fase chirurgica (es: pazienti con un elevato rischio operatorio e peso corporeo BMI > 50) allo scopo di ridurre il peso corporeo e conseguentemente i rischi operatorii relativi ad una successiva procedura chirurgica più complessa.

Principali complicanze specifiche a distanza: nel corso dei mesi e anni successivi all'intervento si possono verificare le seguenti complicanze:

gli eccessi alimentari, provocando continui aumenti di pressione all'interno della tasca gastrica, possono provocarne la dilatazione. Ne consegue la capacità di introdurre progressivamente più cibo, e quindi un arresto del dimagrimento o un recupero di peso.

Si possono verificare episodi di reflusso gastro-esofageo, fino alla vera e propria malattia da reflusso, la cui grave conseguenza è l'esofagite. Disturbi funzionali come nausea, vomito, intolleranza per cibi solidi tendono ad autolimitarsi con adeguati consigli nutrizionali ed opportuna terapia medica.

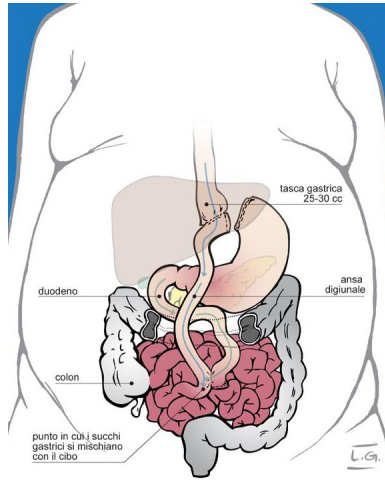
Le complicanze post-operatorie precoci e a distanza comuni a tutti gli interventi sono a pag 2

Risultati sul peso corporeo: con questo intervento si ottiene mediamente una riduzione del 50-60% dell'eccesso di peso pre-operatorio, ma con ampia variabilità da caso a caso, soprattutto nel mantenimento del peso a lungo termine.

Questo fascicolo è un documento ufficiale della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (S.I.C.O.B.) pubblicato nell'anno 2009. Il documento è stato elaborato dal Dott. Giorgio Gagiotti (Centro di riferimento regionale chirurgia dell'obesità; Clinica di Chirurgia Generale –I Università Politecnica delle Marche- INCRA-IRCCS- Ancona) ed è stato redatto ed approvato dai Membri del Consiglio Direttivo della SICOB. (Consiglio direttivo 2008-2010: Presidente onorario: Nicola Scopinaro)

B- INTERVENTI AD AZIONE PREVALENTEMENTE FUNZIONALE

1. BYPASS GASTRICO E VARIANTI



L'intervento consiste nella creazione di una piccola tasca gastrica che non comunica con il resto dello stomaco, ma viene direttamente collegata all'intestino tenue a distanza variabile dal duodeno. Per dare un'idea del volume della tasca si può dire che è poco più grande di una siringa (15-20cc). Il tratto di intestino che rimane così escluso dal transito degli alimenti, chiamato "tratto biliopancreatico", viene a sua volta unito a distanza variabile dallo stomaco con il "tratto alimentare" a formare il "tratto comune". L'intervento può essere condotto per via open o laparoscopica. Nel by-pass gastrico la maggior parte dello stomaco e del duodeno vengono comunque esclusi completamente dal transito degli alimenti. L'intervento non determina l'asportazione di alcuna parte dell'intestino o dello stomaco. Dopo questo intervento lo stomaco, il duodeno e le vie biliari non sono più esplorabili con le metodiche tradizionali.

Esistono varianti tecniche di bypass gastrico che permettono lo studio radiologico ed endoscopico tradizionali del tratto escluso, che rimane tale solo funzionalmente. Esistono varianti tecniche di bypass gastrico che permettono lo studio radiologico ed endoscopico tradizionali di stomaco e duodeno, che rimangono esclusi solo dal punto di vista funzionale.

Meccanismo d'azione per ottenere il calo di peso

Il bypass gastrico determina un calo di peso corporeo con il meccanismo della riduzione della quantità di cibo introdotto. E' sufficiente introdurre una piccola quantità di cibo per ottenere il senso di sazietà. Inoltre, l'arrivo di cibo appena masticato in un tratto di intestino che non era abituato a riceverlo in questa forma, determina una riduzione dell'appetito ed una sazietà precoce di grado variabile.

Principali complicanze specifiche a distanza: nel corso dei mesi e anni successivi all'intervento si

possono verificare le seguenti complicanze: anemia da carenza di ferro e/o vitamina B12 e/o acido folico. E' legata principalmente alla esclusione dal transito del cibo della maggior parte dello stomaco e dell'intero duodeno. Questa complicanza può essere prevenuta o corretta con la somministrazione per bocca o per via intramuscolare o endovenosa delle sostanze carenti.

Osteoporosi da carenza di calcio dovuta anch'essa al fatto che il cibo non passa più nel duodeno, sede principale dell'assorbimento del calcio.

L'introduzione del calcio avviene attraverso il cibo (soprattutto formaggio), ma può essere necessaria un'integrazione con compresse di calcio per bocca. Ulcera nel punto di unione dello stomaco con l'intestino (ulcera anastomotica), che di solito si previene o corregge con terapia medica, ma può richiedere un nuovo intervento chirurgico in casi eccezionali.

Intolleranza all'assunzione di certi cibi, soprattutto i liquidi ad alta concentrazione di zuccheri, che si manifesta con sudorazione, senso di spossatezza e palpitazioni (dumping sindrome). Questa sintomatologia è transitoria e si corregge per solito facilmente con la posizione supina per pochi minuti. L'intolleranza tende scomparire con il tempo. Ernia interna che conduce ad un blocco intestinale che spesso richiede un intervento chirurgico.

Le complicanze post-operatorie precoci e a distanza comuni a tutti gli interventi sono a pag 2

Risultati sul peso corporeo: con questo intervento si ottiene mediamente una riduzione del 60-70% dell'eccesso di peso pre-operatorio, ma con ampia variabilità da caso a caso, soprattutto nel mantenimento del peso a lungo termine.

C- INTERVENTI CHE LIMITANO L'ASSORBIMENTO DELL'ENERGIA DIVERSIONE BILIOPANCREATICA

Diversione biliopancreatica Secondo Scopinaro

E' l'intervento malassorbitivo più utilizzato. Esso consiste in una resezione parziale dello stomaco fino ad ottenere un volume residuo variabile da 200-500cc, e nell'asportazione della colecisti allo scopo di prevenire la formazione di calcoli. L'intervento non determina l'asportazione di alcuna parte dell'intestino. La ricostruzione gastrointestinale consiste nel congiungimento dello stomaco con un tratto di intestino tenue (ileo) precedentemente sezionato a 2.5-3 metri, a seconda dei casi dalla valvola ileocecale (tratto alimentare). Il tratto dell'intestino che rimane così escluso dal transito degli alimenti (tratto biliopancreatico), viene a sua volta unito con il tratto alimentare a 50 cm dalla valvola ileo-cecale, formandosi così il "tratto comune".

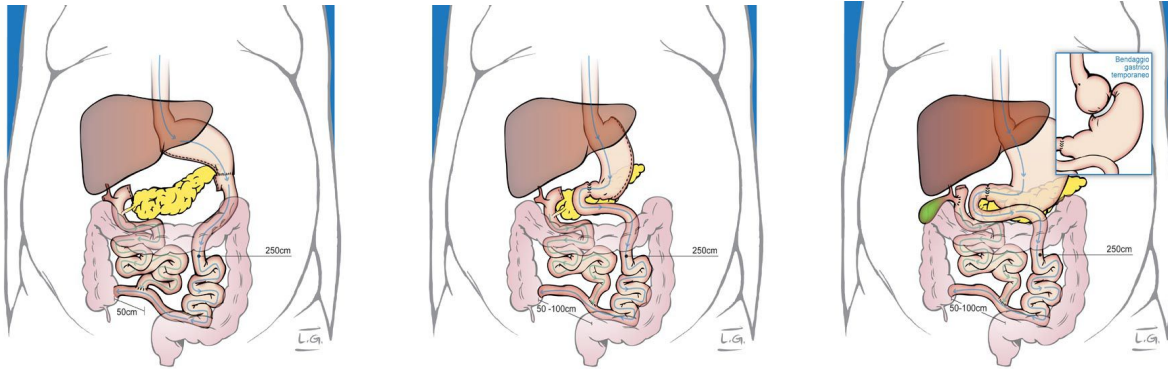
Diversione biliopancreatica con resezione gastrica verticale (duodenal switch)

L'intervento differisce dal precedente in quanto la resezione dello stomaco è verticale, risparmia il piloro e i primi centimetri del duodeno, i quali vengono utilizzati per la ricostruzione della continuità gastrointestinale.

Diversione biliopancreatica con conservazione dello stomaco

L'intervento differisce dal precedente in quanto lo stomaco viene lasciato intatto. Una variante di questo intervento prevede l'apposizione di una benderella intorno allo stomaco (bendaggio gastrico temporaneo). L'anello è costituito da materiale riassorbibile che si dissolve nell'arco di circa sei mesi.

Questo fascicolo è un documento ufficiale della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (S.I.C.O.B.) pubblicato nell'anno 2009. Il documento è stato elaborato dal Dott. Giorgio Gagiotti (Centro di riferimento regionale chirurgia dell'obesità; Clinica di Chirurgia Generale –I Università Politecnica delle Marche- INCRA-IRCCS- Ancona) ed è stato redatto ed approvato dai Membri del Consiglio Direttivo della SICOB. (Consiglio direttivo 2008-2010: Presidente onorario: Nicola Scopinaro)



C- INTERVENTI CHE LIMITANO L'ASSORBIMENTO DELL'ENERGIA DIVERSIONE BILIOPANCREATICA

Meccanismo di azione per ottenere il calo di peso

L'intervento ha l'obiettivo di far diminuire il peso corporeo mediante una temporanea (alcuni mesi) riduzione postoperatoria dell'introito di cibo e una permanente riduzione dell'assorbimento intestinale dei grassi e degli amidi. L'intervento non modifica l'assorbimento degli zuccheri semplici (cibi dolci in genere: zucchero, frutta, dolci, bibite zuccherate), del latte e dell'alcol. L'uso di tali alimenti può influire negativamente sulla riduzione di peso o causare un recupero dei chili perduti, ma può al contrario servire per arrestare una eventuale perdita di peso eccessiva. Un caso a sé è rappresentato dall'alcol, il cui assorbimento intestinale è più rapido dopo l'intervento. Questo potenzia l'effetto farmacologico dell'alcol, il cui uso deve essere dunque attentamente controllato.

L'intervento determina un cambiamento di alcune funzioni fisiologiche:

le feci e le flatulenze, molto maleodoranti, sono aumentate nelle quantità in rapporto alla quantità di cibo ingerito. Tale fenomeno può essere moderato con misure dietetiche o farmacologiche, e tende comunque a ridursi con gli anni. Le evacuazioni quotidiane sono mediamente 2-3, con feci di consistenza normale (da cremosa a solida in rapporto soprattutto all'introito di liquidi e al tempo trascorso dall'intervento). L'eccessiva produzione di gas può provocare talora senso di tensione addominale. Raramente può avere cattivo odore l'alito.

Principali complicanze specifiche a distanza: nel corso dei mesi e anni successivi all'intervento si possono verificare le seguenti complicanze: malnutrizione proteica dovuta a insufficiente assunzione o assorbimento delle proteine, complicanza rara, ma grave che necessita di trattamento medico e talora di nutrizione per via venosa anche in regime di ricovero ospedaliero. E' solito un singolo episodio precoce, ma ne esiste una forma recidivante che può richiedere, per essere risolta, una revisione chirurgica dell'intervento.

anemia da carenza di ferro e/o vitamina B12 e/o acido folico. E' legata principalmente alla esclusione dal transito del cibo della maggior parte dello stomaco e dell'intero duodeno. Questa complicanza può essere prevenuta o corretta con la somministrazione per bocca o per via intramuscolare o endovenosa delle sostanze carenti. Osteoporosi da carenza di calcio dovuta anch'essa al fatto che il cibo non passa più nel duodeno, sede principale dell'assorbimento del calcio, ed eventualmente anche carenza di vitamina D. L'introduzione del calcio avviene attraverso il cibo (soprattutto formaggio), ma può essere necessaria un'integrazione con compresse di calcio per bocca. La vitamina D, ove necessario, deve invece essere somministrata per via intramuscolare o endovenosa. Carenza delle altre vitamine che si assorbono insieme ai grassi (lipo solubili), in particolare la vitamina A. Ulcera nel punto di unione dello stomaco con l'intestino (ulcera anastomotica), che di solito si previene o corregge con terapia medica, ma può richiedere un nuovo intervento chirurgico in casi eccezionali. Episodi di diarrea che eccezionalmente può essere costante e richiedere una revisione chirurgica. Sia pur raramente, malattie della regione anale, come emorroidi, ragadi, ascessi e fistole perianali.

Le complicanze post-operatorie precoci e a distanza comuni a tutti gli interventi sono a pag 2

Risultati sul peso corporeo: con questo intervento si ottiene mediamente una riduzione del 65-75% dell'eccesso di peso pre-operatorio, ma con ampia variabilità da caso a caso. E' importante ricordare che a differenza di tutti gli interventi precedenti, la perdita di peso e il mantenimento di esso a tempo indefinito si ottengono in condizioni di dieta completamente libera (con l'eccezione degli zuccheri semplici).

CONSENSO INFORMATO PER INTERVENTO DI CHIRURGIA DELL'OBESITA'

Io sottoscritto/a.....nato/a a.....

ilresidente in (via/piazza).....

Città.....

Essendo affetto da obesità e non avendo conseguito risultati con le terapie conservative convenzionali, consento a sottopormi a intervento chirurgico specifico per la mia condizione. Sono consapevole che tale intervento chirurgico ha motivazioni di carattere medico e non estetico, e che lo scopo della chirurgia dell'obesità è quello di trattare e prevenire le complicanze legate all'obesità, (diabete, ipertensione arteriosa, alterazioni respiratorie, cardiache, osteo-articolari, iperlipidemia, ecc.) e non quello di ottenere un peso corporeo ideale.

La mia richiesta e il mio consenso a sottopormi a intervento chirurgico sono anche motivati da una necessità personale e non più rinviabile di voler ridurre il mio eccesso di peso, in quanto la mia condizione di obeso interferisce in modo fortemente negativo sulla mia qualità della vita.

Dichiaro di essere stato informato/a, in un precedente colloquio e per mezzo del presente materiale informativo scritto, sugli interventi che vengono attualmente utilizzati per il trattamento dell'obesità, sulle complicanze postoperatorie immediate e a distanza e sui vantaggi e svantaggi che ciascuno presenta.

In particolare sono stato informato/a sui seguenti tipi di intervento descritti in questo fascicolo. Dichiaro di aver avuto tempo ed opportunità di consultarmi con i miei familiari e/o con il mio medico di famiglia o di fiducia. Dopo aver valutato in modo consapevole i potenziali vantaggi e svantaggi sia immediati sia futuri che ciascun intervento presenta.,

CHIEDO DI SOTTOPORMI all'intervento di.....

Dichiaro di essere al corrente dei possibili rischi generici connessi a qualsiasi intervento chirurgico e dei rischi specifici connessi all'intervento cui ho scelto di essere sottoposto/a. Sono consapevole che per ottenere i maggiori vantaggi con il minor rischio di complicanza sono necessari periodici controlli clinici che effettuerò presso il centro in cui mi sono operato/a o presso altro centro da questo indicato. Sono consapevole che

Questo fascicolo è un documento ufficiale della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (S.I.C.O.B.) pubblicato nell'anno 2009. Il documento è stato elaborato dal Dott. Giorgio Gagiotti (Centro di riferimento regionale chirurgia dell'obesità; Clinica di Chirurgia Generale –I Univeristà Politecnica delle Marche- INCRA-IRCCS- Ancona) ed è stato redatto ed approvato dai Membri del Consiglio Direttivo della SICOB. (Consiglio direttivo 2008-2010: Presidente onorario: Nicola Scopinaro)

talora i risultati possano non essere conformi alle aspettative e il risultato finale può essere compromesso dalle complicanze che possono sopraggiungere.

Tutte le informazioni contenute in questo fascicolo di 7 pagine, tutte le ulteriori informazioni riguardanti l'intervento, il decorso postoperatorio a breve e lungo termine e i relativi rischi e benefici fornitemi, e tutte le risposte alle domande da me formulate, sono risultate per me comprensibili ed esaurienti.

Il soggetto informato firma

.....

Confermo di aver spiegato le caratteristiche, gli scopi, i vantaggi e i rischi dell'intervento che effettuerà e gli interventi alternativi.

Il chirurgo operatore firma

.....

Data.....

CONSENSO INFORMATO PER REINTERVENTO DI CHIRURGIA DELL'OBESITA'

Io sottoscritto/a.....nato/a a.....

ilresidente in (via/piazza).....

Città.....

Non avendo risultati con il precedente intervento chirurgico, chiedo di sottopormi ad un nuovo intervento chirurgico specifico per la mia condizione. Sono consapevole che il re intervento a cui sto per essere sottoposto/a presenta maggiori difficoltà tecniche legate agli esiti del pregresso intervento e conseguentemente un maggior rischio di complicanze chirurgiche. Nel caso in cui il chirurgo operatore esegua l'intervento con tecnica laparoscopica le probabilità di convertire l'intervento da laparoscopico in laparotomico sono maggiori.

Dichiaro di essere stato informato/a, in un precedente colloquio e per mezzo del presente materiale informativo scritto, sugli interventi che vengono attualmente utilizzati per il trattamento dell'obesità, sulle complicanze postoperatorie immediate e a distanza e sui vantaggi e svantaggi che il re intervento comporta.

Dopo aver valutato in modo consapevole i potenziali vantaggi e svantaggi sia immediati sia futuri conseguenti ad un re intervento chirurgico,

CHIEDO DI SOTTOPPORMI all'intervento di.....

Dichiaro di essere al corrente dei possibili rischi generici connessi a qualsiasi intervento chirurgico e dei rischi specifici connessi all'intervento cui ho scelto di essere sottoposto/a. Sono consapevole che per ottenere i maggiori vantaggi con il minor rischio di complicanza sono necessari periodici controlli clinici che effettuerò presso il centro in cui mi sono operato/a o presso altro centro da questo indicato. Sono consapevole che talora i risultati possano non essere conformi alle aspettative e il risultato finale può essere compromesso dalle complicanze che possono sopraggiungere.

Tutte le informazioni contenute in questo fascicolo di 7 pagine, tutte le ulteriori informazioni riguardanti l'intervento, il decorso postoperatorio a breve e lungo termine e i relativi rischi e benefici fornitemi, e tutte le risposte alle domande da me formulate, sono risultate per me comprensibili ed esaurienti.

Il soggetto informato firma

.....

Confermo di aver spiegato le caratteristiche, gli scopi, i vantaggi e i rischi dell'intervento che effettuerà e gli interventi alternativi.

Il chirurgo operatore firma

.....

Data.....