



LA GESTIONE DEL SOGGETTO OBESO CON E SENZA DIABETE

Da Kennedy ad Obama:
dal sogno alle opportunità terapeutiche

TORINO
12 aprile 2025



La chirurgia bariatrica: Indicazioni e controindicazioni

Sergio Gentili

Direttore S.C.D.U Clinica Chirurgica
Università degli Studi del Piemonte Orientale
AOU Ospedale Maggiore della Carità, Novara

INTERVENTI CHIRURGICI A COMPLESSITÀ BASSA

Intervento per ernia non complicata non recidiva (inguinale, crurale, ombelicale, para-ombelicale, ...)

Correzione di idrocele

Appendicectomia laparotomica

Exeresi di cisti dell'epididimo

Chirurgia proctologica

Circoncisione

Emorroidectomia

Riduzione di parafimosi

Intervento per ragadi anali

Trattamento vene varicose arti inferiori (incluso stripping safena)

Intervento per sinus pilonidale

Escissione di nodulo mammario

Asportazione lesione cute / sottocute

Posizionamento di repere mammario

Biopsia linfonodale superficiale

Drenaggio di ascesso mammario

Laparoscopia diagnostica / lavaggio peritoneale diagnostico

Posizionamento di catetere per dialisi peritoneale (percutaneo)

Esplorazione dello scroto per torsione testicolare

Posizionamento di Port-A-Cath

INTERVENTI CHIRURGICI A COMPLESSITÀ INTERMEDIA

Laparotomia esplorativa	Intervento per prolasso rettale
Adesiolisi laparoscopica	Confezionamento di colostomia
Biopsia laparoscopica	Trattamento delle complicanze di colostomia
Apertura e chiusura di accesso toraco-addominali (laparotomia, laparoscopia, toracotomia, toracosopia)	By-pass intestinale per ostruzione
Intervento per ernia recidiva	Colecistectomia laparotomica (anche in urgenza) (+/- colangiografia)
Intervento per laparocele	Colecistectomia laparoscopica (+/- colangiografia)
Intervento per ernia complicata	Coledocotomia
Ernioplastica laparoscopica	Splenectomia laparotomica (non splenomegalia)
Intervento per diverticolo faringo-esofageo	Drenaggio di pseudocisti del pancreas
Rafia laparotomica di ulcera peptica	Linfadenectomia inguinale o crurale
Rafia laparoscopica di ulcera peptica	Lobectomia tiroidea
Anastomosi gastro-enterica	Tiroidectomia totale
Anastomosi gastro-digiunale	Amputazione di coscia
Resezione e anastomosi ileale	Amputazione di gamba
Anastomosi entero-enterica	By-pass femoro-femorale
Confezionamento di ileostomia	By-pass femoro-popliteo di coscia
Trattamento delle complicanze di ileostomia	By-pass ileo-femorale
Anastomosi ileo-colica	Fasciotomia
Resezione ileo-cecale / ileo-colica	Fistola artero-venosa
Appendicectomia laparoscopica	Embolectomia
Digiunostomia	Cistostomia sovrapubica
Posizionamento di catetere per dialisi peritoneale (laparoscopico)	Escissione parziale o totale del dotto mammario
Emorroidectomia	Quadrantectomia semplice
Trattamento di fistole perianali complesse	Mastectomia semplice

INTERVENTI CHIRURGICI A COMPLESSITÀ ALTA (1)	
Escissione di masse addominali/retroperitoneali	Chirurgia del pavimento pelvico
Intervento per laparocele complesso	Interventi per trauma del retto
Linfadenectomia retroperitoneale o profonda	Interventi per fistole retto-vaginali
Resezione esofagea	Interventi per incontinenza
Plastica antireflusso + trattamento ernia jatale	Rettopessi
Miotomia sec. Heller + plastica antireflusso	Splenectomia parziale
Interventi per acalasia esofagea	Splenectomia in splenomegalia
Vagotomia	Splenectomia laparoscopica
Resezione esofago-gastrica	Adrenalectomia laparotomica
Gastrectomia subtotale/totale	Adrenalectomia laparoscopica
Resezione gastrica	Resezione epatica laparotomica
Anastomosi esofago-enterica	Resezione epatica laparoscopica
<u>Interventi di chirurgia bariatrica</u>	Resezione della via biliare con anastomosi bilio-digestiva
Trattamento di fistole enteriche	Anastomosi bilio-digestiva
Emicolectomia destra laparotomica	Resezione pancreatica laparotomica (DCP, pancreasectomia totale, pancreasectomia sinistra, enucleazione, resezione centrale)
Emicolectomia sinistra laparotomica	Resezione pancreatica laparoscopica
Resezione colica laparoscopica	Drenaggio di ascesso pancreatico
Anastomosi colo-rettale	Interventi derivativi sul pancreas
Anastomosi ileo-rettale	Wirsung-digiuno anastomosi
Intervento per malattia diverticolare	Tiroidectomia per gozzo retrosternale
Colectomia subtotale	Paratiroidectomia
Colectomia totale	Intervento per aneurisma aorta addominale
Resezione del retto laparotomica	Endoarterectomia carotidea
Resezione del retto laparoscopica	Anastomosi ascello-femorale
Resezione e amputazione del retto	Anastomosi femoro-popliteo di gamba
Ricanalizzazione di Hartmann	Interventi demolitivi con ricostruzione mammaria
Intervento di Hartmann	Mastoplastica additiva e riduttiva
chirurgia trapiantologica (prelievo d'organi addominali a scopo di trapianto, preparazione di fegato/pancreas su banco, trapianto di fegato, trapianto di pancreas).	

OBESITA' IN ALLARMANTE AUMENTO IN TUTTO IL MONDO

IN AMERICA LA PREVALENZA DELL'OBESITA' DAL 2009 AL 2010 E' RISULTATA DEL 35.5% PER GLI UOMINI E 35.8% PER LE DONNE

NEL 2030 E' PREVISTA AUMENTARE SINO AL 42-51%

IN EUROPA LA PREVALENZA DELL'OBESITA' E' AUMENTATA DI 3 VOLTE NELLE ULTIME DUE DECADI

FRANCIA 2015: INTERVENTI BARIATRICI > K COLON

**Obesity and severe obesity forecasts through 2030. Am J Prev Med 2012
Will all Americans become overweight or obese? Obesity 2008**

- **BMI \geq 35 + COMORBIDITA'**
- **BMI \geq 40 SENZA COMORBIDITA'**
- **ASSENZA DI CAUSA ENDOCRINA**
- **ASSENZA DI CAUSE PSICHICHE E DIPENDENZA DA DROGHE E ALCOL**
- **PRESENZA DI COMORBIDITA'**
(DMT2, ipertensione, dislipidemia, OSAS, artrosi invalidante, ecc...)

LA CHIRURGIA DELL'OBESITÀ

appropriatezza del chirurgo

- Specialità in chirurgia generale ed esperienza in chirurgia gastrointestinale
- Impegno ad eseguire il follow-up dei malati operati idealmente per tutta la vita
- Avere eseguito in passato almeno 25 interventi bariatrici all'anno (50 se prevalenza di bendaggio gastrico)
- Essere in grado di eseguire interventi di chirurgia revisionale
- Partecipare con regolarità a congressi di bariatrica ed essere abbonato ad almeno una rivista scientifica internazionale
- Eseguire almeno 25 casi di bariatrica all'anno (50 se prevalenza di bendaggio) inclusi alcuni interventi di chirurgia revisionale

LA CHIRURGIA DELL'OBESITÀ appropriatezza dell'ospedale

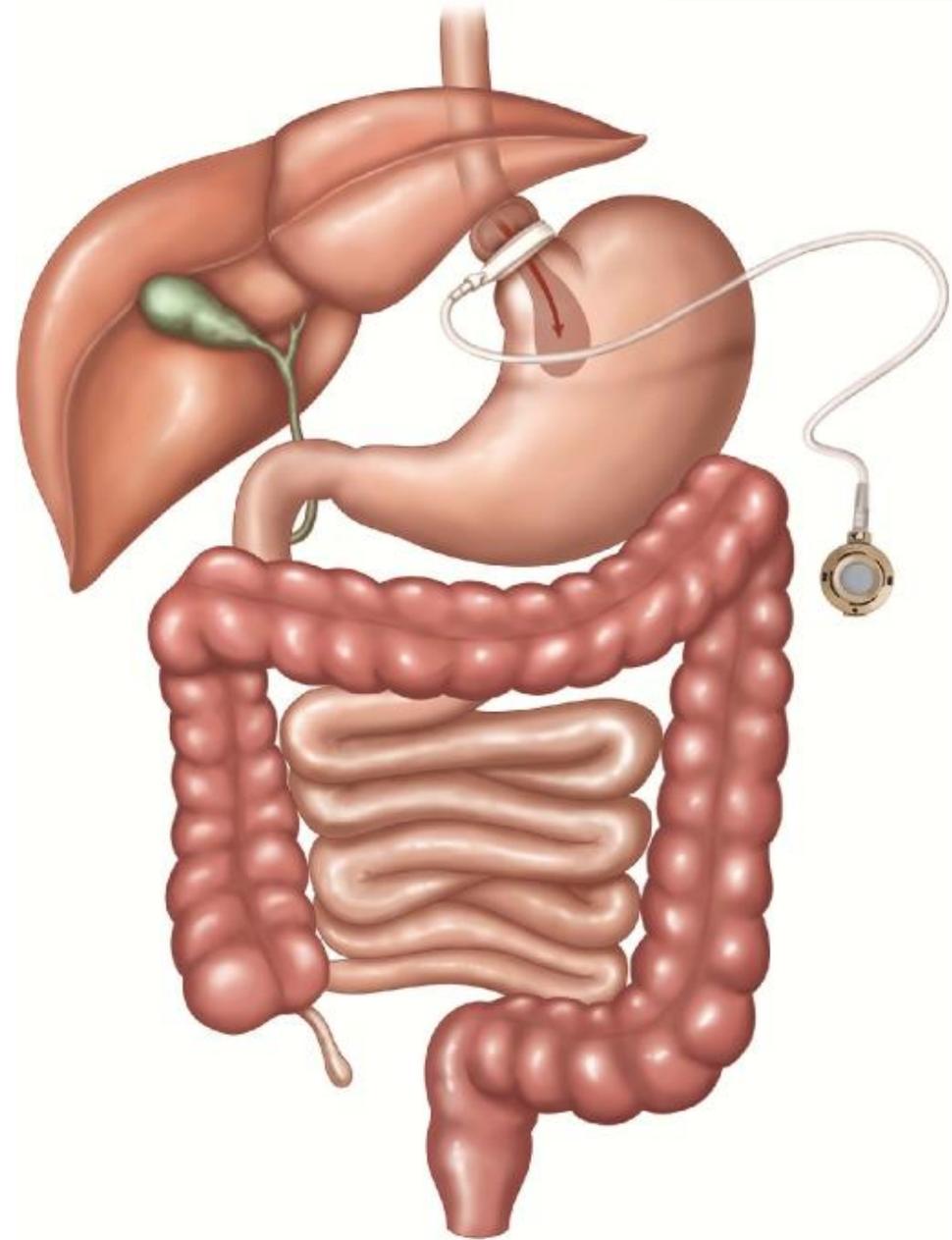
- Assicurare che i chirurghi bariatrici abbiano la certificazione appropriata
- Avere assistenza infermieristica, dietistica e psicologica
- Avere in organico o prontamente a disposizione cardiologo, pneumologo e psichiatra
- Avere in organico anestesisti con esperienza di chirurgia bariatrica
- Avere recovery room in sala operatoria (per l'osservazione dell'immediato postoperatorio) e terapia intensiva in ospedale
- Avere radiologia equipaggiata per eseguire in urgenza Rx torace, ecografia addominale e Rx del tubo digerente superiore
- Assicurare laboratorio per esami ematochimici 24/24 ed emotrasfusioni 24/24

LA CHIRURGIA DELL'OBESITÀ appropriatezza di un ospedale

- Avere radiologi ed endoscopisti interventisti (spesso le complicanze della bariatrica possono essere gestite in modo conservativo)
- Avere tutte le attrezzature adeguate al peso del malato obeso: poltrone e letto in stanza di degenza, sedia a rotelle, tavolo operatorio, TAC con portata di almeno kg 180, ascensori
- Avere un consenso informato approvato da DS che informi sulla procedura chirurgica, percentuale di complicazione e mortalità, eventuali alternative terapeutiche, la possibilità di fallire nella perdita di peso
- Avere database digitale con tutti i dettagli del trattamento di ogni malato
- Eseguire almeno 50 casi di bariatrica all'anno compresi alcuni casi di chirurgia revisionale

1986 KUZMAK

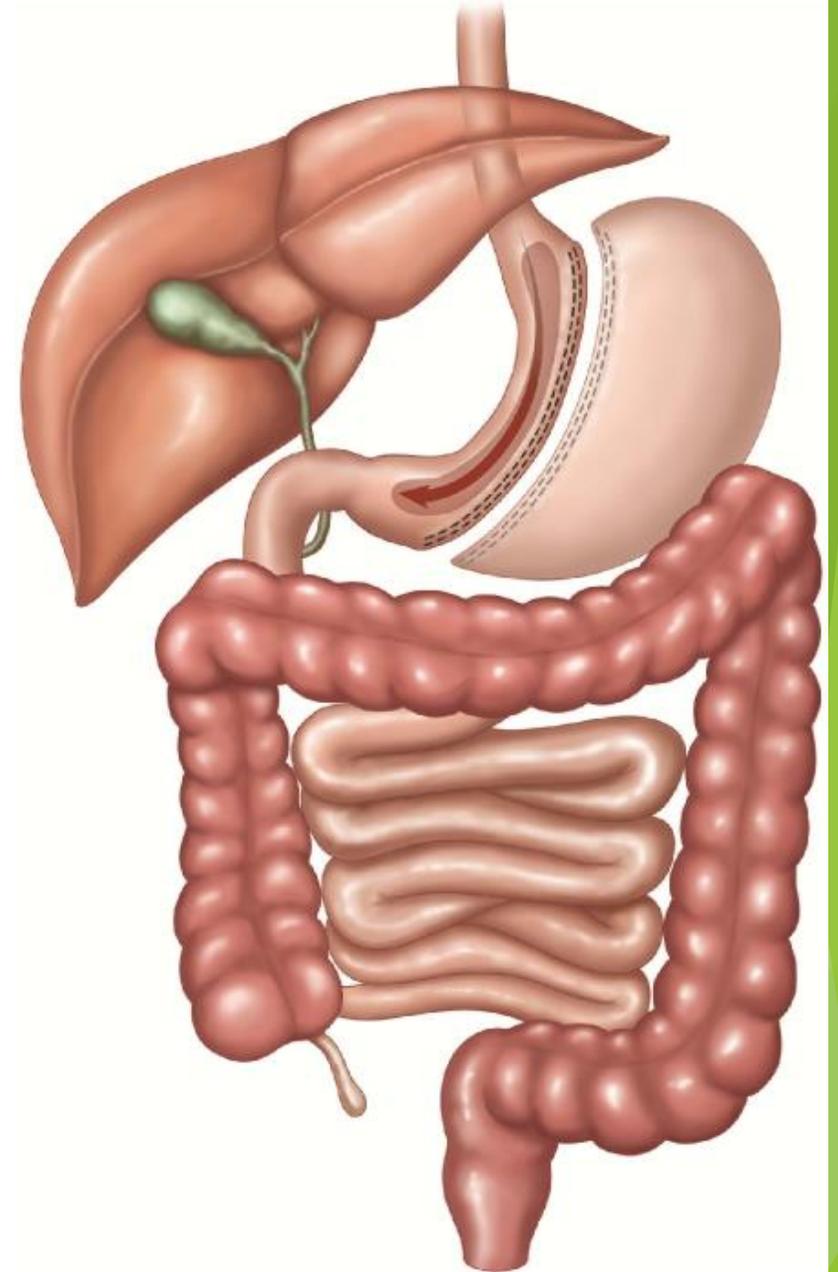
**BENDAGGIO
GASTRICO REGOLABILE**



Clinica Chirurgica Università Piero Poma "G. Cesare" "A. Fogadri"
Azienda Ospedaliera Università "Vagagnoli" "G. Carlo" "Novara"
Chirurgia Prof. Giuseppe

1988 DOUG HESS

SLEEVE GASTRECTOMY VLS



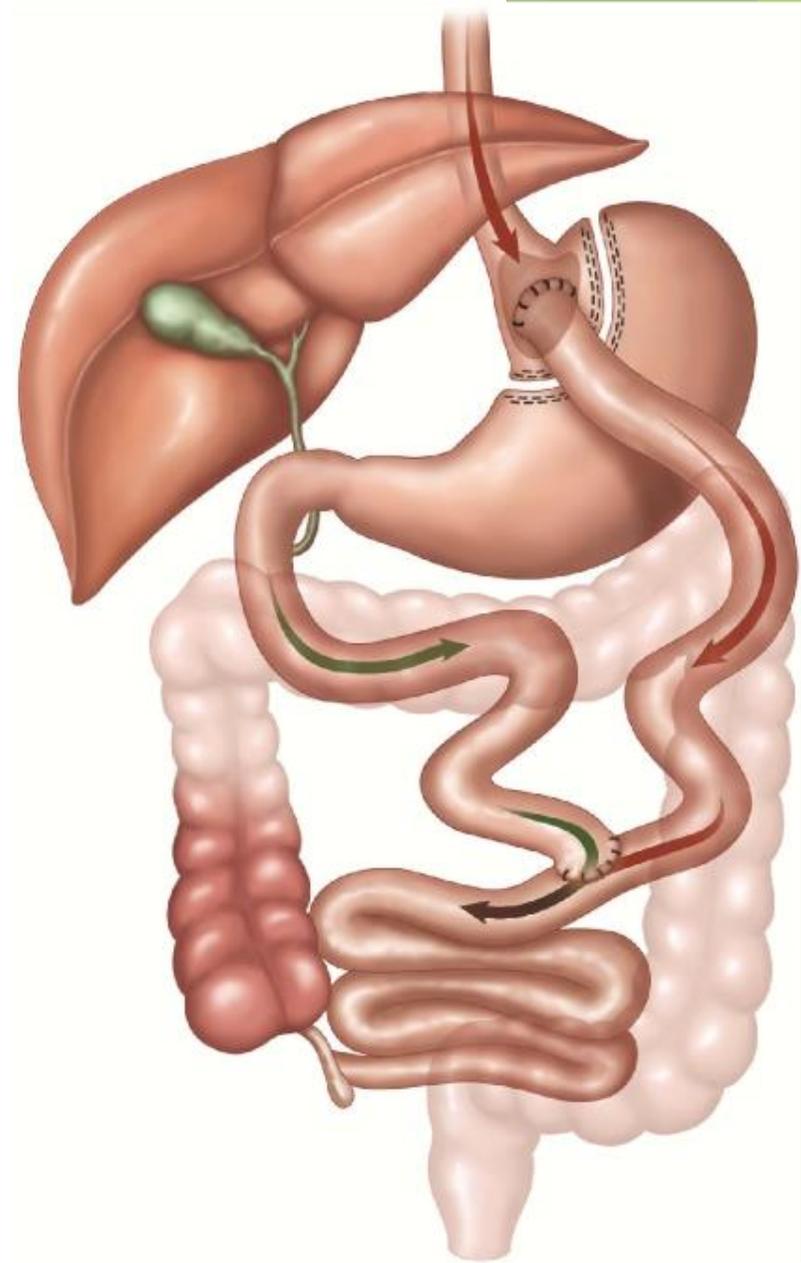
Univ. Cattolica Università del Sacro Cuore "A. Gemelli"
Azienda Ospedaliera Università "Maggiore" e "Camillo" Novara
Direttore Prof. G. Sgarbi

1994 WITTGROVE E CLARK

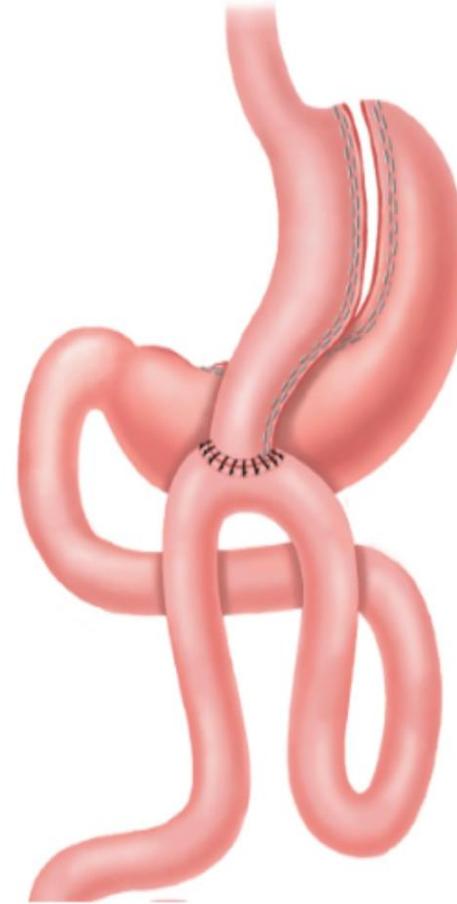
BY PASS GASTRO-DIGIUNALE

SU ANSA AD Y

VIDEOLAPAROSCOPICO



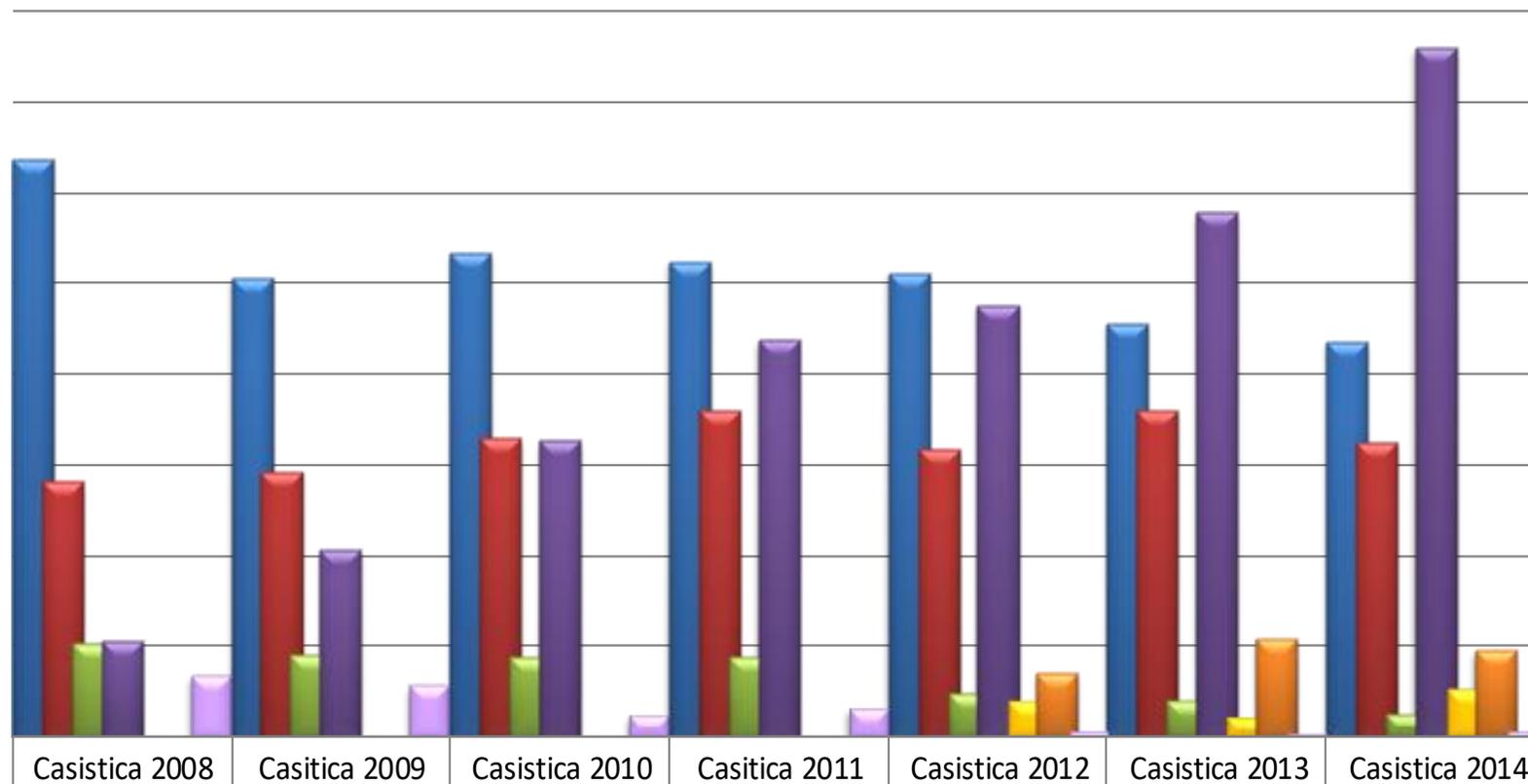
Mini gastric bypass



BY PASS GASTRICO SU ANSA AD OMEGA (MINI BY PASS)

Clinica Chirurgica Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro"
Azienda Ospedaliera Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro" Novara
Dott. Roberto Proietti, Chirurgo

Tipologia delle procedure eseguite dal 2008 al 2014 (dati SICOB aggiornati al 24 febbraio 2015)



	Casistica 2008	Casistica 2009	Casistica 2010	Casistica 2011	Casistica 2012	Casistica 2013	Casistica 2014
Bendaggio Gastrico	3185	2532	2667	2623	2556	2283	2182
Bypass gastrico	1407	1466	1647	1796	1593	1805	1628
Diversione + Duodenal switch	513	450	437	447	246	202	124
Sleeve Gastrectomy	530	1032	1633	2188	2383	2889	3799
Gastric Plication	0	0	0	0	203	112	268
Mini Gastric Bypass	0	0	0	0	348	538	477
Varie	339	283	120	160	38	23	40

SLEEVE GASTRECTOMY

Consiste in una resezione verticale parziale dello stomaco.

La porzione sinistra dello stomaco, che corrisponde all'80-90% della cavità gastrica, viene asportata.

Lo stomaco che rimane in sede ha un volume di circa 150 ml

Per calibrare la resezione si usano sonde di calibrazione di circa 38 Fr

che l'anestesista introduce durante l'intervento

BENEFICI CON TECNICA SLEEVE GASTRECTOMY

- **AUMENTATO TRANSITO E SENSO DI SAZIETA' PRECOCE**
- **ATTIVAZIONE DI MECCANISMI ORMONALI CON AUMENTO DEL GLP-1 (glucagon-like peptide 1)**
- **RIDUZIONE DELLA GRIELINA, RIDUZIONE DELLA RESISTENZA ALL'INSULINA**

COMPLICANZE

COMPLICANZE PRECOCI

CHIRURGICHE

2,3% entro 30 giorni

(RIDOTTE DEL 50% NEGLI ULTIMI 10 ANNI)



FISTOLE 3,1%

INFEZIONI DI FERITA 2,3%

EMBOLIE E POLMONITI 2,2%

EMORRAGIE 1,7%

COMPLICANZE TARDIVE

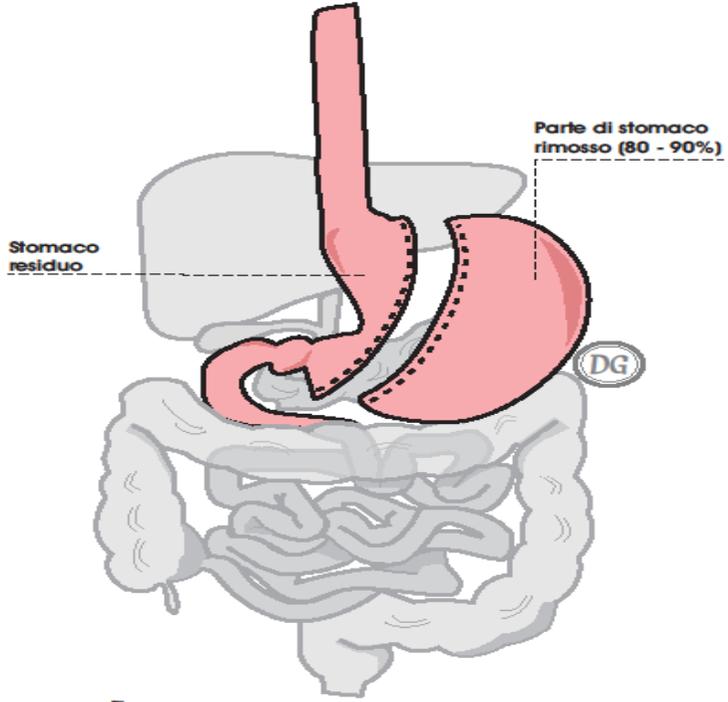
NUTRIZIONALI

6-63%



MOLTO VARIABILI A SECONDA
DELL'INTERVENTO
(ASSETTO PROTEICO
VITAMINICO, OLIGOELEMENTI)

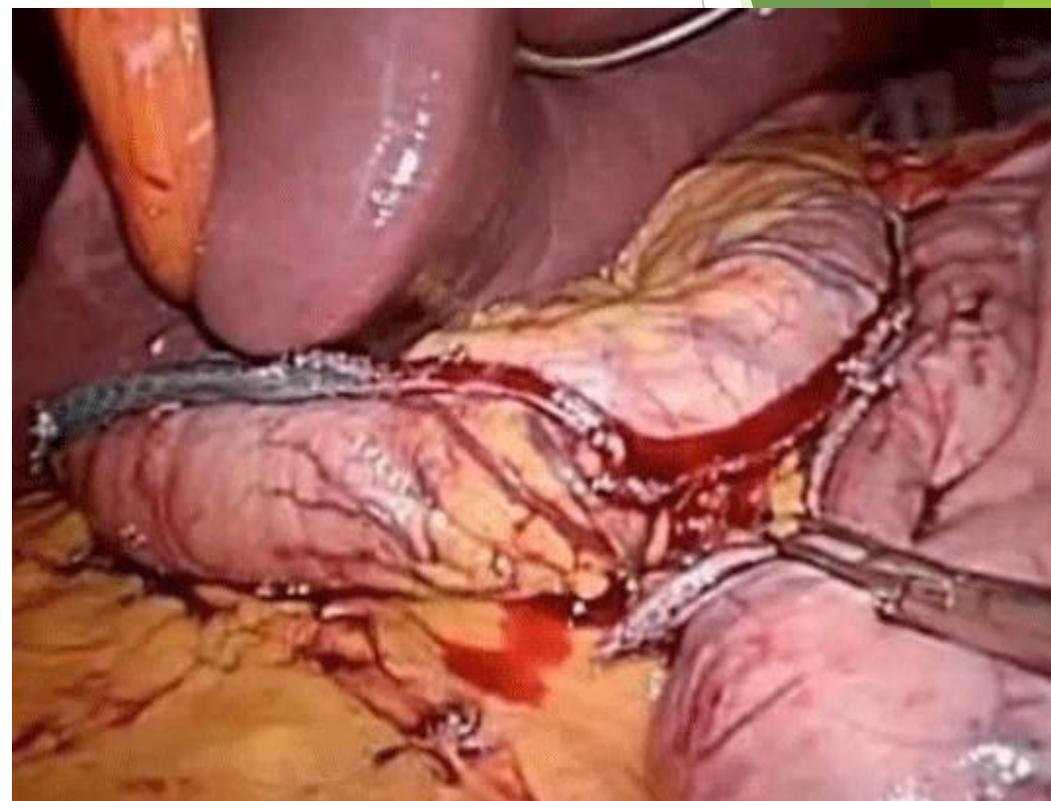
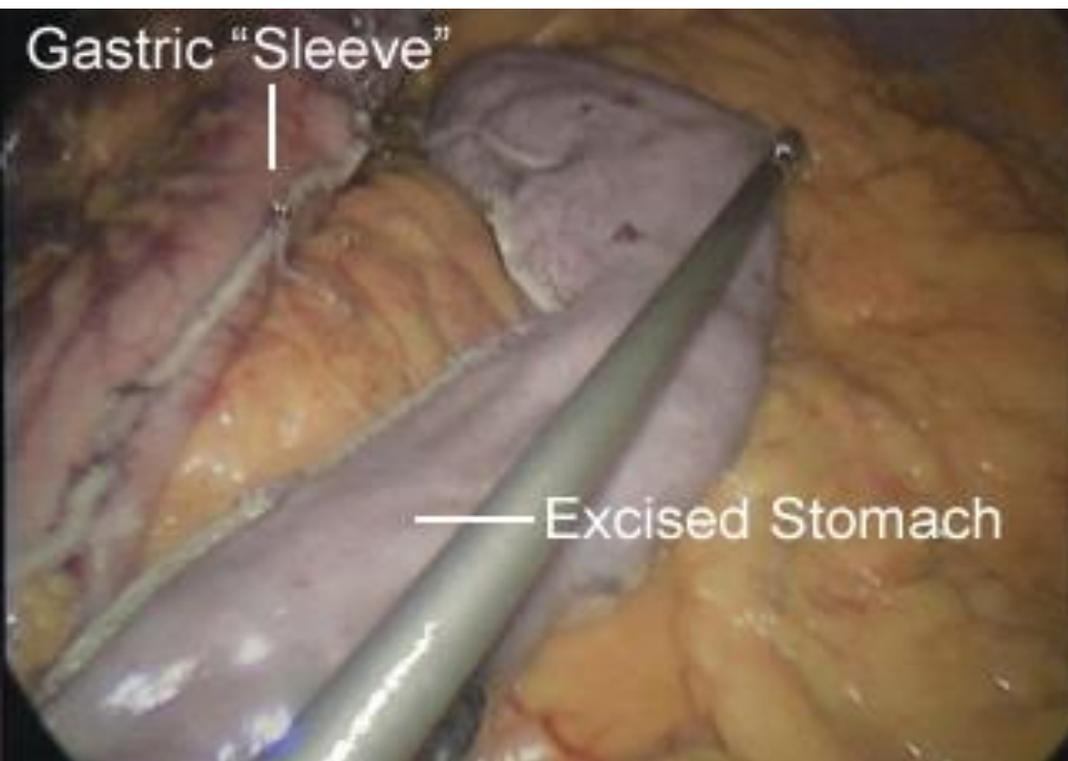
FONDAMENTALE IL FOLLOW-UP
A DISTANZA



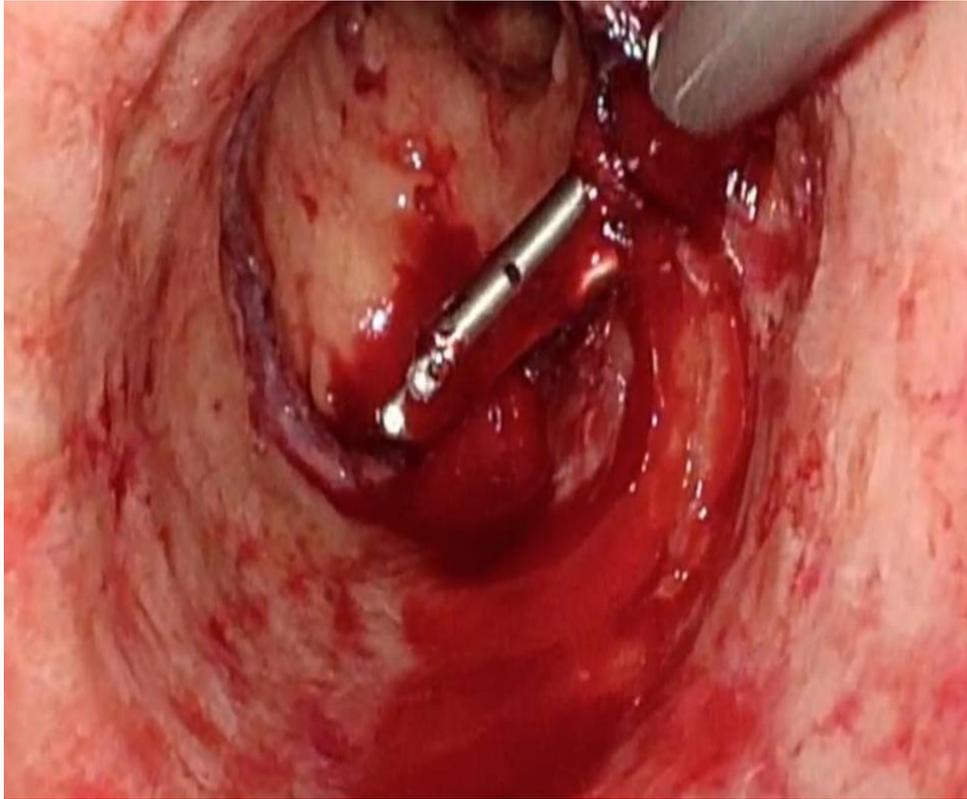
Sleeve Gastrectomy



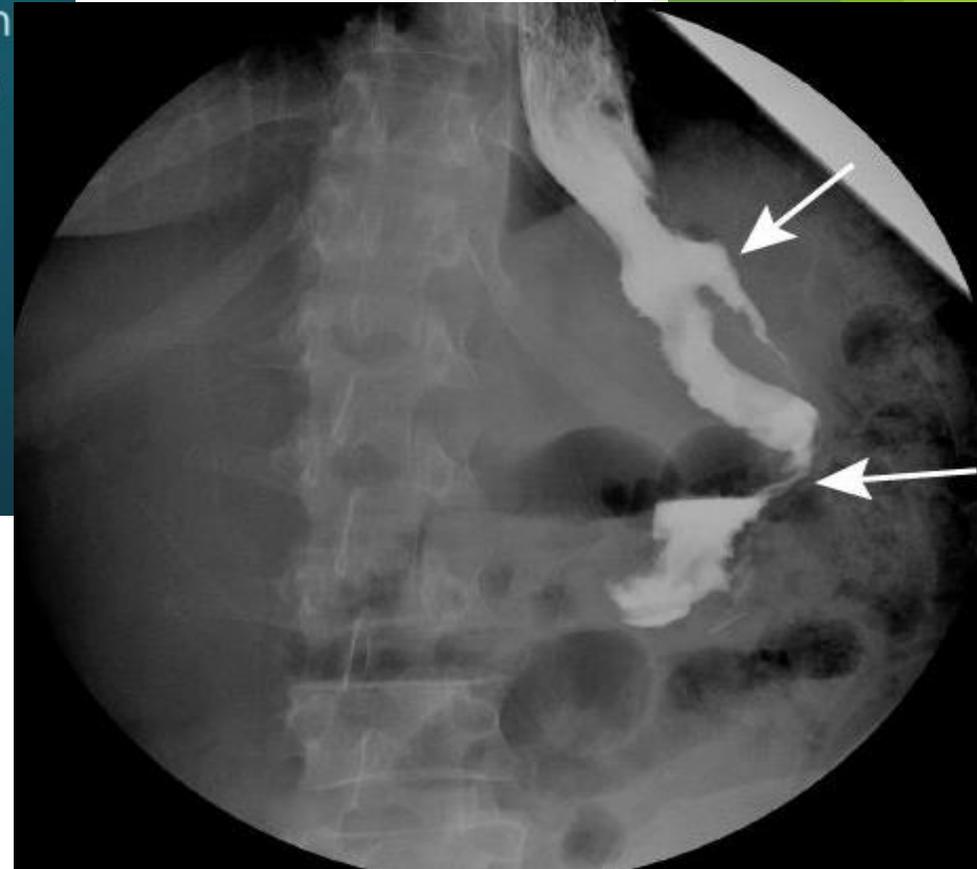
SANGUINAMENTI DELLA TRANCIA GASTRICA

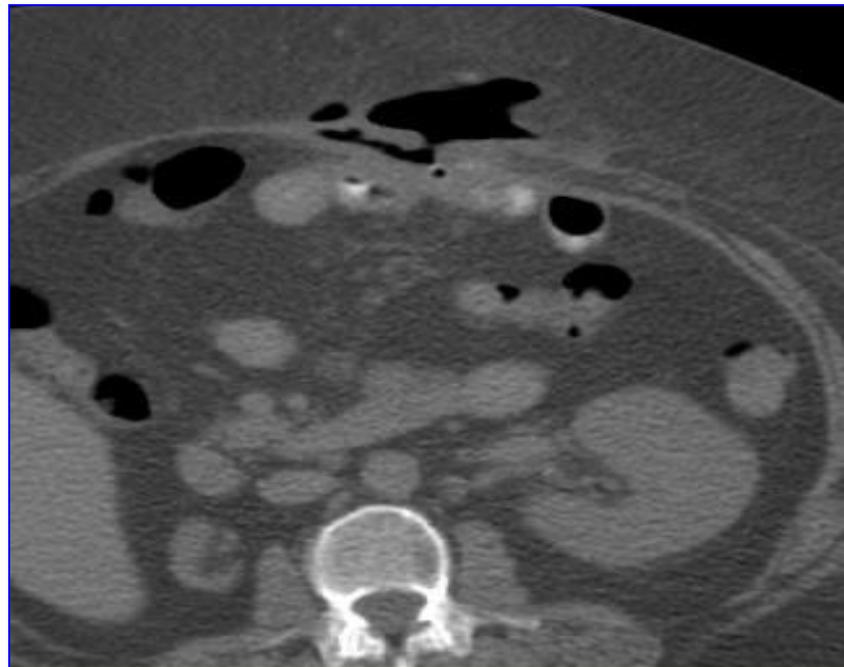
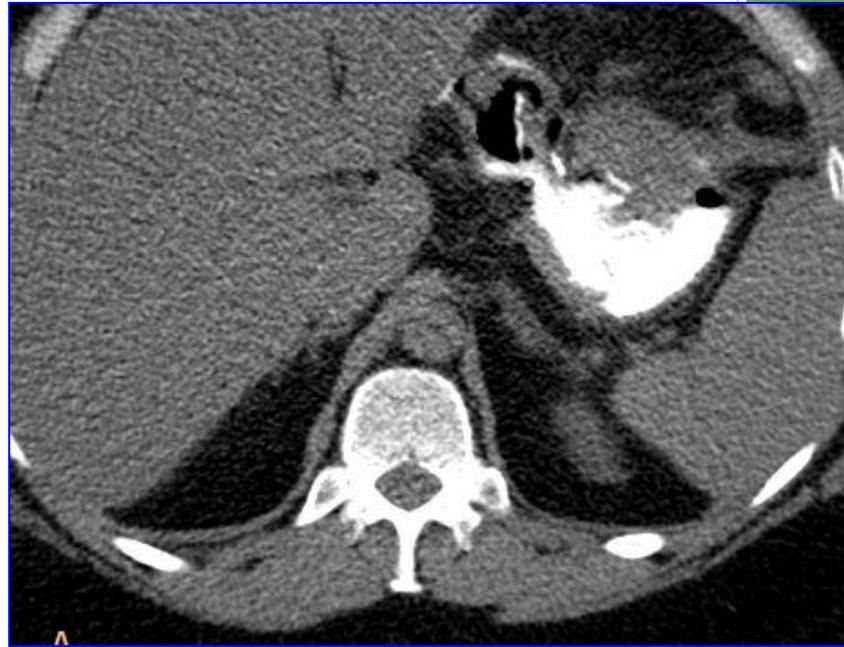


SANGUINAMENTI INTRALUMINALI

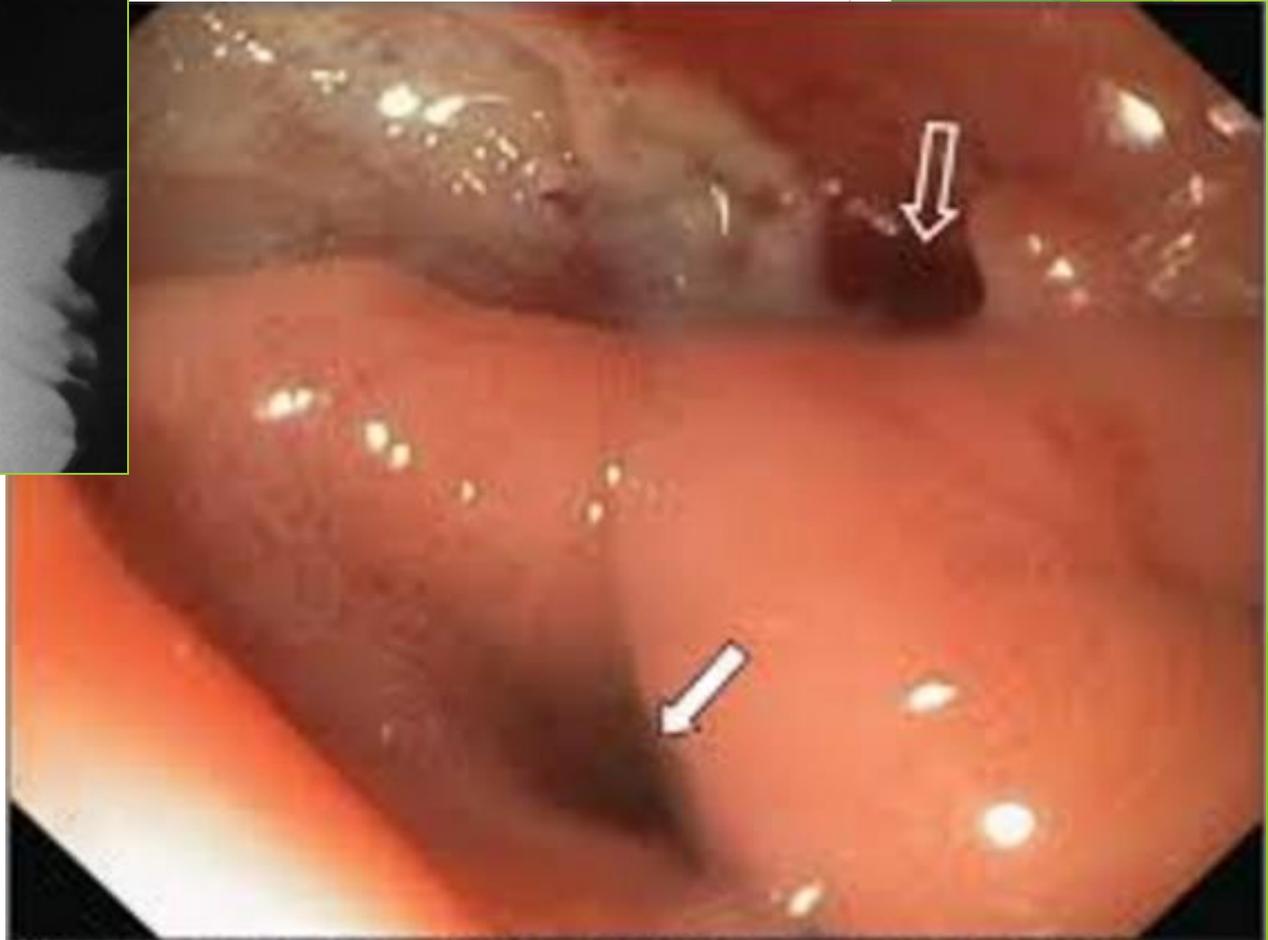
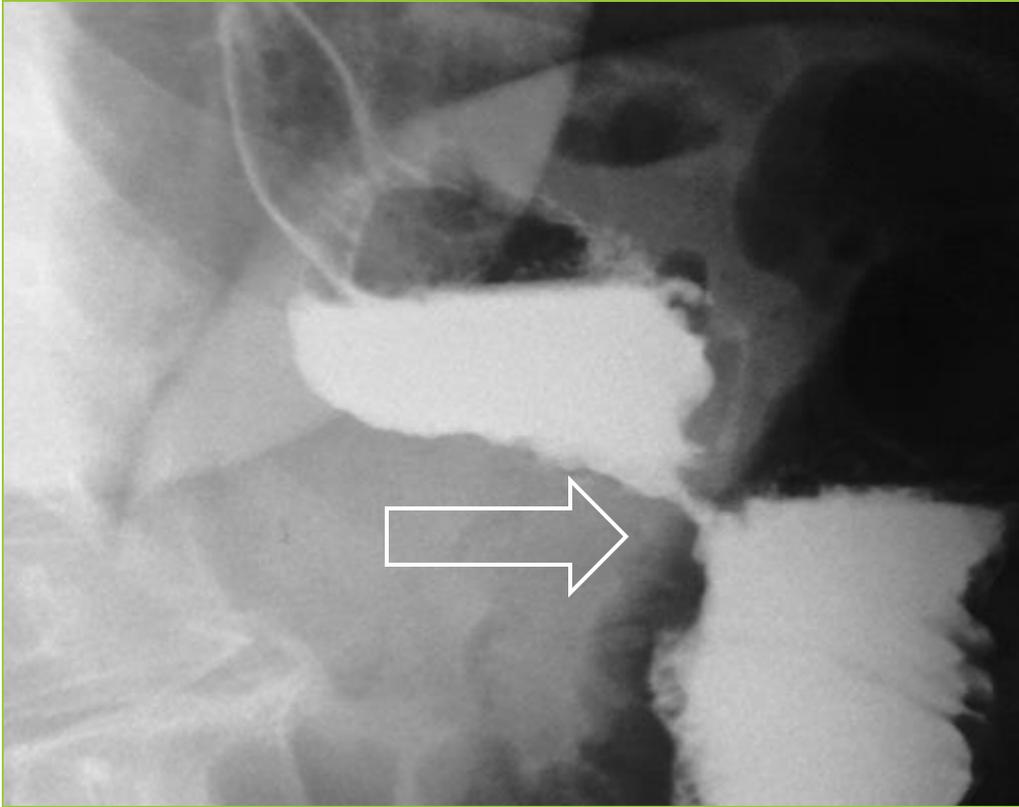


LEAKS E STENOSI









ENDOPROTESI



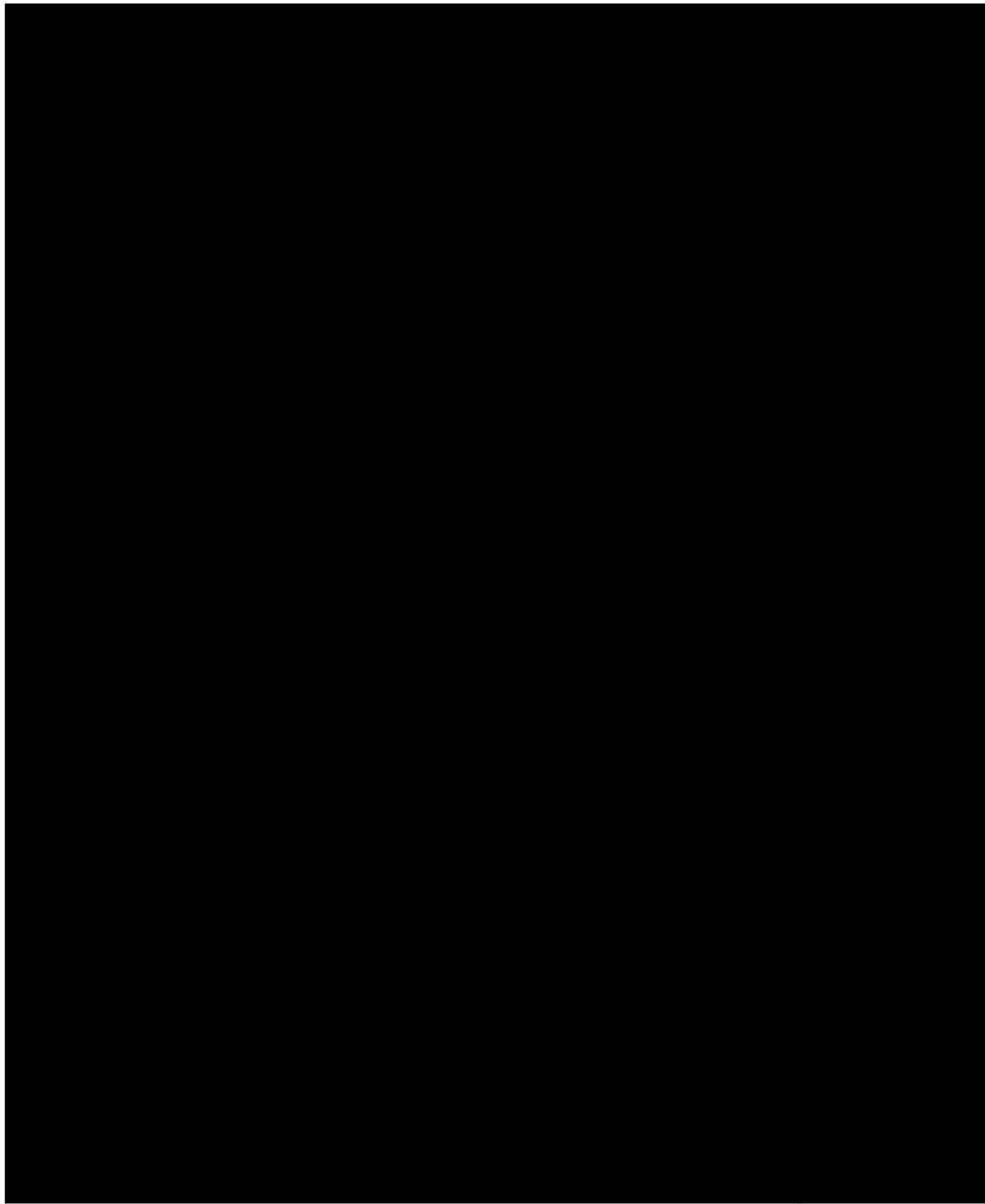
ERNIA DI PETERSEN



**LA TERAPIA CHIRURGICA DELL'OBESITA' E SUPER
OBESITA' DEVE ESSERE EFFETTUATA SOLO IN
CENTRI CHE POSSANO GARANTIRE LA PRESENZA
DI UN'EQUIPE INTERDISCIPLINARE DEDICATA**

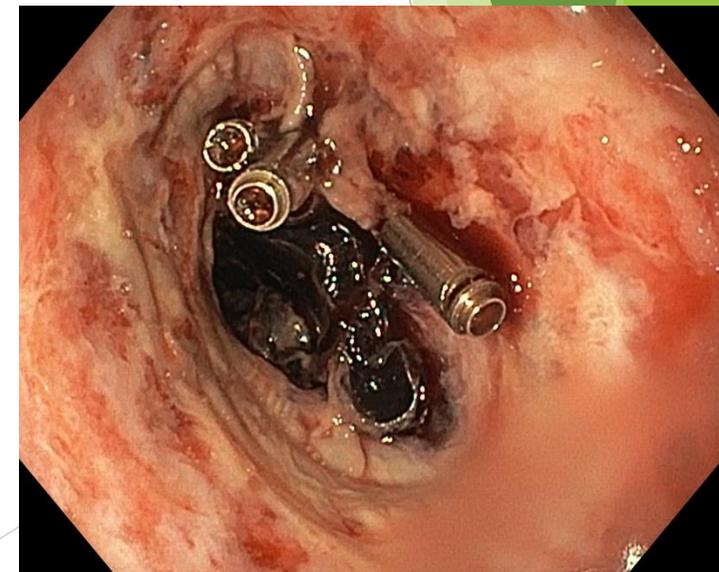
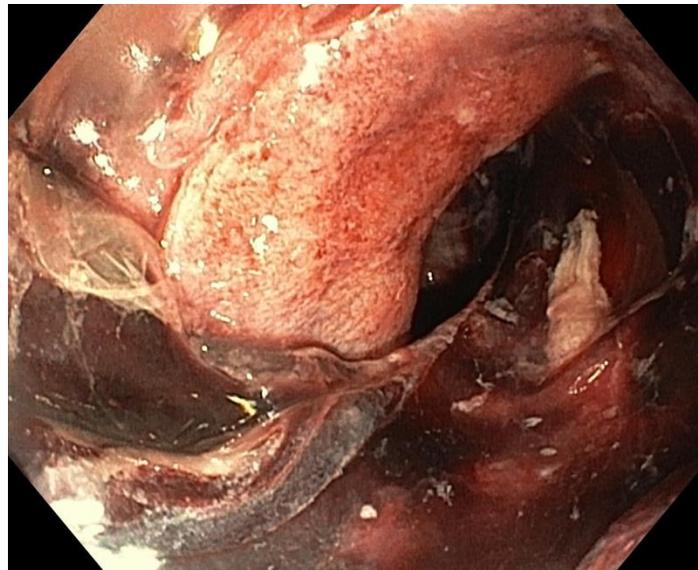
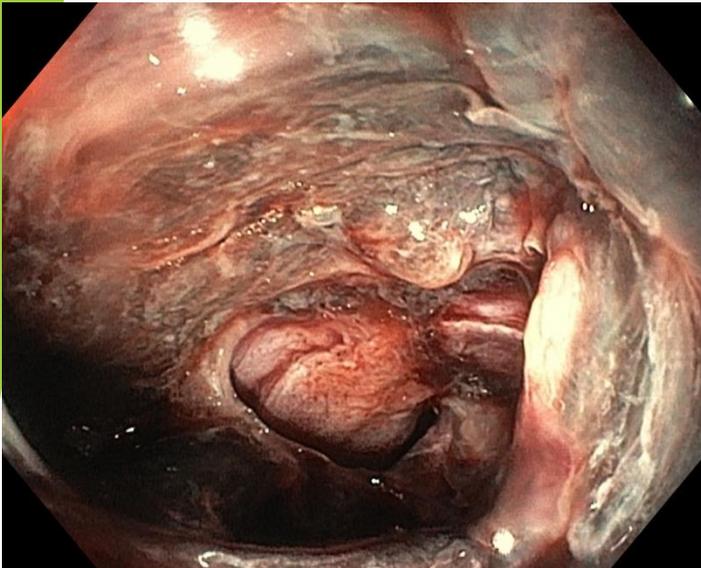
(RACCOMANDAZIONI S.I.C.OB.)

NOME	ETA'	PROVENIENZA	COMPLICANZA	TRATTAMENTO	DURATA DEGENZA
C.G	30	<i>MILANO Città studi</i>	<i>Fistola in mini-bypass</i>	Sutura e drenaggio	10 gg
C.E	50	<i>MILANO Città studi</i>	<i>Peritonite diffusa su mini-bypass</i>	Toelette e sutura + multipli drenaggi percutanei rad.	38gg
B.J.F	33	<i>Vigevano</i>	<i>Raccolta in Bypass</i>	Drenaggio radiologico	Autodimessa
A.S	41	<i>San Gaudenzio-NO</i>	<i>Fistola in mini-bypass</i>	Toelette chirurgica + protesi endoscopica	12gg
P.C	43	<i>Rimini</i>	<i>Peritonite diffusa in S.G</i>	Toelette chirurgica + protesi endoscopica	40gg
T.M	53	<i>MILANO Città studi</i>	<i>Peritonite in S.G</i>	Tratt. endoscopico in corso	24gg (Operata in seguito di gastroresezione presso noi) In corso da 45 gg
R.L	54	<i>MILANO Città studi</i>	<i>Deiscenza di S.G</i>		<u>Oltre 300 giorni di degenza</u>
L.A	47	<i>Ospedale Borgomanero</i>	<i>Emoperitoneo+ fistola</i>		Riaccettata a Borgomanero



- Sleeve gastrectomy  fistola 01/2022
- Pig tail
- Protesi esofagea
- Fistola aorto-esofagea  Protesi endovascolare
- Deconnessione
- Ematemesi in esofago escluso
- Sostituzione dell'aorta toracica 05/2023
- Ricostruzione esofagea con colon dx - trasverso su peduncolo vascolare colico sinistro per via retrosternale 09/2024

Decorso complicato da **fistola aorto-esofagea (17/03/2023)** manifestatasi con ematemesi massiva, anemizzazione e shock emorragico. Trattata mediante posizionamento in emergenza di **sonda di Blakemore** e successiva **protesi endovascolare aortica**



Eseguita endoscopia con riscontro di fistola aorto-esofagea con protesi endoaortica esposta per almeno 2 cm.



04/05/2023



Trasferimento presso Ospedale Molinette di Torino per intervento chirurgico in regime di urgenza di sostituzione dell'aorta toracica in toracofrenolaparotomia sinistra



