



Chirurgia Metabolica e dell'Obesità

Centro Interaziendale di
Chirurgia Metabolica e dell'Obesità

Guida per il Paziente

“Orientarsi”



N. 88

Supplemento d'Informazione a “Diario di Bordo”
Reg. Tribunale di Bologna n. 6759 del 31/12/1997



Centro di Chirurgia Metabolica e dell'Obesità

Direttore Dott. Paolo Bernante

Alta Specializzazione in Chirurgia Laparoscopica dell'Obesità

Dott. Sergio Boschi

Le sedi

- Ospedale di Bentivoglio
- Policlinico di Sant'Orsola Bologna

i CHIRURGI

Dr. Paolo Bernante,
Dr.ssa Francesca Balsamo
Dr. Sergio Boschi
Dr. Stefano Gagliardi
Dr. Matteo Rottoli

il TEAM MULTIDISCIPLINARE

Dr. Alessandro Agostini (psicologia clinica)
Dr.ssa Francesca Anzolin (nutrizione clinica)
Prof. Massimo Pierluigi Di Simone (endoscopia digestiva)
Dr.ssa Silvia Garelli (endocrinologia e prevenzione e cura del diabete)
Dr.ssa Giada Guccini (dietista)
Dr.ssa Monica Malaguti (dietista)
Dr. Francesco Monteduro (radiologia)
Dr. Nico Pagano (endoscopia digestiva)

Prof. Uberto Pagotto (endocrinologia e prevenzione e cura del diabete)
Dr.ssa Sara Pedrelli (anestesiologia e rianimazione)
Dr.ssa Letizia Petroni (nutrizione clinica e metabolismo)
Dr. Marco Pignatti (chirurgia plastica)
Dr.ssa Stefania Taddei (anestesiologia e rianimazione)
Dr.ssa Rita Teglia (dietista)
Dr.ssa Chiara Trofa (psicologia ospedaliera)
Dr.ssa Chiara Zaglia (psicologia ospedaliera)
Dr. Andrea Zanoni (anestesiologia e rianimazione)

Che cos'è la chirurgia dell'Obesità

L'obesità è una condizione patologica cronica che consiste in un'alterazione della composizione corporea caratterizzata da un eccesso di grasso. L'obesità peggiora la qualità di vita e provoca patologie collaterali gravi di tipo respiratorio, cardiovascolare, osteo-articolare, metabolico, di tipo neoplastico che riducono l'aspettativa di vita di circa 10 anni.

Per Chirurgia dell'Obesità o Chirurgia Bariatrica si intende una branca chirurgica il cui fine è fornire uno strumento potente ed efficace per AIUTARE le persone portatrici di Obesità Patologica (il cui peso è circa il doppio del peso ideale) a perdere una significativa porzione del loro eccesso di peso

La chirurgia bariatrica, pur presentando i risultati più significativi sia in termini di calo ponderale che di risoluzione delle patologie associate all'obesità, non può essere considerata “la risposta” al problema dell'obesità.

La risposta all'obesità, problema sociale e patologia complessa multifattoriale, non può che scaturire dall'integrazione di varie azioni sinergiche:



- ☑ Corretti stili di vita e attività fisica
- ☑ Programmi di prevenzione e educazionali
- ☑ Terapia nutrizionale
- ☑ Terapia cognitivo-comportamentale
- ☑ Terapia farmacologica
- ☑ Terapia psicologico/psichiatrica
- ☑ Terapia chirurgica
- ☑ Terapia riabilitativa

Come si misura l'Obesità

Per la misurazione dell'obesità viene comunemente utilizzato l'Indice di Massa Corporea (IMC), detto anche Body Mass Index (BMI).

Per calcolare il BMI si divide il peso in Kg per l'altezza espressa in metri al quadrato. Il valore numerico ottenuto è l'indicatore più utilizzato per la valutazione del sovrappeso e dell'obesità:

- Sovrappeso BMI compreso tra 25 e 29,9
- Obesità grado I BMI compreso tra 30 e 34,9
- Obesità grado II BMI compreso tra 35 e 39,9
- Obesità grado III BMI superiore a 40
- Super-obesità BMI superiore a 50

Indicazioni alla Chirurgia Bariatrica

Per i pazienti di età compresa tra i 18 ed i 65 anni la chirurgia bariatrica è indicata

- se hanno un BMI maggiore di 40 Kg/m²;
- se hanno un BMI compreso tra 35 e 40 Kg/m² in presenza di comorbidità che, presumibilmente, possono migliorare o guarire a seguito della notevole e persistente perdita di peso ottenuta

con l'intervento (malattie del metabolismo, patologie cardiorespiratorie, gravi malattie articolari, gravi problemi psicologici, ecc.).

- se hanno un BMI compreso tra 30 e 35 kg/m² in presenza di diabete mellito tipo 2 in condizione di difficile compenso terapeutico.

Per essere candidati all'intervento i pazienti devono avere nella loro storia clinica un fallimento di un corretto trattamento medico (mancato o insufficiente calo ponderale; scarso o mancato mantenimento a lungo termine del calo di peso).

Altra condizione da rispettare per essere candidati all'intervento chirurgico è la piena disponibilità ad un prolungato follow-up post-operatorio.

Il BMI che viene preso in considerazione, per essere candidabile all'intervento di chirurgia bariatrica, è il massimo raggiunto dal paziente nella sua storia clinica.

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 una riduzione importante e costante del peso sia lo scopo della chirurgia dell'obesità, riduzioni di peso anche modeste possono provocare riduzione o scomparsa delle malattie associate.

Efficacia della Chirurgia Bariatrica

La chirurgia dell'obesità è in grado di produrre una significativa riduzione del peso corporeo nella maggioranza dei pazienti trattati e il calo ponderale si accompagna ad un miglioramento di tutte le patologie associate all'obesità.

La chirurgia dell'obesità si rivela molto più efficace della terapia conservativa nel mantenere nel tempo un importante calo ponderale e con la riduzione del peso si è potuto osservare una riduzione delle malattie correlate all'obesità.

In particolare, la chirurgia dell'obesità consente la:

- risoluzione o miglioramento di malattie metaboliche (diabete mellito di tipo 2, iperinsulinismo, dislipidemia)
- riduzione del rischio cardiovascolare, risoluzione o miglioramento dell'ipertensione
- riduzione del rischio tumorale: colon, utero, mammella, esofago, pancreas, prostata
- risoluzione o miglioramento del russamento e delle apnee notturne
- miglioramento delle problematiche ortopediche legate al carico
- risoluzione o miglioramento della steatosi epatica e della steatoepatite cronica (NASH)

- effetti positivi sulla fertilità e le irregolarità mestruali
- risoluzione o miglioramento della stasi venosa e del linfedema
- effetti positivi sull'autostima e la vita di relazione

Le Opzioni Terapeutiche

Non esiste un intervento ideale e tutti gli interventi proposti presentano aspetti positivi e negativi.

Non esiste nessun intervento chirurgico privo di possibili complicanze.

Qualsiasi intervento per la terapia dell'obesità può quindi avere complicanze medico-chirurgiche 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 si possono verificare altre complicanze che possono richiedere un nuovo intervento chirurgico.

Ogni intervento presuppone da parte del paziente l'impegno a effettuare periodici controlli clinici.

Questi sono indispensabili non solo per ottenere migliori risultati ma anche per ridurre le complicanze precoci e tardive.

interventi

interventi endoscopici
che limitano
l'introduzione del cibo

- Palloncino Endogastrico
- Gastroplastica endoscopica ("Endosleeve")

interventi chirurgici
che limitano
l'introduzione del cibo ad azione
prevalentemente meccanica
(interventi restrittivi)

- Bendaggio Gastrico
- Sleeve Gastrectomy (Gastrectomia Verticale)

interventi chirurgici
ad azione
restrittivo-metabolica

- Bypass Gastrico su ansa alla Roux

interventi chirurgici
ad azione mista
restrittiva-malassorbitiva

- bypass gastrico a singola anastomosi (OAGB o minibypass)
- Single anastomosis gastro-ileal bypass (SAGI)
- SADI-S

Tutti gli interventi vengono eseguiti in anestesia generale. Attualmente vengono effettuati con metodica laparoscopica anche se, in alcuni casi, si può rendere necessaria la via tradizionale (laparotomia).

- La tecnica laparoscopica prevede il riempimento della cavità addominale con anidride carbonica e l'impiego di appositi strumenti inseriti 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). In uno di questi fori viene inserita una videocamera che trasmette le immagini su uno schermo televisivo come guida per il chirurgo. In qualche caso, nel corso dell'intervento può essere opportuno convertire l'intervento da laparoscopico a laparotomico.

La via chirurgica tradizionale (laparotomia) prevede un'incisione della parete addominale che può essere verticale, di solito lungo la linea che va dallo sterno all'ombelico, oppure orizzontale subito al di sotto dell'arcata costale.

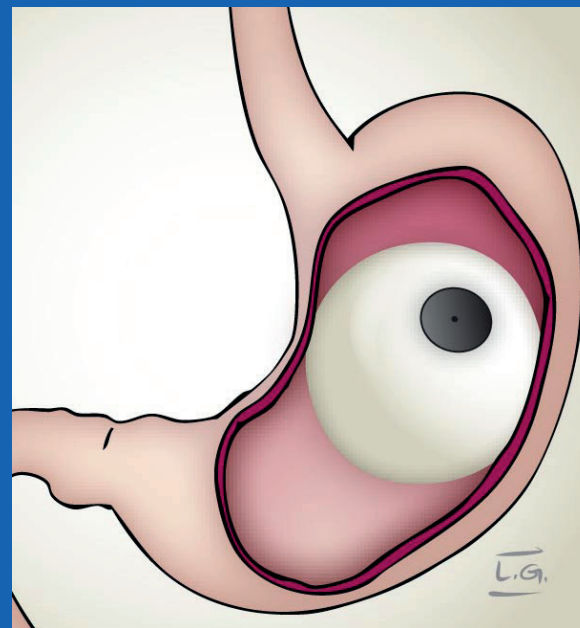
Palloncino Endogastrico

Il pallone endogastrico, che una volta inserito può essere gonfiato con soluzione fisiologica o aria sino a 500-800 ml, viene posizionato per via endoscopica in sedazione anestesiológica o direttamente sotto controllo radiológico all'interno dello stomaco.

Viene considerato un trattamento transitorio dell'obesità e viene normalmente utilizzato in preparazione ad un intervento chirurgico definitivo. In relazione al tipo di pallone la rimozione avviene dopo un periodo variabile da 6 a 12 mesi sempre per via endoscopica e in sedazione. Il pallone funge da corpo estraneo nella cavità gastrica capace di indurre un precoce senso di sazietà dopo l'introduzione di cibo.

All'inizio si può verificare nausea e vomito che se insistente e protratto nel tempo può portare alla rimozione anticipata del pallone.

Palloncino endogastrico



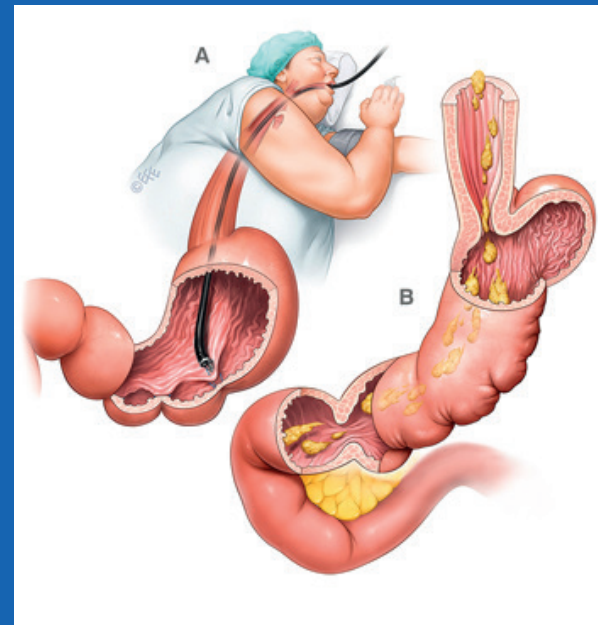
Gastroplastica endoscopica (“Endosleeve”)

La gastroplastica endoscopica (oppure Endosleeve) è un nuovo tipo di procedura minimamente invasiva disegnata per la perdita del peso corporeo. La procedura si esegue in anestesia generale e in sala operatoria utilizzando un gastroscopio e una cucitrice endoscopica appositamente studiata. Una volta posizionato l'apparecchio nello stomaco, si procede a sutura dello stesso rendendolo più piccolo. Le suture sono a tutto spessore. Vengono risparmiati l'antro ed il fondo gastrico e si chiude la grande curva gastrica in modo verticale (da cui il nome della procedura).

Questa procedura, reversibile e ripetibile, è indicata per pazienti con indice di massa corporea superiore/uguale a 30, presenza di comorbidità e inefficacia di diete ed esercizio fisico, oppure che siano impossibilitati a eseguire l'intervento per via addominale “convenzionale”.

Come altre procedure per la perdita di peso, la gastroplastica verticale endoscopica richiede l'impegno per uno stile di vita più sano. È necessario apportare modifiche salutari permanenti alla dieta e fare esercizio fisico regolare per garantire il successo a lungo termine della procedura.

Gastroplastica endoscopica



immagini "© Dr Levent Efe, courtesy of IFSO"

Bendaggio Gastrico Regolabile

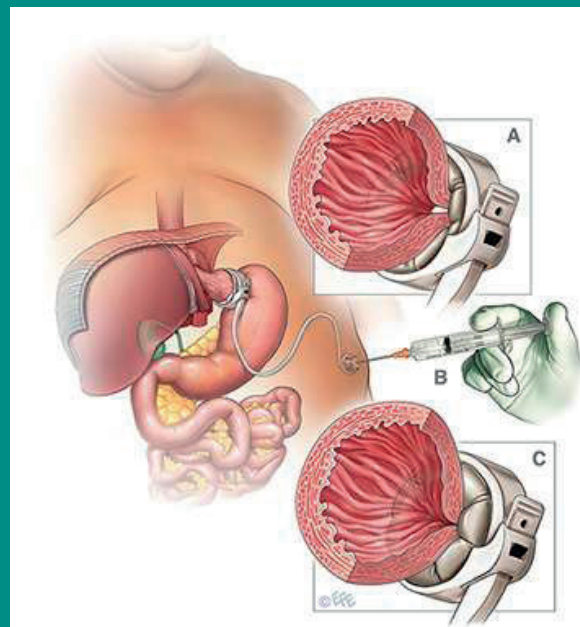
Questo intervento è reversibile funzionalmente e anatomicamente in quanto non comporta l'asportazione o la sezione di organi. Consiste nel posizionare in regime laparoscopico un anello in silicone nella parte più alta dello stomaco creando così una piccola tasca gastrica che comunica con il resto dello stomaco attraverso uno stretto orifizio. Il bendaggio è collegato per mezzo di un tubicino ad un serbatoio collocato nel sottocute della parete addominale di norma a sinistra.

L'anello di silicone ha la possibilità di essere regolato (sgonfiato o gonfiato) dal Chirurgo rimuovendo o aggiungendo liquido nel serbatoio che viene punto attraverso la cute.

E' importante ricordare che è il Paziente l'artefice del dimagrimento in quanto l'efficacia dipende dalla capacità del Paziente di adattarsi alla presenza dell'ostacolo creato dal bendaggio all'introduzione del cibo e dalla capacità di non volerlo aggirare modificando la qualità degli alimenti assunti (Il Paziente deve evitare i cibi cremosi che passano bene e prediligere quelli solidi masticandoli molto bene).

Occorre evitare il vomito.

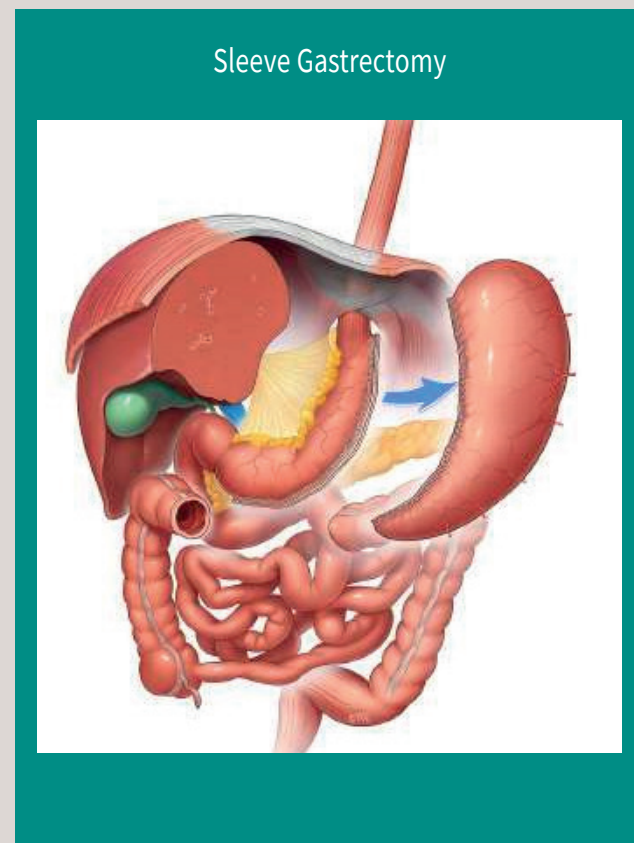
Bendaggio gastrico regolabile



immagini "© Dr Levent Efe, courtesy of IFSO"

Sleeve Gastrectomy

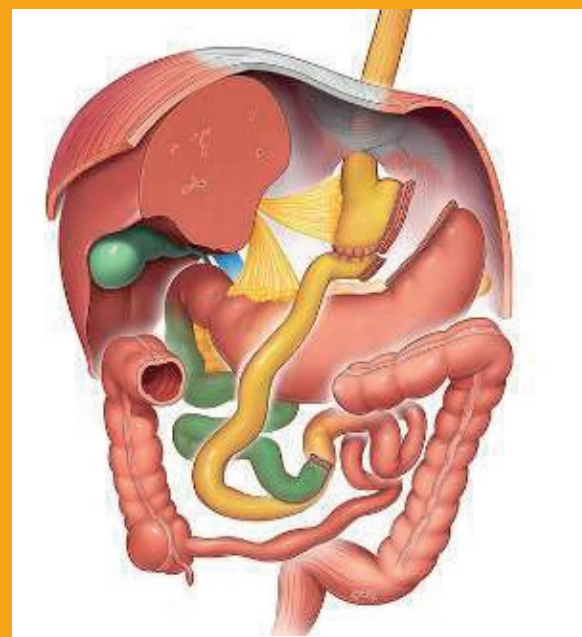
E' la procedura chirurgica bariatrica laparoscopica attualmente più diffusa nel mondo. Consiste nella resezione verticale dello stomaco sulla guida di una sonda calibratrice endogastrica. Lo stomaco viene diviso in due parti in senso verticale mediante l'utilizzo di suturatrici meccaniche che consentono la sezione/sutura della parete gastrica. La parte sinistra dello stomaco ,che corrisponde a circa l'80-90% di tutto lo stomaco, una volta isolata dalle sue connessioni vascolari viene quindi asportata. La parte di stomaco rimanente avrà le stesse funzioni di prima dell'intervento, non viene modificato il transito del cibo ma ne viene limitata la quantità ingerita. A questo effetto restrittivo si associa un effetto metabolico legato alla rimozione dello stomaco resecato. Infatti l'asportazione del fondo gastrico riduce la produzione di un ormone responsabile del senso di fame e quindi i Pazienti avranno un minore appetito. Qualora si verificasse un recupero di peso nel tempo dopo l'intervento di sleeve, potrà essere valutata la conversione ad altre procedure con una contestuale componente malassorbitiva (ad es. SADI, bypass su ansa alla Roux o bypass a singola anastomosi). In altri casi la sleeve gastrectomy può costituire già da subito il primo di due step chirurgici volti a ottenere, in fase finale, un meccanismo di dimagrimento sia restrittivo che malassorbitivo (ad esempio sleeve come primo step di un duodenal switch o di un SADI o di un bypass a singola anastomosi, in soggetti con superobesità in cui l'elevatissimo rischio anestesilogico/chirurgico non consente di effettuare la procedura completa in un'unica soluzione.



Bypass Gastrico su ansa alla Roux

L'intervento consiste nella creazione di una piccola tasca gastrica che non comunica con il resto dello stomaco. Viene collegata con un'ansa dell'intestino tenue a distanza variabile dal duodeno. Il tratto di intestino che rimane escluso dal transito degli alimenti, chiamato "bilio-pancreatico", viene a sua volta unito a distanza variabile dallo stomaco con il "tratto alimentare" a formare il "tratto comune". La maggior parte dello stomaco e del duodeno vengono esclusi completamente dal transito degli alimenti. L'intervento non determina l'asportazione di alcun tratto di intestino o stomaco. Dopo questo intervento lo stomaco, il duodeno e le vie biliari non sono più esplorabili con le metodiche tradizionali (EGDS, ERCP). Nel meccanismo della perdita di peso influiscono sia la riduzione della quantità di cibo introdotta per cui ne è sufficiente una piccola quantità per ottenere un senso di sazietà, sia l'arrivo di cibo appena masticato in un tratto di intestino abituato a riceverlo in altra forma con conseguente modificazione dell'assetto ormonale da cui dipende una riduzione dell'appetito. Questa procedura è inoltre quella di scelta quando si ha la necessità di influire in maniera importante e rapida sullo stato metabolico del paziente: il bypass è infatti la tecnica che presenta i migliori risultati in termini di miglioramento o risoluzione del diabete mellito tipo 2 e delle sue complicanze. Tale effetto si incomincia a rendere evidente generalmente già dopo poche settimane dall'intervento ed è pertanto indipendente dal calo di peso: la variazione di diversi assetti ormonali pare essere alla base di questo meccanismo tuttora oggetto di interesse della ricerca scientifica più recente.

Bypass Gastrico su ansa alla Roux



immagini "© Dr Levent Efe, courtesy of IFSO"

Bypass gastrico a singola anastomosi (OAGB o “minibypass”)

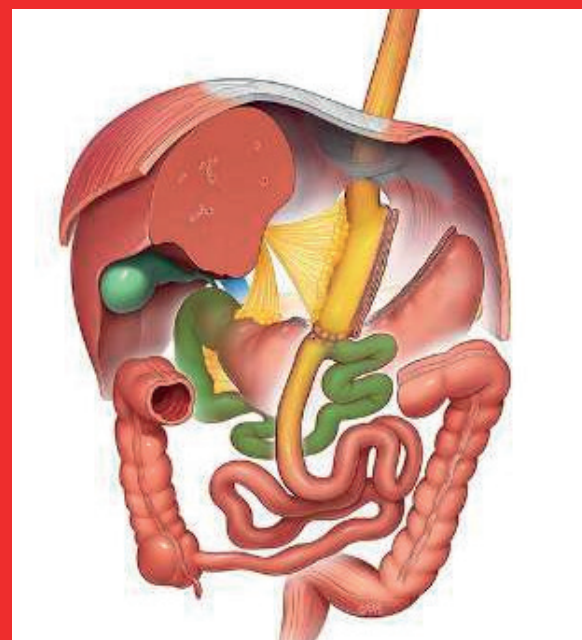
Il bypass gastrico a singola anastomosi detto anche “minibypass gastrico” è una procedura che prevede la creazione di un lungo tubulo gastrico sulla piccola curvatura dello stomaco preposto ad accogliere il cibo. Il tubulo non più comunicante con il resto dello stomaco viene direttamente collegato (anastomizzato) all'intestino tenue a circa 200-250 cm dal duodeno escludendo questo tratto di intestino dal transito degli alimenti. Il mini bypass gastrico si differenzia dal bypass gastrico per la creazione di un lungo e stretto serbatoio gastrico e per il confezionamento di una sola anastomosi tra stomaco sezionato e intestino. Analogamente al bypass gastrico anche nel mini bypass gastrico lo stomaco ed il duodeno vengono esclusi completamente dal transito degli alimenti e non sono pertanto più esplorabili con le metodiche tradizionale (EGDS,ERCP). L'intervento non determina l'asportazione di alcuna parte dell'intestino o dello stomaco.

Il bypass gastrico a singola anastomosi determina un calo del peso corporeo attraverso un duplice meccanismo:

- Un senso di sazietà precoce di grado variabile legato alle dimensioni ridotte del tubulo gastrico e all'arrivo di cibo appena masticato, ma non digerito, in un tratto di intestino non abituato a riceverlo in questa forma.
- Un contenuto effetto malassorbitivo legato al mancato transito del cibo per i primi 200-250 cm di intestino tenue.

Nel follow-up post-operatorio sarà fondamentale monitorare e integrare le eventuali carenze nutrizionali o vitaminiche che questo intervento potrebbe portare.

Bypass gastrico a singola anastomosi
(OAGB o “minibypass”)



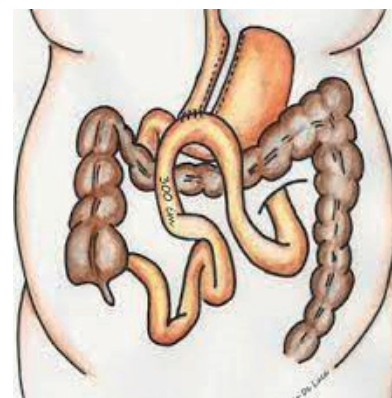
immagini "© Dr Levent Efe, courtesy of IFSO"

Single-anastomosis gastro-ileal (SAGI)

La SAGI è un intervento malassorbitivo, eseguito in laparoscopia. Può essere realizzata sia come primo step chirurgico nel trattamento dell'obesità sia come secondo tempo chirurgico in caso di fallimento di precedente procedura bariatrica (ad es. dopo Sleeve Gastrectomy). La procedura prevede la creazione di un tasca gastrica simile a quella che viene creata con il bypass a singola anastomosi. Successivamente si realizza un'anastomosi tra la porzione distale del tubulo gastrico così ottenuto e l'intestino (ileo), creando un'ansa comune, dove i nutrienti sono assorbiti, di circa 300 cm.

Come per tutti gli interventi malassorbitivi, si dovrà considerare la supplementazione vitaminica a vita, insieme al follow up clinico per evitare il rischio di malnutrizione. Va tenuto presente che le scariche diarroidiche possono essere frequenti nel primo periodo postoperatorio, ma queste sono essere meglio gestite e controllate con l'apprendimento di diverse abitudini alimentari.

SAGI



per concessione del Dott. Maurizio De Luca

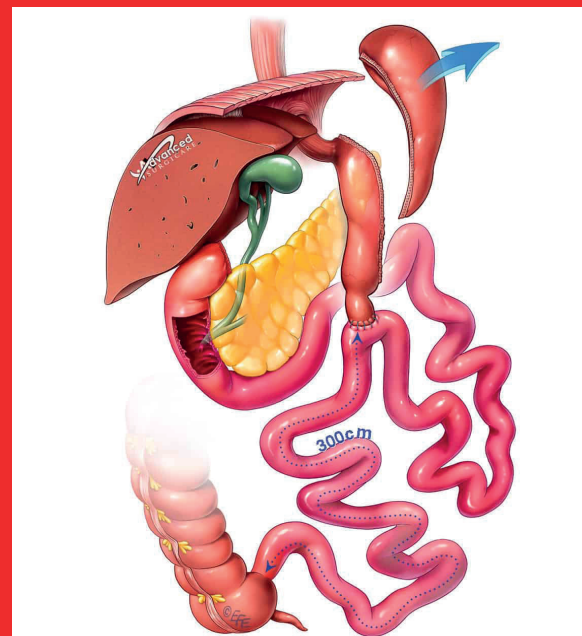
Single-anastomosis duodeno-ileal bypass-with sleeve gastrectomy (SADI-S)

La SADI-S è una procedura chirurgica innovativa più semplice e più veloce rispetto alle tecniche da cui deriva (duodenal switch): è un intervento malassorbitivo (fa assimilare meno nutrienti).

Come la SAGI, può essere realizzata sia come primo intervento di chirurgia dell'obesità sia come secondo tempo chirurgico in caso di fallimento di precedente intervento (ad esempio dopo Sleeve Gastrectomy, gastroplastica verticale), inteso sia come insufficiente calo ponderale sia come mancata remissione delle patologie associate (diabete, ipertensione, dislipidemia). La procedura prevede la creazione di un tasca gastrica, realizzata mediante Gastrectomia Verticale, o Sleeve Gastrectomy, ossia l'asportazione della grande curvatura e del fondo dello stomaco, se realizzato come primo step.

Successivamente si resecta il duodeno, preservando il piloro, e si realizza un'anastomosi tra la porzione prossimale del duodeno resectato e l'intestino (ileo), creando un'ansa comune, dove i nutrienti sono assorbiti, di circa 250-300 cm. Come per la SAGI, è prevista supplementazione vitaminica a vita, insieme al follow up clinico per evitare il rischio di malnutrizione. Va tenuto presente che le scariche diarroidiche possono essere frequenti nel primo periodo postoperatorio, ma queste sono essere meglio gestite e controllate con l'apprendimento di diverse abitudini alimentari. A differenza della SAGI, la preservazione del piloro protegge da un'eccessiva velocità di transito a livello dell'ansa ileale anastomizzata e quindi riduce il rischio di dumping sindrome, una particolare reazione al transito velocizzato tipica degli interventi di bypass che si manifesta sottoforma di astenia, ipoglicemia, calo pressorio e scariche diarroidiche.

Single-anastomosis duodeno-ileal bypass-with sleeve gastrectomy (SADI-S)



immagini "© Dr Levent Efe, courtesy of IFSO"

IL PERCORSO CHIRURGICO

L'ACCESSO

**Troppo peso :
Cosa devo fare ?**

Dietista CdS-MMG
MMG
Medico Specialista



Visita Dietologica

Ospedale Maggiore

Visita Endocrinologica

Ospedale S.Orsola

Visita chirurgica bariatrica

Ospedale Bentivoglio-Maggiore-S.Orsola



L'accesso al percorso avviene tramite il MMG o un medico specialista (tipicamente endocrinologo, diabetologo, medico nutrizionista) per i pazienti che presentano i criteri di inclusione ($BMI \geq 40$ o $BMI \geq 35$ con comorbidità rilevanti di età compresa tra 18 e 65 anni).

Se il paziente accetta il percorso chirurgico, il MMG o un Medico specialista prescrive “visita chirurgica” con quesito clinico “obesità” “obesità grave” o “bariatrica” oppure “visita endocrinologica con quesito clinico “ $BMI > 35$ ”, entrambe da prenotare agli sportelli CUP, oppure può richiedere “visita dietologica”, stesso quesito, prenotabile direttamente attraverso contatto telefonico o mail.

La visita endocrinologica si effettua in Endocrinologia Sant'Orsola, la visita dietologica in Nutrizione Clinica Ospedale Maggiore.

La prima visita chirurgica

si svolge presso:

**Ambulatorio Chirurgico n°26, Padiglione L
dell'Ospedale Maggiore di Bologna**

o presso:

**ambulatori del padiglione 5, ala D, piano terra
del Policlinico di Sant'Orsola di Bologna.**

La visita deve essere prenotata a CUP con impegnativa e richiesta del Medico di Medicina Generale o del Medico Specialista per “**prima visita chirurgica per obesità**”.

Ambulatorio Chirurgico del piano 1A dell'Ospedale di Bentivoglio

Valutazione del Paziente

Il Chirurgo Bariatra valuta il paziente, le abitudini alimentari e le patologie correlate, raccoglie i dati antropometrici e verifica il rispetto delle raccomandazioni nazionali e internazionali finalizzato a identificare i pazienti eleggibili alla chirurgia dell'obesità.

Il chirurgo inoltre informa il paziente sulle diverse opzioni chirurgiche disponibili presso il Centro e sul protocollo da seguire perchè possa realizzarsi l'indicazione chirurgica.

A tutti i pazienti vengono prescritte:

- valutazione psicologica
- valutazione dietistica
- visita presso l'ambulatorio multidisciplinare bariatrico:

La valutazione psicologica (che si potrà svolgere presso l'Ospedale Maggiore, l'Ospedale di Bentivoglio o il Policlinico S. Orsola) del paziente candidato alla chirurgia bariatrica si compone di un colloquio clinico individuale e di alcuni test psicodiagnostici.

Il colloquio clinico serve ad indagare lo stato mentale del soggetto, la motivazione e la compliance all'intervento, l'anamnesi remota e prossima atta ad individuare condizioni psicopatologiche ostative all'intervento o che richiedono un trattamento specifico (farmacologico e/o psicoterapeutico) pre-operatorio o post-operatorio. Tra i temi trattati: storia del peso corporeo, storia dei trattamenti dietetici con comportamento alimentare; analisi motivazionale; aspettative relative alla chirurgia e al post-operatorio; capacità di aderire alle prescrizioni; rappresentazione dell'immagine corporea; qualità della vita.

I test psicodiagnostici forniscono dati oggettivabili sulla personalità, sulla presenza di condizioni sintomatiche o di tratto rispetto alle variazioni del

tono dell'umore e dell'ansia, sul rapporto con il cibo, sull'immagine corporea, sulla presenza, intensità e qualità della componente impulsiva, sulla qualità di vita del paziente candidato alla chirurgia bariatrica. L'obiettivo di tale valutazione è quello di escludere la presenza di patologie psichiche-psichiatriche clinicamente significative allo stato attuale e la presenza di Disturbo del Comportamento Alimentare o di comportamenti alimentari disfunzionali che possono rappresentare una controindicazione relativa o assoluta, in base alla gravità, rispetto alla chirurgia bariatrica

La valutazione dietistica ha il compito di inquadrare il comportamento alimentare del paziente, di avviare un percorso di educazione alimentare, di elaborare regimi dietetici specifici (dieta chetogenica preoperatoria e schemi di rialimentazione post operatoria).

L'ambulatorio multidisciplinare bariatrico, interaziendale è situato presso le due sedi (una all'Ospedale di Bentivoglio e l'altra presso il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi).

La prima visita multidisciplinare è effettuata dal chirurgo bariatrico e dall'endocrinologo/nutrizionista in condivisione con la dietista. Durante la prima visita, al fine di confermare o meno l'indicazione all'intervento chirurgico, i

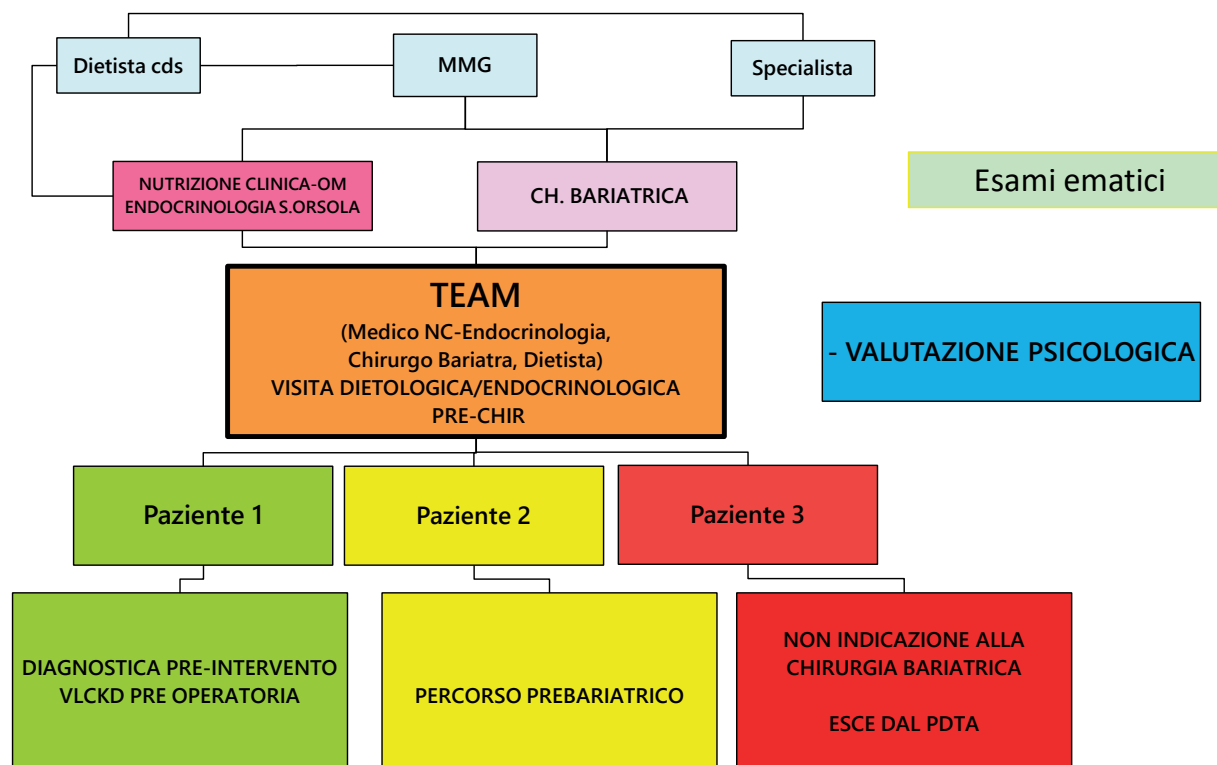
professionisti valutano le eventuali comorbidità presenti, il quadro clinico-metabolico (diabete mellito, ipertensione, endocrinopatie, sindrome delle apnee notturne, cardiopatie ecc.), i dati antropometrici (peso, altezza, BMI...), l'esame obiettivo, le abitudini alimentari oltre alla valutazione psicologica e a quella dietistica.

Ottenuto il quadro globale del paziente e tutte le sue informazioni cliniche, il Team sancisce l'idoneità o meno all'intervento:

- se il paziente non presenta i criteri per essere sottoposto ad intervento chirurgico o non è candidabile per controindicazione non recuperabile rimane incaricato al percorso medico delle strutture nutrizionali/endocrinologiche ed esce dal percorso chirurgico bariatrico.
- se il paziente non è immediatamente candidabile all'intervento per una controindicazione relativa o il paziente ritiene di rinviare l'intervento chirurgico, viene indirizzato al percorso medico pre-chirurgia bariatrica e rivalutato successivamente.
- se viene confermata l'indicazione chirurgica, il paziente viene preso in carico per la programmazione e l'esecuzione degli accertamenti previsti nell'ambito dello studio preoperatorio e inserito in lista d'attesa per

l'intervento chirurgico.

Nel periodo che precede l'intervento chirurgico il Paziente può venire avviato ad un percorso dietoterapico che ha l'obiettivo di stimolare il cambiamento delle proprie abitudini alimentari attraverso un programma di educazione alimentare e di promozione di nuovi stili di vita finalizzato a favorire la perdita di peso.



PERCORSO PRE-OPERATORIO

Il paziente candidato all'intervento chirurgico viene affidato all'Ufficio Preoperatorio Chirurgico di Bentivoglio o al Day Service del S.Orsola per la programmazione degli esami clinico-strumentali utili alla stratificazione del rischio operatorio, con il minor numero possibile di accessi per ridurre il disagio del paziente.

• Esami laboratorio standard	• Eventuale visita pneumologica e PFR
• Esami di laboratorio non standard per comorbidità specifiche	• Eventuale visita cardiologica ECG ed eventuale ecocardiogramma
• Rx torace	• Visita Anestesiologica con indicazione o meno al monitoraggio in terapia intensiva nell'immediato post-operatorio
• Eco Addome	• Eventuali altri accertamenti se necessari
• EGDS con ricerca H.P. e/o Rx tubo digerente prime vie	

La visita Anestesiologica è l'ultimo step del percorso chirurgico per l'OK definitivo all'intervento.

Viene effettuata da un medico Anestesista esperto che raccoglie sulla scheda informatizzata la storia clinica del paziente, le eventuali patologie associate, le terapie farmacologiche in corso, allergie o meno a farmaci o sostanze. Valuta gli esami di laboratorio, ECG, Radiografie e le altre indagini richieste.

L'esame clinico deve accertare eventuali difficoltà alla intubazione, apnee notturne, accessi venosi difficili, in previsione dell'Anestesia Generale, indispensabile per l'intervento chirurgico.

Al termine della visita il medico definisce quindi il rischio anestesiologico-operatorio e concorda con il paziente le procedure intra e post-operatorie compreso l'eventuale ricovero in Terapia Intensiva, rassicura il paziente sul controllo del dolore e raccoglie il consenso informato.

Ricovero ospedaliero

L'ingresso in reparto, presso le sedi dell'Ospedale di Bentivoglio o del Policlinico di Sant'Orsola (pad.5), avviene il giorno precedente all'intervento per rivalutazione clinica o la mattina stessa dell'intervento.

L'INTERVENTO

La gestione anestesiológica intra-operatoria

Normalmente gli interventi vengono eseguiti con tecnica laparoscopica in Anestesia Generale.

I vantaggi della laparoscopia rispetto alla tecnica tradizionale sono minore dolore post operatorio, migliore funzionalità respiratoria, una ripresa più precoce dell'attività fisica, minor degenza post operatoria.

È possibile, se ritenuto necessario e preventivamente concordato con il paziente, associare l'intervento di chirurgia per l'obesità ad altri interventi (colecistectomia, iatoplastica per ernia iatale, riparazione di ernie o laparoceli). All'arrivo in Sala operatoria si procede all'inserimento di un catetere venoso e al monitoraggio Elettrocardiografico, della Pressione arteriosa e della saturazione di Ossigeno. Si procede quindi con la somministrazione endovenosa dei farmaci per l'Anestesia Generale, l'intubazione, la ventilazione meccanica e si prosegue il monitoraggio in continuo dei parametri vitali standard. Altri monitoraggi specifici più invasivi dipendono dalla complessità e durata dell'intervento e dalle condizioni di base del paziente.

Al termine dell'intervento si procede al risveglio in sala operatoria e al trasferimento in recovery room, adiacente alla sala operatoria, dove viene proseguito il monitoraggio fino al rientro in reparto.

Al risveglio viene prescritto un adeguato trattamento del dolore post-operatorio con farmaci per via endovenosa o per via peridurale programmati a orari fissi o in infusione continua. Il controllo del dolore è molto importante per consentire una buona funzione respiratoria ed una rapida mobilitazione. Alzarsi precocemente e camminare costituiscono insieme alle terapie meccaniche e farmacologiche la migliore profilassi contro la trombosi e le gravi complicanze che ne possono conseguire. La nausea e il vomito sono molto frequenti dopo chirurgia laparotomica e laparoscopica. Possono essere molto fastidiosi e ritardare la mobilitazione del paziente. Devono quindi essere evitati e contrastati in maniera costante con farmaci specifici.

Terapia intensiva

Il ricovero in Terapia Intensiva (TI) può essere programmato in base allo stato clinico del paziente o può rendersi necessario al termine dell'intervento dopo avere valutato la qualità del risveglio e la stabilità dei parametri cardio respiratori.

Particolare attenzione va riservata a quei pazienti che presentano la “sindrome delle apnee notturne”, spesso associata alla grave obesità. Dopo un intervento chirurgico il ricovero in Terapia Intensiva di questi pazienti è fortemente raccomandato per il rischio elevato di sviluppare insufficienza respiratoria

In TI prosegue il monitoraggio iniziato in sala operatoria e viene garantita una assistenza infermieristica molto stretta (il rapporto infermieri/pazienti è di 1 a 2) che permette una sorveglianza continua delle condizioni cliniche oltre ad offrire la possibilità di stabilire una relazione umana personalizzata molto importante in queste prime fasi dopo l'operazione. Il medico Anestesista Rianimatore è presente in reparto 24 ore su 24. Di norma, il giorno successivo all'intervento avviene il trasferimento in reparto.

Reparto

In relazione all'intervento effettuato, la degenza in Reparto può variare mediamente da 1 a 2-3 giorni.

Generalmente in prima giornata post-operatoria viene eseguito un controllo radiologico con mezzo di contrasto assunto per bocca che se risulta negativo consentirà l'inizio della dieta idrica.

In II°- III° giornata post operatoria si rimuoveranno i drenaggi.

In caso di comparsa di una complicanza la degenza potrà protrarsi anche a lungo così come potrebbe rendersi necessario un secondo intervento chirurgico.

Verrà valutata, di volta in volta, la necessità di un supporto fisiiatrico.

Prima della dimissione, il dietista consegna al paziente il regime dietetico specifico per l'intervento programmato e verranno suggerite le supplementazioni opportune verificando che il paziente abbia compreso le modifiche intervenute con l'intervento e le nuove regole alle quali deve attenersi.

Al paziente verranno forniti i recapiti telefonici a cui rivolgersi per qualunque problema nel periodo post-operatorio.

La Rialimentazione nel post-operatorio

Durante il ricovero, prima della dimissione il dietista consegna al paziente un dettagliato schema di rialimentazione da seguire con attenzione.

Dopo l'intervento, nel periodo di "svezzamento" è consigliata una dieta liquida per alcune settimane, poi frullata e poi tritata per arrivare gradualmente ad una dieta solida.

L'introduzione di cibi via via più solidi può creare difficoltà nella deglutizione, talora dolori e crampi addominali.

E' pertanto necessario che il paziente acquisisca la capacità di non forzare mai, evitando il vomito senza per questo limitarsi ad assumere solo liquidi. In generale comunque, l'intervento chirurgico richiede che il paziente anche una volta superato il periodo di "svezzamento", segua con attenzione i consigli dietetici forniti dal nutrizionista e dal dietista che sostanzialmente prevedono:

- l'esclusione dalla dieta dei cibi ricchi di calorie
- l'utilizzo prevalente dei cibi solidi
- l'assunzione ai pasti di piccole quantità di cibo masticando molto bene e a lungo e attendendo tra un boccone e l'altro
- l'interruzione dell'assunzione di cibo al primo segno di riempimento gastrico: senso di tensione o pienezza, comparsa di nausea o vomito o dolenzia.
- il bere lontano dai pasti a piccoli sorsi evitando bevande gassate, alcoliche o zuccherate

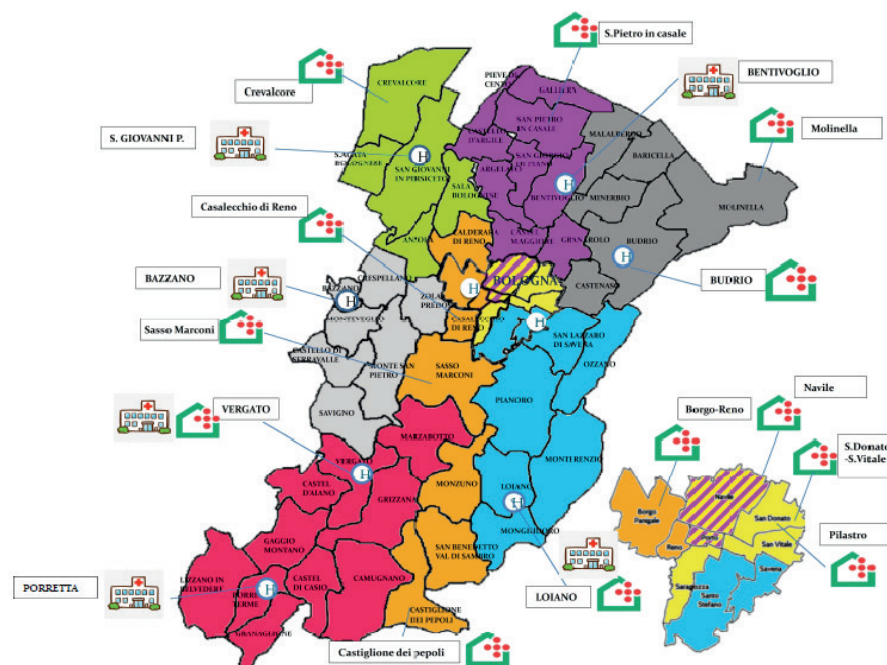
Deve essere chiaro al paziente che è molto importante sottoporsi ai controlli periodici clinico-nutrizionali, ematici e strumentali che l'intervento chirurgico richiede. Si sconsiglia il fumo e l'uso prolungato di antidolorifici gastrolesivi

Follow-up territoriale

Dopo il terzo anno di FU, in assenza di complicazioni, il paziente sottoposto a chirurgia restrittiva è indirizzato ad un percorso di monitoraggio da parte di MMG, infermieri degli ambulatori cronicità e dietisti territoriali delle Case della Salute.

Il medico nutrizionista/endocrinologo inviante definisce la durata (periodo di trattamento), la tipologia e la cadenza dei controlli nonché i criteri per l'invio allo specialista. I pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi di peso durante la fase prebariatrica e che quindi non sono stati sottoposti ad intervento, seguono lo stesso percorso di FU territoriale.

Per i pazienti sottoposti a chirurgia derivativa, per esempio bypass e mini bypass gastrico, dopo i primi 5 anni la gestione dell'ulteriore periodo di FU è valutata caso per caso dal medico referente.



Follow-up

Il follow up è parte essenziale della efficacia di qualsiasi trattamento chirurgico bariatrico e comprende il controllo clinico sia chirurgico che internistico-nutrizionale con particolare attenzione alla rilevazione dei parametri antropometrici, alla valutazione degli esami di laboratorio, radiologici e strumentali previsti e alla qualità di vita del Paziente. E' previsto un follow-up a 1, 3, 6,12 mesi il primo anno, ogni 6 mesi il secondo anno, poi annualmente, anche se, in relazione alle esigenze del paziente, tale calendario potrà modificarsi.

Si consiglia di attendere circa 1 anno prima di intraprendere una gravidanza.

Il follow-up verrà effettuato:

- **Per i primi 12 mesi :**

- presso l'Ambulatorio del centro di chirurgia metabolica e dell'obesità al piano 1A, dell'ospedale di Bentivoglio, per i pazienti operati a Bentivoglio.
- presso l'endocrinologia del Sant'Orsola per i pazienti operati al Sant'Orsola.

- **Dopo 1 anno dall'intervento:**

- presso l'Ambulatorio di Nutrizione Clinica dell'Ospedale Maggiore per i pazienti che avevano avuto accesso al percorso da Bentivoglio/Ospedale Maggiore.
- presso l'ambulatorio di endocrinologia del policlinico di Sant'Orsola per i pazienti che avevano avuto accesso al percorso dal Sant'Orsola

Chirurgia Plastica

A partire dal primo anno post intervento, se il calo ponderale è stato efficace e duraturo, il chirurgo o il medico nutrizionista/endocrinologo propone ai pazienti che presentano complicanze limitative funzionali conseguenti ad eccessi cutanei, la consulenza del Chirurgo Plastico al fine di discutere il percorso di chirurgia plastica per eventuali interventi di rimodellamento. Lo scopo degli interventi è il miglioramento delle problematiche funzionali, psicologiche e sociali secondarie all'eccesso cutaneo. Gli interventi di rimodellamento vengono effettuati presso l'Ospedale Bentivoglio dai chirurghi plastici e possono consistere in:

- addominoplastica (in taluni casi estesa al dorso)
- lifting delle cosce e alcuni casi di lifting delle braccia (quando la pelle in eccesso impedisce movimenti)
- mastoplastiche (tra cui mastopessi e chirurgia della ginecomastia).

Contatti

Sede di

Bentivoglio

Via Marconi, 35 - Bentivoglio

Centralino 051 6644111

Gestione Percorso Preoperatorio Ambulatori

Lo staff infermieristico (CPSI) curano il percorso pre operatorio e sono a disposizione per le informazioni relative alla prenotazione degli esami.

- **Telefono:** 051 6644096 dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle 13.00
- **FAX :** 051 6644637
- **Email:** preoperatoribent@ausl.bologna.it

Sede: Ospedale di BENTIVOGLIO, piano 1, ala A

Orario di apertura al pubblico:

da Lunedì a Venerdì: dalle ore 8.00 alle ore 13.00

Ambulatori

L'**ambulatorio di chirurgia dell'obesità** è situato nella Palazzina "L" dell'Ospedale Maggiore di Bologna al n. 26, è aperto il giovedì dalle 8.00 alle 14.00.

Il recapito telefonico è: 051 6478678.

Al piano 1A Ospedale Bentivoglio è aperto il venerdì mattina dalle 8.20 alle 14.00.

Il recapito telefonico è 051/6644198

email: bariatria@ausl.bologna.it

La prenotazione della visita può essere fatta a CUP N. Verde 800884888 o in qualsiasi sportello CUP con impegnativa del Medico Curante per "visita chirurgica per obesità".

E' molto importante segnalare il quesito "**per obesità**", per non correre il rischio di essere indirizzati verso un altro ambulatorio chirurgico.

L'**Ambulatorio Nutrizione Clinica** è situato presso l'Ospedale di Bentivoglio al piano 1A il recapito telefonico è 051 6644198 il lunedì, martedì e giovedì mattina dalle 8.30 alle 14.00

UFFICIO SEGRETERIA

Ospedale di Bentivoglio

dal lunedì al venerdì mattina dalle 8.30 alle 14.30

Tel. 051 6644254

Ospedale Maggiore Bologna Edificio A

giovedì mattina dalle 8.30 alle 14.00 Tel. 0516478555

email: bariatria@ausl.bologna.it

Contatti

Sede del

Policlinico di Sant'Orsola

Via G. Massarenti, 9 - Bologna

Centralino 051 2141111

Gestione Percorso Preoperatorio Ambulatori

Cinzia Pedrini è l'infermiera case manager del percorso bariatrico presso l'U.O. di Endocrinologia del Policlinico.

Cura il percorso pre operatorio ed è a disposizione per le informazioni relative alla prenotazione degli esami.

- **Telefono:** 051 2144917 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 13.00
- **FAX:** 051 6644637
- **email:** bariatria@aosp.bo.it

Sede: Policlinico di Sant'Orsola, padiglione 11, piano terra, U.O. Endocrinologia e Prevenzione e Cura del Diabete - Pagotto

Ufficio ricoveri e prericoveri:

telefono: 051 2143376

Ambulatori

L'**ambulatorio di chirurgia dell'obesità** è situato al piano terra, ala D del padiglione 5 del Policlinico.

E' aperto al pubblico il venerdì dalle ore 8.00 alle 14.00.

Il recapito telefonico è 0512143060.

Valgono le stesse indicazioni per la prenotazione della visita CUP.

L'**ambulatorio multidisciplinare/endocrinologico/internistico** è situato presso il Padiglione 11 del Policlinico, piano terra, U.O. Endocrinologia e Prevenzione e Cura del Diabete -Pagotto.

Il recapito telefonico è 051 2144917.

email: bariatria@aosp.bo.it

Siti internet

www.ausl.bologna.it → cittadini → obesità

www.aosp.bo.it → reparti e servizi → centro di
chirurgia metabolica e dell'obesità