

PREMESSA

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 essere 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 dell'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.

È 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 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 all'obesità stessa.
- La chirurgia dell'obesità trova indicazione in casi selezionati e solo dopo il fallimento delle terapie mediche e dietetiche.
- 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 concordati con il Centro. Questi sono indispensabili non solo per ottenere migliori risultati ma anche per ridurre le complicanze precoci, medie e tardive.

COME SIAMO FATTI

L'APPARATO DIGERENTE

La chirurgia bariatrica modifica il funzionamento dell'apparato digerente del paziente, cioè il percorso che il cibo compie a partire dalla bocca per essere poi digerito ed assimilato dall'organismo.

- **ESOFAGO:** E' un canale lungo circa 25 cm che collega la bocca allo stomaco. Le sue pareti sono costituite da fasce muscolari lisce, che contraendosi spingono il bolo alimentare in basso, verso lo stomaco.

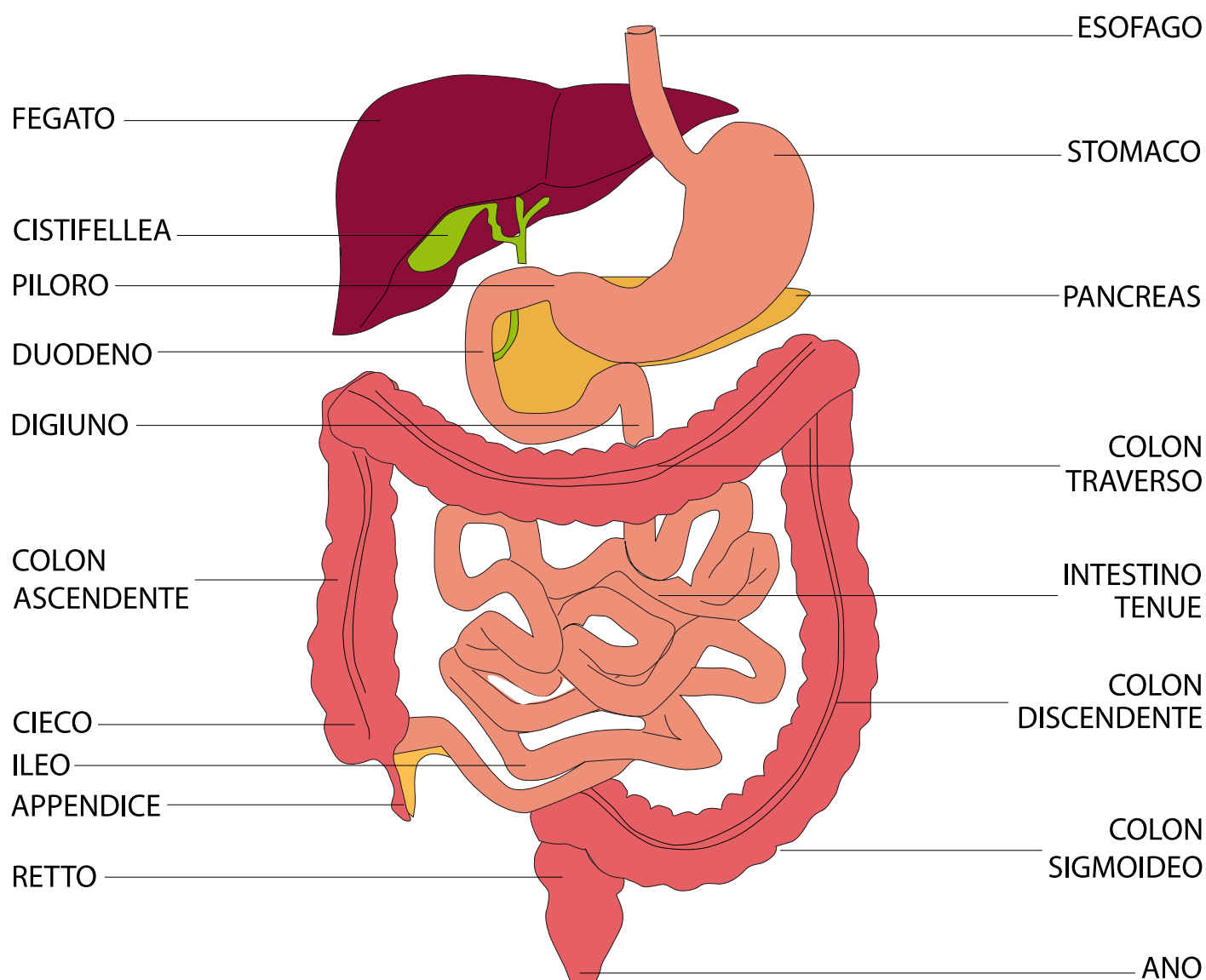
- **STOMACO:** è una sacca elastica contenente enzimi e acidi che hanno il compito di attaccare il cibo per scomporre le sue componenti (proteine, grassi, carboidrati...) in sostanze più semplici e facilmente assorbibili. Le pareti di questo organo sono ricoperte da uno strato di muco che le protegge dall'azione corrosiva degli acidi della digestione.

Il bolo viene ridotto in uno stato liquido, chiamato chimo, pronto ad uscire dallo stomaco attraverso il piloro.

- **INTESTINO:** il piloro porta il chimo nell' intestino. Si tratta di un organo a forma di tubo lungo circa 6-10 metri ripiegato più volte su se stesso. L'intestino è diviso in due parti.

Intestino Tenue: Il chimo passa attraverso il duodeno (un collegamento a forma di C che esce dallo stomaco) dove incontra i succhi digestivi prodotti dal pancreas e dal fegato (bile) per poi raggiungere il digiuno: qui tutti i nutrienti del cibo vengono assorbiti rapidamente dalle pareti intestinali, immessi nel sangue e resi disponibili per l'organismo. Alcuni nutrienti, invece, vengono assorbiti nel tratto successivo, l'ileo.

Intestino Crasso: Ciò che resta del cibo, ovvero il chilo, entra nell'intestino crasso. Questo tratto è più corto ed ha un diametro più ampio (7 cm circa) rispetto all'intestino tenue. Ciò che non è utile per l'organismo, viene inviato come scarto all'ultima parte dell'intestino, il colon sinistro ed il retto. Qui estratti gli ultimi pochi nutrienti rimasti, i residui sono compattati nelle feci, che vengono poi espulse.



TECNICHE CHIRURGICHE

CONCETTI DI CARATTERE GENERALE

Tutti gli interventi utilizzati nella chirurgia dell'obesità 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.
- 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 sulla parte sinistra dell'addome, subito al di sotto dell'arcata costale.

Nel corso dell'intervento il chirurgo operatore può ritenere opportuno convertire l'intervento da laparoscopico a laparotomico. È indispensabile eseguire controlli clinici e nutrizionali post-operatori periodici. I controlli clinici dovranno essere effettuati presso il centro in cui si è stati sottoposti all'intervento chirurgico o in altri centri qualificati da esso consigliati.

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

PRINCIPALI COMPLICANZE COMUNI A TUTTI I TIPI DI INTERVENTO

Tutte le complicanze degli interventi possono richiedere terapie mediche intensive che possono allungare il periodo di degenza anche per numerose settimane ed eventualmente richiedere il ricovero in terapia intensiva.

In certi casi può essere necessario un nuovo intervento chirurgico.

Complicanze intra-operatorie

- Durante l'intervento può eccezionalmente verificarsi una lesione endoaddominale cui può conseguire emorragia e/o perforazione. Tale lesione può essere riparata o può richiedere 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 degli strumenti chirurgici.

- 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 dall'intervento)

- Trombo-embolia venosa: è la formazione di 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. Questa rara complicanza è la 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 tenuta insufficiente delle cuciture dello stomaco e/o dell'intestino, oppure la perforazione di uno di essi. Ne può conseguire una fistola gastrica o intestinale che può causare una peritonite. Questa complicanza può essere curata con terapia medica oppure richiedere un nuovo intervento chirurgico fino anche, in casi eccezionali, all'asportazione dell'organo.
- Infezione delle ferite chirurgiche, più frequentemente osservabili negli interventi eseguiti in laparotomia.
- Emorragie talora gravi che possono richiedere un nuovo intervento chirurgico o altre terapie.
- Occlusione Intestinale. Questa complicanza può richiedere una terapia chirurgica.

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

- Occlusione Intestinale. Si possono formare aderenze interne che determinano quadri di occlusione intestinale. La risoluzione di questa complicanza generalmente richiede un intervento chirurgico.
- Ernia interna. Nelle grandi perdite di peso, i tessuti possono divenire molto sottili e consentire una rotazione dell'intestino tenue che va corretta chirurgicamente. E' un'evenienza grave che richiede una diagnosi precoce ed un intervento in urgenza.
- Ernia sulla 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.

IMPORTANTE

Per ottenere i maggiori vantaggi con il minor rischio di complicanze a distanza sono necessari periodici controlli clinici e nutrizionali. Durante il periodo della perdita di peso 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, l'utilizzo di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcool aumentano notevolmente il rischio di complicanze.

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

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

Tutti gli interventi chirurgici per la terapia dell'obesità sono reversibili, anche se alcuni solo funzionalmente (ripristino totale della capacità di mangiare e/o assorbire il cibo), per mezzo di un nuovo intervento chirurgico.

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).

MORTALITA'

In questo capitolo vengono forniti alcuni dati statistici sulla mortalità operatoria nella chirurgia dell'Obesità.

Occorre sempre tenere presente che in ogni caso il rischio di mortalità e di complicanze aumenta con l'aumentare del peso corporeo e dell'età del paziente.

In uno dei principali studi pubblicati sul pallone intragastrico (Genco A. *Obes. Surg.* 2005; 15: 1161-4), la mortalità immediata (nei primi 5 giorni dopo il posizionamento) su 2515 pazienti in ambito nazionale è stata dello 0,08% mentre quella tardiva (avvenuta nel periodo di mantenimento del pallone) è stata pari allo 0,09% (non imputabile alla presenza del pallone, bensì a condizioni morbose quali l'embolia polmonare e l'infarto miocardico).

Nel Registro Italiano della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche (S.I.C.Ob.), su 38.339 pazienti finora arruolati la mortalità operatoria globale è stata dello 0,16%.

In particolare lo 0,04% nei Bendaggi Gastrici regolabili (A.S.G.B.), 0,23% nelle Gastroplastiche (V.B.G.), 0,29% nei Bypass gastrici (G.B.P.), lo 0,23% nelle Deviazioni Bilio-Pancreatiche (B.P.D.) e lo 0,26% nelle Sleeve Gastrectomy (S.G.).

In un importante studio di H. Buchwald, 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), dello 0.5% in 5644 interventi di bypass gastrico, del 1,1% in 3030 interventi di diversione biliopancreatica o duodenal switch.

(Bariatric surgery: A Systematic Review and meta- analysis. H. Buchwald, et al. - *JAMA.* 2004;292:1724-1737).