

CASTELLANA GROTTA 12-13 GIUGNO 2025

Il paziente in chirurgia bariatrica e metabolica:

**il percorso multidisciplinare e la
meta in un centro d'eccellenza**

Presidenti del Congresso
Cristiano Giardiello - Roberta Maria Isernia

Responsabile Scientifico
Giovanni de Pergola

istituto nazionale
di gastroenterologia



de Bellis - Castellana Grotte IRCCS

LA CHIRURGIA COME STRUMENTO IN URGENZA

DOTT. GIUSEPPE MANCA

Direttore UO Chirurgia Generale
Ospedale Perrino di Brindisi



ASL Brindisi

PugliaSalute

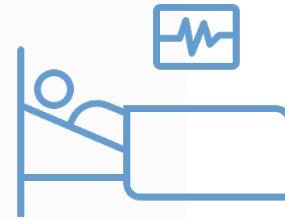
Le urgenze chirurgiche dopo chirurgia bariatrica variano in base alla tecnica utilizzata e al tempo trascorso dall'intervento.



Epidemiologia

↑ interventi bariatrici quindi dei casi urgenti

Differenze di incidenza in base alla tecnica chirurgica (RYGB, SG, OAGB, etc.)

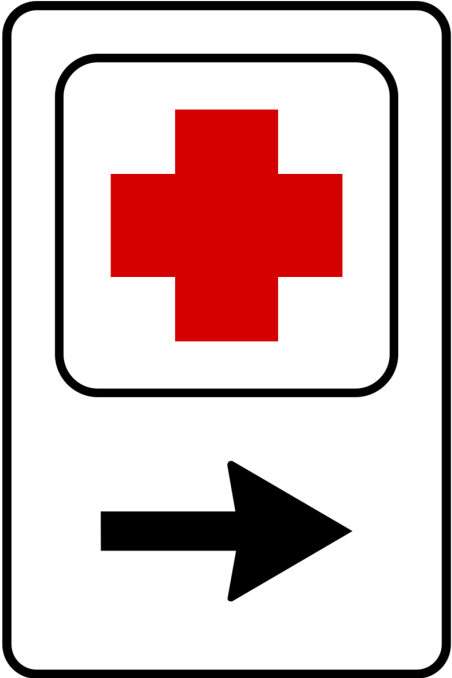


Impatto clinico

Importanza di un rapido riconoscimento per ridurre morbidità e mortalità

Sfide specifiche legate all'anatomia e alla fisiologia del paziente obeso

ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO POST CHIRURGIA BARIATRICA



COMPLICANZE PRECOCI (<30 GIORNI)	TIPO DI CHIRURGIA	INCIDENZA
LEAK ANASTOMOTICO	Sleeve gastrectomy / RYGB	1 – 2 %
PERITONITE/ASCESSO DA LEAK	Sleeve gastrectomy	3 – 7 %
	RYGB	1 – 6 %
	One-anastomosis GB	≈ 1 %
EMORRAGIA POST-OPERATORIA (Staple-line o intraluminale)	Tutti i tipi	1 – 4 %
STENOSI/STRICTURE	Sleeve gastrectomy	0.7 – 4 %

COMPLICANZE TARDIVE	TIPO DI CHIRURGIA	INCIDENZA
ULCERA MARGINALE / PERFORATA	RYGB	1 – 7 %
OCCLUSIONE INTESTINALE / ERNIA INTERNA	RYGB / OAGB	< 1 – 20 % (variabile in letteratura)
MALATTIA DA REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO	Sleeve gastrectomy	fino al 25 %
EROSIONE DEL BENDAGGIO GASTRICO	Adjustable gastric banding	0.5 – 1 %
SLIPPAGE / DILATAZIONE DEL POUCH	Adjustable gastric banding	2 %
COMPLICAZIONI DEL PORT/TUBING	Adjustable gastric banding	4 – 5 %
PERFORAZIONE ESOFAGEA/GASTRICA	Adjustable gastric banding	0.3 %

IL PAZIENTE BARIATRICO IN URGENZA

SINTOMI

- ☐ Dolore epigastrico/mesogastrico improvviso
- ☐ Dolore migrante o post-prandiale
- ☐ Dolore riferito alla spalla sinistra
- ☐ Nausea e vomito ricorrente
- ☐ Ematemesi / melena
- ☐ Astenia, lipotimia, sudorazione
- ☐ Febbre e brividi
- ☐ Disfagia progressiva

I sintomi possono essere **minimi**
ma clinicamente **significativi**



PRONTO SOCCORSO

IL PAZIENTE BARIATRICO IN URGENZA

SEGNI

- ☐ Tachicardia persistente $>100\text{--}120$ bpm Δ
- ☐ Addome disteso, dolorabile, talvolta peritonitico
- ☐ Ipotensione
- ☐ Febbre $\geq 38^\circ\text{C}$
- ☐ Vomito biliare o alimentare
- ☐ Segni di disidratazione
- ☐ $\text{SatO}_2\downarrow$, $\text{FR}\uparrow$

ESAMI EMATOCHIMICI

- ☐ Leucocitosi ($>12.000/\text{mm}^3$)
- ☐ PCR elevata ($>10\text{--}20$ mg/dL)
- ☐ Lattato elevato (>2 mmol/L)
- ☐ $\text{Hb}\downarrow$ / $\text{Ht}\downarrow$
- ☐ PCT $\uparrow$
- ☐ Creatinina / urea $\uparrow$
- ☐ Elettroliti alterati ($\downarrow\text{Na}$, $\downarrow\text{K}$, $\downarrow\text{Cl}$)

L'**esame clinico** può essere **inaffidabile** a causa dell'**habitus** corporeo e dell'assenza dei classici segni di irritazione peritoneale

La **tachicardia postoperatoria** è spesso il **primo segno** di complicanza post chirurgia bariatrica.

STRUMENTI DIAGNOSTICI E APPROCCIO CLINICO

- **ESAME OBIETTIVO** complesso e peculiare per l'habitus dei pazienti
- **IMAGING**
 - ✓ TC addome con contrasto
 - ✓ Ecografia: utile in casi di sospetta colecistite, versamenti, emoperitoneo
- **ENDOSCOPIA**
 - ✓ EGDS per ulcere marginali e stenosi anastomotica



GESTIONE E STRATEGIE TERAPEUTICHE

INTERVENTO TEMPESTIVO

Approccio chirurgico vs. gestione conservativa (es. dilatazione endoscopica, drenaggi percutanei)

GESTIONE ANESTESIOLOGICA

Preparazione per vie aeree difficili, accessi venosi ecoguidati

TEAM MULTIDISCIPLINARE

Chirurghi, Anestesisti, Intensivisti e Radiologi



**NON SEMPRE L'URGENZA È GESTITA IN UN CENTRO CHE SI OCCUPA DI
CHIRURGIA BARIATRICA**

OCCLUSIONE INTESTINALE PRECOCE

Secondaria a edema anastomotico, ernia interna o aderenze precoci

DOLORE ADDOMINALE/VOMITO/OCCLUSIONE?

*DOLORE CRAMPIFORME O CONTINUO
VOMITO (BILIARE SE PRECOCE)
ALVO CHIUSO
DISTENSIONE ADDOMINALE DISIDRATAZIONE
TALVOLTA SEGNI SUBOCCLUSIVI TRANSITORI*

TC ADDOME CON CONTRASTO

**SEGNI DI STRANGOLAMENTO
O ISCHEMIA**

**SEGNI DI OCCLUSIONE
PARZIALE**

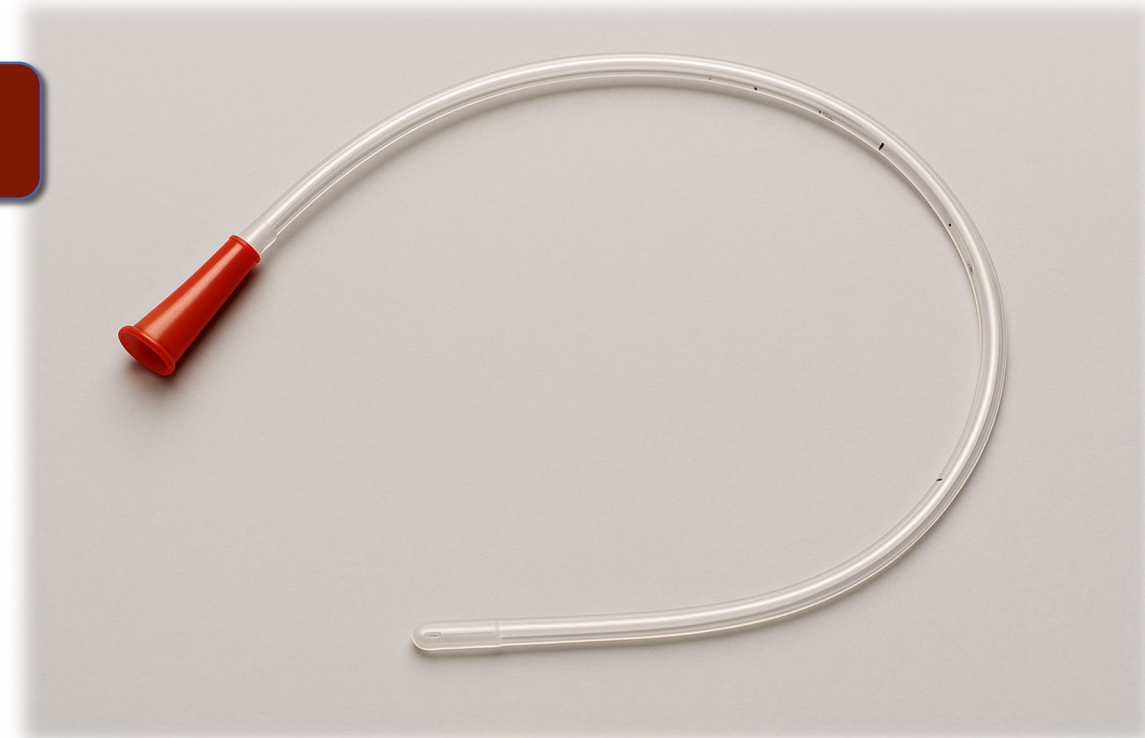
SNG

CHIRURGIA URGENTE

RIDUZIONE ERNIA/OCCLUSIONE VL
CHIUSURA DIFETTI MESENTERICI

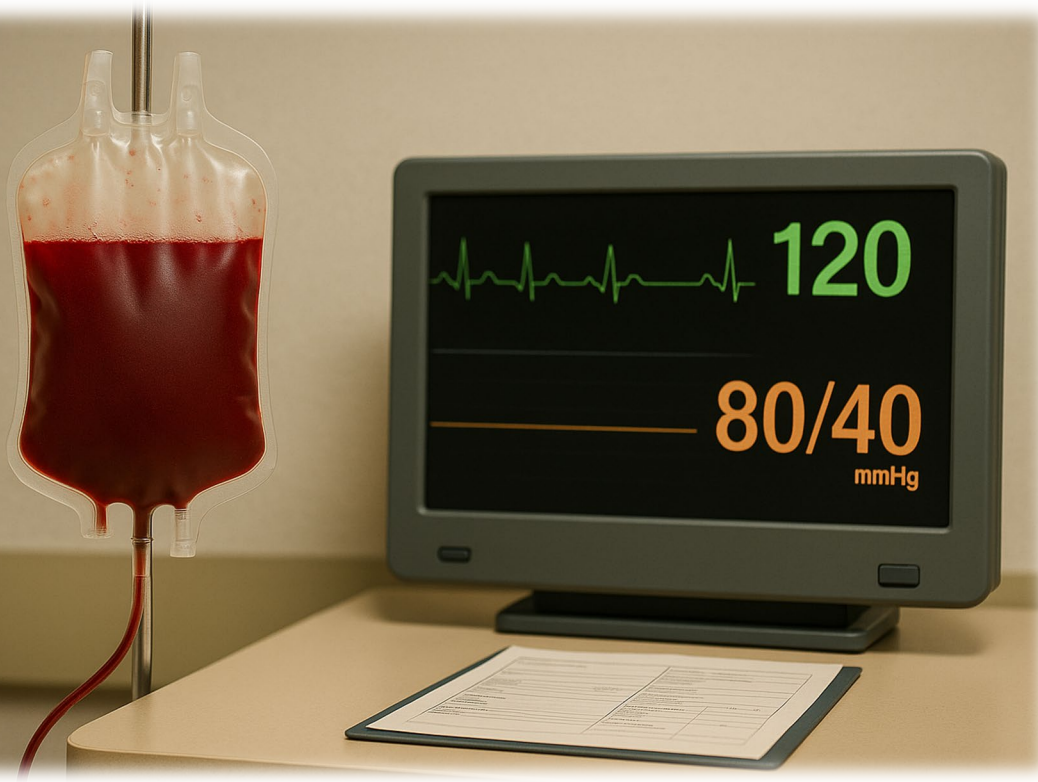
SNG

**IDRATAZIONE
OSSERVAZIONE
(24H)**



EMORRAGIA INTRADDOMINALE O DIGESTIVA

Emorragia dalla linea di sutura o da ulcere anastomotiche



TACHICARDIA/IPOTENSIONE/AMEMIZZAZIONE (MELENA)

STABILIZZARE CON FLUIDI/TRASFUSIONI

SANGUINAMENTO INTRA O EXTRALUMINALE?

TC O ENDOSCOPIA (SE EMATEMESI)

INSTABILE

**CHIRURGIA URGENTE
(EMOSTASI)**

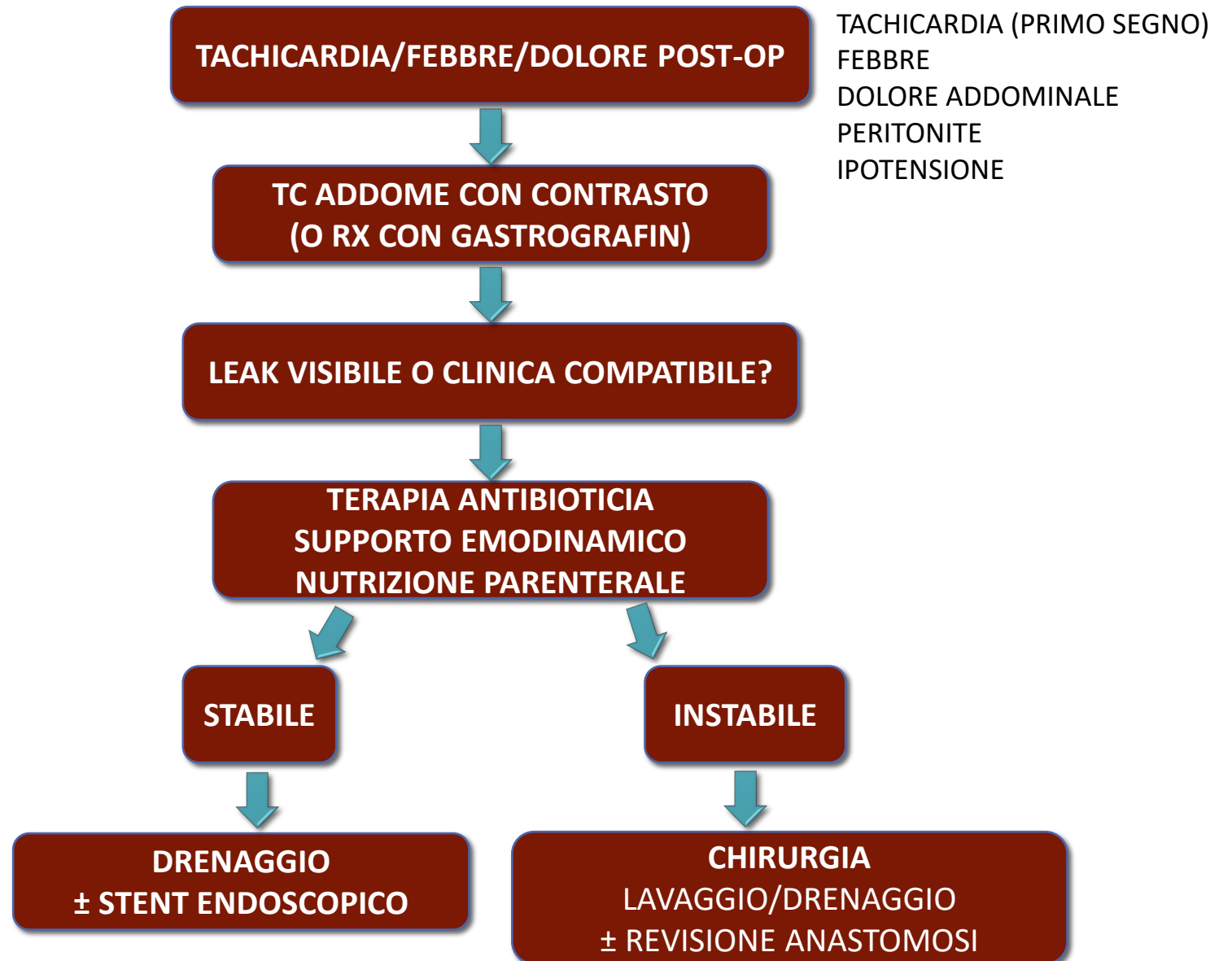
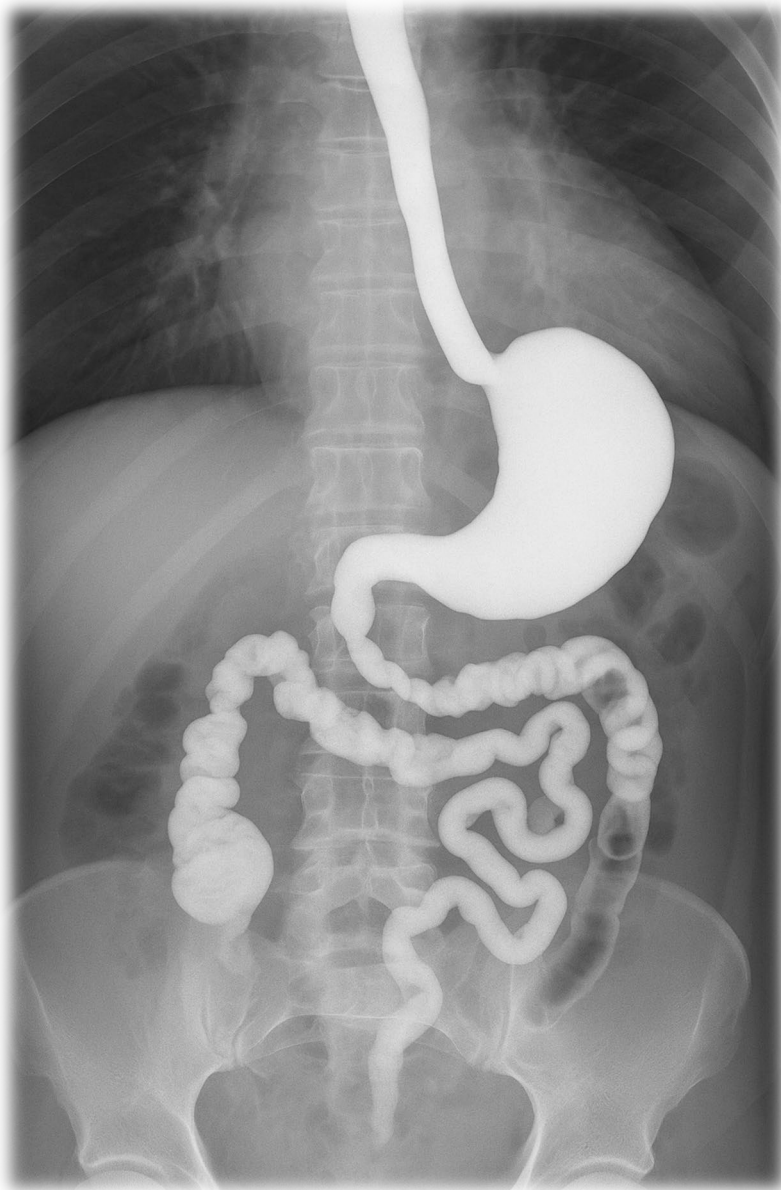
**STABILE E
INTRALUMINALE**

**ENDOSCOPIA
TERAPEUTICA**

MONITORAGGIO HB E COAGULAZIONE

DEISCENZA E FISTOLE ANASTOMOTICHE

Più frequenti dopo bypass gastrico e sleeve gastrectomy



COMPLICANZE VASCOLARI

	EMBOLIA POLMONARE	TROMBOSI VENOSA MESEENTERICA	TROMBOSI ASSE SPLENO-PORTALE
INCIDENZA	0.1% – 2.0% Più frequente nei primi 30 giorni Tra le principali cause di morte post-operatoria precoce	Rara ma potenzialmente letale (<0.5%) Più frequente nel bypass gastrico e nel duodenal switch (manipolazione dell'asse mesenterico)	0.1% – 1.0% Più frequente nel bypass gastrico con esclusione del duodeno e nella sleeve associato a splenectomia A volte asintomatica e scoperta incidentale
FATTORI DI RISCHIO	BMI > 50 Età avanzata Precedenti tromboembolici OSAS Interventi chirurgici prolungati o conversioni in laparotomia Immobilizzazione prolungata	Ipercoagulabilità (congenita o acquisita) Disidratazione post-operatoria Ridotta motilità intestinale Aderenze e alterata perfusione	Manipolazione del peduncolo splenico Compressione meccanica post-operatoria Disidratazione e ↑ viscosità ematica
CLINICA	Sintomi atipici Dispnea improvvisa, tachicardia isolata, dolore toracico atipico, ipossiemia, sincope o collasso cardiovascolare Segni: ipossiemia, segni ECG di sovraccarico ventricolare destro, aumento D-dimero	Dolore addominale sproporzionato ai reperti obiettivi, febbre, leucocitosi, segni di ischemia intestinale (nausea, vomito, alvo chiuso)	Dolore epigastrico o in ipocondrio sinistro Febbre Splenomegalia, ascite, ematemesi (varici gastriche o esofagee se cronica)
DIAGNOSI	Angio-TC polmonare (gold standard) Ecocardiogramma se instabilità emodinamica	TC addome con contrasto EV Marker laboratoristici: leucocitosi, ↑lattato	EcoDoppler addome TC o RMN con contrasto per stadiazione e conferma
TRATTAMENTO	Anticoagulazione immediata con	Anticoagulazione	Anticoagulazione per almeno 3-6

STENOSI ANASTOMOTICA

VOMITO POST-PRANDIALE/DISFAGIA PROGRESSIVA/CALO PONDERALE

DISFAGIA
RIGURGITO
VOMITO POST-PRANDIALE
SCARSA PROGRESSIONE ALIMENTARE

EGDS
E/O RADIOGRAFIA CON CONTRASTO

STENOSI

IDRATAZIONE, BILANCIO, NPT

DILATAZIONE ENDOSCOPICA GRADUALE

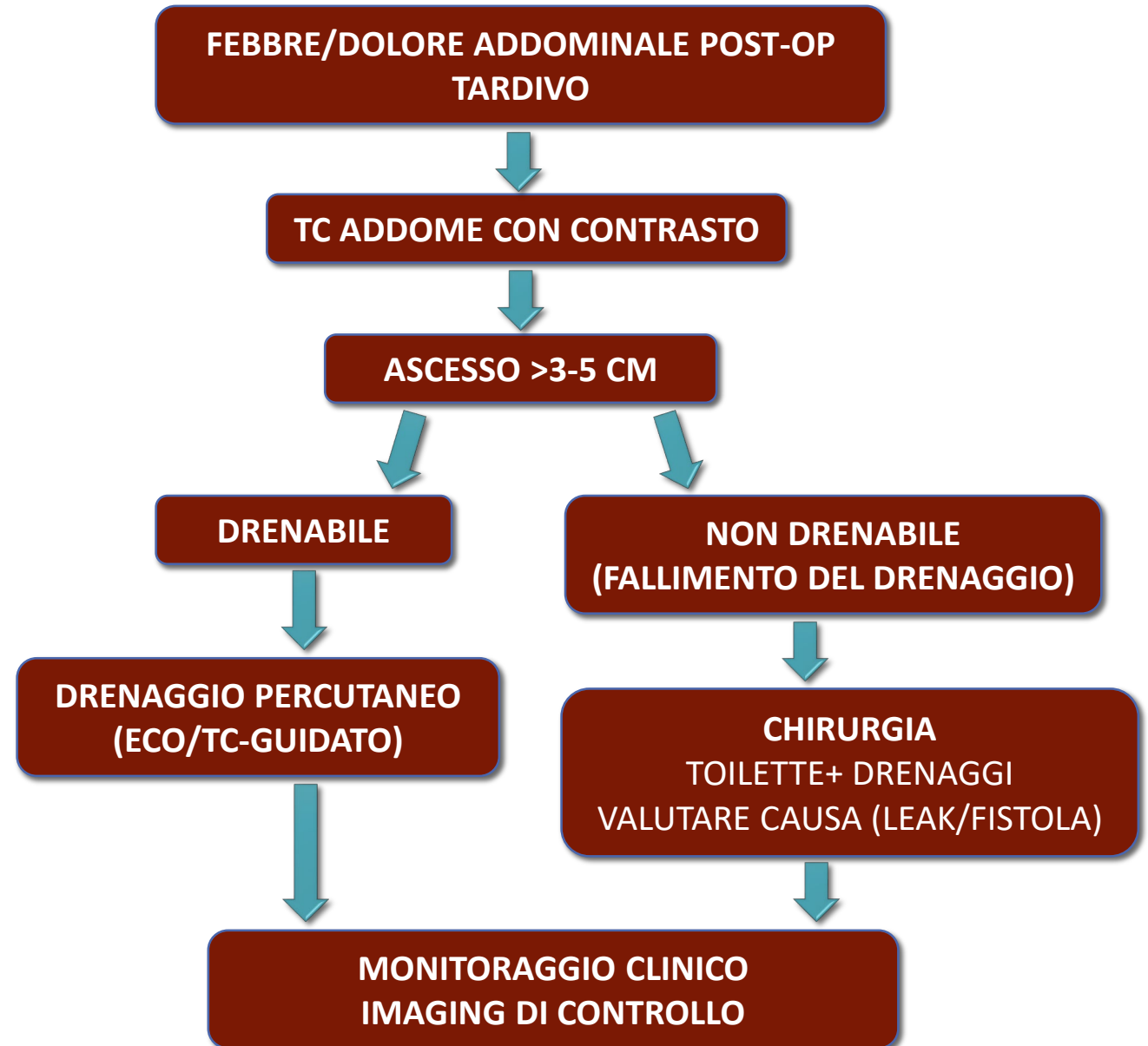
NUTRIZIONE
FOLLOW-UP ENDOSCOPICO

REFRATTARIA

CHIRURGIA DI
REVISIONE



ASCESSO INTRADDOMINALE



ULCERA MARGINALE

Più frequente dopo bypass gastrico

DOLORE EPIGASTRICO
MELENA
EMATEMESI
DIFESA ADDOMINALE (SE PERFORATA)

DOLORE EPIGASTRICO ACUTO/NAUSEA/MELENA



RX TORACE E TC ADDOME CON MDC



PERFORAZIONE A LIVELLO ANASTOMOTICO



**IPP EV
ANTIBIOTICI**



**CHIRURGIA URGENTE (< 6h DA DIGNOSI)
RAFFIA CON PATCH OMENTALE
TOILETTE E DRENAGGI**



**IPP AD ALTO DOSAGGIO
DIVIETO AI FANS
EVENTUALE ERADICAZIONE H. PYLORI**



COLECISTOPATIA LITIASICA

Urgenza Subacuta (1-6 mesi)

Incidenza: **30-40%** dopo **6-12 mesi**

Eziologia: correlata al **rapido calo ponderale**

Sintomi: **coliche biliari**, colecistite

Diagnosi: **Ecografia addome**

Trattamento: **VLC**



URGENZE CHIRURGICHE TARDIVE (>6 MESI - ANNI DOPO L'INTERVENTO)

OCCLUSIONE INTESTINALE DA ERNIA INTERNA (2-5%)

Più comune: **bypass gastrico**, soprattutto con tecnica **laparoscopica**

Segni e sintomi: dolore addominale intermittente, nausea/vomito

Diagnosi: **TC addome con contrasto** (segno dello “swirl” dell'intestino)

Trattamento: **chirurgia** laparoscopica con **chiusura dei difetti mesenterici**

VOLVOLO GASTRICO DOPO SLEEVE GASTRECTOMY (RARO)

Segni e sintomi: dolore epigastrico acuto, vomito incoercibile

Diagnosi: **TC addome con contrasto**

Trattamento: **chirurgia** d'urgenza con **detorsione/gastropessi**

OCCLUSIONE INTESTINALE PER ADERENZE (3-10%)

Segni e sintomi: dolore addominale, vomito, alvo chiuso

Diagnosi: **TC addome con contrasto**

Trattamento: **chirurgia se** segni di **ischemia**

CONCLUSIONI



La **PRESENTAZIONE CLINICA** del paziente bariatrico in urgenza varia in base al **TIMING** ed alla **TECNICA CHIRURGICA** utilizzata



Le **MANIFESTAZIONI CLINICHE** sono spesso **SFUMATE** a causa dell'habitus del paziente



Semeiotica, laboratorio, imaging, endoscopia ed un **TEAM MULTIDISCIPLINARE** aggiornato sono fondamentali per il **RICONOSCIMENTO PRECOCE** delle complicanze bariatriche e per il loro **TRATTAMENTO TEMPESTIVO**

BIBLIOGRAFIA

Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES)

Guidelines for the Clinical Application of Laparoscopic Bariatric Surgery (2021).

<https://www.sages.org/publications/guidelines>

American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS)

Integrated Health Nutritional Guidelines and Emergency Management Guidelines.

<https://asmbs.org>

SICOB (Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità)

Linee guida italiane per la chirurgia bariatrica e metabolica.

<https://www.sicob.org>

Shikora, S. A., Mahoney, C. B. (2015). *Clinical management of complications following bariatric surgery.* *Obesity Surgery*, 25(10), 1903–1910.

Birkmeyer, N. J., Finks, J. F., et al. (2013). *Complications after bariatric surgery: The role of the surgeon and hospital volume.* *JAMA Surgery*, 148(11), 1055–1062.

Gagner, M. (2017). *Leaks after Sleeve Gastrectomy and Gastric Bypass: Diagnosis and Management.* *Surgical Clinics of North America*, 96(4), 773–786.



Essential bariatric emergencies for the acute care surgeon

B. Wernick¹ · M. Jansen¹ · S. Noria² · S. P. Stawicki¹ · M. El Chaar¹

Eur J Trauma Emerg Surg (2016) 42:571–584

International Journal of Surgery 102 (2022) 106674

Complications of bariatric surgery: Presentation and emergency management

rgery 27 (2016) 77–81

Operative management of acute abdomen after bariatric surgery in the emergency setting: the OBA guidelines

World Journal of Emergency Surgery 2022, 17(1):51



A pregnant woman lies on an operating table, her back to the camera, wearing a green surgical drape. A female nurse in blue scrubs and a surgical cap stands to the left, holding a metal retractor. A male surgeon in blue scrubs and a surgical cap stands to the right, with his hands on his hips, looking at the patient. A large surgical light hangs above them. In the background, medical equipment and a clipboard on the wall are visible.

Un paziente meno
complesso no eh?

Grazie per l'attenzione!