



CHIRURGIA DELL'OBESITÀ: dal trattamento integrato al wellness

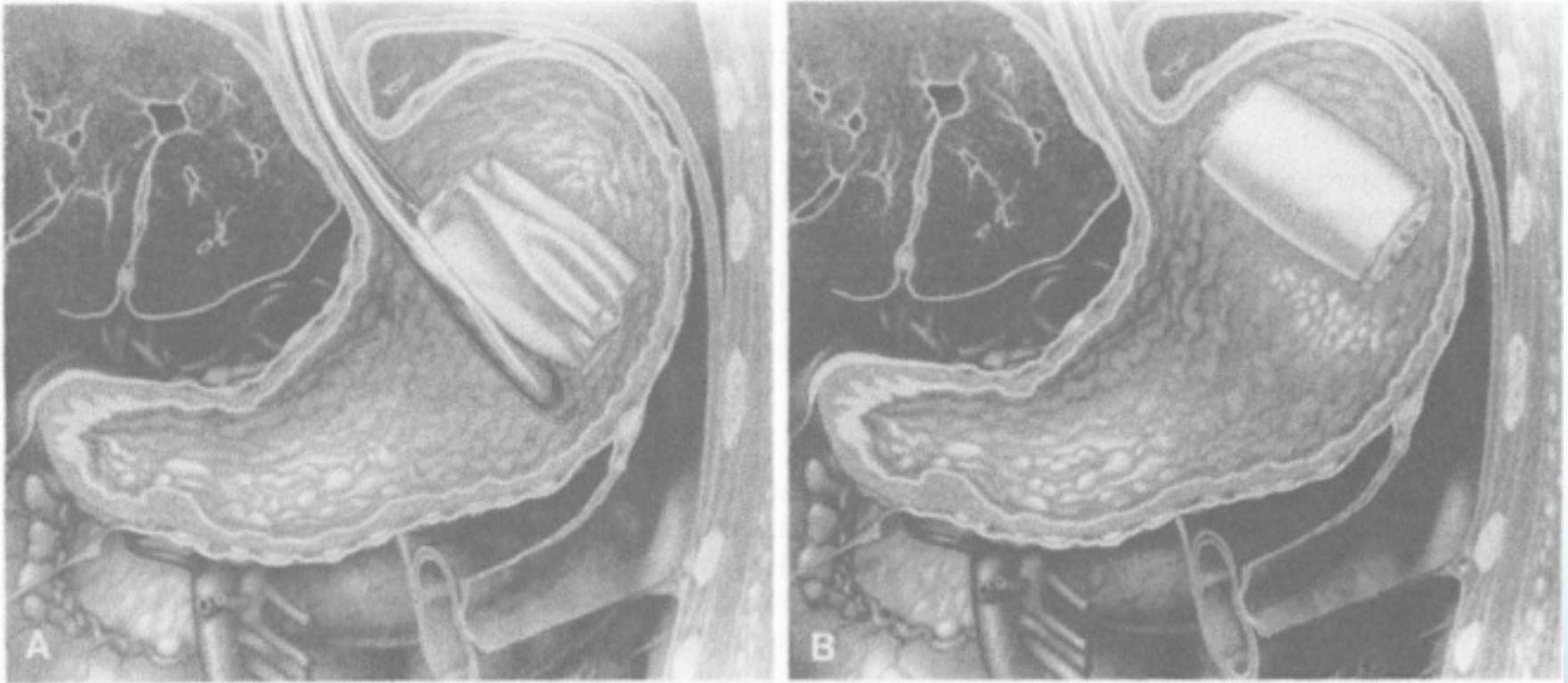
RICCIONE, Sabato 12 Aprile 2025

Resp. Scientifico **Andrea Lucchi**

ENDOSCOPIA BARIATRICA TRA LINEE GUIDA E REALTÀ'

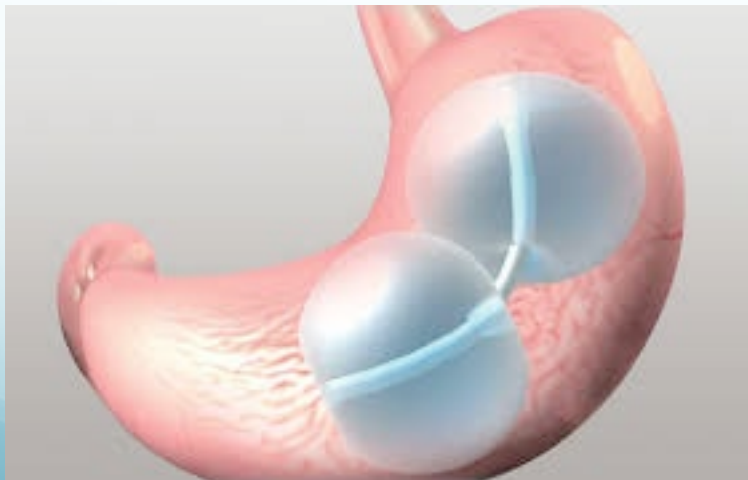
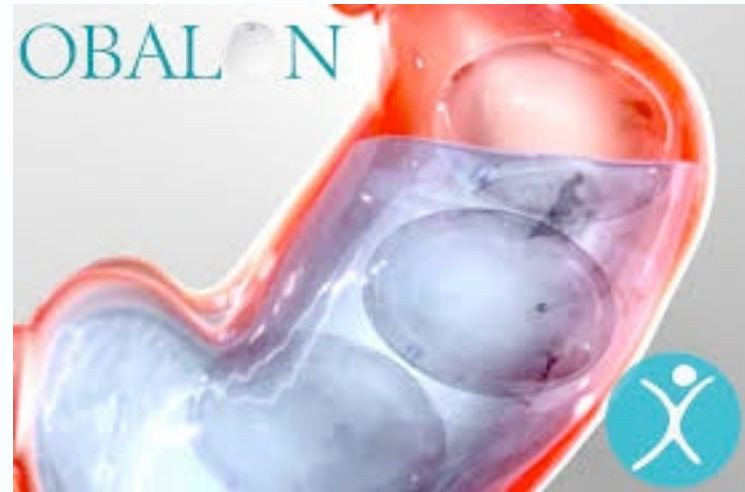
LUCA LEURATTI
CHIRURGIA BARIATRICA ED ENDOSCOPIA BARIATRICA
SANTA MARIA NUOVA FIRENZE
USL TOSCANA CENTRO
DOTT E. FACCHIANO

STORIA ENDOSCOPIA BARIATRICA



GARREN-EDWARD
BUBBLE 1985

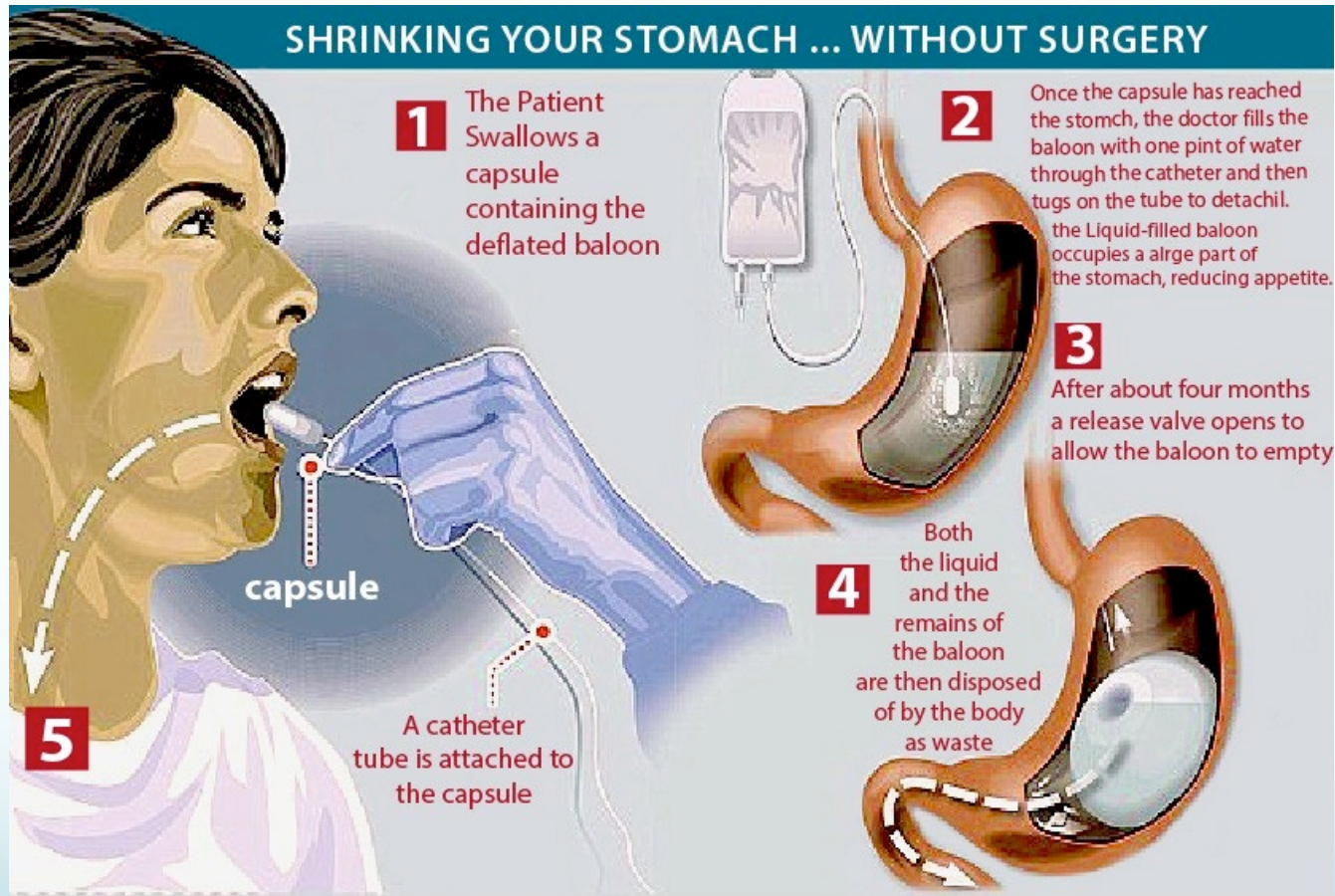
DA ALLORA UNA PIOGGIA DI PALLONI



PROBLEMATICHE COMUNI



MARKETING AGGRESSIVO



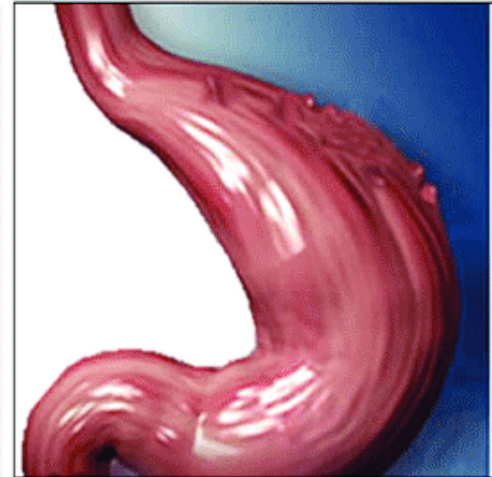
NUMEROSI TENTATIVI DI RESTRIZIONE GASTRICA PERMANENTE



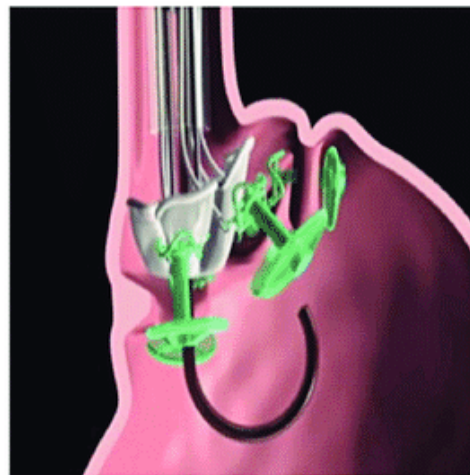
Fogel Technique



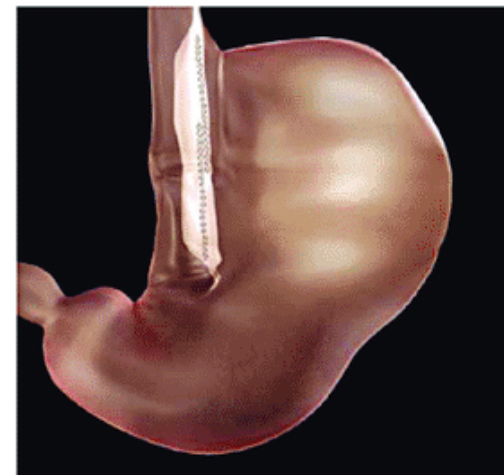
TRIM



POSE



TERIS



TOGA



Endoscopic Sleeve Gastroplasty

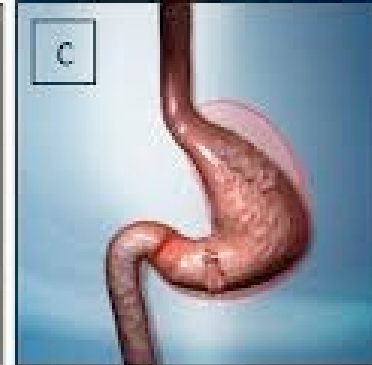
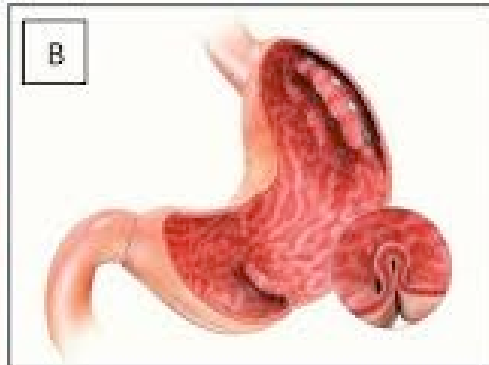
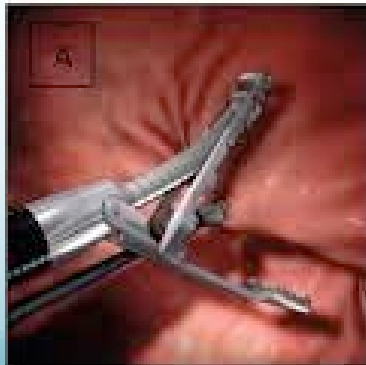
RAGGIUNGIMENTO DI UNO STANDARD DI SICUREZZA E RIPRODUCIBILITA'



POSE

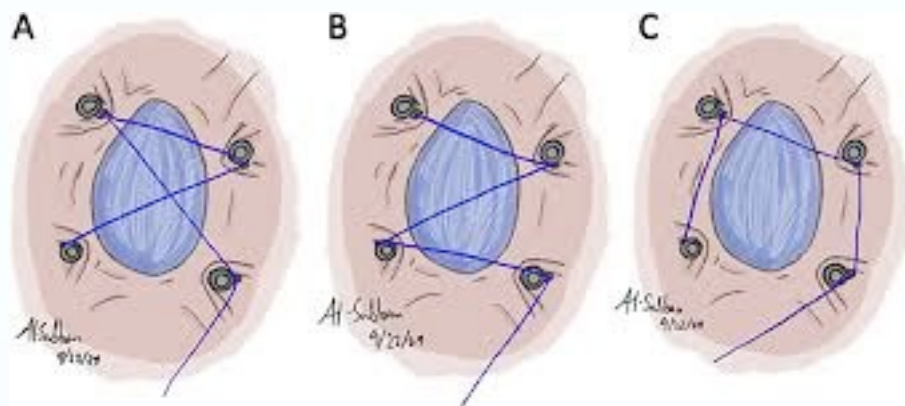
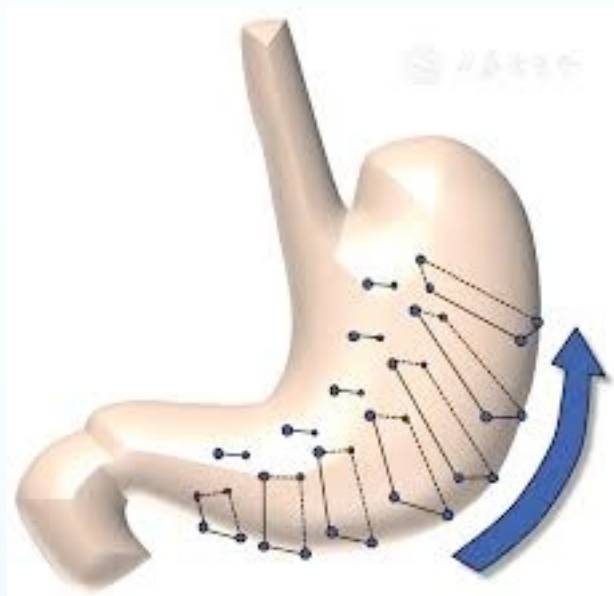


OVERSTITCH



ENDOMINA

LUNGHE DISCUSSIONI SULLA STANDARDIZZAZIONE



PATTERN DEI PUNTI
TIPO DI PIATTAFORMA
PLICATURA DEL FONDO O MENO
DISTANZA DAL PILORO

DIRE ENDOPLICATURA E' COME DIRE BYPASS GASTRICO

COSA DICONO LE LINEE GUIDA



SEZIONE ENDOSCOPIA BARIATRICA

Effetti sfavorevoli

Di quale entità sono gli effetti sfavorevoli dell'intervento?

Giudizio	Evidenza
Piccoli	<u>Mortalità perioperatoria</u> Nessun decesso nel gruppo di intervento. <u>Complicanze peri-operatorie</u> Aumento significativo delle complicanze periprocedurali senza differenze significative tra i vari interventi (Figura 13). <u>Eventi avversi seri totali</u> Dato non riportato.

ANCHE INTUITIVAMENTE UNA PROCEDURA ENDOSCOPICA HA RISCHIO PIU' BASSO DI UN INTERVENTO CHIRURGICO

Bilancio degli effetti

Il bilancio tra effetti favorevoli e sfavorevoli favorisce il trattamento in esame o quello di confronto?

Giudizio	Evidenza
Probabilmente a favore	Il bilancio degli effetti della terapia chirurgica endoscopica nel paziente con obesità complicata da altre patologie rispetto ad altri interventi non chirurgici è favorevole all'intervento per quanto riguarda l'aumento di remissione di diabete, il miglioramento del compenso glicometablico e la riduzione del peso corporeo, con un aumento contenuto degli eventi avversi gravi (mai fatali o irreversibili).

QUALE CHIRURGO PROPORREBBE UNA PLICATURA ENDOSCOPICA A UN PAZIENTE DIABETICO "FIT FOR SURGERY"?

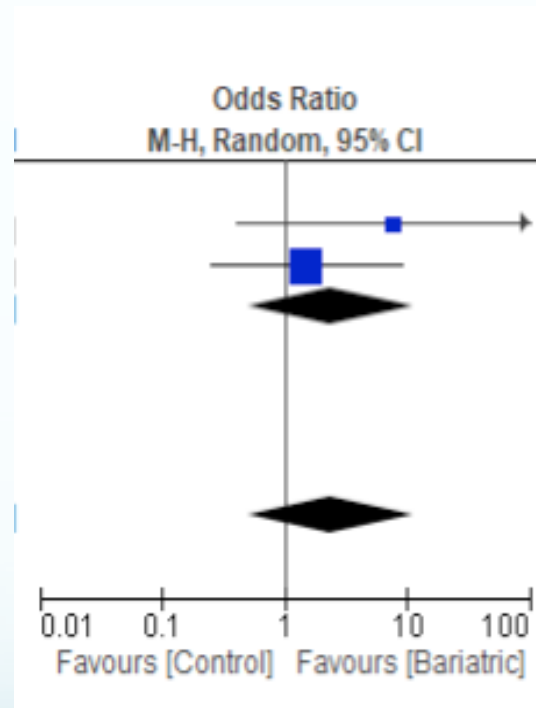
Risorse necessarie

Quale è l'ammontare dei costi previsti?

Giudizio	Evidenza
Elevate	Elevati costi legati alle procedure anche se con differenze tra tipologia di intervento.

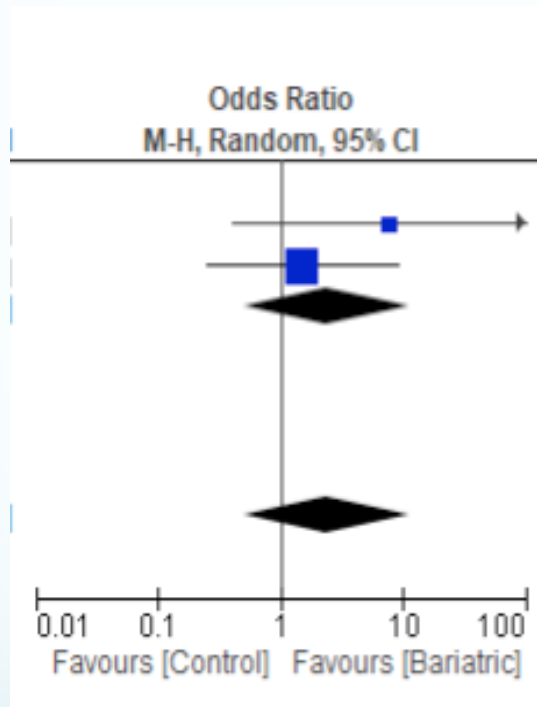
SOPRATTUTTO CON DEI COSTI ABBASTANZA VICINI PARLANDO DI TECNICHE DI SUTURA ENDOSCOPICA

COME SI COSTITUISCE LA PROPOSTA DI UNA ENDOPLICATURA IN UN PAZIENTE DIABETICO?



DALLE NUOVE LINEE GUIDA

PRIMA DIVERGENZA CON LA PRATICA CLINICA



REMISSIONE COMPLETA DEL DIABETE DOPO PROCEDURE ENDOSCOPICHE RISPETTO AI CONTROLLI



Surgery for Obesity and Related Diseases 17 (2021) 1334–1343

SURGERY FOR OBESITY AND RELATED DISEASES

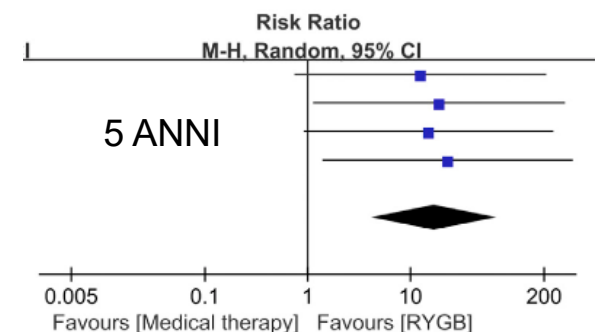
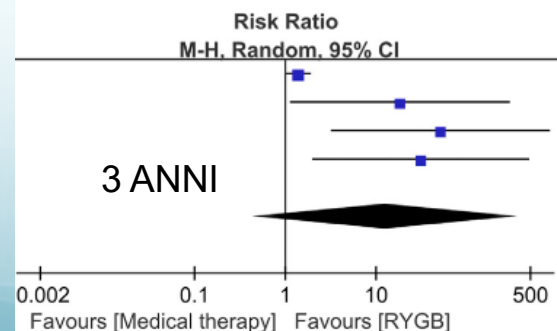
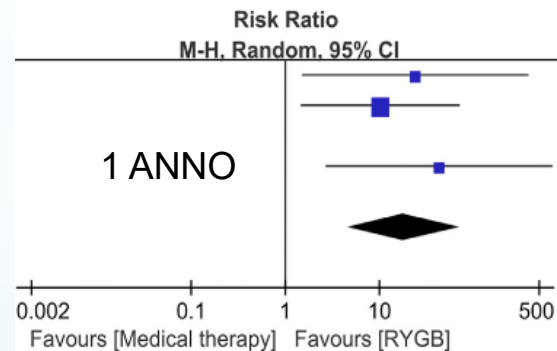
Original article

Long-term outcomes of Roux-en-Y gastric bypass versus medical therapy for patients with type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized controlled trials

Bei-Bei Cui, M.D., Guo-Hui Wang, M.D., Peng-Zhou Li, M.D., Wei-Zheng Li, M.D., Li-Yong Zhu, M.D.*, Shai-Hong Zhu, M.D.*

Department of General Surgery, The Third Xiangya Hospital, Central South University, Changsha, Hunan, China

Received 13 December 2020; accepted 1 March 2021



REMISSIONE COMPLETA DEL DIABETE DOPO RYGB RISPETTO AI CONTROLLI

E COME PERDITA DI PESO?

J Gastrointest Surg (2018) 22:267–273
<https://doi.org/10.1007/s11605-017-3615-7>



ORIGINAL ARTICLE

Endoscopic Sleeve Gastroplasty, Laparoscopic Sleeve Gastrectomy, and Laparoscopic Band for Weight Loss: How Do They Compare?

Aleksey A. Novikov¹ · Cheguevara Afaneh² · Monica Saumoy¹ · Viviana Parra³ ·
 Alpana Shukla⁴ · Gregory F. Dakin² · Alfons Pomp² · Enad Dawod¹ · Shawn Shah¹ ·
 Louis J. Aronne⁴ · Reem Z. Sharaiha¹

HA DAVVERO SENSO
 CONFRONTARE PROCEDURE
 ENDOSCOPICHE CON QUELLE
 CHIRURGICHE?

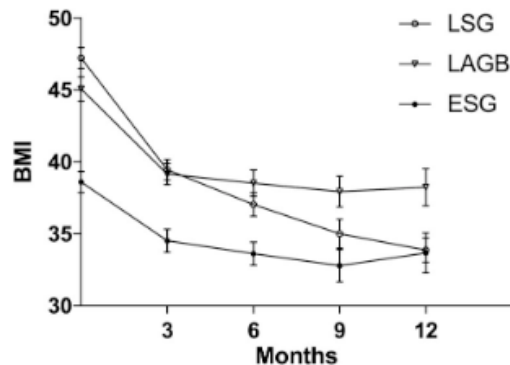


Table 4 Adverse events as a fraction of overall procedure number all within 90 days

Grade	LSG (n = 120)	ESG (n = 91)	LAGB (n = 67)
I	Post op ileus Dehydration ^{&} Dehydration ^{&}	3 (2.50%)	Migraine ^{&} 1 (1.1%) Abdominal pain ^{&} 1 (1.5%)
II	PE Wound infection UTI treated with antibiotics	3 (2.50%)	— 0 Wound infection PE ^{&} 3 (4.5%)
III	N/V had EGD ^{&} Wound complication ^{&} Suspected leak needing surgery	3 (2.50%)	Leak ^{&} 1 (1.1%) Band removal Band removal 2 (3.0%)
IV	Leak ^{&} Hypercarbic respiratory failure in ICU	2 (1.67%)	0 —
V	—	0	— 0

This is based on Clavien-Dindo classification of surgical complications³⁰

[&] This denotes patients who were re-admitted to the hospital

LINEE GUIDA ALTERNATIVE: NICE GUIDELINES

ESG versus LSG

In a systematic review and meta-analysis of 16 studies comparing ESG with LSG, the mean %EWL was 80.3% (95% CI 68.1 to 92.5; $p=0.001$; $I^2=98.9\%$, $\text{Tau}^2=56.62$) for the LSG group and 62.2% (CI 57.8 to 66.6; $p=0.005$; $I^2=65.52$, $\text{Tau}^2=24.68$) for the ESG group, corresponding to an absolute difference of 18.1% ($p=0.0001$; Marincola 2021).

A meta-analysis of 7 studies (with 6,775 people) that directly compared ESG ($n=3,413$) with LSG ($n=3,362$) reported that there significant differences in EWL% at 6 months (MD -10.23 ; 95% CI -11.90 to -8.56 ; $p<0.00001$; $I^2=0\%$, 3 studies) and at 12 months (MD -23.99 ; 95% CI -25.30 to -22.68 ; $p<0.00001$; $I^2=0\%$, 2 studies) showing superiority of LSG over ESG (Beran 2022).

ESG versus LSG

A meta-analysis of 7 studies (with 6,775 people) that directly compared ESG ($n=3,413$) with LSG ($n=3,362$) reported that the improvement or remission of diabetes mellitus was significantly higher with LSG compared with ESG (82% versus 64% respectively; RR 0.78, 95% CI 0.68 to 0.91, $p=0.001$, $I^2=0\%$). The improvement or remission of hypertension was similar between the ESG and LSG groups (51% versus 46% respectively; RR 1.12, 95% CI 0.86 to 1.47, $p=0.39$, $I^2=0\%$; Beran 2022).



PERDITA DI PESO



REMISSIONE DEL DIABETE

HA SENSO UN CONFRONTO ENDOBARIATRICA-BARIATRICA?

Bariatric and Metabolic Endoscopy

Special Collection



Therapeutic Advances in Gastrointestinal Endoscopy

Review

Endobariatric procedures for obesity: clinical indications and available options

Hemant Goyal¹, Jonathan Kopel², Abhilash Periseti³, Rupinder Mann, Aman Ali, Benjamin Tharian, Shreyas Saligram and Sumant Inamdar

Ther Adv Gastrointest Endosc
2021; Vol. 14; 1-17
DOI: 10.1177/
263174622096427
© The Author(s), 2021.
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-
permissions

Study	Endoscopic suturing device	Number of patients	Mean BMI	6 months % TWL	BMI (kg/m ²) 6 months	6 months % EWL
Lopez-Nava and colleagues ⁶⁹	Overstitch	154	38.3 ± 5.5	15.8 ± 7.1	32.0 ± 4.3	47.8 ± 29.4
Alqahtani and colleagues ⁷⁰	Overstitch	1000	33.3 ± 4.5	13.7 ± 6.8	29.0 ± 5.3	64.3 ± 56.2
Fayad and colleagues ⁷¹	Overstitch	54	43.1	17.2	NA	NA
Sartoretto and colleagues ⁷²	Overstitch	112	37.9 ± 6.7	14.9 ± 6.1	32.3 ± 3.2	50.3
Sharahia and colleagues ⁷³	Overstitch	91	40.7 ± 7	14.4	NA	NA
Lopez-Nava and colleagues ⁷⁴	Overstitch	248	37.8 ± 5.6	15.2	NA	NA
Abu Dayyeh and colleagues ²³	Overstitch	25	35.5 ± 2.6	NA	NA	53 ± 17
López-Nava and colleagues ⁷⁵	Overstitch	55	37.7 ± 4.5	18.9 ± 9.5	31.1 ± 4.5	55.2 ± 23.8
Saumoy and colleagues ⁷⁶	Overstitch	128	38.9	13.43	33.94	NA
Kumar and colleagues ⁷⁷	Overstitch	77	36.1 ± 0.6	16.2 ± 0.7	NA	NA
Huberty and colleagues ⁷⁸	Endomina	51	35.1	8	32.2	31

BMI, body mass index; EWL, excess weight loss; TWL, total weight loss.

The data presented in this table are for representation purposes only. This table, in no manner, depicts the comparison between these devices.



Submit a Manuscript: <https://www.f6publishing.com>

World J Gastrointest Endosc 2023 June 16; 15(6): 469-479

DOI: 10.4253/wjge.v15.i6.469

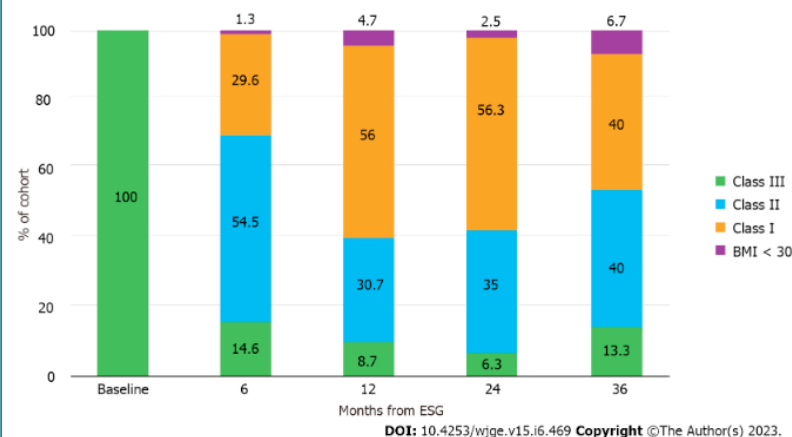
ISSN 1948-5190 (online)

ORIGINAL ARTICLE

Retrospective Cohort Study

Endoscopic sleeve gastroplasty in class III obesity: Efficacy, safety, and durability outcomes in 404 consecutive patients

Daniel Barry Maselli, Anna Carolina Hoff, Ashley Kucera, Emily Weaver, Laura Sebring, Lori Gooch, Kathleen Walton, Daniel Lee, Taylor Cratty, Selena Beal, Srikanth Nanduri, Kendall Rease, Christina S Gainey, Laura Eaton, Brian Coan, Christopher E McGowan



DOI: 10.4253/wjge.v15.i6.469 Copyright ©The Author(s) 2023.

HA SENSO SOLO SE SI RELATIVIZZA IL CONCETTO DI “RISULTATO”

POSSONO CONVIVERE MODI COSÌ DIVERSI DI APPROCCIARE UN PROBLEMA?

Review

Thieme

Building an endobariatric program: lessons learned

OPEN ACCESS



Authors

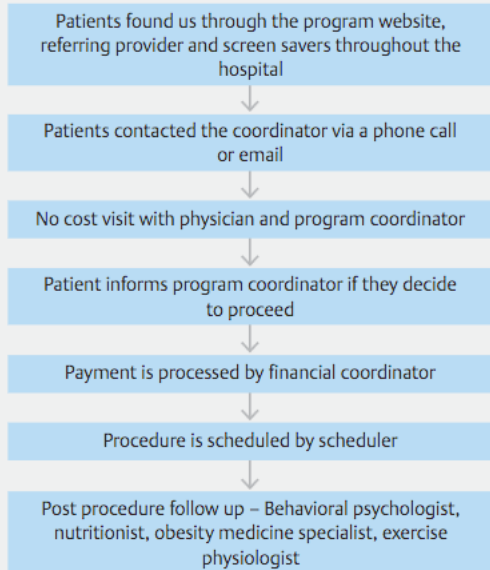
Dilhana Badurdeen¹, Abdellah Hedjoudje^{1,2}, Mohamad Itani¹, Lea Fayad¹, Jad Farha¹, Margo Dunlap¹, Lawrence Cheskin³, Michael Schweitzer⁴, Kristen Koller¹, Christian Hartman¹, Andreas Oberbach¹, Mouen A. Kashab¹, Anthony Kalloo¹, Vivek Kumbhari¹

Institutions

- 1 Johns Hopkins Medical Institutions – Division of Gastroenterology and Hepatology, Baltimore, Maryland, United States
- 2 Hôpital Beaujon – Département d'endoscopie digestive Clichy, France
- 3 Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health – Weight Management Center, Baltimore, Maryland, United States
- 4 Johns Hopkins Medicine – Department of Surgery, Baltimore, Maryland, United States

submitted 28.2.2020

accepted after revision 22.5.2020



► Fig. 1 Algorithm showing patient flow through the program.

2020

ABBIAMO FATTO TANTA FATICA PER RICONOSCERE UN RUOLO MULTIDISCIPLINARE ED INCLUSIVO DI ALTRE SPECIALITA' CHE SEMBRA DI TORNARE INDIETRO DI VENT'ANNI

Win over the bariatric surgeon –

Provide reassurance that endobariatric procedures are simply an alternative and not a replacement to bariatric surgery

Refer patients with a BMI ≥ 40 kg/m²

Include them in research publications or protocols

Invite them to speak at divisional meetings and conferences

Manage post-bariatric surgery complications. Eg: Leaks, stenosis

Manage post-bariatric surgery weight regain

SECONDA DIVERGENZA CON LA PRATICA CLINICA

Costo-efficacia		
<i>La costo-efficacia favorisce il trattamento in esame o quello di confronto?</i>		
Giudizio	Evidenza (vedi "Evidenze farmaco-economiche")	Considerazioni aggiuntive
Probabilmente a favore dell'intervento	I costi derivanti da un intervento chirurgico per il trattamento dell'obesità sono elevati. Sfortunatamente vi sono pochi studi sull'argomento, eccetto uno che mostra un ottimo profilo di costo-efficacia per quanto riguarda IGB che potrebbe essere in grado addirittura grado di far risparmiare risorse ¹⁹ .	
Equità		
<i>Quale sarebbe l'impatto dell'intervento sull'equità?</i>		
Giudizio	Evidenza	Considerazioni aggiuntive
Probabilmente ridotta	Non esistono dati specifici.	Il numero di strutture pubbliche capaci di fornire un'adeguata terapia chirurgica è limitato e non è distribuito omogeneamente sul territorio, per cui una parte dei pazienti potrebbe essere costretta a rivolgersi a strutture private non convenzionate.

ANALISI DEI COSTI NON COMPARATA

IN ALTRE PAROLE

LE LINEE GUIDA NON SERVONO A STABILIRE QUALE TRATTAMENTO E' PIU' VANTAGGIOSO PER IL PAZIENTE O PER IL SISTEMA SANITARIO IN ESSERE

LE LINEE GUIDA DEFINISCONO DEI CONFINI DI INTERVENTO ALL'INTERNO DEI QUALI I CLINICI POSSONO MUOVERSI CASO PER CASO



**E' PROPONIBILE UN MODELLO SIMILE
PER LE PROCEDURE
ENDOSCOPICHE?**

I FONDATORI VEDEVANO LONTANO



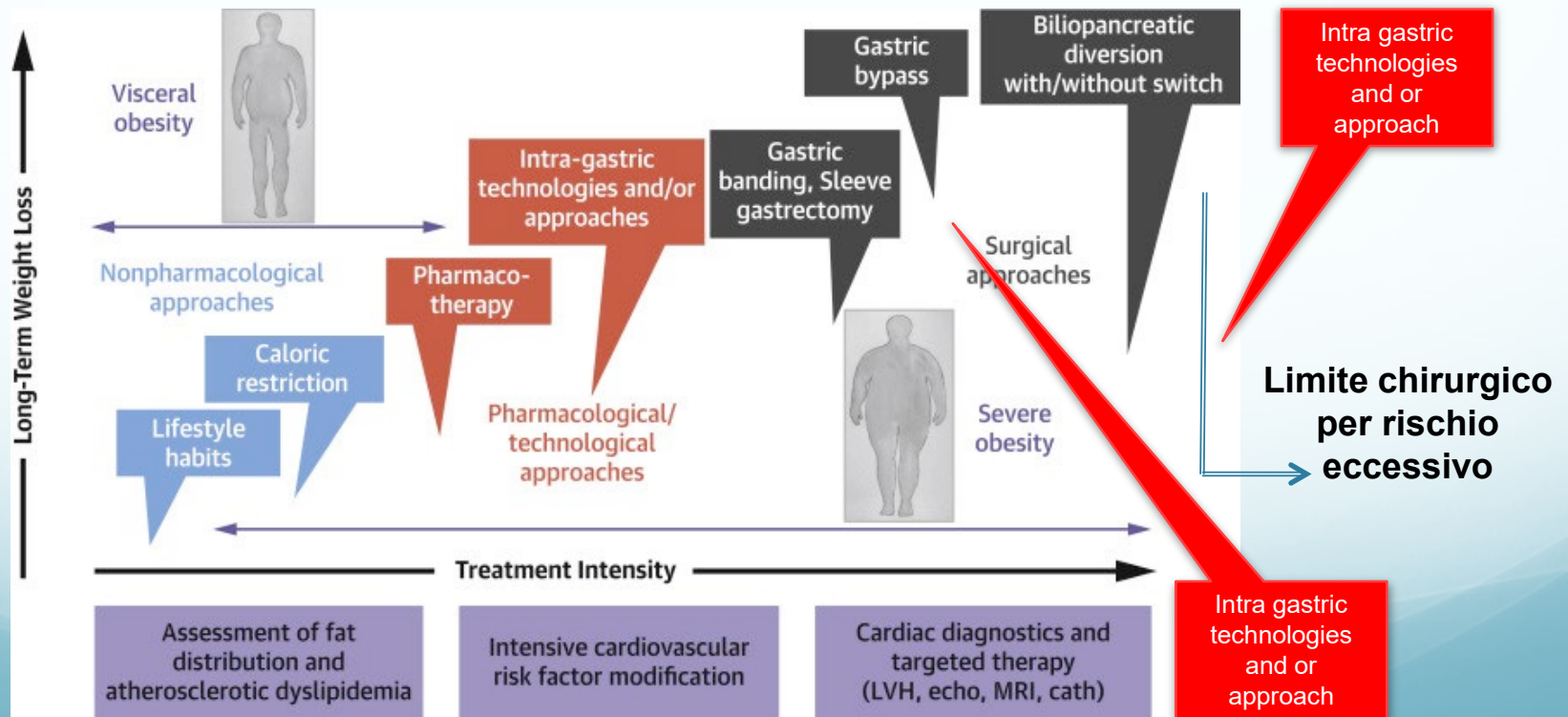
**IL MONDO DELLA CHIRURGIA
DELL'OBESITA' HA VISTO 3 GRANDI
EPOCHE**

- 1. L'EPOCA DEI PIONIERI (COME LO
STESSO PROF. SCOPINARO) IN CUI
QUESTO MONDO VENIVA CREATO**
- 2. L'EPOCA DEGLI SCIENZIATI, IN CUI SI
CAPIVA IL PERCHE' QUESTO MONDO
FUNZIONAVA**
- 3. L'EPOCA DEI PROFESSIONISTI IN CUI
L'OBIETTIVO E' OFFRIRE UN
TRATTAMENTO AL MAGGIOR
NUMERO DI PAZIENTE CANDIDABILI A
TALE CURA**

**L'ENDOSCOPIA BARIATRICA E' IN UNA
FASE ANCORA PIONIERISTICA QUANDO
CI SI ASPETTA GIA' UNO STANDARD
REPLICABILE**

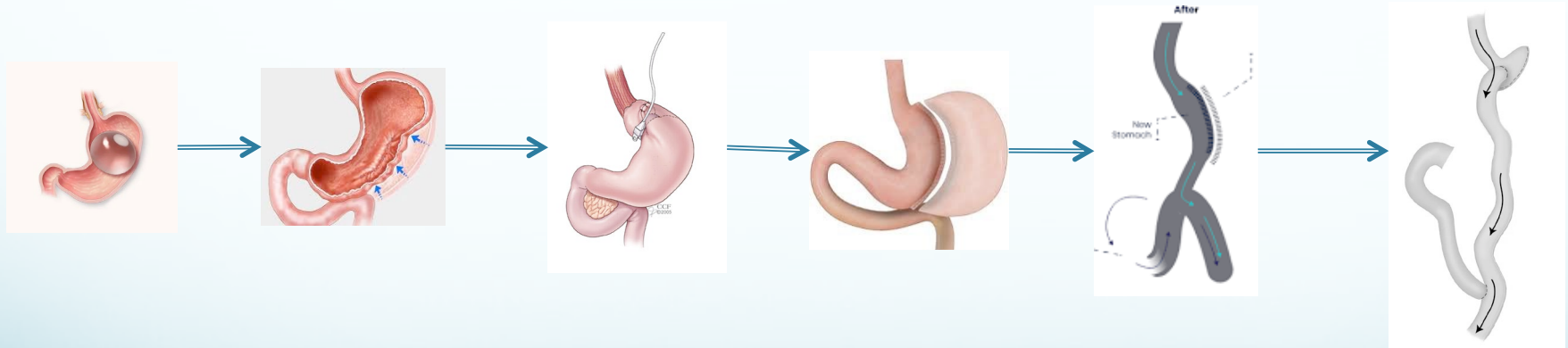
ETEROGENEITA' DI RISULTATI

APPLICABILITA' DELLE METODICHE ENDOSCOPICHE ESTREMAMENTE AMPIA



TERZA DIVERGENZA CON LA PRATICA CLINICA

NON E' PREVISTA UNA PROGRESSIONE DI TIPO ENTROPICO NELLE POSSIBILI PRATICHE REVISIONALI



NON CI SONO STUDI CHE DIMOSTRINO L'INUTILITA' DELLA REGRESSIONE IN QUESTA SEQUENZA AI SOLI FINI DELLA PERDITA DI PESO



A MAGGIOR RAGIONE NELLE PROCEDURE REVISIONALI ENDOSCOPICHE CHE POSSONO SOLO AUMENTARE LA COMPONENTE RESTRITTIVA AL MOMENTO



MENU

BARIATRICO

BYPASS

TERMINATO

SLEEVE

TERMINATO

ENDOBARIATRIC

PALLONE
ENDOSLEEVE
TORE
POSE
ENDOMINA

FARMACI

TERMINATO

L'ESCLUSIONE DI UN APPROCCIO
TERAPEUTICO DEVE ESSERE
LEGATO A MOTIVI CLINICI NON
PERCHE' MANCA DALLE OPZIONI

L'IDEALE DELLA PRATICA BARIATRICA

- 1. UNICO CENTRO CHE RACCOLGA VARIE SPECIALISTICHE COINVOLTE**
- 2. COORDINAMENTO PERIODICO E LAVORO DI SQUADRA**
- 3. SOVRAPPOSIZIONE DI COMPETENZE E DISCUSSIONE DI OGNI CASO**



ECCELLENZA

QUANDO L'ENDOBARIATRICA IN UN CENTRO CHIRURGICO BARIATRICO?

1. RISCHIO OPERATORIO INACCETTABILE

SCOMPENSO CARDIACO; BPCO GRAVE; RECENTI INTERVENTI ONCOLOGICI

2. INACCESSIBILITA' ALL'ADDOME

LAPAROCELE PERMAGNO, MULTIPLI ACCESSI ADDOMINALI OPEN, EPATOMEGALIA

3. ALTO SOSPETTO DI CONDIZIONE CONTROINDICANTE

DCA ACCERTATI O TERAPIA PSICHIATRICA CON ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO DUBBIO

4. INDISPONIBILITA' DEL PAZIENTE

PAZIENTE CHE CERCA UNA SOLUZIONE MENO RISCHIOSA MA CHE ALMENO INIZIA UN PERCORSO (ANCHE FARMACOLOGICO)

CONCLUSIONI

- LE LINEE GUIDA NON POSSONO CODIFICARE GLI AMBITI DI APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE ENDOBARIATRICHE
- LE PROCEDURE ENDOBARIATRICHE SONO ESTREMAMENTE LIQUIDE E VOLATILI, TROVANO APPLICAZIONE IN VARI MOMENTI DEL PERCORSO BARIATRICO MA HANNO RISULTATI NON PREVEDIBILI A PRIORI
- IL RISCHIO BASSO E LA REVERSIBILITA' PERMETTONO UNA APPLICAZIONE AMPIA E COMPLEMENTARE ALLE PROCEDURE BARIATRICHE GIA' CODIFICATE