

33° CONGRESSO
NAZIONALE SICOB
SORRENTO

29 · 31 OTTOBRE
2 0 2 5



HILTON
SORRENTO
PALACE

Quando il chirurgo

Antonello Niglio

Unità di Chirurgia Generale e Laparoscopica Avanzata

Centro di Eccellenza S.I.C.OB.

Casa di Cura Privata "SALUS" - Battipaglia (SA)

CHIRURGIA BARIATRICA E SUA COMPLESSITÀ

La chirurgia bariatrica è da considerarsi una chirurgia addominale maggiore (CAM)

- Complessa ed invasiva
- Stress fisiologico
- Anestesia generale
- Ricovero post-operatorio
- Organizzazione
- Tipologia di pazienti

La chirurgia bariatrica non termina con l'intervento: essa implica un percorso post-operatorio lungo e complesso, in cui il follow-up nutrizionale, psicologico e medico è fondamentale per garantire il successo a lungo termine, prevenire complicanze e favorire l'adozione di uno stile di vita sano. La mancata aderenza al follow-up può compromettere i risultati, aumentando il rischio di insuccesso o di complicanze tardive



CLASSIFICAZIONE DELLE COMPLICANZE POST-CHIRURGICHE

☐ Precoci (entro 30 giorni):

- Tromboembolie
- Infezioni della ferita/sito chirurgico
- Occlusioni
- Emorragie
- Fistole anastomotiche/deiscenze
- Insufficienza respiratoria

☐ Tardive (dopo 30 giorni) :

- Complicanze cardiovascolari
- Stenosi
- Ulcere marginali
- Carenze nutrizionali
- Ernie interne
- Occlusioni
- Sindromi aderenziali



**COMPLICANZE PRECOCI DI INTERESSE
CHIRURGICO IN
CHIRURGIA BARIATRICA**

Emorragie

**Fistole
anastomotiche /
deiscenze**



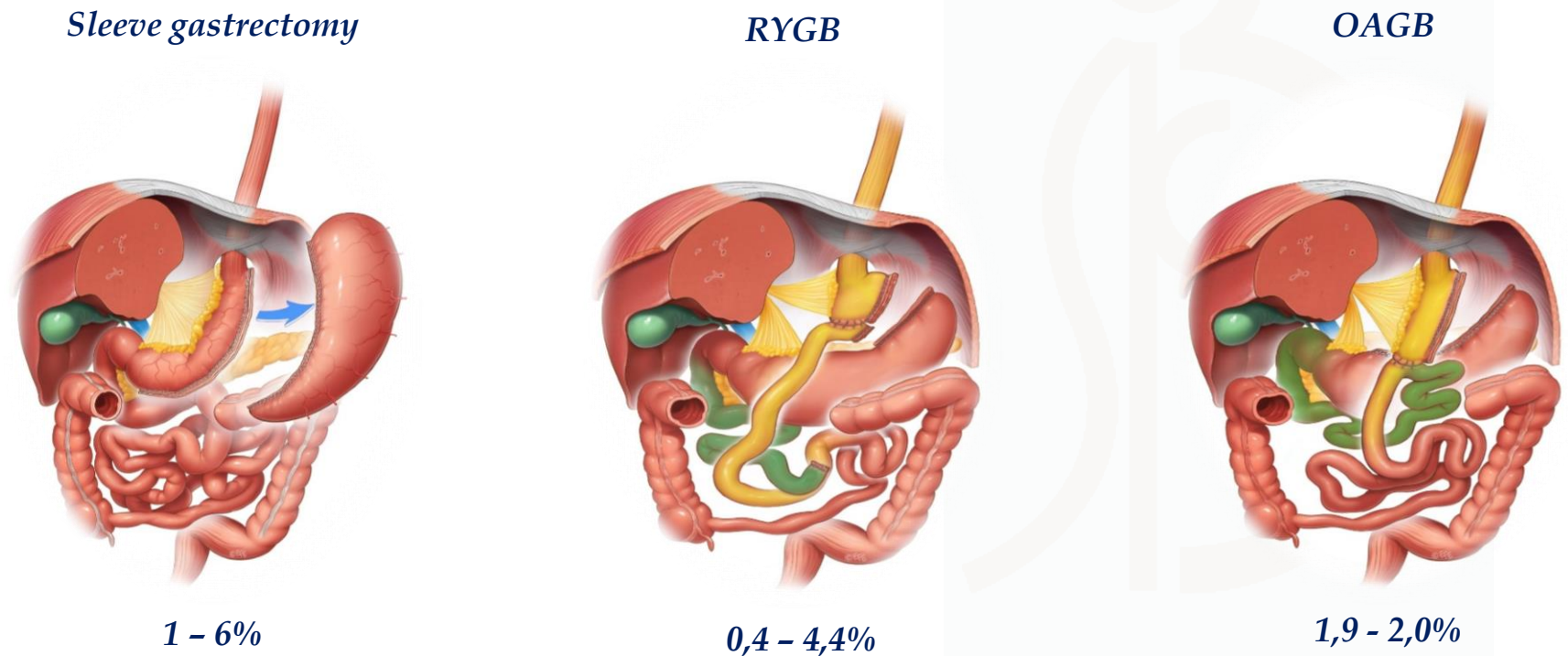
Emorragie

Rappresenta una delle complicanze precoci più frequenti in chirurgia bariatrica

In letteratura, l'incidenza di emorragia post-operatoria è compresa tra l'1 e il 4% con un range di mortalità inferiore all'1%

Questa complicazione è spesso autolimitante, tuttavia occasionalmente può portare a morbidità e/o mortalità significative

Fecso Ab et al. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2018 Feb;28(1):52-55



Straatman J et al. Risk factors for postoperative bleeding in bariatric surgery. Surg Obes Relat Dis. 2022 Aug;18(8):1057-1065

Odovic M et al. Early Bleeding After Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass: Incidence, Risk Factors, and Management - a 21-Year Experience. Obes Surg. 2022 Aug 6;32(10):3232-3238

Sakran N et al. One Anastomosis Gastric Bypass in 6722 Patients: Early Outcomes from a Private Hospital Registry. J Clin Med. 2023 Oct 31;12(21):6872

Emorragie

Il 70% delle complicanze emorragiche postoperatorie si presentano entro le prime 4 ore dopo l'intervento

SINTOMATOLOGIA CLINICA

- Tachicardia
- Lipotimia e/o sudorazione e/o vertigini e/o ottundimento al passaggio da clino ad ortostatismo
- Difficoltà respiratoria/dispnea in mobilizzazione e/o a riposo
- Facies e colorito di cute e mucose
- Un quadro di ileo o un rallentamento della funzione gastrointestinale
- Contrazione della diuresi

**EMORRAGIA
EXTRALUNIMALE
95%**



**Dolore addominale atipico e/o persistente
positività del drenaggio (se presente)**

**EMORRAGIA
INTRALUNIMALE
5%**



Ematemesi/melena

**COMPLICANZE PRECOCI DI INTERESSE
CHIRURGICO IN
CHIRURGIA BARIATRICA**

Emorragie

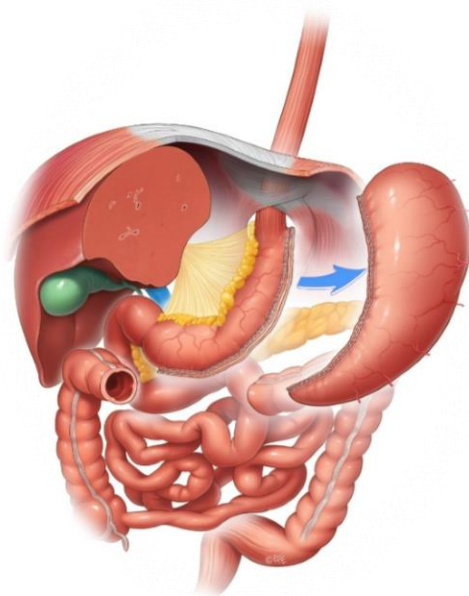
**Fistole
anastomotiche /
deiscenze**



Fistole anastomotiche/ deiscenze

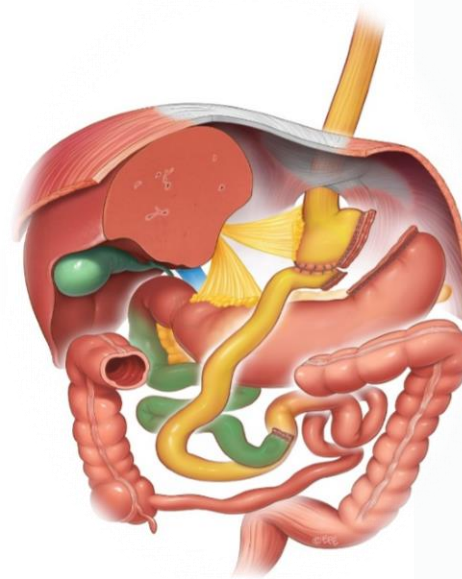
Le fistole/deiscenze anastomotiche rappresentano le complicanze più temute dopo un intervento di chirurgia bariatrica a causa della difficoltà di diagnosi e dell'aumento delle morbidità e mortalità ad esse associate

Sleeve gastrectomy



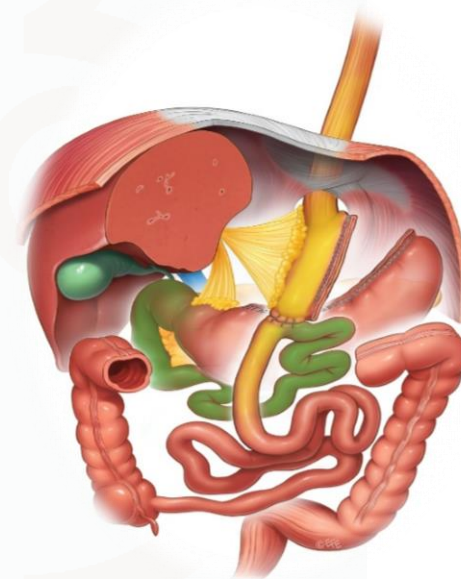
0,7 – 5,3%

RYGB



1,0 – 5,6%

OAGB



0,5 – 1,5%

Aurora AR. Sleeve gastrectomy and the risk of leak: a systematic analysis of 4,888 patients. *Surg Endosc.* 2012 Jun;26(6):1509-15

Sakran N et al. World J Surg Surg Res. 2022. Vol . Art 1419

Kermansaravi M et al. Management of leaks following one anastomosis gastric by pass: An updated systematic review and meta-analysis of 44318 patients. *Int J Surg.* 2023 Apr 10;109(5):1497-1508

Fistole anastomotiche / deiscenze

La maggior parte delle fistole anastomotiche/deiscenze postoperatorie si presentano entro tra la II e la IV giornata post-operatoria

SINTOMATOLOGIA CLINICA

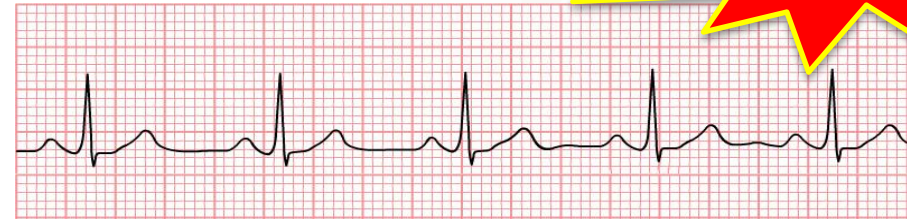
- **Tachicardia**
- **Febbre**
- **Dolore gastrico/addominale**
- **Dolore toracico**
- **Tachipnea**
- **Drenaggio da una ferita chirurgica/variazione qualitativa del liquido di drenaggio (se presente)**
- **Nausea e/o vomito**
- **Dolore a livello della spalla sinistra**
- **Ipotensione**
- **Contrazione della diuresi**

Bekheit M et al. AJM. 2013 March. Vol 49, Issue 1, Pages 29-33

MA LA SOLA TACHICARDIA PUO' BASTARE?

Una tachicardia inspiegabile (frequenza cardiaca > 100 bpm) è spesso il primo e più affidabile segno di una emorragia o di una deiscenza anastomotica, anche prima della comparsa di febbre o dolore evidente

Un numero significativo di
pazienti bariatrici fa uso
DI BETA-BLOCCANTI



BIAS

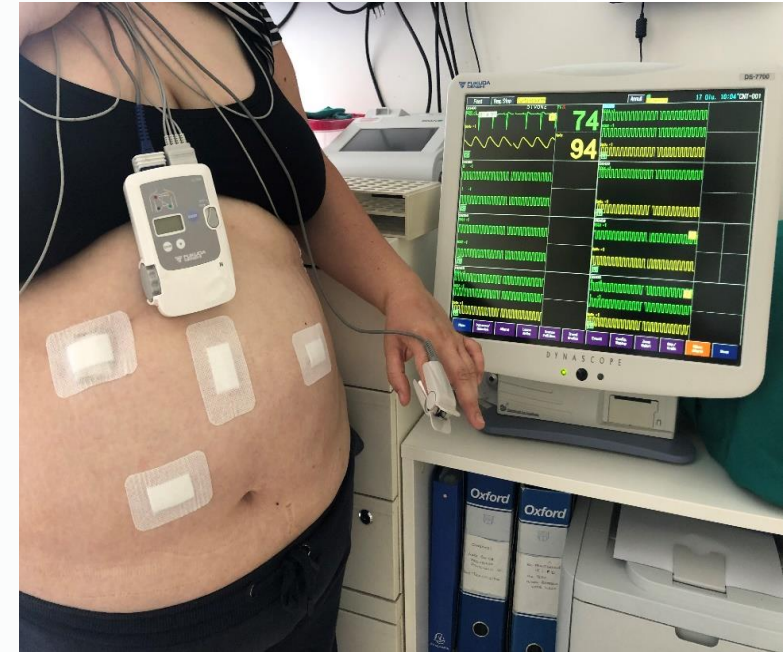


- CONTINUA: più frequente negli eventi emorragici
- CICLICA: l'andamento sostenuto è più frequentemente associato ad eventi come la sepsi

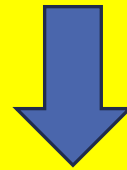
RILIEVI CLINICO STRUMENTALI

La sorveglianza postoperatoria non è affidata alla singola esperienza, ma a sistemi di monitoraggio continuo basati sulla telemedicina, e ad un rigoroso processo di ricerca ed evidenza di dati ed elementi clinici su supporto digitalizzato

- Rilievo di :
- Frequenza Cardiaca
 - E.C.G.
 - Frequenza Respiratoria
 - P.A.
 - Temperatura Corporea
 - SpO₂



**MONITORAGGIO STRUMENTALE NON INVASIVO
CONTINUO DEI PARAMETRI VITALI**



Rilevazione in tempo reale con identificazione precoce delle alterazioni

ESTREMAMENTE PRATICO E SAFETY

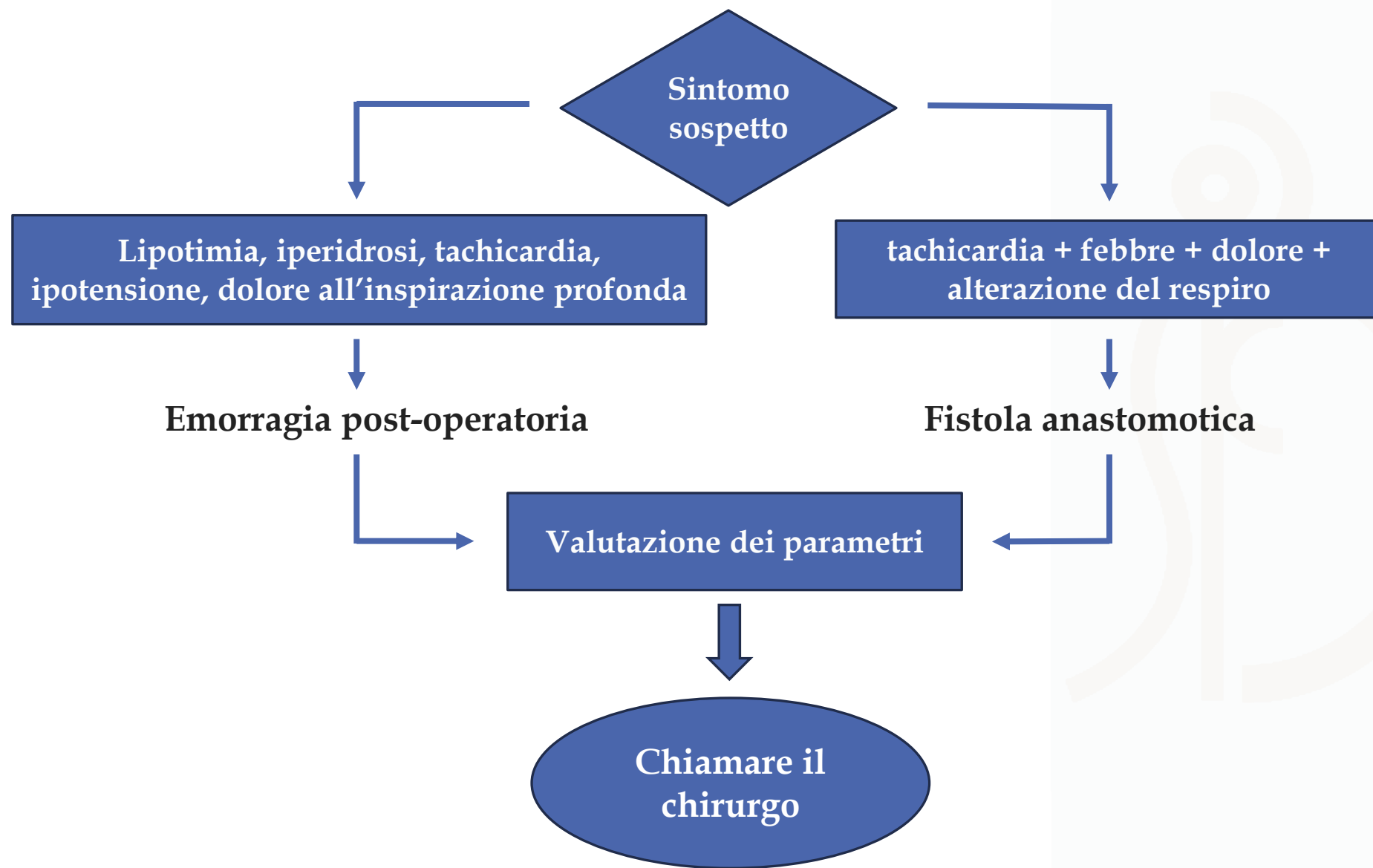


SEGNII D'ALLARME CLINICI

- Dolore addominale severo o ingravescente
- Tachicardia persistente: FC > 90 bpm (spesso primo segno di fistola o sanguinamento)
- Tachipnea: FR > 20 atti respiratori/minuto
- Ipotensione o shock non spiegato: PA < 90/60 mmHg
- Febbre e/o segni di sepsi (*Criteri SIRS*):
 - ▢ GB < 4000 mcl/mm³ o GB > 12000 mcl/mm³
 - ▢ TC > 36°C o TC > 38°C
 - ▢ PaCO₂ < 32 mm Hg o FR > 20 atti respiratori/minuto
 - ▢ FC > 90 bpm
- Oliguria/anuria non rispondente ai fluidi: < 500 mL/24h o < 0,5 mL/kg/h
<100 mL/24h
- Dispnea acuta o ipossiemia inspiegata (embolia polmonare)
- Ematemesi o melena

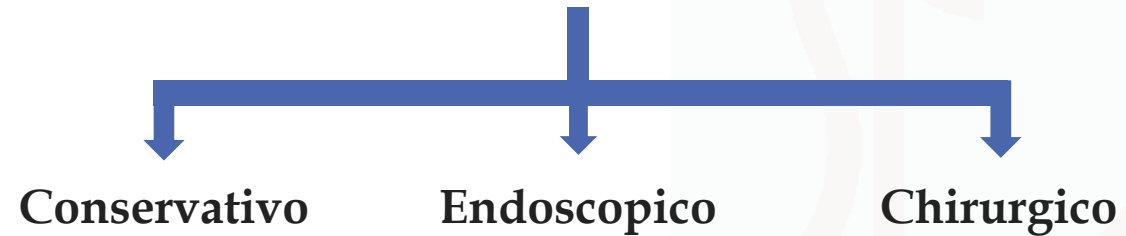


Algoritmo decisionale



RUOLO DEL TEAM MULTIDISCIPLINARE

1. **Personale infermieristico:** L'identificazione precoce delle complicanze inizia con un personale infermieristico ben addestrato e dedicato
2. **Anestesista/rianimatore:** Coinvolto nella gestione/stabilizzazione
3. **Chirurgo:** Coinvolto nella decisione sul trattamento



Per definizione un team collaborativo che opera in forza di un protocollo ERAbS non può prescindere da una capillarizzazione in ogni fase del processo decisionale di cura



LA COMUNICAZIONE

Secondo uno studio retrospettivo australiano, la causa più comune di oltre 14.000 decessi prevenibili è rappresentata da problemi di comunicazione/interazione tra le varie figure coinvolte nel processo decisionale di cura

Zinn C. 14,000 preventable deaths in Australian hospitals. BMJ. 1995;310:1487

In un altro studio di Gawande et al., ha dimostrato come l'interruzione della comunicazione/interazione contribuisce al 43% degli eventi chirurgici avversi

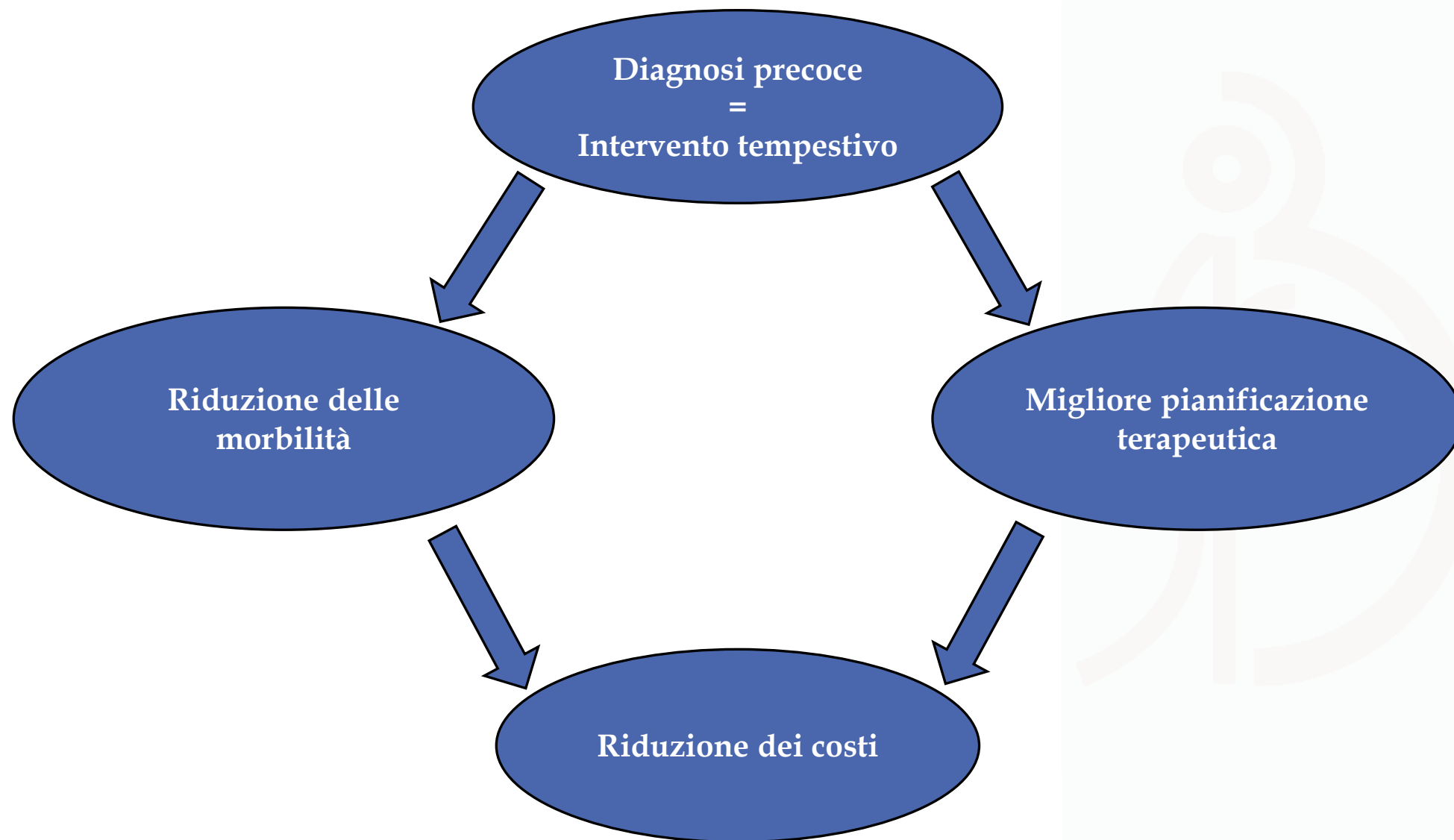
Gawande AA et al. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. Surgery. 2003;133:614-621

Si è scoperto che le interruzioni della comunicazione contribuiscono a fallimenti in un quarto degli eventi avversi

Rogers SO et al. Analysis of surgical errors in closed malpractice claims at 4 liability insurers. Surgery. 2006;140:25-33



DIAGNOSI PRECOCE



CONCLUSIONI

- La tachicardia “inspiegata” è spesso il primo segno di complicanza grave
- Il tempo è un fattore critico: agire precocemente salva vite
- Meglio una chiamata in più che una chiamata tardiva

È men male agitarsi nel dubbio, che il riposar nell'errore

Alessandro Manzoni



33° CONGRESSO
NAZIONALE SICOB
SORRENTO

29 · 31 OTTOBRE
2 0 2 5




S.I.C.O.B.

HILTON
SORRENTO
PALACE

...quando c'è il minimo dubbio, non ci sono
dubbi



Ronin

Grazie per l'attenzione