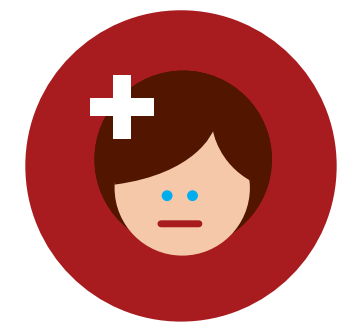


Il paziente bariatrico acuto

Il paziente

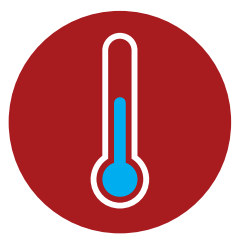


- 1** Sintomatologia non sempre chiara, può avere poco dolore, tuttavia può essere severamente compromesso
- 2** Ha minori riserve fisiologiche, che lo rendono più suscettibile ad una rapida evoluzione in shock
- 3** Il vomito persistente deve essere trattato come sintomo di allarme fino a prova contraria

Sintomi di allarme



Tachicardia
>120/min



≥ 38,5°C, ipossia,
ipotensione

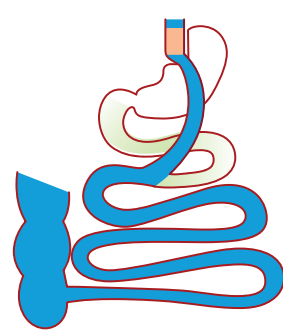


Ematemesi o
melena



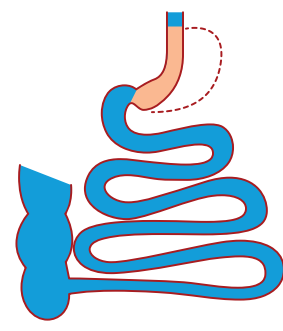
Vomito persistente
e/o dolore
addominale

Procedure di chirurgia metabolica e bariatrica più comuni e relativi effetti collaterali



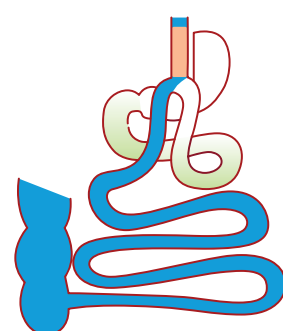
Bypass gastrico con ansa ad Y sec. Roux (RYGB)

- Dumping syndrome
- Ridotta assunzione di cibo
- Ipoassorbimento
- Discomfort addominale



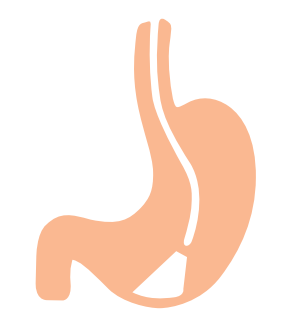
Gastrectomia verticale (Sleeve) (SG)

- Reflusso gastroesofageo
- Ridotta assunzione di cibo



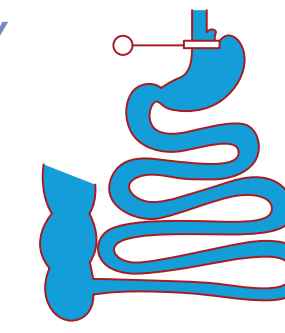
Bypass gastrico a singola anastomosi (OAGB)

- Reflusso biliare
- Ridotta assunzione di cibo
- Ipoassorbimento
- Diarrea



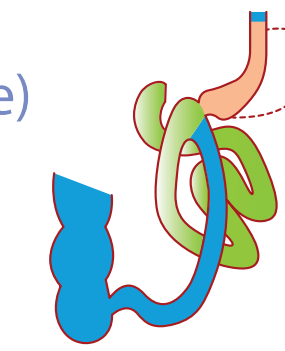
Procedure endoscopiche

- Nausea e vomito
- Reflusso gastroesofageo



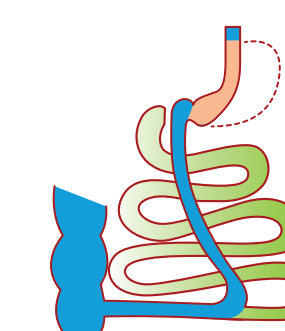
Procedure con anello/bendaggio (AGB; VBG; banded sleeve; banded bypass)

- Reflusso gastroesofageo
- Nausea e vomito



Bypass duodeno-ileale a singola anastomosi + sleeve (SADI-S)

- Ridotta assunzione di cibo
- Ipoassorbimento, specie proteico
- Diarrea



Diversione biliopancreatica / duodenal switch (BPD/DS)

- Reflusso gastroesofageo
- Ridotta assunzione di cibo
- Malassorbimento (proteine)
- Diarrea

Immagini create e gentilmente concesse dal Dr. Arnold van de Laar (Spaarne Hospital, Hoofddorp, Paesi Bassi)

Complicanze postoperatorie precoci (30 giorni) – consultare sempre un chirurgo bariatrico

Sanguinamento

Segni e sintomi

- Ematemesi/melena
- Tachicardia
- Ipotensione
- Collasso
- Ecchimosi della parete addominale

Management

- Stabilizzazione, trasfusione e correzione della coagulazione
- **Attenzione!** Il sanguinamento intra-addominale può essere un possibile segno di deiscenza!
- Instabile nonostante rianimazione: considerare gastroscopia/laparoscopia
- TC addome solo per pazienti stabili
- **Attenzione!** Dopo bypass gastrico, lo stomaco residuo non è accessibile alla gastroscopia standard

Leakage/Perforazione

Segni e sintomi

- "Modificazioni" nel decorso post operatorio
- Tachicardia
- Febbre
- Dolore addominale

Management

- Rianimazione
- Può richiedere:
 - Laparoscopia
 - Intervento endoscopico (stent/clip)
 - Drenaggio percutaneo
- Antibioticoterapia EV ad ampio spettro

Embolia polmonare

Segni e sintomi

- Dispnea a insorgenza improvvisa
- Dolore toracico
- Tachipnea

Management

- Angio-TC polmonare (CTPA)
- Anticoagulazione

Occlusione (precoce)

Segni e sintomi

- Vomito persistente
- Dolore addominale

Management

- L'occlusione può portare a deiscenza e/o strangolamento e ischemia
- Evitare il posizionamento di sondino nasogastrico.
- Nessuna gestione conservativa senza diagnosi definitiva!
- Bendaggio gastrico -> pungere il port sottocutaneo e sgonfiare il bendaggio
- Sleeve -> Digiuno + RX/CT con contrasto orale
- Bypass gastrico -> TC addome (contrasto orale e EV) per escludere stenosi o ernia interna
- CT negativa con forte sospetto clinico: laparoscopia
- **Attenzione!** Stomaco residuo dilatato + enzimi epatici/pancreatici elevati = Occlusione a livello della anastomosi digiuno-digiunale!

Complicanze postoperatorie tardive

Dolore addominale

Diagnosi e gestione

Addome superiore:

- Escludere colica biliare: ecografia
- Escludere ulcera: gastroscopia
- Escludere perforazione: CT addome

Addome medio/inferiore:

- TC addome per escludere trombosi portale, stenosi dell'anastomosi o ernia interna
- I sintomi intestinali funzionali possono comparire o peggiorare dopo la perdita di peso
- L'eccesso di cibo può causare dolore addominale
- Le cause organiche devono essere escluse

Occlusione (tardiva)

Management

- Evitare il posizionamento di sondino nasogastrico.
- Nessuna gestione conservativa senza diagnosi definitiva!
- Bypass gastrico -> strangolamento intestinale (ernia interna). La TC addome può mostrare segno del vortice e dilatazione dello stomaco residuo. Laparoscopia urgente!
- Bendaggio gastrico -> sgonfiare il bendaggio + Rx con contrasto orale
- Sleeve gastrectomy -> Digiuno + RX/CT con contrasto orale
- CT negativa con forte sospetto clinico: laparoscopia

Ipoglicemia

- Dumping (dopo pasto ricco di calorie/carboidrati): vertigini, "vampate", sonnolenza, discomfort addominale, tachicardia
- Tachicardia

Management

- Correggere l'ipoglicemia
- Dumping: modifiche dietetiche (consulto con dietista bariatrico), terapia farmacologica (consulto con endocrinologo bariatrico)

Malnutrizione e sindromi carenziali

- Le carenze possono verificarsi dopo qualsiasi procedura bariatrica: controllare vitamina B1, B12, D, Hb, Ca, Fe, proteine
- In bypass gastrico/diversioni: controllare anche vitamine A, E e K; grave malnutrizione proteica.
- **Attenzione** alla "sindrome da refeeding"
- **Attenzione** al maggior rischio di sindrome di Wernicke-Korsakoff dopo vomito e digiuno persistente – supplementazione di tiamina

Ulcera

Management

- Smettere di fumare
- PPI a doppia dose (+ sucralfato)
- Pirosi severa non responsiva agli PPI può indicare reflusso biliare: escludere ernia interna!
- **Attenzione:** H. pylori

Perforazione

- Anastomosi
- Stomaco residuo

Management

- Antibiotici EV ad ampio spettro
- Dovrebbe essere considerata una laparoscopia urgente

Calcoli biliari / calcoli renali

- La perdita di peso può causare calcoli biliari e/o calcoli renali

Management

- **Attenzione!** Dopo bypass gastrico, SADI-S e BPD/DS, il duodeno non è accessibile per ERCP transorale standard; considerare COLANGIO-RNM e tecniche di accesso alternative
- Calcolosi del coledoco: considerare PTC (eventualmente con bonifica del dotto e papillotomia) o ERCP ibrida

Le complicanze bariatriche postoperatorie devono essere preferibilmente trattate nel centro bariatrico di riferimento o dopo consulto con tale centro