



ASL Taranto

PugliaSalute

# ***Rassegna Stampa***

***Lunedì***

---

***22 maggio***

---

***2023***

---

# In SALUTE

Star bene: prevenzione, diagnosi e cura

di NICOLA PEPE

Ogni anno in Italia sono eseguiti mediamente più di 23mila interventi di chirurgia dell'obesità, tecnicamente chirurgia bariatrica. Gli ultimi dati della Sicob (Società italiana di Chirurgia dell'obesità e malattie metaboliche) sono aggiornati al 15 marzo 2023 e tengono conto delle cifre fornite dai 139 centri diffusi su tutto il territorio nazionale. Di questi 31 sono al Sud e 15 in Puglia dove si cono due centri di eccellenza («Santa Maria» a Bari e «Riuniti» di Foggia). Nel 2022 sono state eseguite complessivamente 23.501 procedure, 1.109 delle quali in Puglia e 8.671 nella Lombardia. La nostra regione è una di quelle del Mezzogiorno con il più alto tasso di obesità (11,7%, fonte Istat) tra i residenti. Dato cui va aggiunta una percentuale almeno tre volte tanto di gente che è in sovrappeso. Per farla breve, quasi uno su due ha chili di troppo e, di questi, almeno due sono oversized e presentano profili di alto rischio.

Che rimedio? Su questi temi e sulle tecniche più evolute e meno invasive, si sono confrontati gli esperti della Sicob nel meeting nazionale appena concluso a Bari («Condividere per crescere») con l'obiettivo di implementare sempre più l'integrazione tra la chirurgia dell'obesità, le nuove tecnologie come la chirurgia robotica e l'endoscopia, i farmaci, la corretta nutrizione, la psicoterapia e la multidisciplinarietà per favorire il benessere del paziente. Non ha dubbi il dott. Antonio Braun, delegato regionale per la Puglia della Sicob nonché direttore del Dipartimento di Chirurgia Bariatrica di GVM Care & Research in Puglia) che ha presieduto i lavori dello Spring Meeting SICOB a Bari.

La chirurgia bariatrica, in base ai dati diffusi, ha ormai abbandonato gli interventi invasivi e dolorosi del passato, questo perché il 98% dei chirurghi opera in laparoscopia. Cresce sempre più l'integrazione tra chirurgia ed endoscopia - oltre alla chirurgia robotica - il che prospetta un approccio ancora più delicato al paziente del futuro. A questo si aggiungono le sempre più attuali terapie farmacologiche che facilitano la perdita di peso e riducono le percentuali di recupero ponderale; il follow-up personalizzato che prevede un monitoraggio e un supporto al paziente nelle abitudini alimentari, attività fisica e psicoterapia.



IL MEETING A BARI A CONFRONTO GLI ESPERTI DA TUTTA ITALIA: LE FRONTIERE DELLA ROBOTICA E DEGLI INTERVENTI CON IL CATETERE

## Obesità, con l'endoscopia meno rischi per la bilancia

### Chirurgia mininvasiva, 25mila casi: come non riprendere peso

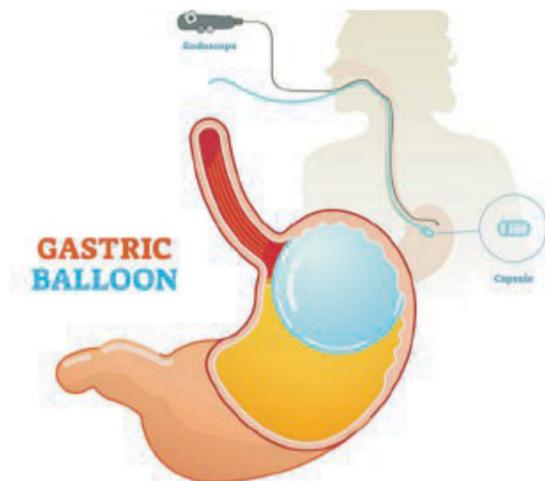


CONFRONTO NAZIONALE Il meeting Sicob a Bari

Questa sinergia aiuta a mantenere il peso e a ridurre drasticamente le comorbidità (diabete, rischi cardiovascolari e persino il rischio di cancro) a patto che il paziente sia assiduo e aderente nel tempo perché il solo intervento non basta. Questa strada si rivela vincente an-

che per le donne che riescono a ritrovare la fertilità compromessa proprio dall'obesità.

Sull'endoscopia, Braun afferma che «oggi è di rilevante supporto alla chirurgia in quanto si possono così evitare nuovi interventi in caso di recupero ponderale grazie alla metodica en-



IL «PALLONCINO» La procedura di inserimento del «Bib»

dobariatrica che può ridurre per esempio l'ampiezza di un by-pass gastrico o di una sleeve. In futuro, in casi selezionati, se i pazienti non potessero candidarsi alla laparoscopia per elevati rischi legati all'intervento, le procedure endoscopiche potrebbero persino sostituirla.

Questo per esempio vale per i pazienti cardiopatici, per i pazienti fragili e per chi, essendo avanti negli anni, dovrebbe evitare l'intervento chirurgico. Questi pazienti un tempo non sarebbero stati operabili e avrebbero avuto una aspettativa di vita breve e aggravata da

**11,7% DI OBESI IN PUGLIA**  
A tale dato (Istat) va aggiunta una percentuale almeno tre volte tanto di gente che è in sovrappeso. Per farla breve, quasi uno su due ha chili di troppo

varie comorbidità. Con l'innovazione della chirurgia bariatrica, sempre più sofisticata e delicata, i pazienti non candidabili diventeranno sempre meno».

In base ai dati Sicob, oltre il 50% degli interventi eseguiti nel 2022 sono stati con «Sleeve

Gastrectomy (13.381 procedure pari al 57%), poco più del 10% in via endoscopica (oltre 2.200 procedure).

Anche il follow-up personalizzato deve prevedere una integrazione tra dieta, attività fisica, psicoterapia e farmacologia, ma va seguito attentamente per non riprendere peso. «E' statisticamente provato» - conferma Giuseppe Navarra, presidente eletto SICOB «che chi dopo l'intervento si «distrae» dal percorso terapeutico, negli anni successivi tende a riprendere peso. La letteratura scientifica ci dice chiaramente che dopo la sleeve gastrectomy si tende a riprendere peso nel 28% dei casi (con un range che va dal 14 al 37%). Chi si sottopone ad un by-pass gastrico tende a riprenderlo nel 4% dei casi. Per questo è fondamentale continuare a farsi seguire».

Questo approccio si rivela vincente anche nei confronti dell'infertilità: la maggior parte degli studi scientifici infatti riporta una prevalenza di irregolarità del ciclo mestruale nelle donne con obesità del 30%-36%, che si traduce in termini pratici in una riduzione del tasso di fertilità: «I dati del Nurses' Health Study - chiarisce il Prof. Stefano Bettocchi, presente al meeting - confermano quindi che le donne con indice di massa corporea superiore a 30 mostravano un rischio 2,7 volte più elevato di infertilità rispetto a quelle normopeso. Tra le donne obese trattate per infertilità il tasso di gravidanza è minore rispetto a quelle normopeso; infatti, dopo il trattamento di fecondazione il rischio di interruzione spontanea di gravidanza è molto elevato. Questo perché l'obesità influisce negativamente anche sulle procedure di fecondazione assistita e le donne con obesità hanno una probabilità 1,3 volte maggiore di abortire spontaneamente».

**PRESIDENTE SICOB STANDARD DI SICUREZZA ORMAI ALTISSIMI GRAZIE ALLE NUOVE TECNOLOGIE**

## Formazione per i giovani chirurghi

### «A Bari siamo pronti a ospitarne 160»

● Gli standard di sicurezza sono ormai altissimi grazie alle nuove tecnologie e ancora una volta lo dimostra il convegno di Bari, che punta moltissimo anche sulla formazione. Questo può assicurare non solo il paziente ma anche i giovani chirurghi.

Non ha dubbi, il presidente della Sicob, il prof. Marco Antonio Zappa: «Noi vogliamo assicurare non solo i pazienti, ma - aggiunge - anche motivare e spingere i giovani medici che affrontano oggi una vera e propria crisi vocazionale. Il messaggio chiaro per coloro che si avvicinano alla chirurgia è che la laparoscopia ha rinnovato profondamente la chirurgia e la renderà sempre più sicura e riproducibile. Se oggi il rischio di mortalità è precipitato allo 0,08%, grazie alle nuove tecnologie si abbasserà sempre più. Anche le curve di apprendimento dei giovani chirurghi si velocizzano».

«Oggi - prosegue il Prof. Zappa - un giovane

chirurgo può partecipare attivamente a molti interventi in maniera diretta e molto più intuitiva. Nei centri di Eccellenza ad alto flusso un giovane specializzando può partecipare anche a 10 interventi al giorno. Grazie alla interattività ed all'aiuto dei monitor, non solo lo staff chirurgico ha sempre tutto sotto controllo, ma tutti gli interventi sono registrati e puntualmente rivisti. In questo modo si apportano continui miglioramenti alle procedure, per cui i giovani chirurghi invece di impiegare 5 anni, dopo 8-10 mesi hanno già una alta formazione, cosa impensabile con la chirurgia tradizionale».

A tal fine e «per essere ancora più persuasivi verso i nostri giovani - conclude Zappa - abbiamo deciso di ospitarne a Bari 160, completamente a carico nostro. In sede di Congresso metteremo a loro disposizione anche dei simulatori con i quali potranno iniziare ad esercitarsi prima di entrare in una vera sala operatoria».

**LA TECNICA IL «BIB» COLLOCATO ALL'ESTREMITÀ DI UN CATETERE E POI RILASCIATO IN SEDE ENDOGASTRICA**

## Quel «palloncino» inserito nello stomaco

### Dall'anestesia alla rimozione: la procedura

● Il palloncino endogastrico è un dispositivo di forma sferica che viene posizionato nel lume gastrico. Esistono in commercio tre varianti del palloncino: «Orbera» posizionato e rimosso per via endoscopica e insufflato con soluzione salina; «Heliosphere» posizionato e rimosso per via endoscopica e insufflato con aria; «Allurion» deglutibile e posizionato evitando endoscopia, rimuovibile per degradazione attraverso il tratto digerente, insufflato con soluzione salina.

Il posizionamento del pallone endogastrico, come si legge nel sito ufficiale Sicob, avviene per via endoscopica, in sedazione. Il BIB sgonfia, contenuto in una guaina, è connesso ad un catetere di posizionamento in silicone, con diametro esterno di 6,5 mm. Il pallone viene inserito vuoto nello stomaco e quindi riempito con circa 500-700 cc di soluzione salina sterile miscelata con 2 cc di blu di metilene.

La prima fase della procedura prevede un'attenta indagine endoscopica di esofago e stomaco. Esclusa la

presenza di controindicazioni locali, si rimuove l'endoscopio e si inserisce delicatamente il catetere di posizionamento contenente il pallone nell'esofago fino a raggiungere lo stomaco. Una volta verificato l'avenuto passaggio del pallone oltre lo sfintere esofageo inferiore e confermata la sua sede endogastrica, si rimuove la guida metallica. Si procede al riempimento del pallone, al termine del quale si effettua una lieve aspirazione sul catetere di posizionamento. Il vuoto così creato provoca la chiusura della valvola impedendo l'aspirazione del liquido.

Il pallone viene rilasciato tirando delicatamente il tubo di riempimento fino a quando non è uscito dalla valvola auto-sigillante. A rilascio avvenuto, si controlla endoscopicamente il corretto posizionamento del pallone.

Dopo massimo sei mesi il pallone endogastrico deve essere obbligatoriamente rimosso, sempre mediante gastroscopia, in sedazione.