L'intervento consiste in una resezione verticale parziale dello stomaco (gastrectomia parziale verticale).
In modo schematico l'intervento consiste nel dividere lo stomaco in due parti in senso verticale utilizzando delle apposite suturatrici meccaniche.
La parte sinistra dello stomaco che corrisponde al 80-90% di tutto lo stomaco viene successivamente asportata dopo averla isolata dalle sue connessioni vascolari con la milza.
Lo stomaco che rimane assume la forma di una "Manica" (= Sleeve)
Il volume del tubulo gastrico residuo sarà di circa 100-150 ml.
La porzione e finale dello stomaco che corrisponde all'Antro Gastrico, rimane intatta.
La parte di stomaco rimanente avrà le stesse funzioni di prima dell'intervento. L'intervento non modifica il fisiologico transito del cibo che viene ingerito, pur osservandosi un accelerato svuotamento gastrico.
L'intervento deve considerarsi irreversibile per quanto riguarda la parte di stomaco rimossa.
In alcune condizioni cliniche la Sleeve Gastrectomy viene eseguita come prima fase chirurgica (es: pazienti con un elevato rischio operatorio e peso corporeo BMI >50) allo scopo di ridurre il peso corporeo e conseguentemente i rischi operatori relativi ad una successiva procedura chirurgica più complessa.

COMPLICANZE INTRA-OPERATORIE
Durante l'intervento può eccezionalmente verificarsi la lesione endoaddominale a cui può conseguire emorragia e/o perforazione. Tale lesione può essere riparata o può richiedere anche l'asportazione di un organo (ad esempio, la milza). Si può avere inoltre la perforazione della parte dello stomaco, che in alcuni casi preclude la possibilità di applicare il bendaggio, lesioni accidentali del fegato con possibile sanguinamento.
La tecnica laparoscopica può avere complicanze specifiche come emorragie, e lesioni di visceri cavi ed organi parenchimatosi causate dal posizionamento dei trocars. Anche se raramente, la posizione laparoscopica del paziente a gambe divaricate sul letto operatorio può causare fenomeni compressivi sulle strutture nervose degli arti inferiori.

COMPLICANZE POST-OPERATORIE (entro i primi 30 giorni dall'intervento)
- Trombo embolia venosa: è la formazione di coaguli di sangue nelle vene delle gambe e del bacino. Se i coaguli si staccano dalle pareti delle vene dove si sono formati possono giungere, attraverso la corrente sanguigna, nelle arterie polmonari. Si determina così una complicanza che può essere potenzialmente pericolosa per la vita nota come embolia polmonare. L'embolia polmonare è la complicanza più temuta nella chirurgia dell'obesità perché costituisce la causa principale di decesso post-operatorio immediato.
- Insufficienza respiratoria.
- Fistola gastrica e/o intestinale. Ad una piccola perforazione dello stomaco o dell'intestino può conseguire una fistola gastrica o intestinale che può causare una peritonite. Questa complicanza può richiedere un nuovo intervento chirurgico o altri trattamenti terapeutici. Anche se in casi eccezionali, in presenza di una fistola gastrica o intestinale può essere necessario asportare l'organo interessato dalla complicanza, in modo specifico lo stomaco e/o una parte dell'intestino.
- Infezione delle ferite chirurgiche, più frequentemente osservabili nei casi di intervento effettuati con tecnica tradizionale che prevedono l'apertura della cavità addominale.
- Emorragie talora gravi che possono richiedere un nuovo intervento chirurgico o altri trattamenti terapeutici.
- Occlusione intestinale. Questa complicanza può richiedere una terapia chirurgica.

Tutte le complicanze post-operatorie precoci possono richiedere terapie mediche intensive che possono allungare il periodo di degenza anche per numerose settimane ed eventualmente richiedere il ricovero in terapia intensiva o rianimazione. In certi casi può essere necessario un nuovo intervento chirurgico. In base alle casistiche più attuali il rischio di mortalità postoperatoria precoce varia tra 0.1 e 1%. Occorre tenere presente che in ogni caso il rischio di mortalità e di complicanze aumenta con l'aumentare del peso corporeo del paziente e dell'età, se oltre i 60 anni.

COMPLICANZE POST-OPERATORIE A DISTANZA (oltre i 30 giorni dall'intervento)

- Occlusione intestinale. Si possono determinare aderenze interne che determinano quadri di occlusione intestinale. La risoluzione di questa complicanza generalmente richiede un intervento chirurgico.
- Ernia sulla incisione chirurgica (laparocele) soprattutto se è stata utilizzata la via chirurgica tradizionale (laparotomia). Nel caso si voglia correggere questa complicanza è necessario un nuovo intervento chirurgico.
- Eccezionalmente possono verificarsi complicanze neurologiche, anche gravi, dovute a scarso o nullo introito di cibo.

IMPORTANTE

Per ottenere i maggiori vantaggi con il minor rischio di complicanze sono necessari periodici controlli clinici e nutrizionali. Durante il periodo di dimagrimento, e anche oltre esso (anche per tutta la vita), possono essere necessarie integrazioni vitaminiche e minerali. La scarsa collaborazione nel rispettare i consigli dietetici e farmacologici, il fumo. E soprattutto l'abuso di alcool aumentano il rischio di complicanze.

Un importante calo di peso comporta quasi sempre un rilassamento dei tessuti cutanei che determina modificazioni dell'aspetto fisico.

Tutti gli interventi chirurgici per la terapia dell'obesità hanno una esperienza clinica limitata nel tempo, per cui le complicanze qui riferite si riferiscono a quelle conosciute; altre complicanze fino a ora non incontrate non possono essere escluse.

Il bendaggio gastrico regolabile è reversibile per mezzo di un nuovo intervento chirurgico con rimozione dell'anello.

E' possibile, se ritenuto necessario e preventivamente concordato con il paziente, associare l'intervento di chirurgia per l'obesità ed altri interventi (colecistectomia, iato plastica per ernia iatale, la riparazione di ernie o laparoceli).

STATISTICHE

In questo fascicolo vengono forniti alcuni dati statistici pubblicati nella letteratura internazionale sulla mortalità operatoria nella chirurgia dell'Obesità.

Su 13.871 interventi raccolti nel Registro Italiano della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie metaboliche (S.I.C.O.B.) la mortalità operatoria globale è stata dello 0,25%.

0,1% nei Bendaggi Gastrici regolabili (A.S.G.B.), 0,15% nelle Gastroplastiche (V.B.G.), 0,54 % nei Bypass gastrici (G.B.P.), 0,8% nelle Diversioni Bilio-Pancreatiche (B.P.D.).

(Mortality after bariatric surgery: analysis of 13.871 morbidly obese patients from a National registry. Morino M., Toppino M. Forestieri P, Angrisanl L, Allaix ME, Scopinaro N. Ann Surg. 2007 Dec; 246(6):1002-7).

Su 22.094 interventi la mortalità operatoria è stata dello 0,1% in 3046 interventi puramente restrittivi (2297 pazienti sottoposti a bendaggio gastrico e 749 pazienti sottoposti a gastroplastica), 0,5% in 5644 interventi du Bypass gastrico, 1,1% in 3030 interventi di diversione biliopancreatica o switch duodenale.

(Bariatric surgery: A Systematic Review and meta-analysis. Henry Buchwaid, MD, Phd Yoav Avidor, MD Eugene Braunwald, MD Michael D. Jensen, MD Walter Pories, MD Kyle Fahrbach, PhD Karen Schoelles, MD-JAMA. 2004;292:1724-1737).

PRINCIPALI COMPLICANZE SPECIFICHE A DISTANZA

Nel corso dei mesi e anni successivi all'intervento si possono verificare le seguenti complicanze:

• Gli eccessi alimentari, provocando continui aumenti di pressione all'interno della tasca gastrica, possono provocarne la dilatazione. Ne consegue la capacità di introdurre progressivamente più cibo, e quindi un arresto del dimagrimento o un recupero di peso. La correzione della dilatazione richiede un nuovo intervento chirurgico.

• Si possono verificare episodi di reflusso gastro-esofageo, fino a alla vera e propria malattia da reflusso, la cui grave conseguenza è l'esofagite. Disturbi funzionali come nausea, vomito, intolleranza per cibi solidi tendono ad autolimitarsi con adeguati consigli nutrizionali ed opportuna terapia medica.

Tutte le risposte alle domande da me formulate sono risultate per me comprensibili ed esaurienti ed ho capito i cambiamenti delle mie abitudini alimentari che dovrò effettuare per ottenere un buon risultato.

Io sottoscritto/a ……..

nato/a a: …….

Il ……

residente in (via/piazza)……
……..
città:…… tel. ……

essendo affetto/a da obesità e non avendo conseguito risultati con le terapie conservative convenzionali, consento a sottopormi all'intervento chirurgico di SLEEVE GASTRECTOMY (GASTRECTOMIA VERTICALE PARZIALE).
Sono consapevole che tale intervento ha motivazioni di carattere medico e non estetico, e che lo scopo della chirurgia dell'obesità è quello di trattare e prevenire le complicanze legate all'obesità, (diabete, ipertensione arteriosa, alterazioni respiratorie, cardiache, osteo-articolari, iperlipemia ecc.), e non quello di ottenere un peso corporeo ideale.

La mia richiesta e il mio consenso a sottopormi all'intervento chirurgico di SLEEVE GASTRECTOMY (GASTRECTOMIA VERTICALE PARZIALE) sono anche motivati da una necessità personale e non più rinviabile di voler ridurre il mio eccesso di peso, in quanto la mia condizione di obeso interferisce in modo fortemente negativo sulla mia qualità di vita.

Dichiaro di essere stato/a informato/a, in un precedente colloquio e per mezzo del presente materiale informativo scritto, sugli interventi che vengono attualmente utilizzati per il trattamento dell'obesità, sulle complicanze post-operatorie immediate e a distanza e sui vantaggi e svantaggi che ciascuno presenta.
Dichiaro di aver avuto tempo ed opportunità di consultarmi con i miei familiari e/o con il mio medico di famiglia o di fiducia.

Dopo aver valutato in modo consapevole i potenziali vantaggi e svantaggi sia immediati sia futuri dei vari tipi di intervento,

CHIEDO di SOTTOPORMI all'intervento chirurgico di SLEEVE GASTRECTOMY (GASTRECTOMIA VERTICALE PARZIALE)

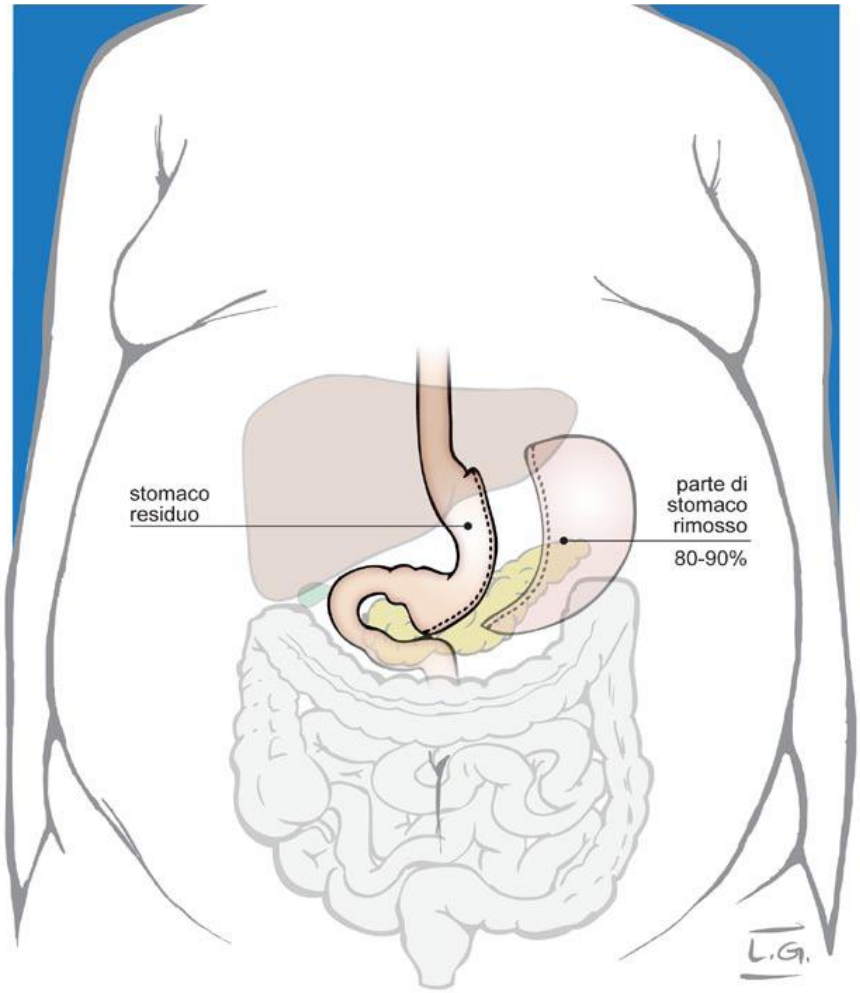
Dichiaro di essere al corrente dei possibili rischi generici connessi a qualsiasi trattamento chirurgico/endoscopico e dei rischi specifici connessi all'intervento cui ho scelto di essere sottoposto/a.
Sono consapevole che per ottenere i maggiori vantaggi con il minor rischio di complicanze sono necessari periodici controlli clinici che effettuerò presso il centro in cui mi sono operato/a o presso altro centro da questo indicato. Sono consapevole che talora i risultati possono non essere conformi alle aspettative e il risultato finale può essere compromesso dalle complicanze che possono sopraggiungere.
Tutte le informazioni contenute in questo modulo di consenso, tutte le ulteriori informazioni riguardanti l'intervento, il decorso postoperatorio a breve e lungo termine e i relativi rischi e benefici fornitemi, e tutte le risposte alle domande da me formulate, sono risultate per me comprensibili ed esaurienti.

IL SOGGETTO INFORMATO
Firma
_____

Confermo di aver spiegato le caratteristiche, gli scopi, i vantaggi e i rischi dell'intervento che effettuerò e degli interventi alternativi.

IL CHIRURGO OPERATORE Data: _____
Firma
_____

CONSENSO INFORMATO
UN DOVERE VERSO IL PAZIENTE
UNA RESPONSABILITA' CHE CI ASSUMIAMO VOLENTIERI



Il consenso è costituito da nr. 4 pagine.

CONSENSO INFORMATO
UN DOVERE VERSO IL PAZIENTE
UNA RESPONSABILITA' CHE CI ASSUMIAMO VOLENTIERI