

Contro l'obesità... una "plicatura"

Nel panorama delle tecniche chirurgiche è stato introdotto questo nuovo metodo. Per chi è indicato, quali sono i vantaggi, gli svantaggi, i rischi e le complicazioni

La Plicatura Gastrica (o "gastric plication", "gastric wrap") è un intervento di recente introduzione nel panorama delle tecniche chirurgiche nel trattamento dell'obesità patologica. È stata proposta come una evoluzione meno invasiva della sleeve gastrectomy.

Infatti si determina una restrizione gastrica confezionando un tubulo gastrico, ripiegando su se stessa o suturando la grande curvatura gastrica, ottenendo una riduzione dell'80% della capacità gastrica iniziale. La tecnica è stata descritta da un Chirurgo iraniano, il dottor Talebpour, che riferisce un follow-up di sette anni della sua casistica, e successivamente è stata realizzata in vari Centri di Chirurgia dell'obesità, in Europa, Messico e recentemente negli Stati Uniti.

Per la recente introduzione, è un intervento in corso di valutazione e validazione da parte delle Società Scientifiche. La procedura prevede l'isolamento della grande curvatura gastrica, da 5 cm dal piloro sino al cardias, ottenuta sezionando il grande omento ed i vasi gastrici brevi, come nella sleeve gastrectomy e, successivamente la grande curvatura viene "invaginata" (cioè ripiegata su se stessa, e avvicinata con due linee di sutura, sulla guida di una sonda o di un gastroscopio per assicurare la pervietà ed uniformità del lume gastrico).

PERCHÉ FUNZIONA?

Questa procedura induce una perdita di peso attraverso una restrizione gastrica per la riduzione della capacità gastrica. Lo stomaco rimanente assume la forma di una banana con un volume interno di 60-100cc. L'innervazione vagale gastri-

ca, e il piloro rimangono intatti preservando le funzioni dello stomaco, mentre ne è ridotto il volume.

La Plicatura Gastrica non è un bypass, quindi non provoca meccanismi malassorbitivi, ma solo una riduzione dello stomaco.

Il transito alimentare nel neo-stomaco risulta più veloce, con ingesti che arrivano precocemente all'intestino, inducendo una risposta ormonale di sazietà.

Il meccanismo d'azione non è quindi solo di restrizione del volume, ma più complesso e su più fronti.

PER CHI È INDICATA?

PAZIENTI CON BMI ALTO (>50-60)

■ In un paziente con un BMI di 60 è infatti difficilissimo e pericoloso eseguire un By Pass Gastrico o una Duodenal Switch laparoscopicamente.

■ La Plicatura è una possibile soluzione a questo problema.

■ La riduzione di peso che provoca, è sufficiente a migliorare la salute e porta effettivamente il paziente a un gruppo di rischio più basso. Quando il BMI del paziente si è abbassato, si può considerare, se utile una procedura di Duodenal Switch, con minor rischio operatorio.

PAZIENTI CON BMI BASSO (35-45)

■ in tutti i pazienti che non rientrano nei candidati ideali per un bendaggio gastrico

■ quelli che sono preoccupati riguardo gli effetti generali e locali a lungo termine di un By Pass intestinale, come l'oclusione intestinale, l'ulcera, l'anemia, l'osteoporosi, la carenza proteica o vitaminica.

■ quelli che sarebbero interessati al bendaggio gastrico, ma sono preoccupati per l'introduzione nell'organismo di un corpo estraneo.

■ Quelli che hanno altri problemi medici come l'anemia, la malattia di Crohn o un precedente grosso intervento chirurgico.

■ Persone che necessitano di terapia anti-infiammatoria (Solitamente questi farmaci dovrebbero essere evitati dopo un intervento di By Pass Gastrico).

VANTAGGI

■ lo stomaco non viene tagliato, quindi senza rischi di fistole postoperatorie

■ lo stomaco è ridotto di volume, così che molti tipi di cibi possono essere consumati, sebbene in piccole quantità.

■ nessuna Dumping-Sindrome, perché il piloro è conservato.

■ Nessun rischio di ostruzione intestinale, anemia, osteoporosi e la deficienza proteica o vitaminica

■ Indicato per pazienti con anemia, malattia di Crohn e numerose altre condizioni che rendono alto il rischio per l'intervento di By Pass Gastrico.

■ Reversibilità completa della procedura.

SVANTAGGI

■ Metodica di recente introduzione, di cui non si hanno risultati a lungo termine

■ Come per tutte le procedure restrittive sono da evitare i cibi liquidi e molto calorici, come il gelato che sono assorbibili e potrebbero causare la mancata perdita di peso.

RISCHI E COMPLICANZE

Come per ogni intervento chirurgico ci possono essere delle complicanze di tipo generale.

■ Questa metodica ha suscitato notevole interesse ed entusiasmo tra gli specialisti del settore, tanto da essere annoverata tra le 10 innovazioni terapeutiche del 2011 dalla Cleveland Clinic.

Vi sono varie motivazioni, tra cui indubbiamente i minori costi, le attese minori complicanze, ma soprattutto **rappresenta un gradino mancante nella scala terapeutica del trattamento dell'obesità.**

Sino ad ora da una parte vi era il bendaggio gastrico (metodica restrittiva) e dall'altra metodi che chirurgiche che comportano alterazioni anatomiche e funzionali importanti (bypass gastrico, duodenal switch). In pratica non vi era a disposizione un intervento di primo livello da affiancare al bendaggio gastrico per i casi in cui non vi fosse a questo indicazione.

Questa funzione sostitutiva era stata occupata in parte dalla sleeve gastrectomy, che pur essendo un ottimo intervento comporta la non reversibilità e rischi di fistola postoperatoria. La plicatura gastrica (anch'essa metodica restrittiva) sembra invece potersi porre esattamente in questa posizione, sia come prevedibili complicanze, decorso postoperatorio e i risultati.

La reversibilità, già provata su casi sporadici a sei mesi dall'intervento, è però da validare su più larga scala.

È chiaro che ogni intervento conserva la sua validità ed indicazione, e soprattutto va valutato ogni singolo paziente in ogni suo aspetto morfologico e comportamentale.

La Plicatura gastrica non rappresenta la soluzione per tutti, ma sicuramente rappresenta un'utile nuova procedura terapeutica.

Attualmente il piccolo gruppo di pazienti trattati ha dimostrato un buon controllo della fame, hanno riferito senso di sazietà precoce durante i pasti e un senso di fastidio ad ogni eccesso di cibo.

La degenza media è stata di 36 ore. Nessuna complicanze intraoperatoria.

Tutti i pazienti hanno presentato una perdita di eccesso di peso (EWL)% di 20% dopo 1 mese.

Nelle maggiori esperienze la media è stata del 62% EWL% (range 45-77%) a 1 anno.

Attualmente ci sono quattro studi internazionali con numeri di pazienti limitati, ma in media si è rilevato un %EWL (perdita di eccesso di peso) del 69,6% a 1 anno su 300 pazienti. Tali risultati sono migliori rispetto al by-pass gastrico, che determina una mutilazione definitiva, un rischio operatorio elevato e la necessità di integrazione vitaminica per il resto della vita.

■ cambia il comportamento alimentare inducendo una sazietà precoce

■ non si taglia né lo stomaco né l'intestino.

■ non si applica nessun dispositivo.

■ non si fanno suture, perché lo stomaco viene solo ripiegato.

■ non è necessario procedere ad altri interventi o restringimenti successivi.

■ è una procedura chirurgica totalmente reversibile perché lo stomaco rimane intatto.

■ è la procedura più sicura rispetto a tutte le altre per la perdita del peso.

■ la percentuale di complicazioni è significativamente la più bassa.

■ la perdita di eccesso di peso dalle prime esperienze mondiali è dal 60% a 65% al 3° anno

Giorgio Bottani

Primario

Azienda Ospedaliera di Pavia

SEGÙ STUDIO di Odontoiatria e Ortodonzia

La deprivazione di sonno e la conseguente sonnolenza diurna sono un grave rischio per la salute interferiscono la qualità della vita.

Guidare o fare lavori pericolosi quando si è sonnolenti può essere molto rischioso. Tu e il tuo partner dormite in camere separate a causa del russamento?

- Ti addormenti spesso durante il giorno?
- Ti svegli stanco o con mal di testa?
- Hai problemi a mantenere la concentrazione?

Se hai risposto sì a queste domande potresti soffrire di OSAS!

RUSSARE può essere il campanello d'allarme della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS), che è responsabile di una riduzione dell'ossigenazione dell'organismo durante il riposo, che unitamente ad un aumento di anidride carbonica nel sangue stimolano il cervello e risvegliano molte volte il paziente, il cui sonno è caratterizzato da agitazione, continui cambiamenti di posizione e frequenti risvegli.

Al mattino il paziente si sveglia affaticato, stanco e tende facilmente ad addormentarsi durante le normali funzioni, lavoro, guida dell'auto o guardando la TV.

L'OSAS colpisce il 5% della popolazione.

Lo sai che?

• L'OSAS aumenta il rischio di patologie cardiovascolari! L'OSAS è associata a un aumentato rischio cardiovascolare, in particolare ipertensione, infarto e ictus. Inoltre, ci può essere un'eccessiva coagulabilità del sangue (che aumenta il rischio trombotico) soprattutto nelle prime ore del mattino.

Recentemente l'odontoiatria è entrata nella Medicina del Sonno, in particolare nel trattamento dell'apnea ostruttiva.

Segù Studio di Odontoiatria e Ortodonzia promuove l'uso clinico dei nuovi dispositivi orali, che trovano indicazione in caso di russamento e di apnea da lieve a moderata.

Costruiti su misura, questi apparecchi sono dei presidi medici che mantengono la mandibola e la lingua in avanti creando così più spazio nella parte posteriore della bocca ed evitando l'ostruzione delle vie aeree.

Questi dispositivi orali sono comodi e facili da indossare, possono essere facilmente portati con sé in viaggio e il trattamento con questi apparecchi è reversibile e non invasivo.



SINTOMI NOTTURNI	SINTOMI DIURNI
Russamento	Sonnolenza dopo i pasti
Apnee	Sonnolenza al risveglio
Respirazione orale	Astenia
Frequenti risvegli	Irritabilità
Enuresi	Perdita della libido
Agitazione	Disturbi della concentrazione
Frequenti microrisvegli	Disturbi della memoria

Via Battù, 29 - Vigevano (Pv) - Tel. 0381-312317- Fax: 0381-328259
E-mail: segu.ortodonzia@libero.it - www.studiosegu.it