

Trattamento endoscopico di un caso di “gastric outlet syndrome” dopo gastroplastica verticale sec. Mason.

Caso clinico.

Girolamo Geraci, Carmelo Sciumè, Franco Pisello, Francesco Li Volsi, Tiziana Facella, Giuseppe Modica

Università di Palermo - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Dipartimento di Chirurgia Generale, d'Urgenza e dei Trapianti d'Organo - Sezione di Chirurgia Generale ad Indirizzo Toracico (Direttore: Prof. G. Modica).

Endoscopic treatment of a “gastric outlet syndrome” after Mason vertical banded gastroplasty. Case report

INTRODUCTION: *Mason's Vertical Banded Gastroplasty (VBG) is characterized by peculiar complications, related to surgical pitfalls, from “outlet syndrome” (5%) to complete outlet obstruction (3%), passing to reflux oesophagitis (45%), that require redo. We report a case of “outlet syndrome” treated by operative endoscopy with success.*

MATERIALS AND METHODS: *40 yrs male, operated by VBG 2 years ago for morbid obesity (BMI > 40). After surgery, initial ponderal decrement as attended. Since about 2 months the patient reports epigastralgia and retrosternal pyrosis; since 10 days incoercibile vomiting.*

The EGDS visualized distal oesophagitis (Los Angeles C), mucosal prolapse of superior pouch leading to outlet obstruction and scalloping of Kerkring's fold in second part of duodenum.

The patient was submitted to multiple elastic ligature of exuberant gastric mucosa with multiband ligator and indication to oral therapy with PPI and prokinetics drugs at the dismissal.

RESULTS: *after 30 days, at EGDS, oesophagitis is regressed to Los Angeles B stage, the outlet of pouch is patent and the transit is objectively regular. At oesophago-gastric radiologic control with gastrographin, the transit was satisfying. At 1 year follow-up the patient has a regular weight, no vomiting and is wellbeing and use irregularly PPI. Follow-up EGDS confirmed the stabilization of endoscopic picture and the total regression of oesophagitis.*

CONCLUSIONS: *the endoscopic elastic ligature of mucosal gastric prolapse with multiband after VBG, if confirmed and validated by randomized and prospective trials on a big sample of people, will constitute a valid alternative to surgical treatment of this rare complication.*

KEY WORDS: Mason's vertical banded gastroplasty, Complications, Gastric outlet syndrome, Endoscopic treatment, Multi-band ligator.

Introduzione

La gastroplastica verticale (GV) è stata introdotta da Mason nel 1980 per ridurre gli effetti collaterali e le complicanze del by-pass gastrico, mantenendo invariata la perdita di peso. È un intervento caratterizzato però da complicanze peculiari, spesso legate ad errori di tec-

nica, come la “outlet syndrome” di vario grado (5%) fino all'ostruzione completa (3%) e l'esofagite distale (45%), che spesso richiedono un nuovo intervento chirurgico.

Riportiamo di seguito un caso di “outlet syndrome” giunto alla nostra osservazione e trattato in maniera conservativa per via endoscopica.

Caso clinico

Soggetto di sesso maschile, di 40 anni, sottoposto ad intervento chirurgico di gastroplastica verticale per via laparotomica 2 anni prima per obesità grave (BMI > 40 Kg/m², peso Kg 143, altezza 167 cm).

Dopo l'intervento chirurgico, il paziente è andato incon-



Ann. Ital. Chir., 2007; 78: 129-132



Relazione presentata sotto forma di comunicazione libera al V Congresso Nazionale ISSE (Società Italiana di Endoscopia-Area Chirurgica) tenutosi a Palermo dal 30 Maggio all'1 Giugno 2005.

Pervenuto in Redazione Luglio 2005. Accettato per la pubblicazione Giugno 2006.

Per la corrispondenza: Prof. Carmelo Sciumè, Via Eduardo Carapelle 12, 90129 Palermo (e-mail: girgera@tin.it - carmesci@hotmail.com).

tro ad iniziale decremento ponderale secondo lo schema previsto, fino a raggiungere un peso forma di 80 Kg. Da circa 2 mesi il paziente riferisce la comparsa, in pieno benessere e senza causa apparente, di epigastralgia e pirosi retrosternale accompagnate da dispepsia post-prandiale precoce; da circa 10 giorni riferisce vomito incoercibile.

Il paziente è stato studiato radiologicamente (Fig. 1) ed è stata dosata la tiamina al fine di porre diagnosi differenziale con la Sindrome di Wernicke-Korsakoff.

È stata eseguita una EGDS che ha evidenziato una esofagite distale di Grado C sec. Los Angeles, un prolasso della mucosa della pouch superiore con ostruzione (passaggio a scatto dello strumento nella camera inferiore,

che peraltro appare ben calibrata) ed una iporappresentazione delle pliche del Kerkring a livello della seconda porzione duodenale (quadro sospetto per celiachia non confermato all'esame istologico) (Fig. 2).

Il paziente è stato quindi sottoposto, previa sottoscrizione del consenso informato, a legatura multipla endoscopica (esame eseguito in sedazione con monitoraggio pulsossimetrico e cardiologico) con legatore multi-elastico (6 lacci SAEED Multiband Ligator, Cook®) della mucosa gastrica esuberante nella camera superiore ed invitato ad eseguire terapia con inibitori di pompa protonica e procinetici (Figg. 2-3). Il paziente è stato dimesso in III GPO con proseguimento della terapia medica per os al bisogno.

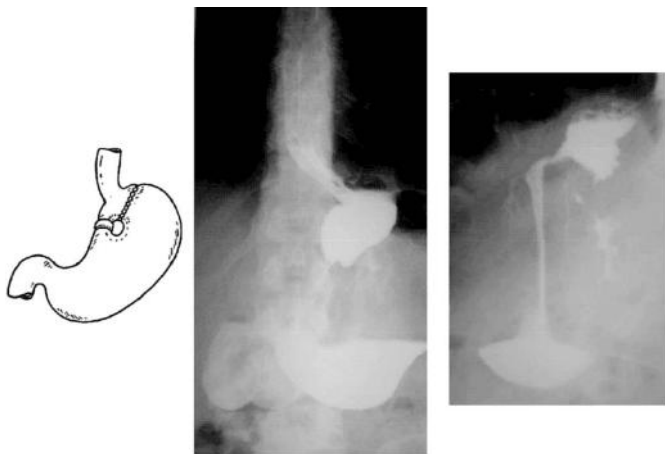


Fig. 1: Quadro radiologico pre-EGDS

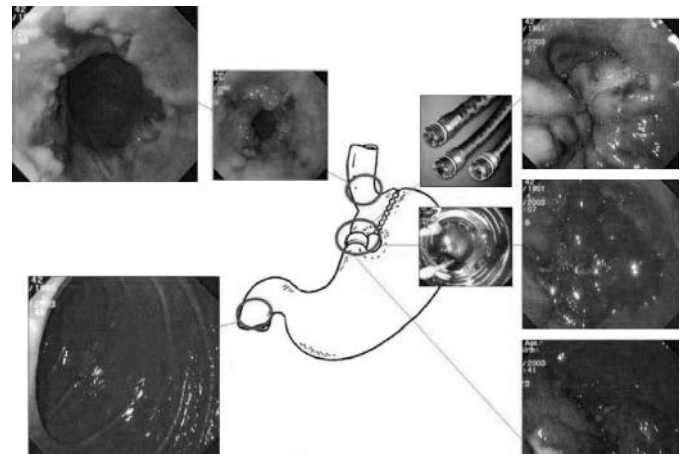


Fig. 2: quadro endoscopico

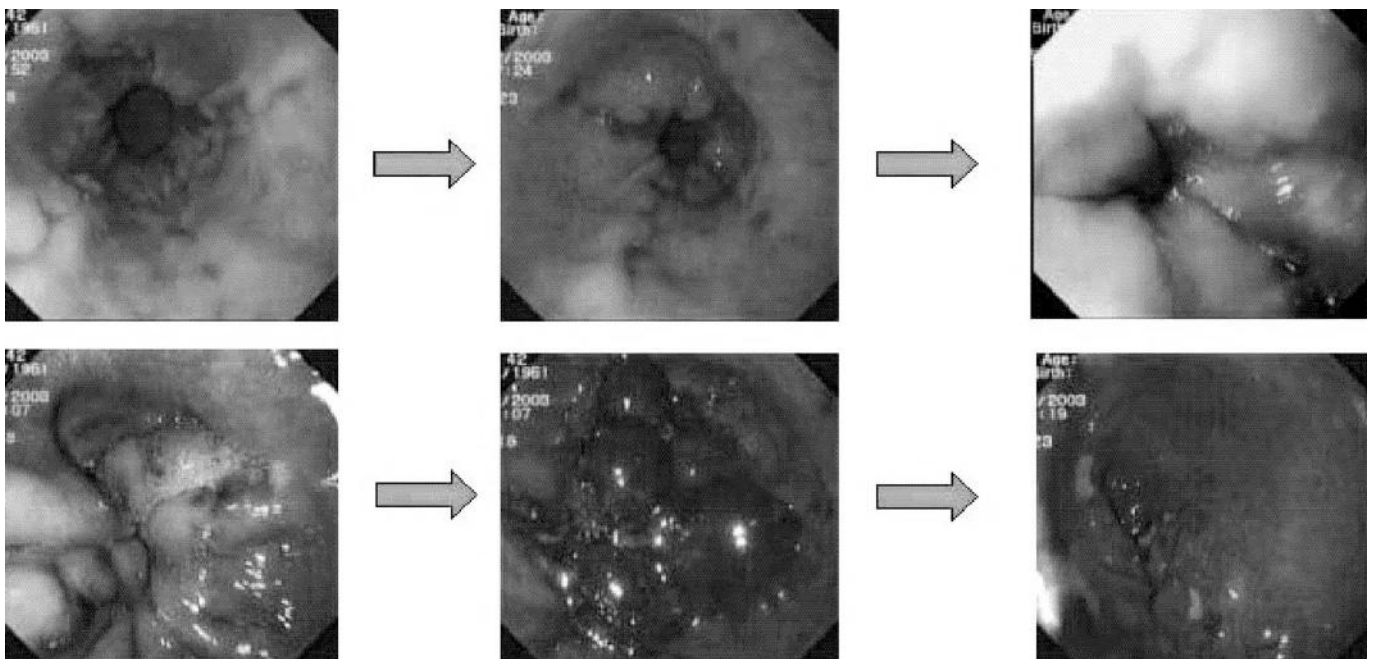


Fig. 3: evoluzione delle lesioni dopo la EGDS.

Al controllo endoscopico a 30 giorni, la esofagite è lievemente regredita ad uno stadio Los Angeles B, la pouch è pervia ed il transito è obiettivamente regolare; possono apprezzarsi le cicatrici delle pregresse legature elastiche applicate (Fig. 3). Al controllo radiologico il transito è risultato soddisfacente (Fig. 4). Al follow-up ad 1 anno il paziente ha regolarizzato il suo peso, gode di apparente buona salute e fa uso saltuario di inibitori di pompa protonica. La EGDS di controllo ha conferma-



Fig. 4: controllo radiologico del transito

to la stabilizzazione del quadro endoscopico e la ulteriore regressione dell'esofagite.

In atto, al follow-up clinico ad un anno, il paziente è asintomatico, gode di buona salute e mantiene un peso stabile di 85 Kg, invariato al follow-up a 2 anni.

Discussione

L'intervento di GV consiste nel confezionamento di una camera gastrica superiore del volume massimo di 20 ml, misurata ad una pressione di 70 cm H₂O, creata con 4 linee di sutura longitudinali (4 file di GIA 75) e con un outlet da 12 mm delimitato da un singolo strato di Marlex¹.

In letteratura, le complicanze possibili dopo questo intervento, sono ampiamente descritte (Tab. I)^{1,2} e per tutte è previsto un intervento chirurgico correttivo, come ad esempio la pessià (o sospensione) sec. Jamieson in caso di ostruzione o di inginocchiamento della camera superiore¹ o l'intervento di Mac Lean in caso di rottura di una linea di sutura³ riportato in letteratura dal 10 al 43% dei casi, specie per errore tecnico o in seguito a ripetute gastroscopie⁴.

Sulla base dell'analisi della morbidità (fino al 50%) e mortalità di questi reinterventi (fino al 15%)⁵, prendendo spunto dall'unica pubblicazione scientifica presente in letteratura⁶ e dalla nostra esperienza di scuola nella legatura elastica del prolasso mucoso del retto in corso di rettocele allo stadio iniziale, abbiamo sottoposto il paziente ad una "pessià" endoscopica della mucosa della camera superiore protrudente nella camera inferiore, mediante l'applicazione circonferenziale di legature elastiche (Fig. 2), le stesse che routinariamente vengono utilizzate per la legatura elastica delle varici esofagee, con un risultato funzionale rapido e soddisfacente (Fig. 3-4). I maggiori autori in tema di GV sostengono comunque che l'insorgenza di queste complicanze è da ascrivere totalmente ad errori di tecnica chirurgica tipici della fase iniziale della curva di apprendimento^{1,6}.

TABELLA I - Complicanze dopo GV^{1,2}

Precoci	%	Tardive	%
Exitus	2-5	Fistolizzazione	0-1
Distensione gastrica acuta	1	Migrazione/penetrazione del band	1
Deiscenza rima di sutura	0.2-0.6	Vomito incontrollabile/malnutrizione	3
Peritonite	0.5	Sindrome di Wernicke-Korsakoff	4
		Outlet syndrome di vario grado	5
		Rottura di una linea di sutura	10
		Inadeguata perdita di peso	20
		Esofagite da reflusso	45
		Complicanze a carico della ferita	5-50

Conclusioni

La chirurgia dell'obesità è una chirurgia spesso avara di soddisfazioni, che richiede un approccio multidisciplinare (con particolare attenzione alla psiche ed alle abitudini di vita di questi soggetti) ed equipe affiatate, specie per la alta incidenza di complicanze.

La "outlet syndrome" è una complicanza relativamente frequente dopo gastroplastica verticale secondo Mason (5%) mentre non appare riportata in letteratura la evenienza del prolasso della mucosa gastrica della camera superiore.

Nella nostra esperienza, l'approccio endoscopico con legatore unisce il momento diagnostico a quello terapeutico ed è gravato da morbilità e mortalità pressoché nulle rispetto al reintervento chirurgico.

Il follow-up endoscopico appare fondamentale ed il trattamento con legatura elastica per via endoscopica, se confermato e validato da studi prospettici randomizzati su ampio numero di soggetti, potrà costituire una valida alternativa al trattamento chirurgico di tale complicanza.

Riassunto

INTRODUZIONE: La gastroplastica verticale sec. Mason (GV) è caratterizzata da complicanze peculiari, spesso legate ad errori di tecnica, come la "outlet syndrome" di vario grado (5%) fino all'ostruzione completa (3%) e l'esofagite distale (45%), che spesso richiedono un nuovo intervento chirurgico. Riportiamo di seguito un caso di "outlet syndrome" trattato in maniera conservativa per via endoscopica.

MATERIALI E METODI: Uomo di anni 40, sottoposto a GV sec. Mason 2 anni prima per obesità grave (BMI > 40). Dopo l'intervento chirurgico, iniziale decremento ponderale secondo lo schema previsto. Da circa 2 mesi epigastralgia e pirosi retrosternale; da circa 10 giorni vomito incoercibile.

Esegue una EGDS che evidenzia una esofagite distale di Grado C sec. Los Angeles, un prolasso della mucosa della pouch superiore con ostruzione ed una iporappresen-

tazione delle pliche del Kerkring a livello della seconda porzione duodenale.

Viene quindi sottoposto a legatura multipla con legatore multi-elastico (6 lacci) della mucosa gastrica esuberante ed invitato ad eseguire terapia con inibitori di pompa protonica e procinetici alla dimissione.

RISULTATI: Al controllo endoscopico a 30 giorni, la esofagite è lievemente regredita ad uno stadio Los Angeles B, la pouch è pervia ed il transito è obiettivamente regolare. Al controllo radiologico con gastrografin il transito è risultato soddisfacente. Al follow-up ad 1 anno il paziente ha regolarizzato il suo peso, gode di apparente buona salute e fa uso saltuario di inibitori di pompa protonica. La EGDS di controllo ha confermato la stabilizzazione del quadro endoscopico e la ulteriore regressione dell'esofagite.

CONCLUSIONI: Il trattamento con legatura elastica per via endoscopica del prolasso mucosa dopo GV, se confermato e validato da studi prospettici randomizzati su ampio numero di soggetti, potrà costituire una valida alternativa al trattamento chirurgico di tale complicanza.

Bibliografia

- 1) Mason EE, Cullen JJ: *Management of complications in vertical banded gastroplasty*. Current Surgery, 2003; 60(1):33-37.
- 2) Balsiger BM, Poggio JL, Mai J, Kelly KA, Sam MG: *Ten and more years after vertical banded gastroplasty as primary operation for morbid obesity*. J Gastrointest Surg, 2000; 4:598-605.
- 3) Zarski O, Randrianasolo S, Izard G: *Incarceration of a calibrating band after vertical banded gastroplasty for morbid obesity: diagnostic and therapeutic implications*. J Chir, 2004; 141(5):295-98.
- 4) MacLean L, Rhode B, Forse A: *Late results of vertical banded gastroplasty for morbid and super obesity*. Surgery, 1990; 107:20-27.
- 5) Pollard S: *Morbid obesity-a surgeon's perspective*. Current Anaes & Crit Care, 2001; 12:254-60.
- 6) Verste D, Houben JJ, Gay F, Elcherth J, Bourgeois V, Van Gossum A: *The place of upper gastrointestinal tract endoscopy before and after vertical banded gastroplasty for morbid obesity*. Dig Dis Sci, 1997; 42(11):2333-337.