



18^o Congresso Nazionale

SOCIETÀ ITALIANA DI
VIDEOCHIRURGIA INFANTILE

SIVI

Complicanze ed eventi avversi in
Chirurgia Mini-invasiva

Wroclaw - Poland

27 Settembre 2017



18^o

Congresso nazionale

2th Joint meeting

ESPES

27 Settembre 2017 - Wroclaw

Cari amici è per me ancora una volta un grande piacere in qualità di presidente della SIVI presentare il prossimo congresso della Società Italiana di Video Chirurgia Infantile che si svolgerà assieme all'ESPES a Wroclaw dal 27 al 29 settembre 2017.

Wroclaw (in italiano *Breslavia*) è in termini di popolazione la quarta città della Polonia ed è uno dei più grandi centri culturali ed intellettuali, con secoli di tradizione. Vi si trovano numerosi teatri, musei, cinema e gallerie d'arte. La città è famosa per la meravigliosa città vecchia e il *Rynek* (centro della città) e l'adiacente *Plac Solny*, "Piazza del Sale". Breslavia è stata scelta come Capitale europea della cultura nel 2016 e come Capitale mondiale del libro 2016, titolo assegnato dall'UNESCO



Il comitato scientifico del congresso della nostra società ha allestito un programma di alto livello incentrato sulla tematica importante e molto attuale delle complicanze e degli esiti in chirurgia mininvasiva pediatrica. Troverete infatti nel programma un'ampia tavola rotonda in cui si discuterà di quali eventi avversi si possono verificare nella nostra pratica quotidiana. All'analisi dettagliata delle complicanze saranno affiancati una serie di consigli utili per la loro prevenzione/soluzione.

Come società co-fondatrice dell'ESPES e alla luce dell'esperienza positiva di Madrid del 2016, anche quest'anno abbiamo accettato l'invito a organizzare il nostro congresso congiuntamente a quello dell'ESPES a Wroclaw. Come lo scorso anno, questa è un'occasione per tutti voi di poter partecipare con il minimo sforzo sia al congresso della SIVI che, nei due giorni successivi, a quello dell'ESPES. Per rendere ancora più agevole l'accesso ai soci SIVI, il comitato direttivo della società ha deliberato anche quest'anno di offrire gratuitamente l'accesso al nostro congresso. Tale invito verrà altresì esteso anche agli specializzandi che volessero partecipare purché in possesso del certificato di iscrizione alla specialità. Per rendere poi ancora più stimolante per i giovani soci la presentazione dei lavori abbiamo deciso di garantire il premio SIVI alla miglior comunicazione votata via Web.

Questo è il secondo ed ultimo anno del consiglio direttivo eletto nel 2015 a Roma; in occasione del congresso di Wroclaw verrà quindi nominato il nuovo Presidente e il nuovo consiglio direttivo che resterà in carica fino al 2020.

Quindi, auspicando la vostra numerosa partecipazione, stimolo tutti voi a inviare i vostri contributi scientifici, sia sulle esperienze dei vostri Centri che sulle eventuali complicanze a voi occorse. La vostra partecipazione potrà senz'altro arricchire un programma scientifico intenso e spero fruttuoso.

Non mi resta che augurarmi che sia un momento utile per la nostra crescita professionale

Arrivederci a Wroclaw

Fabio Chiarenza

Presidente SIVI



18^o

Congresso nazionale



2th Joint meeting

ESPEs

27 Settembre 2017 - Wrocław

Faculty

Pietro Bagolan (Roma)

Paolo Caione (Roma)

Maurizio Cheli (Bergamo)

Fabio Chiarenza (Vicenza)

Giovanni Cobellis (Ancona)

Ciro Esposito (Napoli)

Mario Lima (Bologna)

Girolamo Mattioli (Genova)

Mario Messina (Siena)

Alessio Pini Prato (Alessandria)

Giovanna Riccipetioni (Milano)

Carmelo Romeo (Messina)

Segreteria Organizzativa

Fabio Chiarenza (Vicenza)

Paolo Caione (Roma)

Maria Grazia Scuderi (Catania)

Fabio Beretta (Trento)

A-1701. ACCESSI NUTRIZIONALI E COMPLICANZE CHIRURGICHE: 13 ANNI DI ESPERIENZA DI UN TEAM MULTIDISCIPLINARE.

Codrich D, Scarpa MG, Guida E, Pederiva F, Di Leo G, Schleef J
Struttura Complessa di Chirurgia Pediatrica, Trieste

Introduzione

La cura e la gestione dei problemi gastrointestinali del paziente con deficit neurologico richiede l'intervento di un'equipe multidisciplinare che nel nostro Istituto è costituita da un chirurgo pediatra, un gastroenterologo nutrizionista, un otorinolaringoiatra, un logopedista, cui si affiancano, ognuno per il proprio ambito il neurologo, l'ortopedico, l'odontostomatologo.

Le strategie di alimentazione enterale iniziano dal SNG per essere sostituite con accessi enterali quali gastrostomia, digiunostomia, Peg -J. In questo lavoro abbiamo voluto rivalutare i dati dei pazienti in cui è stata confezionata un accesso enterale nel nostro Istituto dal 2004 al 2017 per valutarne la demografia, l'età al posizionamento, la patologia sottostante, le complicanze che hanno necessitato l'intervento del chirurgo e confrontare la nostra esperienza con i dati di letteratura.

Materiali e Metodi

Analisi retrospettiva delle cartelle cliniche di 86 pazienti in cui è stato confezionato un accesso per nutrizione enterale nel nostro Istituto.

Risultati

Dal 2004 al 2017 sono stati evidenziati 83 pazienti in cui è stata confezionata una gastrostomia e 3 pazienti in cui è stata confezionata una digiunostomia, 36 femmine e 50 maschi. Le digiunostomie sono state confezionate in due pazienti con atresia esofagea e severo reflusso gastroesofageo in attesa della plastica antireflusso definitiva e in 1 paziente affetto da paralisi cerebrale infantile con 3 recidive di reflusso gastroesofageo che poi è stato deconnesso sec. Bianchi. Le motivazioni al posizionamento di una gastrostomia sono state in 4 casi una food aversion (3 pazienti affetti da esiti di atresia esofagea e una paziente affetta da atresia duodenale), in un caso una stenosi esofagea da epidermiolisi bollosa e in 81 casi le gastrostomie sono state confezionate per disfagia e iponutrizione in pazienti con deficit neurologico di varia natura. Sono state posizionate 3 PEG tipo push radiologiche, 2 PEG tipo Push Endoscopica con fissatori per gastropessi, 59 PEG tipo pull endoscopico, 10 gastrostomie laparoassistite con inserimento di bottone, 9 gastrostomie chirurgiche con inserimento di bottone e 3 digiunostomie chirurgiche.

Si sono verificate due (3,4%) complicanze intraoperatorie maggiori (1 perforazione del lobo epatico sinistro, 1 perforazione di tenue) e due (2,3%) complicanze minori (un pneumoperitoneo e una fuoriuscita di omento dalla ferita). Le complicanze a distanza che hanno richiesto l'intervento del chirurgo sono state 13 (15,1%), di cui 3 buried bumper syndrome, 3 dislocazioni dopo sostituzione del presidio, 1 migrazione del bumper in tenue, in 2 casi è stato necessario riconfezionare la gastrostomia per importanti macerazioni, in 2 casi il palloncino ha occluso il piloro, in un caso si è avuto un sanguinamento da stiramento gastrico e 1 fistola enterocutanea in una digiunostomia. In 24 (27,9%) pazienti è stata confezionata una funduplicatio contemporaneamente alla gastrostomia, mentre 22 pazienti (25,6%) hanno richiesto successivamente il posizionamento di una plastica. Il 38,4% dei pazienti non ha richiesto la funduplicatio, mentre il 7% era stato sottoposto a plastica precedentemente. Dal 2010 vi è stato un trend in discesa nel contemporaneo confezionamento di plastica e gastrostomia, così come sono diminuite le plastiche successive alla PEG.

Conclusioni

L'incidenza di complicanze intraoperatorie e chirurgiche nella nostra esperienza sono conformi ai dati presenti in letteratura. Anche nella nostra esperienza, grazie al supporto di strategie nutrizionali (modalità di somministrazione degli alimenti, diversi tipi di alimenti) e farmacologiche (PPI, procinetici), è stato possibile ridurre la necessità di confezionamento di plastiche antireflusso associate alla gastrostomia, in accordo con le attuali linee guida ESPGHAN 2017.

A-1702. QUANDO LA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI TI PORTA FUORI STRADA: STORIA DI UN MEGAURETERE

Mele E, Gerocarni Nappo S, Caione P, Capozza N

UOC di Chirurgia Urologica, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù"- Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Roma

Introduzione

Il trattamento mininvasivo del megauretere ostruttivo primario con dilatazione endoscopica con catetere a palloncino ad alta pressione, è una procedura sicura ed efficace nella quasi totalità dei casi.

Materiali e Metodi

Bambino di 8 aa seguito presso altro centro per megauretere sinistro ostruttivo. All'ecografia DAP uretere distale 25 mm e pelvi 20 mm. Alla renoscintigrafia lieve ipofunzione sinistra (40%) con pattern ostruttivo.

Risultati

Eseguita dilatazione ad alta pressione del giunto ureterovesicale con catetere a palloncino, a fine procedura spandimento del mezzo di contrasto per cui l'intervento è stato convertito in reimpianto vescicoureterale sinistro. Solo a questo punto è stato visualizzato un tratto di uretere ipoplasico lungo circa 9 cm. Il reimpianto è stato complesso per la brevità dell'uretere residuo dopo la resezione del tratto ipoplasico.

Conclusioni

Il trattamento mininvasivo del megauretere è sicuro ed efficace, a condizione di disporre di materiale ed attrezzature adeguate e di buona esperienza endourologica da parte dell'operatore. E' necessaria molta attenzione alle indagini pre-operatorie inclusa la pielografia preliminare alla procedura.

A-1703. OUTCOME A LUNGO TERMINE DELLE CISTI RENALI DOPO EMINEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA IN ETÀ PEDIATRICA

Esposito C¹, Troncoso Solar B², **Escolino M¹**, Iacona R², Turrà F¹, Cerulo M¹, Severino G¹, Settimi A¹, Mushtaq I²

¹ *Chirurgia Pediatrica, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli, Italia*

² *Pediatric Urology, Great Ormond Street Hospital, London, United Kingdom*

Introduzione

Scopo del lavoro è riportare il follow-up imaging dell'eminefrectomia laparoscopica in età pediatrica al fine di studiare la storia naturale delle lesioni cistiche renali post-eminefrectomia.

Materiali e Metodi

Sono stati valutati i referti ecografici effettuati durante il follow-up di 125 pazienti (77 femmine, 48 maschi – età media 3.2 anni) sottoposti ad eminefrectomia laparoscopica in 2 centri di chirurgia pediatrica nel periodo 2005-2015.

Risultati

L'approccio transperitoneale è stato adottato in 83 casi mentre quello retroperitoneale è stato impiegato in 42 pazienti. Il follow-up medio è stato di 4.2 anni. Al follow-up ecografico, una cisti anecogena e non vascolarizzata è stata identificata in corrispondenza del sito chirurgico dopo 61 delle 125 procedure (48.8%). Per quanto concerne l'aspetto ecografico, 53/61 (86.8%) cisti erano semplici e anecogene e 8/61 (13.2%) apparivano settate. Il diametro medio delle cisti era 3.3 x 2.8 cm. Per quanto riguarda l'evoluzione, 13/61 cisti (21.3%) sono scomparse dopo un periodo di osservazione medio di 4 anni, 26/61 (42.6%) sono rimaste di dimensioni immutate, 17/61 (27.8%) sono diminuite di volume e solo 5/61 cisti (8.3%) sono aumentate di volume. Le cisti sono rimaste asintomatiche in 51 casi (83.6%) mentre sono risultate associate ad infezioni urinarie e dolore addominale nei restanti 10 pazienti (16.4%). Nessuno di tali pazienti ha richiesto un re-intervento.

Conclusioni

Il riscontro ecografico di una cisti semplice in corrispondenza del sito chirurgico dopo un'eminefrectomia laparoscopica è un evento comune durante il follow-up di tali pazienti, con un'incidenza di circa il 50% nella nostra casistica. Secondo la nostra ipotesi eziologica, è probabile che un sieroma prenda il posto dell'emirene asportato. Non è stata riscontrata alcuna correlazione tra la formazione delle cisti ed il tipo di tecnica chirurgica utilizzata. Considerando l'assenza di correlazione tra le cisti e l'outcome clinico, le cisti renali post-eminefrectomia laparoscopica possono essere gestite in maniera conservativa, con un follow-up ecografico periodico.

A-1704. VALUTAZIONE DELLO STUMP URETERALE DISTALE DOPO NEFRO-URETERECTOMIA IN ETA' PEDIATRICA: STUDIO COMPARATIVO TRA APPROCCIO LAPAROSCOPICO E RETROPERITONEOSCOPICO.

Esposito C, **Escolino M**, Farina A, Turrà F, Cerulo M, Izzo S, Severino G, Settimi A
Chirurgia Pediatrica, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli, Italia

Introduzione

La rimozione completa dell'uretere nel corso di una nefrectomia riduce il rischio di una futura morbidità associata allo stump ureterale residuo, comprendente infezioni urinarie, dolore addominale inferiore ed ematuria. Scopo del lavoro è valutare l'outcome dello stump ureterale distale dopo nefro-ureterectomia, attraverso un'analisi comparativa tra approccio laparoscopico e approccio retroperitoneoscopico.

Materiali e Metodi

Sono stati analizzati retrospettivamente i dati di 21 pazienti (età media 2.7 anni, range 11 mesi-10 anni) sottoposti a nefro-ureterectomia per via laparoscopica (11) o retroperitoneoscopica (10), relativamente alla presenza di sintomi correlati ad uno stump ureterale residuo e la loro gestione. Il follow-up medio è stato di 5 anni. Indicazioni alla nefrectomia sono state rappresentate da: displasia renale in 4 casi, nefropatia da reflusso in 10 casi o idronefrosi grave associata a perdita della funzione renale nei restanti 7 pazienti. I pazienti sono stati valutati ecograficamente per misurare la lunghezza dello stump ureterale residuo e clinicamente per valutare eventuali sintomi associati ad uno stump sintomatico.

Risultati

La lunghezza dello stump ureterale residuo dopo nefrectomia laparoscopica, valutata ecograficamente, è risultata significativamente più breve (range 3-5 mm) rispetto allo stump residuo dopo retroperitoneoscopia (range 2-5 cm) [$p < .001$]. I pazienti del gruppo laparoscopico sono risultati asintomatici. Nel gruppo retroperitoneoscopico in 2 casi è stato riscontrato un reflusso vescico-ureterale di alto grado a livello dello stump ureterale associato a infezioni ricorrenti e un re-intervento è stato effettuato per rimuovere lo stump residuo.

Conclusioni

Il rischio di lasciare un lungo stump ureterale, potenzialmente sintomatico, nei pazienti sottoposti a nefro-ureterectomia rappresenta un problema reale. Considerando che l'approccio laparoscopico permette di rimuovere la maggior parte dell'uretere fino alla base vescicale, nei bambini con una nefropatia da reflusso, è preferibile effettuare sempre una nefrectomia laparoscopica piuttosto che retroperitoneoscopica. In caso di stump ureterali sintomatici, un reintervento può essere necessario per rimuovere lo stump residuo, come verificatosi in 2 casi della nostra casistica dopo nefrectomia retroperitoneoscopica.

A-1705. CONVERSIONE DA CHIRURGIA VLS A OPEN PER PATOLOGIE SPLENICHE IN ETA' PEDIATRICA

Ganarin A, Fascetti Leon F, Gamba PG

Unità Operativa di Chirurgia Pediatrica. Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino. Università degli Studi di Padova.

Introduzione

La laparoscopia è l'approccio chirurgico di scelta per la maggior parte delle patologie spleniche nei pazienti pediatrici, la cui frequenza di conversione a chirurgia open in letteratura è variabile. L'obiettivo del nostro studio è valutare il tasso e le cause di conversione nel nostro Centro.

Materiali e Metodi

Sono state analizzate tutte le procedure chirurgiche VLS eseguite nel nostro Centro per patologia splenica nel periodo 2001-2017. Le indicazioni alla chirurgia comprendevano: patologie ematologiche (41), wandering spleen (3), cisti spleniche (11), amartoma splenico (1), linfangioma splenico (1). Sono state indagate le conversioni a chirurgia open e la loro causa: la necessità di allargare una porta laparoscopica o di eseguire un'incisione laparotomica per estrarre la milza sono state escluse.

Risultati

Sono state eseguite 57 procedure VLS per patologia splenica: 39 splenectomie (20 associate a colecistectomia), 6 emisplenectomie (2 associate a colecistectomia), 9 exeresi/marsupializzazione di cisti splenica e 3 splenopessi. Dieci (17.5%) hanno necessitato di conversione a chirurgia open. Una laparotomia si è resa necessaria in 7 splenectomie, 1 exeresi di cisti splenica e 2 emisplenectomie. Le cause della conversione sono state: in 6 casi (10.5%) un sanguinamento non controllabile (4 splenectomie, 2 emisplenectomie) in 4 casi (7%) una visione non ottimale (3 splenectomie, 1 exeresi di cisti splenica). In un caso la laparotomia è stata eseguita per sanguinamento insorto nell'immediato post-operatorio

Conclusioni

Il tasso di conversione a chirurgia open nel nostro Centro è risultato del 17.5%. La causa principale di conversione rimane il sanguinamento intraoperatorio. L'emisplenectomia, in particolare nell'esperienza iniziale, ha presentato un elevato rischio relativo di conversione.

A-1706. CREAZIONE DI UN REGISTRO NAZIONALE ITALIANO SUGLI OUTCOME. CONFRONTO CON L'ESPERIENZA DELL'ACS-NSQIP-Ped NEL CONTRIBUIRE AD INDIVIDUARE LE CAUSE DELLE COMPLICANZE

Beretta F, Corroppolo M, Revetria C, Allegretti MG*, Andermarcher M

UO di Chirurgia Pediatrica, * Direzione Medica, APSS di Trento – Ospedale “Santa Chiara” di Trento

Introduzione

La versione pediatrica del National Surgical Quality Improvement Program dell'American College of Surgeons in collaborazione con l'American Pediatric Surgical Association (ACS-NSQIP-Ped) è stata sicuramente una pietra miliare nei processi di miglioramento delle cure in ambito pediatrico, anche se già Codman circa un secolo fa aveva sentito l'esigenza di creare un sistema di valutazione degli outcome chirurgici, mai operativamente utilizzato nella pratica clinica,

Seguendo il valido esempio dell'istituzione di un registro nazionale americano, si propone all'assemblea una discussione e la partecipazione ad un registro analogo a livello nazionale.

Materiali e Metodi

Dal 2015 sono comparsi numerosi articoli scientifici che trattano il tema delle complicanze e degli outcome basandosi sui dati del ACS-NSQIP-Ped. Ciò che colpisce sono i numeri dei campioni trattati, che permettono di inferire conclusioni sicuramente statisticamente significative.

Trasferendo tale sistema e adattandolo alle modalità classificative in vigore in Italia (ICD-9-CM) mantenendo tuttavia l'impalcatura del ACS-NSQIP-Ped è stato costruito un Registro Nazionale Esiti per la Chirurgia Pediatrica basato su un database online presente al sito www.rne-chped.it.

Risultati

Il registro prevede la compilazione di un caso per ogni complicanza o evento rilevato nella propria pratica clinica. Il sistema di indicizzazione permette di ottenere dati anonimi, che consentiranno di avere un dato grezzo annuale nazionale e dei dati separati per centro di appartenenza e al primo operatore che ha avuto la complicanza. Il registro, a differenza dei PNE nazionali, è anonimo in quanto il dato nazionale sarà distribuito a tutti i centri appartenenti, il dato locale sarà distribuito solo al centro di appartenenza affinché ognuno possa avere un indice di benchmark esterno nazionale; il dato per operatore sarà fornito solo agli operatori o ai centri che ne faranno esplicita richiesta (per garantire la privacy professionale degli operatori partecipanti).

Le schede prevedono la descrizione della complicanza rilevata, o dell'evento rilevato (ricovero ripetuto entro 30 gg, visita PS o visita ambulatoriale non prevista, ecc.), la descrizione dei fattori di rischio preoperatori e post-operatori: la compilazione di queste ultime due schede consente di eseguire analisi sui fattori che possono aumentare i rischi di avere complicanze post-operatorie (stratificazione del rischio).

Conclusioni

Il RNE-CHPED può essere un primo tentativo virtuoso di valutare su larga scala gli esiti per la Chirurgia Pediatrica in Italia, sia essa eseguita con tecniche mini-invasive che tecniche tradizionali; può consentire l'identificazione di fattori di rischio pre e post-operatori o confrontare gli esiti tra tecniche mini-invasive e classiche. Si auspica la sua introduzione e il suo uso corretto come buona pratica clinica a livello dei centri di Chirurgia Pediatrica in Italia.

B-1701. LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF GIANT OVARIAN CYST: CASE REPORT

G. Antona, G. Spampinato, D. Olenik, MG Scuderi, V. Di Benedetto.

UOC di Chirurgia Pediatrica Università degli Studi di Catania

Introduction

Giant ovarian cysts are very rare nowadays, because they are generally recognised and treated early. We present the case of a patient with a giant ovarian cyst, treated laparoscopically with success.

Case report

15-year-old female presented with progressive abdominal distension and weight gain for 4-5 months. She believed this was a consequence of her constipation. Because of an episode of worsening abdominal pain (referred to RLQ) diagnostic imaging were performed that showed: a giant multisepted cystic mass in the abdomen, probably originating from left ovary, measuring 32x24x15 cm. Negative tumor markers.

The patient underwent laparoscopic asportation of the cystic mass.

It was necessary to perform a US-guided evacuation of the cyst with aspiration of around 4 liters of clear, mucinous fluid before gaining a classic umbilical access through which aspiration phase was completed with a total of 6 liters of fluid.

Asportation of the cyst, saving left ovary, was performed laparoscopically with trans-umbilical extraction.

Regular postoperative course with discharge on postoperative day 1.

Pathology examination revealed a Mucinous cystadenoma, intestinal type.

Conclusion

Giant ovarian cysts, when there is a normal tumor marker profile and benign imaging appearance, can be managed laparoscopically, reducing postoperative pain and hospitalization; moreover it gives a satisfactory aesthetic result.

B-1702. TRATTAMENTO MININVASIVO DELLE CISTI OVARICHE NEONATALI

C. Vella, F. Marinoni, S. Costanzo, F. Destro, G. Di Iorio, A. Pansini, G. Riccipetioni
SC di Chirurgia Pediatrica - Ospedale dei Bambini "V. Buzzi" - Milano

Introduzione

Le cisti ovariche neonatali (CON) sono considerate il risultato della stimolazione dell'ovaio fetale da parte della gonadotropina corionica placentare ; sono solitamente strutture auto-limitanti. Tuttavia, cisti di dimensioni maggiori ai 20 mm o complesse possono portare a gravi complicazioni. A seguito dei progressi della tecnica ecografica le CON sono facilmente individuabili nel periodo prenatale generalmente verso la fine del secondo trimestre di gestazione,

Scopo dello studio è riportare la nostra casistica nel trattamento mininvasivo delle cisti ovariche di grandi dimensioni e/o complicate.

Materiali e Metodi

Nel periodo Gennaio 2012 Maggio 2017 sono state trattate con tecnica mininvasiva 11 pazienti con cisti ovarica riscontrata in epoca prenatale.

Tutte le pazienti sono state sottoposte ad ecografia neonatale ed a successivo follow up ecografico preoperatorio (in media 1 ecografia mensile nei casi di follow up maggiore di 4 mesi). Il timing della procedura chirurgica è stato posto in base alla dimensione ecografica della cisti ed alle caratteristiche ultrasonografiche (sedimento, iper/ipoecogenicità).

In tutti i casi è stato eseguito un follow up postoperatorio ecografico a distanza di 1 mese, 6 mesi e nei casi meno recenti ad 1 anno dall'intervento.

Tutti i casi di CON diagnosticate in epoca prenatale e con necessità di trattamento chirurgico osservati negli ultimi 6 anni (11 casi - 7 lato sinistro 4 lato destro) sono stati trattati con tecnica mininvasiva. Le CON sono state asportate in 6/11 con l'ausilio della sola ottica operativa , 1 /11 con l'utilizzo di 3 trocar da 3 mm ed in 4/11 con trocar ombelicale ed un trocar da 3 mm per la mobilizzazione della cisti. In 9/11 è stata eseguita la rimozione della cisti e dell'ovaio per riscontro di cisti complicata da pregressa torsione (1 caso di autoamputazione) mentre in 2 casi è stata eseguita marsupializzazione della cisti e risparmio del tessuto ovarico (cisti di grandi dimensioni non complicate).

Risultati

Tutte le procedure sono state eseguite mediante mobilizzazione della CON e successivo approccio transombelicale. L'età media all'intervento è stata di 62 giorni con un tempo operatorio medio di 47 minuti; la dimensione media delle CON all'intervento è stata di 52 mm di diametro maggiore (range 42mm- 70 mm). Tutti gli interventi si sono svolti senza complicanze, il periodo post operatorio è stato privo di complicanze , in un solo caso abbiamo riscontrato una deiscenza della cicatrice ombelicale trattata conservativamente. Il follow up ecografico post chirurgico ha dimostrato ad oggi in tutti i casi l'assenza di anomalie dell'ovaio controlaterale e in 2/11 il normale sviluppo di entrambe le gonadi.

Conclusioni

Nella nostra esperienza Il trattamento laparoscopico delle CON è sicuro ed efficace, nei casi di cisti di dimensioni maggiori ai 40 mm non complicate senza regressione post natale in 3 mesi riteniamo sia utile un trattamento chirurgico precoce al fine di evitare rischi di torsione del peduncolo ovarico.

Nei casi di cisti complicate l'utilizzo della sola ottica operativa con successivo approccio transombelicale può risultare una opzione valida ed efficace.

B-1703. RUOLO DELLA LAPAROSCOPIA NEL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CISTICHE DEL FEGATO IN ETÀ PEDIATRICA. NOSTRA ESPERIENZA

Bleve C., Conighi ML., Costa L., Chiarenza S.F.

U.O. di Chirurgia Pediatrica e Urologia Pediatrica, Chirurgia Pediatrica Mininvasiva e Nuove Tecnologie, Ospedale San Bortolo, Vicenza, Italia

Introduzione

Le cisti del fegato sono rare in età pediatrica. Nella maggior parte dei casi si tratta di lesioni semplici e solitarie, spesso diagnosticate in epoca prenatale, tuttavia la diagnosi più frequentemente risulta occasionale. La nostra coorte descrive differenti patologie potenziali, alcune delle quali possono risultare life-threatening

Materiali e Metodi

Abbiamo raccolto i dati relativi ai pazienti giunti presso la nostra U.O per sospetta neoformazione cistica epatica. Sono state analizzate le caratteristiche cliniche, radiologiche e patologiche. Sono stati esclusi i bambini affetti da cisti del coledoco, malattia policistica del fegato e neoplasie maligne.

Risultati

Sono stati identificati 12 pazienti con sospetta neoformazione cistica epatica. In due casi è stata effettuata una diagnosi prenatale per neoformazione endoaddominale. Segni e sintomi di presentazione: distensione addominale e pienezza, nausea, dolore epigastrico e dispepsia. Tutti i pazienti sono stati studiati utilizzando una combinazione di tecniche di Imaging (ecografia, RMN/ColangiRMN, TAC, scintigrafia renale). 6 pz presentavano cisti da echinococco (in un caso associazione con cisti pelvica) di imponenti dimensioni (15-30 cm). In tre casi si è trattato di cisti epatica semplice (range 8-12 cm). In un caso cisti post-traumatica delle dimensioni di 3x2,5x7,5cm. Nei due casi con diagnosi pre-natale e trattamento chirurgico in epoca neonatale la chirurgia ha escluso la natura epatica delle lesioni: una cisti mesoteliale del diametro di 6 cm, ed una dilatazione cistica dell'emidistretto renale superiore destro (diametro 6cm) con rapporti di contiguità stretti con il fegato. L'approccio chirurgico è stato mininvasivo transaddominale in tutti i pazienti eccetto per la cisti post-traumatica trattata con posizionamento ecoguidato di drenaggio percutaneo. L'asportazione laparoscopica è stata radicale in tutti i casi e non si è resa necessaria la resezione epatica anche per le cisti parassitarie giganti (30cm). Non abbiamo registrato complicanze intraoperatorie. Due dei 6 pazienti con cisti da echinococco hanno riportato leakage biliare lungo il letto epatico della cisti che ha richiesto un trattamento conservativo con drenaggio, ERCP e stent biliare.

Conclusioni

Le cisti epatiche sono rare in età pediatrica ed il loro trattamento ottimale non è chiaro. Il management risulta differente a seconda della natura della lesione (parassitaria o non) e dei segmenti interessati. Fondamentale risulta lo studio ed inquadramento diagnostico pre-operatorio al fine di stabilire il più appropriato approccio chirurgico. L'escissione completa di tali lesioni, limitando/evitando la resezione epatica, può giovare della chirurgia mininvasiva (anche per cisti di notevoli dimensioni) se condotta da chirurghi esperti in chirurgia mininvasiva ed in condizioni anatomiche favorevoli.

B-1704. LA PLASTICA ANTIREFLUSSO SEC. NISSEN IN EPOCA NEONATALE: 5 ANNI DI ESPERIENZA

Conforti A, Iacusso C, Fusaro F, Valfrè L, Bagolan P
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Introduzione

La necessità di eseguire una plastica antireflusso sec. Nissen in epoca neonatale è un'evenienza rara. Questo a causa delle difficoltà diagnostiche nella definizione di malattia da reflusso gastro-esofageo nel neonato (MRGE), per l'aumentato rischio di complicanze post-operatorie e di recidiva della plastica antireflusso nel neonato e nel lattante. Scopo del presente studio è stato quello di valutare la nostra esperienza in un periodo di 5 anni.

Materiali e Metodi

E' stata condotta un'analisi retrospettiva su tutti i pazienti afferiti al Dipartimento di Neonatologia Medica e Chirurgica che hanno necessitato di plastica antireflusso nel periodo 2012-2017. Tutti i pazienti hanno eseguito diagnosi di MRGE mediante Rx transito, scintigrafia gastrica e pHimpedenziometria. I pazienti operati sono stati stratificati in base all'intervento eseguito (laparoscopia vs. chirurgia open) e sono stati confrontati per le caratteristiche demografiche, necessità di conversione, tempi operatori, complicanze e necessità di redo.

Risultati

Durante il periodo di studio sono stati trattati 37 neonati, di cui 19 con intervento laparoscopico e 18 con procedura laparotomica. La tabella riassume i principali risultati

	Laparoscopy	Open	p
	19 pts	18 pts	
GA, weeks; median (IQR)	35.5 (33.25-38)	37 (35.5-39)	0.29
BW, gr; median (IQR)	2415 (1825-2880)	2600 (1850-2835)	0.93
Previous abdominal surgery, n (%)	7 (37)	11(61)	0.19
Age @ Nissen, days; median (IQR)	145.5 (79-170.5)	129 (102-170.5)	0.50
Weight @ Nissen, gr ; median (IQR)	4125 (3500-5700)	3885 (3023-4164)	0.07
Conversion rate, n (%)	5 (27)	-	-
Operative time, min; median (IQR)	204 (149-217.5)	131 (111.5-140)	0.0001
Complications, n (%)	2 (10)	-	0.48
Necessità di Reintervento <1 year			1.0

Conclusioni

La plastica antireflusso sec Nissen è un'intervento sicuro, con un basso tasso di complicanze. Il fallimento della procedura chirurgica e quindi la necessità di reintervento, nella nostra esperienza, non è stato riscontrato. L'approccio laparoscopico è applicabile nella maggior parte dei pazienti pur se con una maggiore durata dell'intervento nella nostra esperienza.

18^o

Congresso nazionale

2th Joint meeting

ESPES

27 Settembre 2017 - Wrocław

B-1705.NEFRECTOMIA BILATERALE PER VIA RETROPERITOENOSCOPICA IN POSIZIONE PRONA: DESCRIZIONE DI 3 CASI

Gerocarni Nappo S*, Collura G*, Mele E*, Innocenzi M*, Dello Strologo L°, Caione P*, Capozza N*

* UOC Chirurgia Urologica, Dipartimento di Chirurgia, ° UOC Nefrologia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, Roma

Introduzione

L'approccio retroperitoneoscopico è considerato il gold standard per la nefrectomia da patologie benigne in età pediatrica. Viene in genere effettuato in posizione laterale. Eccezionalmente vi è indicazione ad effettuare la nefrectomia in maniera sincrona bilaterale: si tratta in genere in pazienti in dialisi peritoneale in attesa di trapianto renale. Presentiamo 3 casi sottoposti a nefrectomia laparoscopica retroperitoneale bilaterale con approccio in posizione prona.

Materiali e Metodi

3 pazienti (2M 1 F) età 7-11 anni, 2 con sindrome nefrosica (1 con mutazione WT1), 1 ipertensione nefrovascolare con scarsa risposta a terapia farmacologica multimodale. Pazienti posti in posizione prona, tronco flesso a 45°, nefrectomia eseguita prima a sinistra poi a destra, con 3 trocar per ciascun lato (1 10 mm per ottica, 2 5 mm)

Risultati

Procedura eseguita con monopolare in 2 casi e ultracision in 1. Vasi legati con clip. Ottima visualizzazione dei vasi specie a destra (vasi in trazione per il peso del rene). Tempo operatorio tra 160 e 210 min. Ripresa alimentazione a 4-6 h, ripresa della dialisi peritoneale la notte stessa. Dolore gestito con perfalgan in 2 casi e contramal per le prime 24 h in 1 caso. Sanguinamento non significativo.

Conclusioni

L'approccio retroperitoneoscopico in posizione prona è ottimale in caso di nefrectomia bilaterale in quanto consente di non riposizionare il paziente tra le due procedure. Vi è un ottimo controllo dei vasi, anche della vena renale destra breve (nonostante il grosso volume dei reni), ripresa immediata della dialisi peritoneale e assenza di complicanze significative. E' opportuno tuttavia un training "ad hoc" per avere familiarità con la diversa visione delle strutture anatomiche.

B-1706. PIELOPLASTICA CON TECNICA ROBOTICA IN ETÀ PEDIATRICA: QUALI LIMITAZIONI CHIRURGICHE?

Torino G*, Cobellis* G, Cruccetti A*, Noviello C*, Ilari M*, Brandigi E*, Nino F*, De Gennaro M°, Martino A.

*SOD Chirurgia Pediatrica e delle Specialità Chirurgiche, Ospedale Materno Infantile "G. Salesi"- Azienda Ospedali Riuniti, Ancona-Italia.

°UOC Chirurgia Robotica e Urodinamica, Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma-Italia

Introduzione

La pieloplastica robotica è una procedura chirurgica ormai diffusa in urologia pediatrica.

Scopo di questo studio è valutare se esistono limitazioni chirurgiche all'utilizzo della tecnologia robotica nella pieloplastica in età pediatrica.

Materiali e Metodi

Da Maggio 2013 a Luglio 2017, 14 maschi ed 5 femmine sono stati sottoposti a pieloplastica robotica transperitoneale sec. Anderson-Hynes (sinistra in 11 pz e destra in 8 pz) presso l'Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù" di Roma e l'Ospedale Materno-Infantile "Salesi" di Ancona.

L'età mediana è stata di 8 anni con un range di età da 10 mesi a 17 anni.

In un pz, con ostruzione pieloureterale per stenosi intrinseca del giunto pieloureterale e vasi anomali comprimenti il giunto stesso, simultaneamente alla pieloplastica e ritenuto inefficace l'eventuale scrociamento pielovascolare, è stata eseguita una sospensione vascolare sec. Hellström-Chapman; mentre, in un secondo pz, contemporaneamente alla pieloplastica, è stata effettuata una estrazione nefroscopica di calcoli renali con ureteroscopio flessibile per stenosi del giunto pieloureterale associata a calcolosi renale.

I vasi anomali erano presenti in 7 pz.

Abbiamo valutato, tempi operatori, dolore e degenza postoperatoria, conversioni open o laparoscopiche, complicanze e recidive.

Risultati

Il tempo operatorio totale mediano è stato di 200 minuti (range, 120-260 minuti).

Il dolore postoperatorio è stato ben controllato con somministrazione regolare intravenosa di paracetamolo (15 mg/Kg/dose) ed a richiesta di tramadololo (1 mg/Kg/dose endovena).

La degenza mediana postoperatoria è risultata di 48 ore (range, 24-168 ore).

Nessuna conversione ad altra tecnica chirurgica né complicanza è stata osservata.

Al follow-up mediano di 27 mesi (range, 2-51 mesi) tutti i pz sono asintomatici in assenza di recidive.

Conclusioni

La pieloplastica eseguita con tecnica robotica appare essere, in età pediatrica, una procedura chirurgica poco invasiva, sicura ed efficace.

Inoltre, l'utilizzo della tecnologia robotica nella esecuzione della pieloplastica in età pediatrica non presenta alcuna limitazione chirurgica; in particolare, la tecnica robotica può essere adottata indipendentemente dall'età del paziente, dalla presenza di vasi anomali, e dall'associazione di eventuali procedure chirurgiche complementari.

C-1701. "LOW WEIGHT CHILD": CAN IT BE CONSIDERED A LIMIT OF ROBOTIC SURGERY? EXPERIENCE OF TWO CENTERS

Angotti R, Mattioli G, Molinaro F, Bindi E, Pellegrino C, Marazzato D, Messina M
Università Studi Siena, Università studi Genova

Introduzione

Robotic Surgery should be to date considered a technical option for many surgical procedures in pediatric age. The aim of this study was to verify the correlation between robotic surgery and low weight child.

Materiali e Metodi

It is a retrospective study of two centers from 2013 to 2017. All patients underwent robot surgery for major procedures were included. All patients were divided into two groups (group A - <15 kg and group B -> 15 kg). We considered these parameters: console time, duration of surgery, postoperative analgesia, recovery's length, major / minor complications. Data was analyzed by Wilcoxon-Mann-Whitney test.

Risultati

We included 83 patients. Group A: 28 pts, mean weight 11.2 kg (range: 7-15 kg). Group B: 55 pts, mean weight 40.8 kg (range: 15.2-120). Related to considered outcomes, we found a statistical significance only in terms of duration of surgery and console's time.

Conclusioni

Retrospective analysis of our series shows that weight can not be considered a limit for robotic surgery. The improvement of instruments permits to perform complex surgical procedures in low weight children without additional difficulties. However it is important to report that the smallest child of our group weighed 7 kilograms. This can be considered a limit of our study.

C-1702. TRATTAMENTO TORACOSCOPICO DELLE MASSE MEDIASTINICHE: PRESENTAZIONE DI 2 CASI

C. Vella, F. Marinoni, S. Costanzo, F. Destro, G. Riccipetioni
SC Chirurgia Pediatrica - Ospedale dei Bambini "V.Buzzi" Milano

Introduzione

Le masse mediastiniche, se non diagnosticate in epoca prenatale, sono generalmente un reperto occasionale; molto spesso la diagnosi avviene nel corso di indagini strumentali per segni e sintomi di natura compressiva o mirate allo studio delle strutture toraciche.

Riportiamo la nostra esperienza di trattamento toracoscopico di 2 masse mediastiniche

Materiali e Metodi

Caso 1 : paziente femmina di 6 anni con diagnosi accidentale di massa cistica nel mediastino posteriore durante un'ecocardiografia per la malattia reumatica. A completamento diagnostico è stata eseguita una risonanza magnetica nucleare ed una ecografia endoscopica che hanno evidenziato rispettivamente i rapporti anatomici della cisti e della parete esofagea ponendo diagnosi di duplicazione cistica dell'esofago.

Caso 2: paziente femmina di 11 anni con riscontro occasionale di neoformazione mediastinica anteriore a seguito di una risonanza magnetica eseguita per persistenza di sintomatologia respiratoria in corso di follow up pneumologico. La risonanza magnetica ha posto il dubbio di Timoma, i markers tumorali sono risultati negativi, il counseling oncologico ha posto indicazione alla asportazione.

In entrambi i casi è stato preferito un approccio mininvasivo toracoscopico.

Caso 1: Toracosopia eseguita con esclusione polmonare, ottica 10 mm e 3 trocar operativi da 5 mm, non è stato necessario insufflare CO₂. La cisti è stata mobilizzata dalla pleura, dal lobo polmonare e dal pericardio con conservazione della sottostante mucosa esofagea; il decorso del N. vago è stato accuratamente preservato. Rimossa la cisti lo strato esofageo siero muscolare è stato suturato con punti staccati;

Caso 2: Toracosopia eseguita con esclusione polmonare sinistra, ottica da 10 mm e 3 trocar operativi da 5 mm. La resezione della massa è stata ottenuta con risparmio del N. frenico, sintesi e sezione dell'apporto vascolare e successivo distacco dal pericardio, dall'arteria polmonare e dall'arco dell'aorta.

Risultati

In entrambi i pazienti non si sono verificate complicanze intraoperatorie, nel Caso 1 l'intervento è durato 170 min, la degenza ospedaliera è stata di 8 giorni e la rialimentazione è avvenuta in 6° giornata postoperatoria dopo studio con mezzo di contrasto.

Nel Caso 2 il decorso postoperatorio è stato regolare e la dimissione è avvenuta in 7° giornata postoperatoria. La diagnosi istologica ha confermato il timoma con grado Masaoka 1, non sono state necessarie ulteriori terapie ed il follow up a 6 mesi (RMN) ha evidenziato l'assenza di recidiva locale.

Conclusioni

L'approccio toracoscopico alle masse mediastiniche è sicuro ed efficace; un'attenta valutazione e pianificazione preoperatoria è fondamentale per l'utilizzo di tale opzione terapeutica.

La magnificazione concessa dalla toracosopia e l'ausilio di moderno strumentario dedicato consentono di eseguire una procedura chirurgica nel pieno rispetto dei criteri oncologici e della preservazione delle strutture anatomiche mediastiniche.

C-1703. TRATTAMENTO TORACOSCOPICO DELL'ATRESIA ESOFAGEA: NOSTRA ESPERIENZA INIZIALE

Cobellis G, Torino G, Cruccetti A, Noviello C, Ilari M, Nino F, Mariscoli F, Martino A

SOD di Chirurgia Pediatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ancona, Università Politecnica delle Marche

Introduzione

Riportiamo l'esperienza iniziale nel trattamento toracoscopico dell'atresia esofagea (AE) in un singolo centro di riferimento regionale.

Materiali e Metodi

Nel periodo marzo 2016- giugno 2017 presso il nostro centro l'approccio toracoscopico è stato eseguito nei neonati con AE e fistola tracheo-esofagea (FTE) distale (tipo C), di peso superiore ai 2.000 grammi. Le cartelle cliniche dei pazienti trattati sono state valutate retrospettivamente.

Risultati

Nel periodo in esame 7 neonati con AE di tipo C sono stati trattati con approccio toracoscopico. I primi due casi trattati sono stati entrambi convertiti in toracotomia senza complicanze: il primo caso per instabilità persistente intraoperatoria dei parametri respiratori ed il secondo caso per il riscontro alla toracosopia di un arco aortico destroposto non rilevato preoperatoriamente (conversione elettiva in toracotomia sinistra). Nei successivi 5 pazienti è stata effettuata la legatura della FTE, con anastomosi esofagea primaria toracoscopica in 4 casi (primo caso giugno 2016) e gastrostomia in 1 caso (paziente con cardiopatia complessa e "long gap"). Un paziente ha presentato un chilotorace che è stato trattato conservativamente. Al follow-up un paziente ha presentato una stenosi trattata con dilatazioni.

Conclusioni

Nella nostra esperienza iniziale l'approccio toracoscopico nei pazienti con AE di tipo C è risultato fattibile ed efficace, con un'accettabile incidenza di complicanze rispetto alla tecnica tradizionale.

**C-1704. STRATEGIA PERIOPERATORIA NELLA CORREZIONE MININVASIVA DI PECTUS EXCAVATUM: NOSTRA ESPERIENZA**

Giannotti G., Brena M.L., Locatelli B.G., Migliazza L., Cheli M.
ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo

Introduzione

L'efficacia e la sicurezza del trattamento mininvasivo sec Nuss del pectus excavatum in età pediatrica è ormai consolidato. Ancora controversi risultano essere alcuni dettagli di tecnica e del trattamento post-operatorio del dolore. Riportiamo la nostra esperienza chirurgica e nel trattamento del dolore post-operatorio.

Materiali e Metodi

Dal 2007 ad oggi abbiamo trattato con tecnica mininvasiva sec Nuss 18 pazienti affetti da pectus excavatum (14 maschi e 4 femmine).

Risultati

La tecnica chirurgica ha previsto in tutti i casi un accesso toracoscopico e in 1 caso abbiamo eseguito accesso sottoxifoideo. Nei primi 7 casi trattati sono stati utilizzati due stabilizzatori, mentre nei successivi solo 1. Nel post-operatorio tutti i pazienti sono stati trattati con catetere peridurale contenente anestetico locale (negli ultimi anni associato ad un adiuvante morfino) più infusione endovenosa di paracetamolo e FANS al bisogno per i primi 4-5 giorni post-operatori. In seguito veniva attuato graduale svezzamento e passaggio a farmaci per os. Non si sono presentate complicanze a breve termine; si segnala un caso di dislocazione della barra a 5 mesi dal posizionamento. Il controllo del dolore è risultato efficace ed è stato tale da permettere rapida mobilizzazione del paziente che riteniamo essenziale per ridurre complicanze e tempi di ospedalizzazione. La barra è stata rimossa dopo 2-3 anni. Il risultato estetico al termine del trattamento è stato considerato da discreto a ottimo in tutti i pazienti.

Conclusioni

La correzione mininvasiva del pectus è una procedura sicura e che offre ottimi risultati a distanza, con basso tasso di complicanze. Riteniamo che la gestione del dolore post-operatorio rimanga un cardine fondamentale per il buon esito del trattamento.

C-1705. TRATTAMENTO TORACOSCOPIA DEL GANGLIONEUROBLASTOMA TORACICO: DUE CASI

Casadio G, Lombardi L, Scarpa AA, Del Rossi C
AOU di Parma

Introduzione

Il Ganglioneuroblastoma toracico è una rara patologia tumorale che rappresenta una sfida dal punto di vista diagnostico e terapeutico.

La toracosopia è da 10 anni il metodo di scelta per la parte diagnostica (biopsia) del trattamento di tale patologia.

Il trattamento ablativo toracoscopico è considerato da molti autori come sicuro e facilmente riproducibile

Riportiamo di seguito la nostra esperienza di due casi.

Materiali e Metodi

Lo studio comprende i file di due casi trattati negli ultimi due anni presso il nostro istituto.

Si tratta di un maschio ed una femmina, con età media di 4 anni, affetti da massa della parete toracica destra, con caratteristiche tc di tumori solidi della parete toracica.

In un caso la massa era posteriore ed in un caso la massa era mediastinica.

In entrambi i pazienti è stata eseguita una biopsia toracoscopica, con diagnosi di ganglioneuroblastoma.

Dopo la diagnosi entrambi i pazienti sono stati trattati con la escissione toracoscopica della massa toracica.

Risultati

In entrambi i casi la massa è stata asportata completamente senza complicazioni intraoperatorie o postoperatorie.

Entrambi i pazienti non hanno eseguito chemioterapia postoperatoria

Il follow up medio di 9 mesi conferma la assenza di recidiva della malattia

Conclusioni

L'approccio toracoscopico al ganglioneuroma toracico, nella nostra esperienza, è risultato decisivo in fase diagnostica e quindi nell'approccio terapeutico, in fase di terapia ablativa