

19° Congresso Nazionale SIVI

Società Italiana di Videochirurgia Infantile



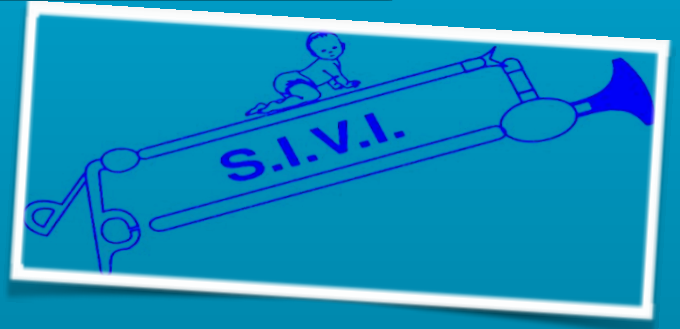
19° Congresso Nazionale SIVI

TEMA CONGRESSUALE

"Innovazioni in chirurgia mini-invasiva"
"Tips & Tricks in MIS".

Consensus SIVI su: cisti ovariche
Stenosi ipertrofica del piloro

September 26th, 2018
Le Plaza Hotel Brussels, Belgium



joint meeting

8th Annual Congress of the European Society
of Paediatric Endoscopic Surgeons

ESPEs

19°

Congresso nazionale



3th Joint meeting

ESPEs

Bruxelles

26 settembre 2018

Cari Soci SIVI e Cari Amici Tutti,

a nome del Comitato Direttivo della SIVI (Società Italiana di Videochirurgia Infantile), è con molto piacere che desidero invitarVi al 19° Congresso SIVI, che si svolgerà a Bruxelles in congiunzione con l'8° ESPEs Annual Congress.



Bruxelles è una città cosmopolita e molto moderna, collegata facilmente a tutta Europa e alle principali città italiane: non sarà difficile raggiungerla per partecipare al Congresso. La sede è l'Hotel "La Plaza".

Il Comitato Direttivo SIVI ha svolto un grande lavoro nell'organizzare il programma scientifico del Congresso, che appare molto stimolante. Tema principale di quest'anno sarà le "INNOVAZIONI IN MIS", con una ampia Tavola Rotonda dalla impostazione originale che vuole lasciare spazio ai giovani "Joung Presenters" con un commento di un "Senior Discussant".

È il 3° anno consecutivo che il congresso SIVI precede quello ESPEs nella stessa sede: altre 7 società o gruppi di lavoro nazionali europei si incontreranno mercoledì 26 settembre in parallelo con il nostro congresso. L'esperienza dei due anni precedenti ha insegnato che questa è un'ottima occasione per incrementare incontri con le personalità europee interessate alla chirurgia mini-invasiva nel bambino, fornendo un ottimo stimolo per ampliare gli orizzonti delle nostre menti.

Vi aspettiamo pertanto numerosi a Bruxelles, con l'augurio di una occasione proficua per la nostra crescita culturale e per rafforzare ancora rapporti di amicizia e collaborazione.

A rivederci il 26 settembre!

Per il Comitato Direttivo SIVI

Paolo Caione

Presidente



19°

Congresso nazionale



3th Joint meeting

ESPE

Bruxelles

26 settembre 2018

Società Italiana di VideoChirurgia Infantile

PRESIDENTE

Paolo Caione

VICEPRESIDENTE

Maurizio Cheli

SEGRETARIO GENERALE

Fabio Beretta

SEGRETARIO SCIENTIFICO

Maria Grazia Scuderi

CONSIGLIERI

Maria Escolino
Simona Gerocarni Nappo
Marco Gambino
Francesco Molinaro

CONSIGLIERI SCIENTIFICI

Cosimo Blevé
Giovanni Casadio
Andrea Conforti
Alessio Pini Prato

TESORIERE

Maurizio Marzaro

REVISORI DEI CONTI

Francesco Fascetti Leon
Riccardo Guanà
Giulia Giannotti (sostituto)

PAST PRESIDENTS

Salvatore Fabio Chiarenza
Vincenzo Di Benedetto
Ciro Esposito



Hôpital Universitaire
des Enfants Reine Fabiola
Universitair Kinderziekenhuis
Koningin Fabiola



19°

Congresso nazionale



3th Joint meeting

ESPE

Bruxelles

26 settembre 2018

Faculty

Pietro Bagolan (Roma)	Marco Gambino (Cosenza)
Fabio Beretta (Trento)	Pierluigi Lelli Chiesa (Pescara)
Cosimo Bleve (Vicenza)	Maurizio Marzaro (Treviso)
Paolo Caione (Roma)	Antonio Marte (Napoli)
Giovanni Casadio (Parma)	Girolamo Mattioli (Genova)
Maurizio Cheli (Bergamo)	Ermelinda Mele (Roma)
Fabio Chiarenza (Vicenza)	Mario Messina (Siena)
Giovanni Cobellis (Ancona)	Francesco Molinaro (Siena)
Andrea Conforti (Roma)	Alessio Pini Prato (Alessandria)
Francesca Destro (Milano)	Giovanna Riccipetioni (Milano)
Vincenzo Di Benedetto (Catania)	Carmelo Romeo (Messina)
Maria Escolino (Napoli)	Maria Grazia Scuderi (Catania)
Ciro Esposito (Napoli)	Giovanni Torino (Ancona)

Segreteria Organizzativa

Paolo Caione (Roma)
Fabio Beretta (Trento)
Maria Grazia Scuderi (Catania)





Programma del 19° Congresso Nazionale Società Italiana Videochirurgia Infantile (3th Joint Meeting SIVI-ESPES) Bruxelles - 26 Settembre 2018

14.30. Apertura del Congresso
Presidente SIVI – *Paolo Caione*

“Welcome message of the 8th ESPES Annual Meeting Chairmen”
Henri Stayeart – Paul Philippe

14.50. I Sessione Comunicazioni Libere (4' + 2' discussione)
Presidente: *Vincenzo Di Benedetto*
Moderatori: *Maurizio Marzaro, Marco Gambino*

CL1.18-01. **SITUS VISCERUM INVERSUS E SITUS VISCERUM SOLITUS: DUE CASI DI SUBOCCLUSIONE NEONATALE TRATTATI CON TECNICA LAPAROSCOPICA**
Casadio G, Caravaggi F, Scarpa AA, Garrisi EC, Casolari E

CL1.18-02. **ROLE OF LAPAROSCOPY IN CHILD WITH SITUS INVERSUS TOTALIS AND ACUTE APPENDICITIS**
Milazzo G, Spampinato G, Scuderi MG, Di Benedetto V

CL1.18-03. **TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO DI UNA RARA FORMA DI ERNIA INGUINALE IN ETA' PEDIATRICA: “ERNIA EN PANTALON”**
Escolino M, Gargiulo F, Izzo S, Cerulo M, Zarrilli S, Del Conte F, Severino G, Settimi A, Esposito C

CL1.18-04. **LAPAROSCOPIC TREATMENT OF OMENTAL TORSION MIMICS APPENDICITIS IN A 10 YEAR-OLD BOY**
Milazzo G, Spampinato G, Di Benedetto V, Scuderi MG

CL1.18-05. **L'APPROCCIO MINI-INVASIVO IN CHIRURGIA EPATOBILIOPANCREATICA PEDIATRICA**
Angelico R, Grimaldi C, Saffioti MC, Monti L, Pariante R, Dionisi Vici C, Dello Strologo L, Inserra A, Spada M.

CL1.18-06. **LA VITA DEL BAMBINO DOPO IL TRAPIANTO EPATICO: L'IMPORTANZA DELL'EDUCAZIONE DELLA FAMIGLIA E DELLA CORRETTA COMUNICAZIONE PER RIDURRE L'ANSIA A DOMICILIO**
Bove V, Giordani A, Serra C, Somma R, Cianchi D

15.30. Lettura Magistrale Presidente ESPES - *Ciro Esposito*:
“CHIRURGIA MINI-INVASIVA NEL BAMBINO: NUOVE FRONTIERE INNOVATIVE”





15.50. TAVOLA ROTONDA: (6' Presenter + 3' Discussant + 1' discussione generale)
"INNOVAZIONI IN CHIRURGIA MINI-INVASIVA PEDIATRICA"

Presidente: *Paolo Caione*

Moderatori: *Alessio Pini Prato, Maria Grazia Scuderi*

Presenter: *Cosimo Bleva*
Discussant: *Giovanna Riccipetoni*

TR.18-01. **CISTI DA ECHINOCOCCO. NUOVO APPROCCIO TERAPEUTICO IN CHIRURGIA MINIVASIVA.**

Bleva C, Conighi ML, Costa L, Zolpi E, Bucci V, Chiarenza SF

Presenter: *Maria Escolino*
Discussant: *Pierluigi Lelli Chiesa*

TR.18-02. **TRATTAMENTO ENDOSCOPICO DELLA FISTOLA PILONIDALE (PEPSIT) IN ETA' PEDIATRICA: NOSTRA ESPERIENZA.**

Escolino M, Zarrilli S, Izzo S, Gargiulo F, Cerulo M, Del Conte F, Farina A, Severino G, Settimi A, Esposito C

Presenter: *Ermelinda Mele*
Discussant: *Salvatore Fabio Chiarenza*

TR.18-03. **TECNICA DI DILATAZIONE ENDOSCOPICA DEL GIUNTO PIELOURETERALE DOPO PIELOPLASTICA DISMEMBERED**

Mele E, DEL PRETE L, INNOCENTI M, CAPOZZA N, CAIONE P

Presenter: *Giovanni Torino*
Discussant: *Girolamo Mattioli*

TR.18-04. **REIMPIANTO EXTRAVESICALE CON TECNICA ROBOTICA NEL TRATTAMENTO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE DI GRADO ELEVATO: NOSTRA ESPERIENZA**

Torino G, Cruccetti A, Ilari M, Brandigi E, Mariscoli F, Cobellis G, Martino A

Presenter: *Antonio Marte*
Discussant: *Mario Messina*

TR.18-05. **VERSO UNA RIPARAZIONE LAPAROSCOPICA SENZA SUTURE DELL'ERNIA INGUINALE DEL BAMBINO?**

Marte A, De Rosa L, Pintozi L

Presenter: *Francesco Molinaro*
Discussant: *Vincenzo Di Benedetto*

TR.18-06. **MIOTOMIA SEC HELLER-DOR "ROBOT ASSISTITA": ESPERIENZA PRELIMINARE**

Molinaro F, Ferrara F, Angotti R, Bindi E, Pellegrino C, Fusi G, Messina M

Presenter: *Francesca Destro*
Discussant: *Giovanni Cobellis*

TR.18-07. **PINZA BIPOLARE A RADIOFREQUENZA DA 3 MM : ESPERIENZA PRELIMINARE IN 4 CASI CONSECUTIVI**

Vella C, **Destro F**, Costanzo A, Pansini A, Filisetti C, Russo T, Riccipetoni G





17.00. Il sessione Comunicazioni Libere (4' + 2' discussione)

Presidente: Carmelo Romeo

Moderatori: Giovanni Casadio, Fabio Beretta

- CL2.18-01. **STUDIO MULTICENTRICO SULLA GESTIONE DELLO PNEUMOTORACE SPONTANEO PRIMARIO (PSP): MANCANZA DI LINEE GUIDA IN ETA PEDIATRICA**
Cerchia E, Conighi ML, Bleve C, Chiarenza SF, Sgrò A, Pini Prato A, Rotundi F, Parolini F, Bulotta AL, Alberti D, Rena O, Rapuzzi G, Rossi F, La Cannà F, Cheli M
- CL2.18-02. **IDRONEFROSIS PERSISTENTE OSTRUTTIVA DOPO PIELOPLASTICA. CHE FARE?**
Mele E, DEL PRETE L, INNOCENTI M, CAPOZZA N, CAIONE P
- CL2.18-03. **SINDROME DI DUNBAR: CHIRURGIA ROBOT-ASSISTITA PER LA RIDUZIONE DEL DOLORE ASSOCIATO E RUOLO DELLA COMPONENTE PSICOLOGICA**
Rizzo R, Guerriero V, Lisi G, Marino N, Lelli Chiesa P
- CL2.18-04. **CONVERSION RATE IN CHIRURGIA ROBOTICA PEDIATRICA**
Lisi G, Di Fabrizio D, Rizzo R, Miscia ME, Marino N, Lelli Chiesa P
- CL2.18-05. **STUDIO DEL DOLORE POSTOPERATORIO IN CHIRURGIA MININVASIVA PEDIATRICA: CHIRURGIA ROBOTICA VERSUS CHIRURGIA TORACO-LAPAROSCOPICA**
Molinaro F, Kransiqi P, Angotti R, Fusi G, Pellegrino C, Giuntini L, Navarra C, Scolletta S, Messina M, Mattioli G
- CL2.18-06 **IL BLOCCO ANESTETICO ECO-GUIDATO DEL PIANO TRASVERSO DELL'ADDOME È EFFICACE NEL RIDURRE LA QUANTITÀ DI ANALGESICI NEL POSTOPERATORIO RISPETTO ALLA SOLA ANESTESIA GENERALE, IN INTERVENTI LAPAROSCOPICI IN ETA PEDIATRICA. TRIAL CLINICO CONTROLLATO DI UN SINGOLO CENTRO.**
Guanà R, Lonati L, Mossetti V, Sagredini R, Ivani G, Gennari F

17.40. Presentazione **CONSENSUS SIVI**

Andrea Conforti: Best Practice in "Cisti ovariche neonatali" (7' + 13' discussione)

Moderatore: Maurizio Cheli

Cosimo Bleve: Best Practice in "Stenosi ipertrofica del piloro" (7' + 13' discussione)

Moderatore: Piero Bagolan

18.20. ASSEMBLEA GENERALE SOCI SIVI

- Premio miglior comunicazione giovane Socio (*Ciro Esposito, Maria Grazia Scuderi*)

- **Presentazione 20° Congresso SIVI e 9° Congresso ESPES –** Vicenza, Settembre 2019 (*Salvatore Fabio Chiarenza*)

19.00. Considerazioni conclusive e chiusura del CONGRESSO SIVI (*Paolo Caione*)

Centro Slides

Non è previsto un centro slide. Le slide devono essere precaricate sul PC in sala conferenze prima dell'inizio del congresso.

Si prega di essere in anticipo per non creare rallentamenti nel congresso.





Bruxelles

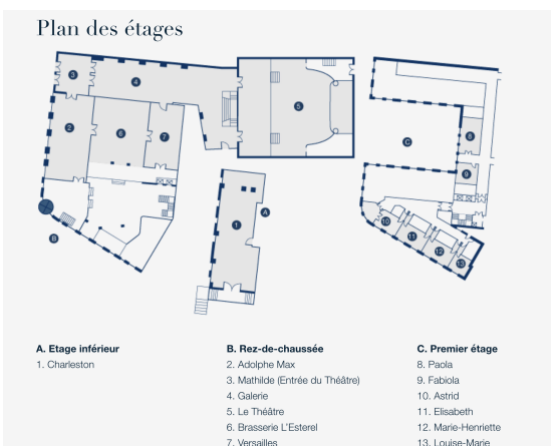
26 settembre 2018

Le slide dovranno essere redatte su file powerpoint. In caso di sistemi Keynote Apple e Mac, si prega di portare il proprio dispositivo con adattatore video.

Sede Congressuale

Il Congresso si terrà nel **Salone Charleston** al piano inferiore del **Hotel Le Plaza**.

Hôtel Le Plaza Bruxelles
 Bld Adolphe Max 118-126
 1000 Bruxelles, Belgique
 Tel. +32 2 278 01 00
 reservations@leplaza.be



Situato nel centro di Bruxelles, a soli 5 minuti a piedi dalla famosa "Grand Place", l'Hotel Le Plaza è vicino alla via dello shopping "Rue Neuve" e a pochi passi dalle principali attrazioni turistiche della città. Combinando business e piacere, quest'area offre accesso a molti luoghi strategici del centro di Bruxelles. A poca distanza da "Place Rogier" goditi l'Hotel Le Plaza, luogo di tranquillità tra il quartiere settentrionale (secondo più centro di commercio del Belgio) e il centro cittadino.



19°

Congresso nazionale



3th Joint meeting

ESPEs

Bruxelles

26 settembre 2018

Come raggiungere la sede congressuale.

Dall'Aeroporto: l'Hotel si trova a circa 30 minuti dall'aeroporto di Bruxelles

- in treno: la stazione dei treni è localizzata al di sotto del terminal (Livello -1) aeroportuale. La connessione è con la Stazione di Bruxelles Nord (fino a 4 treni ogni ora).
- in taxi: possono essere facilmente reperibili di fronte all'aeroporto. Il tragitto fino all'Hotel costa approssimativamente 50€ e impiega 20 minuti circa.

Dalla Stazione dei treni "Midi Station":

- in metro/tram: prendere la linea 6, direzione "Simonis Elisabeth" fino alla fermata "Rogier"
- in taxi: possono essere facilmente reperibili di fronte alla stazione. Il tragitto fino all'Hotel costa approssimativamente 15€ e impiega 10 minuti circa.

Dalla Stazione dei treni "North Station":

- a piedi. Prendere "rue du Progrès" fino a piazza "Rogier". Continuate dritti fino a raggiungere l'Hotel sul lato destro del viale.
- in metro/tram: prendere la linea 3 o 4, direzione "Churchill" o "Stalle" fino alla fermata "Rogier"
- in taxi: possono essere facilmente reperibili di fronte alla stazione. Il tragitto fino all'Hotel costa approssimativamente 15€ e impiega 10 minuti circa.

Dalla Stazione dei treni "Central Station":

- in metro/tram: prendere la linea 1 o 5, direzione "Gare de l'Ouest" o "Erasmus" fino alla fermata "De Brouckère station"; prendere la linea 3 o 4 in direzione "Esplanade" o "Gare du Nord" fino alla fermata "Rogier"
- in taxi: possono essere facilmente reperibili di fronte alla stazione. Il tragitto fino all'Hotel costa approssimativamente 10€ e impiega 5-10 minuti circa.

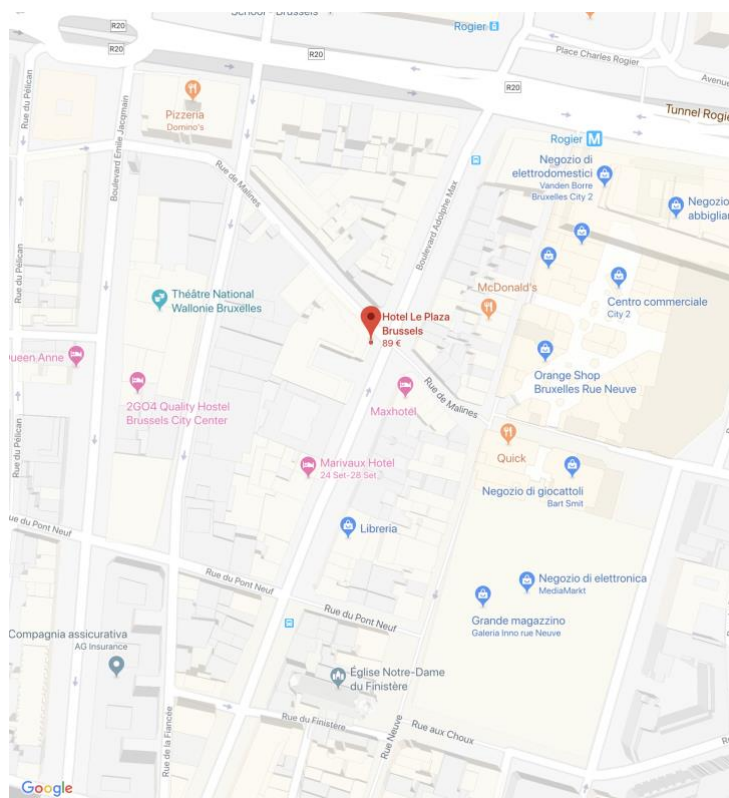
In Auto:

- La direzione del traffico lungo Viale Adolphe Max e Maline Street sono state recentemente cambiate e non tutti i navigatori GPS sono aggiornati. Si consiglia di percorrere Viale Emile Jacqmain, via del Pont Neuf fino a Viale Adolphe Max.
- Disponibile su richiesta un servizio limousine.
- L'Hotel ha un proprio parcheggio sicuro a pagamento con parcheggiatore: il parcheggio contiene 45 posti auto ed è situato nel contesto dell'albergo in posizione protetta sicura e videosorvegliata
- Il servizio parcheggiatore 24/24h vi consente di lasciare l'auto direttamente all'entrata principale dell'Hotel. I parcheggiatori si prenderanno cura dei vostri veicoli (auto, moto, bici, ecc.)
- Il costo è di 30€ per auto ogni 24 ore o di 16€ per la giornata.

In bici

- Il parcheggio dell'hotel ha un'area gratuita e sicura dove parcheggiare le biciclette.

Per ogni ulteriore informazione contattate l'hotel allo +3222780570 o via mail: e-reservations@leplaza.be



Hôpital Universitaire
des Enfants Reine Fabiola
Universitair Kinderziekenhuis
Koningin Fabiola





ABSTRACT PER TAVOLA ROTONDA

TR.18-01. CISTI DA ECHINOCOCCO. NUOVO APPROCCIO TERAPEUTICO IN CHIRURGIA MININVASIVA.

Bleve C., Conighi M.L., Costa L., Zolpi E., Bucci V., Chiarenza S.F.

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

Introduzione

La malattia idatidea è una infestazione parassitaria cronica causata dallo stadio cistico dell'Echinococcus G. Descriviamo la nostra esperienza e l'evoluzione nel tempo del trattamento.

Materiali e Metodi

7 casi in età pediatrica. In 7/7 fegato, 1 anche pelvico. Dimensioni da 13 a 30 cm. Tutti trattati con chirurgia mininvasiva. In 5/7 trattamento laparoscopico radicale per posizione favorevole. Intraoperatoriamente abbiamo usato una soluzione salina ipertonica come agente scolicida. In un caso la cisti è stata trattata solo per via sistemica. Nell'ultimo caso (cisti complicata di 13cm) è stato posizionato catetere intracistico per via laparoscopica (sonda 14Fr gastrostomica) che usciva dalla parete addominale e trattamento scolicida mediante lavaggi multipli associati a terapia sistemica.

Risultati

la resezione epatica non è stata mai necessaria. Non sono state osservate complicazioni o conversioni intraoperatorie. L'escissione delle cisti è sempre stata radicale; in 2 casi (uno per localizzazione, l'altro per dimensioni) non è stato possibile eseguirla. Al follow-up (6 mesi-2 anni) tutti erano asintomatici. Nell'ultimo caso l'approccio utilizzato ha consentito una riduzione (77%) e sterilizzazione della cisti. Due dei 7 pazienti con cisti da echinococco hanno riportato leakage biliare lungo il letto epatico della cisti che ha richiesto un trattamento conservativo con drenaggio. In uno dei due casi sviluppo di fistola biliare trattata con drenaggio per 1 mese, ERCP e posizionamento di stent in dotto biliare destro.

Conclusioni

Il solo trattamento medico non rappresenta un'opzione efficace e duratura. PAIR (puntura, aspirazione, iniezione, reaspirazione), la tecnica mini-invasiva più recente richiede una notevole esperienza e non sempre è possibile. Il sistema ideato nell'ultimo caso ha consentito un ottimo risultato evitando un intervento demolitivo. La combinazione di più tecniche ha consentito il miglior risultato in termini di sicurezza e efficacia.



TR.18-02. TRATTAMENTO ENDOSCOPICO DELLA FISTOLA PILONIDALE (PEPSiT) IN ETA' PEDIATRICA: NOSTRA ESPERIENZA.

Escolino M, Zarrilli S, Izzo S, Gargiulo F, Cerulo M, Del Conte F, Farina A, Severino G, Settini A, Esposito C

UOC Chirurgia Pediatrica, Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli, Italia

Introduzione

La tecnica open per il trattamento della fistola pilonidale è associata ad elevata morbilità postoperatoria e alti tassi di recidiva. Scopo dello studio è riportare la nostra esperienza nel trattamento endoscopico della fistola pilonidale (PEPSiT) nei bambini.

Materiali e Metodi

Sono stati analizzati retrospettivamente i record di 28 pazienti, 11 femmine e 17 maschi di età media 16 anni (range 13-18), con malattia del seno pilonidale non infetta e sottoposti a PEPSiT nella nostra struttura in un periodo di 18 mesi. Dieci pazienti (35.7%) presentavano malattia recidiva dopo trattamento con tecnica open. Sono stati valutati i seguenti parametri: tassi di guarigione e/o recidiva della malattia, dolore postoperatorio, degenza ospedaliera, fabbisogno di analgesici e grado di soddisfazione dei pazienti.

Risultati

Tutte le procedure sono state eseguite in anestesia spinale subaracnoidea. Tecnicamente sono stati utilizzati un fistuloscopio, introdotto attraverso l'orifizio della fistola, una pinza endoscopica per rimuovere i peli e un elettrodo monopolare per cauterizzare il tessuto di granulazione presente nella cavità. La durata media dell'intervento è stata di 28.5 minuti (range 26-41). Non sono state riportate complicazioni intra- e post-operatorie. Il punteggio medio del dolore valutato con la scala VAS durante le prime 48 ore postoperatorie è stato 3.2 (range 2-5). Il fabbisogno analgesico medio è stato di 22 ore (range 16-28), e la durata media della degenza di 28 ore (range 22-48). Le ferite chirurgiche sono state medicate ogni giorno, applicando una soluzione topica di eosina al 2% e uno spray alla sulfadiazina d'argento. A 1 mese dall'intervento, le ferite risultavano chiuse in tutti i pazienti e non è stata registrata nessuna recidiva ad un follow-up medio di 6 mesi (range 1-18).

Conclusioni

Sulla base della nostra esperienza, riteniamo che PEPSiT sia una tecnica promettente per il trattamento chirurgico della fistola pilonidale nei bambini. È di semplice e rapida esecuzione tecnica, con una breve learning curve, una minima degenza e morbilità postoperatoria e assenza di recidive. Essa permette ai pazienti di riprendere velocemente le piene attività quotidiane, senza le limitazioni imposte dalla tecnica tradizionale.



TR.18-03. TECNICA DI DILATAZIONE ENDOSCOPICA DEL GIUNTO PIELOURETERALE DOPO PIELOPLASTICA DISMEMBERED

Mele E, Del Prete L, Innocenti M, Capozza N, Caione P

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

Introduzione

In caso di idronefrosi persistente dopo intervento di pieloplastica sec Anderson Hynes, con pattern scintigrafico di ostruzione al transito, può essere utile una procedura endoscopica di calibrazione ed eventuale dilatazione del giunto pieloureterale.

Materiali e Metodi

Con il paziente in posizione litotomica, si procede a cistoscopia con endoscopio operativo 8-9,8 Ch. Cateterismo ascendente con sondino 4 Fr e pielografia. Se si conferma riduzione significativa di calibro della giunzione si fa progredire il catetere a palloncino da 4 mm fino in pelvi, a questo punto si gonfia con mdc fino a 12 atm e si sfilava lungo la via urinaria. In caso di difficoltà a progredire, si sgonfia il palloncino e si ripete l'operazione in corrispondenza del giunto pieloureterale, in caso di confermato anello stenotico, si procede a dilatazione a 12 atm per 5 mm sotto guida fluoroscopica fino a risoluzione dell'anello stenotico. Si posiziona a fine procedura uno stent jj.

Risultati

La procedura è stata applicata su 17 pazienti con idronefrosi persistente dopo pregressa pieloplastica su un totale di 537. In tre casi è stata riscontrata stenosi della pregressa anastomosi, risoltesi con la dilatazione endoscopica. Il catetere jj è stato rimosso dopo circa 4 settimane.

Conclusioni

La dilatazione del giunto pieloureterale con catetere a palloncino ad alta pressione può essere una valida tecnica mini-invasiva per la diagnosi e risoluzione dell'idronefrosi persistente dopo intervento di pieloplastica dismembered.



TR.18-04. REIMPIANTO EXTRAVESICALE CON TECNICA ROBOTICA NEL TRATTAMENTO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE DI GRADO ELEVATO: NOSTRA ESPERIENZA

Torino G, Crucetti A, Ilari M, Brandigi E, Mariscoli F, Cobellis G, Martino A

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

Introduzione

Il reimpianto extravescicale secondo Lich-Gregoir nel trattamento del reflusso vescico-ureterale (RVU) eseguito con metodica robotica ha avuto negli ultimi anni una buona diffusione.

Scopo di questo studio è presentare la nostra esperienza nell'utilizzo del reimpianto extravescicale secondo Lich-Gregoir con tecnica robotica nel trattamento del RVU di alto grado.

Materiali e Metodi

Da Aprile 2017 a Giugno 2018, 2 maschi e 3 femmine (età media di 5,2 anni) sono stati sottoposti a reimpianto secondo Lich-Gregoir monolaterale con tecnica robotica.

4 Pz affetti da RVU bilaterale sono stati sottoposti a reimpianto Lich-Gregoir robotico sul lato affetto da RVU di grado maggiore e trattamento endoscopico sul lato con RVU di grado minore.

1 Pz affetto da RVU monolaterale (in doppio distretto renale) è stato sottoposto a Lich-Gregoir robotica monolaterale.

Il grado di RVU sottoposto a Lich-Gregoir robotica è stato IV in 3 pz e V in 2 pz mentre il RVU trattato endoscopicamente è risultato di grado III in 2 pz, II in 1 pz e I in 1 pz.

Abbiamo valutato, tempi operatori, dolore e degenza post-operatoria, conversioni open o laparoscopiche, complicanze e recidive.

Risultati

Il tempo operatorio totale medio è stato di 148 minuti.

Il dolore postoperatorio è stato ben controllato con somministrazione endovenosa di paracetamolo (15 mg/Kg/dose).

La degenza media post-operatoria è risultata di 50,6 ore.

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

Al follow-up medio di 5,8 mesi tutti i pz sono asintomatici in assenza di recidive.

Conclusioni

La Lich-Gregoir con tecnica robotica appare essere una metodica poco invasiva, sicura ed efficace nel trattamento del RVU di grado elevato, anche in presenza di duplicità ureterale.

Ulteriori trials sono comunque necessari per verificare i risultati di questa metodica nel trattamento del RVU di grado elevato.





TR.18-05. VERSO UNA RIPARAZIONE LAPAROSCOPICA SENZA SUTURE DELL'ERNIA INGUINALE DEL BAMBINO?

Marte A., De Rosa L., Pintozzi L.

Chirurgia Pediatrica. Università della Campania L.Vanvitelli. Napoli - Italia

Introduzione

La riparazione dell'ernia inguinale laparoscopica nei bambini è in evoluzione. Secondo studi recenti, la guarigione della riparazione laparoscopica può essere dovuta più a una guarigione della soluzione di continuo peritoneale che ai punti di sutura.

Materiali e Metodi

In linea con le prime relazioni di successo sul trattamento senza suture dell'ernia inguinale, una serie di 18 bambini con ernia inguinale congenita sono stati operati con tecnica "sutureless". Si trattava di 10 femmine e 7 maschi, da 1 a 6 anni (media 2.8). Sono stati esclusi dallo studio, pazienti con ernia recidiva, anello inguinale interno più ampio di 1 cm, ernie strozzate. È stato utilizzato un trocar operativo da 5 mm; il sacco è stato attratto ed arrotolato intorno alla pinza con la "manovra spaghetti" nelle ragazze ed elettrocoagulato a bassa intensità. Nei maschi il peritoneo è stato inciso scoprendo gli elementi vascolari ed il deferente ed è stato trattato allo stesso modo. Alla fine della procedura, mediante un ago da iniezione 22 G da 33 cm, introdotto in peritoneo attraverso la parete, è stata iniettata una piccola quantità di colla di fibrina (1 cc) alla base del sacco.

Risultati

Ad un follow-up medio di 10 mesi (2 - 13) non abbiamo registrato recidive

Conclusioni

Pur con le limitazioni imposte dallo studio la tecnica sembra promettente. Il follow up è troppo breve ed il numero di pazienti troppo piccolo per trarre conclusioni definitive





Bruxelles

26 settembre 2018

TR.18-06. MIOTOMIA SEC HELLER-DOR "ROBOT ASSISTITA": ESPERIENZA PRELIMINARE

Molinaro E, Ferrara F, Angotti R, Bindi E, Pellegrino C, Fusi G, Messina M

Division of Pediatric Surgery, Department of Medical, Surgical and Neurological Sciences, University of Siena, Siena, Italy

Introduzione

L'acalasia esofagea è un disturbo funzionale, raro in età pediatrica, il cui trattamento definitivo è sicuramente la chirurgia. L'incidenza nota è di circa 5 casi per milione e solo il 5% di questi è costituito da bambini. Sono noti ad oggi molteplici trattamenti conservativi che hanno il solo scopo di alleviare i sintomi temporaneamente. Lo scopo del nostro lavoro è presentare il nostro primo caso trattato con tecnica robot assistita.

Materiali e Metodi

Case report

A.D., 15 anni, giunge in PS per disfagia ai liquidi inizialmente e poi ai solidi e perdita di peso negli ultimi mesi (circa 13 kg). Eseguito Rx digerente che ha confermato il sospetto di acalasia. Il paziente è stato quindi sottoposto a intervento chirurgico di miotomia sec Heller robot assistita.

Risultati e Conclusioni

L'approccio mininvasivo è ormai da anni considerato il gold standard per l'intervento di miotomia sec Heller. L'introduzione del robot ha migliorato la qualità di molti interventi chirurgici nel paziente pediatrico. Sulla base della nostra esperienza, se pur limitata ad un solo caso e con uno follow up ancora scarso, ci sentiamo di affermare che l'utilizzo del robot migliora e semplifica la procedura.



TR.18-07. PINZA BIPOLARE A RADIOFREQUENZA DA 3 MM : ESPERIENZA PRELIMINARE IN 4 CASI CONSECUTIVI

Vella C, Destro F, Costanzo A, Pansini A, Filisetti C, Russo T, Riccipetioni G

SC di Chirurgia Pediatrica. Ospedale dei Bambini "V Buzzi" ASST – Fatebenefratelli – Sacco – Milano

Introduzione

La pinza bipolare a radiofrequenza da 3 mm rappresenta una innovazione tecnica nell'ambito della chirurgia mininvasiva sia per le caratteristiche tecniche che per versatilità di utilizzo soprattutto in chirurgia toracoscopica. La pinza esegue dissezione dei tessuti con emostasi e chiusura del lume delle strutture vascolari con la tecnologia a radiofrequenza.

Presentiamo 3 casi consecutivi in cui è stata utilizzata la pinza bipolare a radiofrequenza ponendo in discussione i vantaggi e limiti dello strumento

Materiali e metodi

Sono stati sottoposti a trattamento chirurgico con tecnica mininvasiva 4 pazienti (3 maschi ed 1 femmina età media 26 mesi) affetti da neuroblastoma toracico (caso 1), cisti polmonari in esiti di asportazione di blastoma polmonare (caso 2) malformazione adenomatoide cistica (caso 3) e sospetto bronco esofageo con istologia in corso (caso 4).

Tutti i pazienti sono stati sottoposti a toracosopia con strumenti da 3 e 5 mm.

Nel caso 1 la pinza è stata utilizzata nella dissezione della neoformazione dalla parete toracica toracica.

Nei casi 2 ,3 4 è stato eseguito isolamento, chiusura e sezione delle strutture vascolari polmonari ed ilari nonché sintesi e sezione del parenchima polmonare (segmentectomia e resezioni a cuneo di cisti polmonari isolate)

Risultati

In tutti i casi trattati non vi sono state complicanze intraoperatorie, la durata media delle procedure è stata di 115 minuti.

La pinza è stata utilizzata nella dissezione dei tessuti con evidente scarsa dispersione di energia (fumo e calore) e con buona sintesi del parenchima polmonare e dei tessuti dissecati.

La sintesi delle strutture vascolari è stata agevole sia nella fase di preparazione ed isolamento sia nelle caratteristiche della rima di chiusura del vaso.

Le dimensioni e la forma della pinza consentono la sintesi di vasi non superiori a 4 mm.

Conclusioni

Appare evidente il vantaggio nella applicazione di tale tecnologia nei pazienti con età inferiore di 1 anno e peso minore di 10 kg, al momento la tecnologia non consente la possibilità di sezionare la sede della sintesi con una unica presa. Lo strumento nelle prime sue applicazioni si è dimostrato affidabile anche nella chiusura di vasi da 4 mm di diametro ed ha dimostrato una elevata versatilità nell'utilizzo in chirurgia toracoscopica.

Il limite maggiore è rappresentato dalla necessità di dover utilizzare la forbice per sezionare i vasi ed i tessuti sottoposti alla sintesi con radiofrequenza.

Riteniamo sia necessario eseguire ulteriori procedure per poter esprimere un giudizio più obiettivo sulla affidabilità anche in termini di continuità di utilizzo.

La cosmesi è ottima mentre il costo ancora non rappresenta un vantaggio.



ABSTRACT PER COMUNICAZIONI LIBERE

Sessione 1 – COMUNICAZIONI LIBERE

CL1.18-01. SITUS VISCERUM INVERSUS E SITUS VISCERUM SOLITUS: DUE CASI DI SUBOCCLUSIONE NEONATALE TRATTATI CON TECNICA LAPAROSCOPICA

Casadio G, Caravaggi F, Scarpa AA, Garrisi EC, Casolari E

Azienda ospedaliero-Universitaria di Parma

Introduzione

Riportiamo due casi di subocclusione intestinale neonatale in malrotazione completa, trattati con tecnica videolaparoscopica.

In entrambi i casi erano presenti briglie aderenziali ma solo in un caso la lisi delle briglie è risultata risolutiva.

Nel secondo caso infatti la subocclusione si è risolta solamente dopo la derotazione di un volvolo ileale incompleto, evidenziato dopo conversione a tecnica open.

Materiali e Metodi

Sono state analizzate le cartelle cliniche ed i file video dei due pazienti nati a termine di gravidanza e giunti alla nostra osservazione per vomito biliare insorto in pieno benessere.

Il primo paziente presentava un situs inversus incompleto con inversione dei soli organi endoaddominali e normale posizione degli organi intratoracici.

Risultati

La esplorazione videolaparoscopica nel primo caso ha permesso di escludere la precedente diagnosi TC di pancreas anulare e di risolvere l'occlusione mediante lisi di briglie aderenziali in posizione diametralmente opposta a quelle classiche di Ladd.

Nel secondo caso dopo lisi delle briglie di Ladd classiche, l'RX transito intraoperatorio mostrava la persistenza della occlusione.

La conversione a tecnica open e la conseguente manipolazione extraaddominale delle anse, ha permesso di evidenziare e risolvere un volvolo ileale incompleto.

Conclusioni

La tecnica videolaparoscopica permette di affrontare casi complessi di occlusione neonatale e di giungere ad una diagnosi spesso difficile grazie alla magnificazione delle ottiche a nostra disposizione.

L'età neonatale non preclude la possibilità di correggere la malformazione con tecniche mini-invasive, che devono sempre essere affiancate dalle tecniche diagnostiche ed operatorie tradizionali.





CL1.18-02. ROLE OF LAPAROSCOPY IN CHILD WITH SITUS INVERSUS TOTALIS AND ACUTE APPENDICITIS

Milazzo G, Spampinato G, Scuderi MG, Di Benedetto V

Cattedra ed OUC di Chirurgia Pediatrica AOU Policlinico Vittorio Emanuele. Università degli Studi di Catania

Introduzione

Situs inversus totalis (SIT) is a rare inherited disease in which the thoracic and abdominal organs are transposed. SIT is found in 50% of primary ciliary dyskinesias together with which it defines Kartagener syndrome. Symptoms of appendicitis in SIT may appear in the left lower quadrant and the diagnosis could be difficult if SIT was not already known. We report the case of left-sided appendicitis with SIT treated laparoscopically.

Materiali e Metodi

A 7 years old boy with Kartagener syndrome was admitted to our department with left iliac fossa pain. Physical examination revealed a painful and flat abdomen with left lower-quadrant tenderness and positive Blumberg sign. Laboratory results revealed 19.26 WBC count with 88.6% neutrophils and 117.4 mg/L CRP. Ultrasonography showed signs of left positioned appendix. We performed a laparoscopic appendectomy on the same day of admission using three trocars.

Risultati

Pathology confirmed the presence of perforated acute appendicitis. The patient was discharged home without any complications.

Conclusioni

Diagnosis of acute appendicitis in SIT patients can be challenging. In our opinion, diagnostic and therapeutic laparoscopy is strongly indicated because the incision in open surgery may not be sufficient to allow complete exploration of the abdomen leading to misdiagnosis.



CL1.18-03. TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO DI UNA RARA FORMA DI ERNIA INGUINALE IN ETA' PEDIATRICA: "ERNIA EN PANTALON"

Escolino M, Gargiulo F, Izzo S, Cerulo M, Zarrilli S, Del Conte F, Severino G, Settimi A, Esposito C

UOC Chirurgia Pediatrica, Università degli studi di Napoli Federico II, Napoli, Italia

Introduzione

La cosiddetta ernia inguinale "en pantalon", ovvero la combinazione di un'ernia indiretta con una diretta, è stata descritta sporadicamente in età pediatrica. Riportiamo la nostra esperienza con il trattamento laparoscopico dell'ernia inguinale "en pantalon" in età pediatrica.

Materiali e Metodi

In un periodo di 20 anni (1997–2017), 1320 neonati e bambini sono stati sottoposti ad erniorrafia laparoscopica nella nostra struttura. Pre-operatoriamente tutti i pazienti presentavano un'ernia inguinale monolaterale, localizzata a destra in 791 casi (60.1%) e a sinistra in 529 casi (39.9%). In 6 pazienti (0.5%) è stata riscontrata intra-operatoriamente una doppia ernia (diretta + indiretta) dallo stesso lato (ernia "en pantalon"). Dal punto di vista tecnico, sono stati impiegati un trocar ombelicale da 5 o 10-mm per l'ottica 0° e 2 trocars in triangolazione per gli strumenti. Nell'ernia indiretta, dopo la sezione del peritoneo peri-orifiziale, l'orifizio erniario è stato chiuso con una sutura a borsa di tabacco (sec. Montupet). Tutti i difetti erniari diretti presentavano diametro >10 mm e in ogni caso un grosso lipoma era aderente al sacco erniario. Dopo la resezione del lipoma con l'uncino monopolare, il difetto erniario diretto è stato chiuso con una sutura a borsa di tabacco (sec. Montupet) o con sutura a N (sec. Schier) e la chiusura è stata rinforzata con punti interrotti o in alcuni casi usando il legamento vescicale.

Risultati

Tutte le procedure sono state completate in laparoscopia senza alcuna conversione in open. Il tempo operatorio medio è stato 28.7 minuti [range 21-48]. Nessuna complicanza intra- e post-operatoria è stata riportata. Tutte le procedure sono state realizzate in regime di day-hospital o con una sola notte di degenza. Dopo un follow-up minimo di 1 anno, nessuna recidiva è stata riscontrata e i risultati estetici sono stati eccellenti in tutti i pazienti operati.

Conclusioni

L'uso routinario della laparoscopia permette una più semplice identificazione delle cosiddette ernie rare – diretta, indiretta, femorale, "en pantalon" – e il loro trattamento con un approccio standardizzato. Le nostre raccomandazioni tecniche sono innanzitutto svuotare la vescica prima dell'intervento in modo da evitare che la vescica piena possa mascherare un difetto mediale come un'ernia femorale o diretta. In tutte le ernie dirette, la resezione del lipoma è fondamentale per prevenire le recidive. Considerando che i difetti diretti sono spesso >10 mm, il legamento vescicale può essere usato per rinforzare la sutura ed evitare tensione sui bordi del difetto dopo la chiusura.



CL1.18-04. LAPAROSCOPIC TREATMENT OF OMENTAL TORSION MIMICS APPENDICITIS IN A 10 YEAR-OLD BOY

Milazzo G, Spampinato G, Di Benedetto V, Scuderi MG

Cattedra e UOC di Chirurgia Pediatrica, AOU Policlinico-Vittorio Emanuele. Università degli studi di Catania

Introduzione

Omental torsion is a rare cause of acute abdominal pain due to a twisting of the omentum on its long vascular axis and sometimes can mimics different pathologies leading to acute abdomen, most common of them being acute appendicitis. We present the case of a 10-yr-old boy which was diagnosed as acute appendicitis but during surgery it was found to be omental torsion.

Materiali e Metodi

A 10-year-old boy was admitted to the Emergency Department with one-day history of severe right lower abdominal pain. Blood test showed $15,26 \times 10^3$ WBC and CRP 10.7. Laparoscopy was performed for persistent abdominal pain. At laparoscopy, omental torsion was observed and omentectomy was performed through umbelical wound. Due to the congestion of the appendix, appendectomy was made at the same time.

Risultati

Postoperative period was uneventful. Histology confirmed omental torsion

Conclusioni

Omental torsion is an entity that could mimics some acute abdominal pathologies. Preoperative diagnosis of omental torsion can be challengin. Laparoscopy should be used as a diagnostic and therapeutic tool.



CL1.18-05, L'APPROCCIO MINI-INVASIVO IN CHIRURGIA EPATOBILIOPANCREATICA PEDIATRICA

Angelico R, Grimaldi C, Saffioti MC, Monti L, Pariante R, Dionisi Vici C, Dello Strologo L, Insera A, Spada M.

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù IRCCS, Dipartimento di Chirurgia, Unità di Chirurgia Epatobiliopancreatica e di Trapianti Addominali

Introduzione

L'approccio mini-invasivo nella chirurgia del fegato e del pancreas, la cui esperienza è riportata prevalentemente nei pazienti adulti, è associato a molteplici vantaggi che includono un minor dolore post-operatorio, mobilitazione precoce del paziente, riduzione della degenza ospedaliera e ottimi risultati estetici. Negli ultimi anni, la tecnica laparoscopica ha mostrato inoltre notevoli benefici nella donazione da vivente di fegato e di rene a scopo trapianto, con benefici indiretti per il ricevente pediatrico. Tuttavia, l'utilizzo della chirurgia mini-invasiva di fegato e pancreas nei bambini è ancora limitata a causa della complessità delle procedure chirurgiche, della mancanza di adeguati strumenti laparoscopici per i bambini più piccoli e della lunga curva di apprendimento nella chirurgia laparoscopica ed epato-bilio-pancreatica.

Materiali e Metodi

I dati clinici di tutti i bambini sottoposti a chirurgia mininvasiva del fegato e del pancreas eseguiti presso l'unità di chirurgia epato-bilio-pancreatica dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù IRCCS tra Luglio 2016 e Aprile 2018 sono stati raccolti in un database prospettico.

Risultati

60 bambini sono stati sottoposti a chirurgia epatobiliopancreatica, di cui 10 (17%) pazienti sono stati trattati con chirurgia maggiore del fegato e pancreas con tecnica mini-invasiva. Le procedure chirurgiche includevano: 3 pancreasectomia distale laparoscopica per tumore pseudopapillare (1), insulinoma (1) e lesione cistica pancreatica (1); 1 spleno-pancreasectomia distale per tumore pseudopapillare; 1 epatectomia atipica per emangioendotoma epatico; 1 epatectomia atipica con termoablazione per epatocarcinoma: 2 epatico-enteroanastomosi mini-invasiva per cisti del coledoco; 2 procedure Kasai mini-invasive per atresia biliare. La visione bidimensionale (2D) ad alta qualità è stata utilizzata in 7 casi, mentre 3 procedure sono state eseguite con una visione tridimensionale (3D) ad alta qualità. L'età media alla chirurgia è stata di 36 mesi (3 mesi-18 anni) e il peso medio 20 (4-49) Kg. Nessuno ha avuto necessità di degenza post-operatoria in terapia intensiva e la durata media del ricovero è stata di 7 (4-12) giorni. Tutti i pazienti sono stati mobilizzati al 1° giorno post-operatorio e il dolore addominale post-chirurgico è stato facilmente gestito. Una sola paziente (splenopancreasectomia distale laparoscopica per un tumore pseudopapillare di 10x9 cm) ha avuto una complicanza post-operatoria di basso grado (Clavien-Dindo I) risolta con trattamento conservativo. Tutti i bambini hanno avuto una buona ripresa dopo l'intervento chirurgico, sono in buone condizioni generali e hanno ripreso le regolari attività. Nello stesso periodo, l'approccio laparoscopico è stato utilizzato in 21 donatori viventi adulti a favore dei loro figli: 7 resezioni del segmento laterale sinistro epatico per trapianto di fegato da donatore vivente e 14 nefrectomie laparoscopiche per trapianto di rene da donatore vivente. Tutti i donatori viventi hanno avuto un decorso post-operatorio privo di complicanze.

Conclusioni

La nostra esperienza mostra che l'approccio mini-invasivo nella chirurgia epatica e pancreatica è sicuro e fattibile nei bambini. Le procedure laparoscopiche epatobiliopancreatiche sono possibili anche in pazienti molto piccoli e l'uso della tecnologia 3D migliora ulteriormente le prestazioni chirurgiche. Un'adeguata curva di apprendimento in chirurgia laparoscopica ed epatobiliopancreatica è essenziale per ottenere buoni risultati dell'approccio chirurgico mini-invasivo epatobiliopancreatico e nel trapianto pediatrico di fegato e di rene da donatore vivente.



CL1.18-06. LA VITA DEL BAMBINO DOPO IL TRAPIANTO EPATICO: L'IMPORTANZA DELL'EDUCAZIONE DELLA FAMIGLIA E DELLA CORRETTA COMUNICAZIONE PER RIDURRE L'ANSIA A DOMICILIO

Bove V., Giordani A., Serra C., Somma R., Cianchi D.

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Introduzione

Dall'inizio dell'attività del centro trapianti dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma (circa 8 anni fa) sono stati effettuati più di 120 trapianti epatici pediatrici. Sebbene per il personale sanitario possa sembrare una cosa di facile gestione, per i genitori il trapianto del loro bambino rappresenta un cambiamento di vita incredibile. Troppo spesso, infatti, ci troviamo davanti a genitori impauriti che ci chiedono come gestire la nuova vita che il loro bambino dovrà affrontare. Le paure e le insicurezze dei genitori danno come risultato uno scorretto utilizzo del coordinamento trapianti (C.T.), che dovrebbe rappresentare un servizio a cui le famiglie possono rivolgersi in caso di emergenza. Invece, la maggior parte delle telefonate al C.T. sono dovute a problematiche che i genitori potrebbero risolvere tranquillamente, se correttamente educati nell'immediato post-trapianto.

Lo scopo del nostro studio è stato proprio quello di aiutare le famiglie dei nostri piccoli pazienti nella gestione a domicilio, attraverso una corretta educazione nel post-trapianto, con l'obiettivo di:

- Ridurre le ansie e le insicurezze nell'immediato post-trapianto e nel rientro a domicilio;
- Ridurre le telefonate al coordinamento trapianti, derivate da una difficoltà di gestione del bambino;
- Incentivare il grado di autonomia del paziente (in base all'età) e delle famiglie, nella gestione domiciliare.

Materiali e Metodi

Lo studio è stato condotto nei mesi compresi tra Giugno e Novembre 2016, nelle U.O. di Epatogastro e Nutrizione e Nefrologia. Durante tale periodo è stato preso in considerazione un campione complessivo di 32 pazienti: 15 sottoposti a trapianto epatico e 17 a trapianto renale.

Al momento del rientro in reparto, nell'immediato post-operatorio, è stato somministrato, a tali pazienti, l'opuscolo informativo "Nella vita ci vuole fegato", redatto in 5 lingue (Italiano, Inglese, Greco, Arabo e Russo).

L'opuscolo è stato costruito basandosi sulle domande frequenti che i genitori pongono agli operatori durante il post-trapianto (10 totali), che riguardano aspetti della vita quotidiana che il piccolo paziente dovrà affrontare al momento del rientro a casa.

A distanza di una settimana dalla dimissione i pazienti sono stati rivalutati in Day Hospital ed è stato somministrato alle famiglie un questionario, costituito da 4 domande a risposta chiusa, finalizzate ad indagare il grado di autonomia e di sicurezza acquisito a domicilio. L'indicatore principale preso in considerazione per permettere tale valutazione è stata la frequenza delle chiamate al coordinamento trapianti, dopo la dimissione.

Risultati

Dall'analisi dei questionari è emerso che:

Il 63% del campione ha affermato di essersi rivolto "raramente" al Coordinamento Trapianti nei primi mesi del post-operatorio. Infatti, le telefonate complessive al C.T. nell'arco dei 6 mesi presi in considerazione si sono ridotte del 20% (con una riduzione progressiva a partire dall'inizio del progetto ad oggi). Questo dimostra un incremento dell'autonomia e della sicurezza nella gestione del bambino a domicilio, che non combacia col 69% dei genitori che hanno affermato di sentirsi "a volte" insicuri.

L'87% del campione ha ritenuto "molto utili" le informazioni fornite dal personale sanitario al momento della dimissione. In particolare il 91% ha affermato che l'opuscolo informativo "Nella vita ci vuole fegato" ha rappresentato una base di partenza importante e molto utile nella gestione quotidiana a domicilio. Molti genitori hanno affermato, inoltre, di aver consultato l'opuscolo più volte anche dopo la dimissione, non appena avevano un dubbio.

Conclusioni





Bruxelles

26 settembre 2018

I risultati emersi dallo studio hanno dimostrato che avere una brochure da portare a domicilio e da poter consultare in qualsiasi momento aiuta a ridurre le ansie dei genitori, spaventati da questa nuova vita che si trovano ad affrontare.

Tali risultati sono stati confermati dalla riduzione delle chiamate al C.T. con conseguente raggiungimento degli obiettivi fissati all'inizio del progetto.



Sessione 2 – COMUNICAZIONI LIBERE

CL2.18-01. STUDIO MULTICENTRICO SULLA GESTIONE DELLO PNEUMOTORACE SPONTANEO PRIMARIO (PSP): MANCANZA DI LINEE GUIDA IN ETÀ PEDIATRICA

Cerchia E (1), Conighi ML (2), Bleve C (2), Chiarenza SF (2), Sgrò A (3), Pini Prato A (3), Rotundi F (3), Parolini F (4), Bulotta AL (4), Alberti D (4), Rena O (5), Rapuzzi G (6), Rossi F (6), La Canna F (1), Cheli M (1)

1-U.O. Chirurgia Pediatrica, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo. 2- U.O. Chirurgia Pediatrica, Ospedale S. Bortolo, Vicenza. 3- U.O. Chirurgia Pediatrica, Ospedale SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria. 4- U.O. Chirurgia Pediatrica, "Spedali Civili" Ospedale dei bambini di Brescia, Brescia. 5- U.O. Chirurgia Toracica AOU "Maggiore della Carità", Novara. 6- U.O. Chirurgia Pediatrica, AOU "Maggiore della Carità", Novara

Introduzione

La gestione del PSP nei bambini e negli adolescenti rimane piuttosto controversa, data l'assenza di linee guida pediatriche, e variabile a seconda dell'esperienza del singolo centro o del coinvolgimento della chirurgia dell'adulto. Lo scopo di questo lavoro è creare lo stimolo, a partire dai dati raccolti, per discutere insieme dei principali dubbi e problematiche riscontrati nel management e nel follow up dei pazienti con PSP.

Materiali e Metodi

Lo studio retrospettivo è stato condotto in 5 Unità Operative di Chirurgia Pediatrica, includendo pazienti con diagnosi di PSP in un range di tempo compreso tra il 2008 ed il 2017.

Risultati

Sono stati inclusi 159 pazienti con diagnosi di PSP, in assenza di patologie associate, di cui 135 maschi e 24 femmine. In 62 casi (39%) il trattamento iniziale ha previsto la sola ossigeno-terapia con un tasso di recidiva del 58%, in 95 casi (60%) è stato necessario il posizionamento di drenaggio con recidiva nel 51%, mentre in 2 casi (1%) di PSP bilaterale è stato scelto un immediato approccio toracoscopico. La diagnostica per immagini ha permesso l'identificazione di 112 large-PSP, mentre 132 pazienti hanno richiesto un ulteriore approfondimento tramite l'uso della tomografia computerizzata (TAC) toracica con riscontro in 37 casi di bolle subpleuriche. Le procedure toracoscopiche, effettuate dopo il primo accesso per PSP, sono state 75 con indicazioni date dalla perdita d'aria persistente (15%), recidiva omolaterale (57%), pneumotorace controlaterale (19%) ed a scopo preventivo sul polmone controlaterale (9%). Nel post operatorio le principali complicanze sono state una persistente perdita d'aria (15%) ed una temporanea sindrome di Bernard Horner (4%), mentre il tasso di recidiva dell'8% è stato gestito tramite il drenaggio nel 37% dei casi, aspirazione nel 13% o conservativamente nel 50%.

Conclusioni

Una corretta e precoce gestione dei pazienti con PSP può permetterci di ridurre gli episodi di recidiva ed i costi legati ai prolungati ricoveri. Una maggiore sicurezza nel management può essere raggiunta solo tramite il reciproco scambio di esperienze e la collaborazione collettiva alla creazione di linee guida pediatriche.



CL2.18-02. IDRONEFROSI PERSISTENTE OSTRUTTIVA DOPO PIELOPLASTICA. CHE FARE?

Mele E, Del Prete L, Innocenti M, Capozza N, Caione P

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

Introduzione

La pieloplastica sec. Anderson-Hynes rimane il gold-standard del trattamento della stenosi del giunto pieloureterale.

Scopo del nostro studio è stato quello di rivedere i bambini con idronefrosi persistente dopo intervento di pieloplastica (PLP).

Materiali e Metodi

Abbiamo eseguito uno studio retrospettivo dei pazienti sottoposti a pieloplastica dal Gennaio 2006 al Dicembre 2015.

I pazienti nel follow-up sono stati seguiti ecograficamente e con la renoscintigrafia di controllo post-operatoria. Abbiamo valutato l'insorgenza dell'idronefrosi persistente e la presenza di sintomatologia.

Risultati

537 pazienti sono stati sottoposti a PLP. Tutti avevano diagnosi pre-perinatale. Le indicazioni all'intervento di PLP sono state: dilatazione calicopielica media di 3,5 cm (range 2,5 - 7,5) ed un pattern ostruttivo alla renoscintigrafia con MAG3.

Di 537 pazienti operati, 17 (3,2%) hanno mostrato un'idronefrosi persistente con un diametro anteroposteriore medio di 3 cm (range 2 - 5), in tutti i casi risultata ostruttiva alla renoscintigrafia post-operatoria. La funzione renale era normale in 13 pazienti alla scintigrafia post-operatoria.

Di 17 pazienti, 15 erano asintomatici, 1 presentava coliche renali ed 1 infezione delle vie urinarie.

Abbiamo sottoposto questi pazienti ad una procedura endoscopica con calibrazione del GPU mediante catetere a palloncino, che ha dimostrato una stenosi della pregressa anastomosi in 3 pazienti, che è stata dilatata con scomparsa della stessa, nella medesima procedura. A fine procedura è stato posizionato un catetere JJ, rimosso dopo circa 4 settimane.

3 pazienti, che non mostravano stenosi durante la procedura (18%), sono stati operati di re-do pieloplastica (2 sintomatici, uno per perdita di funzione alla scintigrafia di controllo). Nessuna stenosi è stata dimostrata in 14 pazienti.

Ad un follow-up medio di 38,8 mesi (7 anni - 5 mesi), 11 pazienti avviati a follow-up, mantenendo una funzione renale stabile sono attualmente seguiti con ecografie seriate che, nel tempo hanno dimostrato una riduzione della dilatazione pielica.

Conclusioni

La calibrazione/dilatazione endoscopica del giunto pieloureterale è una procedura semplice e mininvasiva e può essere considerata come un primo approccio diagnostico/terapeutico nei pazienti con idronefrosi persistente.

È interessante eseguire ulteriori studi per individuare fattori predisponenti che possano predire questa condizione.





Bruxelles

26 settembre 2018

CL2.18-03. SINDROME DI DUNBAR: CHIRURGIA ROBOT-ASSISTITA PER LA RIDUZIONE DEL DOLORE ASSOCIATO E RUOLO DELLA COMPONENTE PSICOLOGICA

Rizzo R, Guerriero V, Lisi G, Marino N, Lelli Chiesa P

U.O.C. di Chirurgia Pediatrica, Dipartimento Scienze dell'Invecchiamento, Università "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara

Introduzione

La sindrome di Dunbar è un'addominalgia neurovascolare causata da una compressione estrinseca del legamento mediano arcuato sull'arteria celiaca alla sua origine. È stato dimostrato che l'approccio chirurgico mini-invasivo è utile nella riduzione del dolore cronico associato alla sindrome, ma il trattamento chirurgico è stato recentemente criticato a causa delle frequenti comorbidità psicologiche, che persistono anche dopo l'intervento.

Materiali e Metodi

Paziente femmina di 12 anni con disordine del comportamento alimentare dall'età pre-pubere, che si presentava alla nostra attenzione con una storia di 3 mesi di dispepsia ed epigastralgia post-prandiale, accompagnate da importante perdita di peso (5 Kg in un mese). La TC con ricostruzione 3-D evidenziava una compressione estrinseca dell'asse celiaco, confermata anche da un'importante accelerazione del flusso arterioso all'eco-color-doppler. La paziente veniva sottoposta ad intervento chirurgico elettivo di dissezione del legamento mediano arcuato e successiva iatoplastica per via robot-assistita senza alcuna complicanza intra-operatoria (Da Vinci System Xi).

Risultati

La paziente veniva dimessa in XIVa gpo, asintomatica e con alimentazione valida, dopo aver rilevato un minimo versamento endo-addominale che veniva trattato mediante paracentesi eco-guidata, nutrizione parenterale e somatostatina. Circa un mese dopo la paziente veniva nuovamente ricoverata per ipostenia, calo ponderale e disturbi del tono dell'umore, e veniva indirizzata verso un percorso NPI.

Conclusioni

La nostra esperienza dimostra che in pazienti con sindrome di Dunbar la dissezione del legamento mediano arcuato per via robot-assistita è una procedura efficace per il trattamento del dolore organico associato ed il miglioramento della qualità di vita di questi pazienti, ma serve un più lungo follow up per chiarire la relazione tra dolore addominale cronico e disturbi dell'umore associati.





CL2.18-04. CONVERSION RATE IN CHIRURGIA ROBOTICA PEDIATRICA

Lisi G, Di Fabrizio D, Rizzo R, Miscia ME, Marino N, Lelli Chiesa P

UOC Clinicizzata di Chirurgia Pediatrica - Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara

Introduzione

La chirurgia robot-assistita è sempre più popolare nell'adulto, ma la sua applicazione pediatrica è limitata. Riportiamo la ns. esperienza iniziale di 3 anni, soffermandoci su tasso di conversione e sue cause.

Materiali e Metodi

Tutti i casi pediatrici da noi sottoposti a chirurgia robotica sono stati inclusi ed analizzati. In tutti sono state utilizzate 3 braccia robotiche, con tecnica open per la porta primaria. Laddove necessario, sono state aggiunte 1 o più porte laparoscopiche accessorie. L'équipe chirurgica è rimasta sostanzialmente invariata (stesso operatore alla console, 2 strutturati al tavolo operatorio in contemporanea o singolarmente coadiuvati da medici in formazione specialistica), più varia l'équipe anestesilogica.

Risultati

Su un totale di 30 casi (range d'età 1-16 anni), sono state eseguite 13 differenti procedure (15 sull'apparato gastroenterico di cui 7 Nissen, 10 sull'apparato urinario di cui 7 pieloplastiche, 4 procedure oncologiche, 1 ginecologica). Il tasso di conversione, in open, è risultato del 10% (3/30: 2 Nissen, 1 sequestrazione polmonare sottodiaframmatica) sempre correlato ad inadeguata visione (2 sovra-distensione delle anse, 1 insufficiente retrazione epatica). Nessuna conversione è stata secondaria a disfunzioni del robot.

Conclusioni

La nostra coorte di pazienti evidenzia un basso tasso di conversione delle procedure robotiche in età pediatrica. Protocolli anestesilogici specifici per la chirurgia robotica pediatrica, soprattutto trans-addominale, sono necessari per ridurre ulteriormente tale tasso.



CL2.18-05. STUDIO DEL DOLORE POSTOPERATORIO IN CHIRURGIA MININVASIVA PEDIATRICA: CHIRURGIA ROBOTICA VERSUS CHIRURGIA TORACO-LAPAROSCOPICA

Molinaro E, Kransiqi P, Angotti R, Fusi G, Pellegrino C, Giuntini L, Navarra C, Scolletta S, Messina M, Mattioli G

Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e Neuroscienza, Clinica Chirurgia Pediatrica, Università degli Studi di Siena

Introduzione

Nell'ultimo decennio è stata dimostrata l'applicabilità della chirurgia robotica in molteplici interventi, ampliando le indicazioni della chirurgia mini-invasiva anche alla pediatria. Obiettivo dello studio è la valutazione del dolore postoperatorio al fine di dimostrarne un miglior controllo in seguito a procedure robotiche rispetto ad interventi di chirurgia toraco-laparoscopica.

Materiali e Metodi

È stato realizzato uno studio osservazionale, retrospettivo, multicentrico con arruolati 204 bambini sottoposti a chirurgia robot-assistita e chirurgia toraco/laparoscopica presso l'Istituto Giannina Gaslini di Genova e Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese (2013-2017):

Risultati

83 bambini sono stati sottoposti a chirurgia robot-assistita e 121 a chirurgia toraco-laparoscopica. Sono stati valutati dati anagrafici e tipologia di intervento, suddividendo i pazienti in quattro categorie: interventi di chirurgia toracica, gastrointestinale, epatobiliare e urologica. Abbiamo analizzato il rischio anestesilogico secondo classificazione ASA per tipo di intervento, il tipo di anestesia utilizzata, i farmaci anestesilogici utilizzati durante l'intervento chirurgico e nel post-operatorio. Sono state analizzate sia le problematiche verificatesi durante le procedure sia il numero di interventi convertiti in open durante la chirurgia robotica e chirurgia toraco laparoscopica. Il dolore è stato misurato in prima, seconda e terza giornata (scale FLACC o NRS). Confrontando i due gruppi (robotica-non robotica) l'analisi mostra come il dolore post-operatorio non si modifichi al variare dell'approccio scelto, ma si mantenga sempre su valori molto bassi, tipici della chirurgia mininvasiva. Il punteggio del dolore è significativamente più elevato nei pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia toracica, sia esso robotico o toracoscopico, rispetto a quelli sottoposti ad intervento di chirurgia gastro-intestinale (P corretto secondo Bonferroni: 0,0006) e a quelli sottoposti ad intervento urologico (P corretto secondo Bonferroni: 0,04).

Conclusioni

In conclusione non è stata riscontrata alcuna significativa modificazione nell'intensità del dolore post-operatorio tra i due gruppi, mentre emerge che il dolore riferito dai pazienti sottoposti ad interventi toracici (robotici/toracoscopici) è più intenso di quello riferito per le altre tipologie di interventi.



CL2.18-06. IL BLOCCO ANESTETICO ECO-GUIDATO DEL PIANO TRASVERSO DELL'ADDOME È EFFICACE NEL RIDURRE LA QUANTITÀ DI ANALGESICI NEL POSTOPERATORIO RISPETTO ALLA SOLA ANESTESIA GENERALE, IN INTERVENTI LAPAROSCOPICI IN ETÀ PEDIATRICA. TRIAL CLINICO CONTROLLATO DI UN SINGOLO CENTRO.

Guanà R, Lonati L, Mossetti V, Sagredini R, Ivani G, Gennari F

Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

Introduzione

Il blocco del piano trasverso dell'addome (Transversus Abdominus Plane, TAP block) è una tecnica di anestesia locoregionale utilizzata per l'analgesia della parete addominale anterolaterale, descritta per la prima volta da Rafi nel 2001.

Il TAP block viene eseguito lateralmente, sull'addome, per via eco-guidata, e l'anestetico locale viene depositato tra il muscolo obliquo interno ed il muscolo trasverso, coprendo l'innervazione della parete anterolaterale dell'addome derivante dai rami anteriori dei nervi spinali da T6 a L1.

I benefici di tale blocco anestetico sono descritti soprattutto in pazienti adulti, mancando dati certi in età pediatrica.

Materiali e Metodi

Da novembre 2017 a giugno 2018 è stato condotto un trial clinico preliminare introducendo la tecnica di TAP block nei pazienti sottoposti ad interventi laparoscopici in età pediatrica presso la nostra Divisione.

Sono stati inclusi nello studio 30 pazienti (appendicectomie, colecistectomie, cistectomie ovariche) e sono stati confrontati con 30 pazienti con dati demografici analoghi, sottoposti alla stessa tipologia di intervento nel periodo in esame ma con la sola anestesia generale.

Risultati

Nei pazienti sottoposti a TAP block vi è stata una netta riduzione della richiesta di analgesici nelle prime 48 ore del postoperatorio, in particolare di oppiacei (Tramadol) e FANS (Ketorolac).

Alla maggior parte dei pazienti sono state sufficienti 3 somministrazioni endovenose di paracetamolo nelle prime 24 ore, per ottenere un buon controllo del dolore.

Non si sono verificate complicanze legate alla procedura di anestesia regionale (ematomi di parete, inefficacia della procedura).

Conclusioni

Il blocco anestetico eco-guidato del piano trasverso dell'addome è risultato efficace nel ridurre la necessità di oppiacei nel postoperatorio rispetto alla sola anestesia generale, e nel ridurre complessivamente la quantità di analgesici richiesti dal paziente, garantendo un miglior controllo del dolore.

