

18 SETTEMBRE 2024



25°

CONGRESSO
NAZIONALE

S.I.V.I.



ircad
France

STRASBOURG, FRANCE

LETTERA DEL PRESIDENTE

Cari Soci SIVI e Amici Tutti

Il 18 settembre 2024 si terrà a Strasburgo (Francia) il **25° Congresso Nazionale della Società Italiana di Videochirurgia Infantile** che, come per gli anni passati, viene organizzato in congiunzione con il congresso annuale dell'European Society of Pediatric Endoscopic Surgeon (ESPES).



Quindi anche quest'anno avrete la possibilità di unire i due incontri nella medesima sede congressuale, che sarà presso il prestigioso **IRCAD di Strasburgo** che tutti voi conoscete.

Nei giorni del Congresso avrete la possibilità di incontrare esperti, poter scambiare opinioni ed esperienze in un contesto amichevole ed informale.

Il congresso SIVI come per gli altri anni prevede una tavola rotonda con esperti riconosciuti che verterà sul **trattamento mini-invasivo della duplicità pieloureterale complicata** in tutti i suoi aspetti.

Seguiranno comunicazioni libere che copriranno tutti i campi di interesse della chirurgia mini-invasiva e di chirurgia robotica.

Al termine della giornata seguirà l'assemblea generale della Società nella quale l'attuale Direttivo concluderà il suo mandato e presenterà il futuro Direttivo eletto per i prossimi tre anni di mandato.

Per tutti i soci SIVI iscritti al congresso ESPES, la partecipazione al Congresso SIVI è completamente gratuita (e a prezzo vantaggioso l'iscrizione al congiunto ESPES).

Io e il Direttivo SIVI vi aspettiamo numerosi in terra di Francia.

Il Presidente

Maurizio Cheli

A handwritten signature of Maurizio Cheli in black ink, written on a light-colored rectangular background. The signature is cursive and matches the printed name above it.

PROGRAMMA

13.30 Registrazione partecipanti

13.50 Inizio lavori e saluto del Presidente

14.00 I sessione comunicazioni libere

15.00 LETTURA MAGISTRALE:

"Le indicazioni alla nefrectomia in età pediatrica"

Prof. Paolo Caione

15.30 TAVOLA ROTONDA

"Il trattamento mini-invasivo della duplicità pielo-ureterale complicata"

Presidente: Prof. Paolo Caione

- ICG ed Eminefrectomia mini-invasiva

Prof. Ciro Esposito

- Il reimpianto uretero-vescicale robotico

Dr. Alfredo Berrettini

**- Uretero-Pielo anastomosi: un'utile alternativa mini invasiva
all'ureteroeminefrectomia in casi complessi di duplicità pieloureterali**

Dr. Salvatore Fabio Chiarenza

- Il ruolo dell'endourologia

Dr.ssa Simona Gerocarni Nappo

16.45 II sessione comunicazioni libere

17.45 Riconoscimenti

18.00 Assemblea Generale SIVI

FACULTY

Fabio Beretta (Trento)	Ciro Esposito (Napoli)
Alfredo Berrettini (Milano)	Marco Gambino (Cosenza)
Cosimo Bleve (Vicenza)	Gabriele Lisi (Pescara)
Giovanni Boroni (Brescia)	Simona Gerocarni Nappo (Torino)
Giovanni Casadio (Parma)	Giulia Giannotti (Bergamo)
Paolo Caione (Roma)	Riccardo Guanà (Torino)
Maurizio Cheli (Bergamo)	Ernesto Leva (Milano)
Salvatore Fabio Chiarenza (Vicenza)	Antonino Morabito (Firenze)
Andrea Conforti (Roma)	Alessio Pini Prato (Alessandria)
Antonio D'Alessio (Legnano)	Maria Grazia Scuderi (Catania)
Maria Escolino (Napoli)	

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Fabio Beretta
Cosimo Bleve
Giovanni Casadio
Maurizio Cheli
Simona Gerocarni Nappo

PRESENTAZIONI E CENTRO SLIDE

Come di consueto, la lingua ufficiale del congresso è l'ITALIANO; le presentazioni dovranno essere esposte e discusse in ITALIANO, ma si richiede la stesura delle slides in lingua INGLESE, per favorire la comprensione di eventuali ospiti stranieri presenti durante il congresso.

Il Centro Slide di norma viene comunicato in sede congressuale (ogni struttura fornisce sistemi diversi). Eventualmente la presentazione dovrà essere caricata sul Computer Portatile presente in sala. Si richiede di venire per tempo (a partire dalle ore 13.00) e comunque entro l'inizio dei lavori per caricare la presentazione.

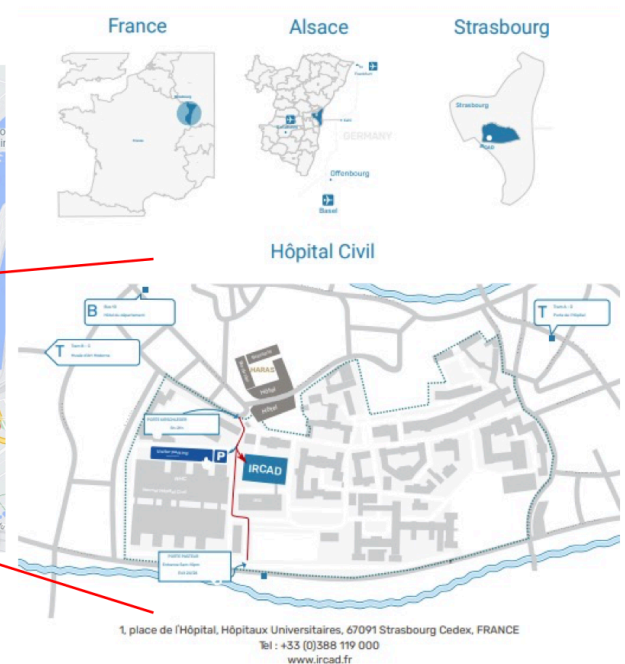
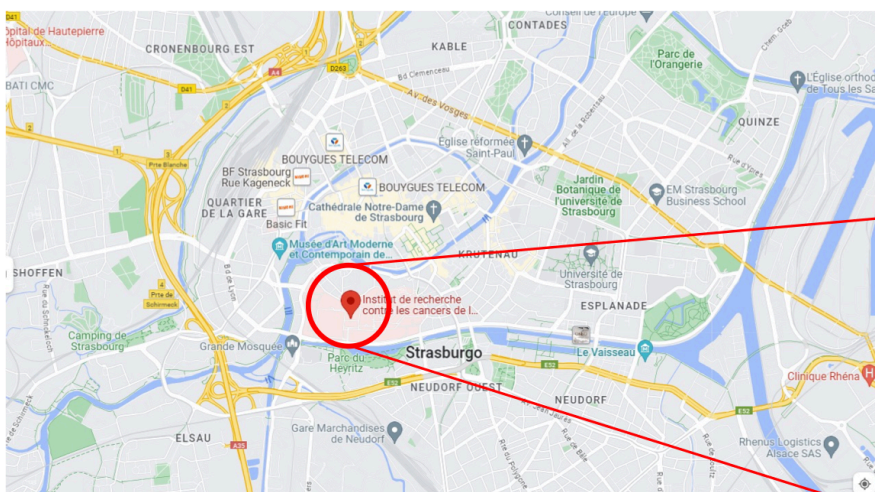
Le presentazioni devono essere prodotte con PowerPoint (Microsoft) o Keynote (Apple).

Informazioni generali

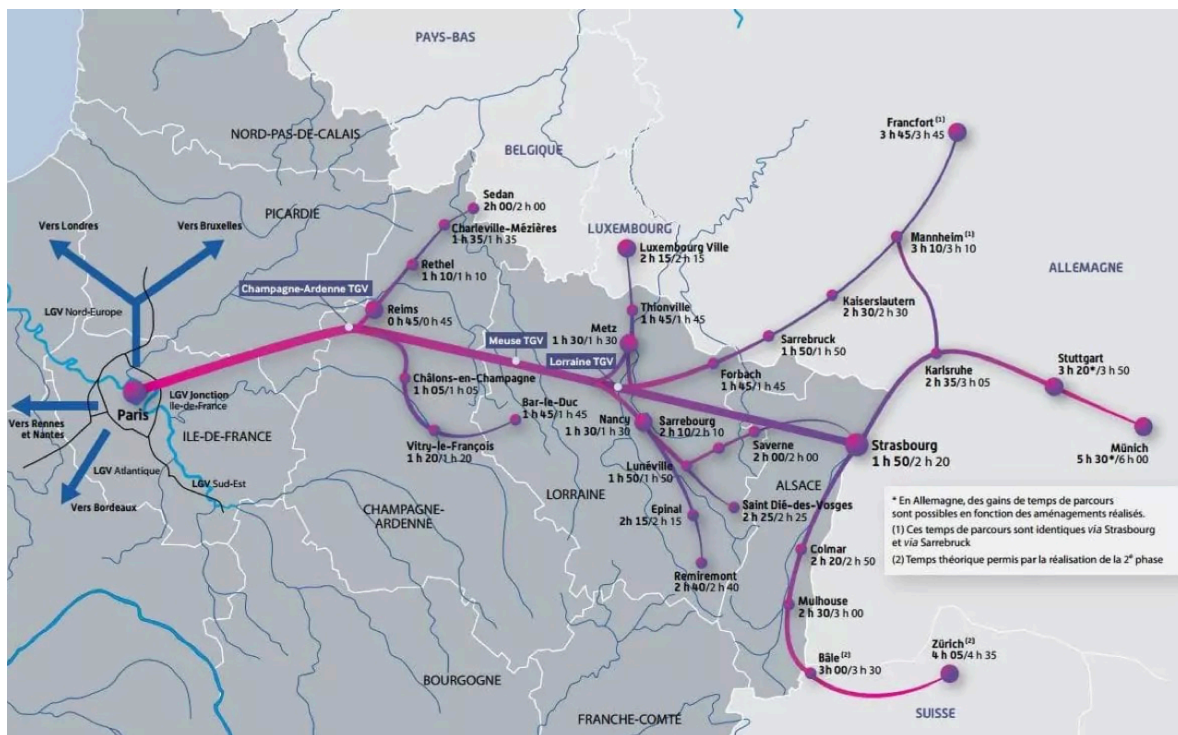
Tutte le informazioni dettagliate sul congresso ESPES sono consultabili presso la pagina ufficiale del 14° Congresso annuale ESPES.

La sede congressuale è l'IRCAD di Strasburgo. É raggiungibile in auto, treno o aereo.

AUTO

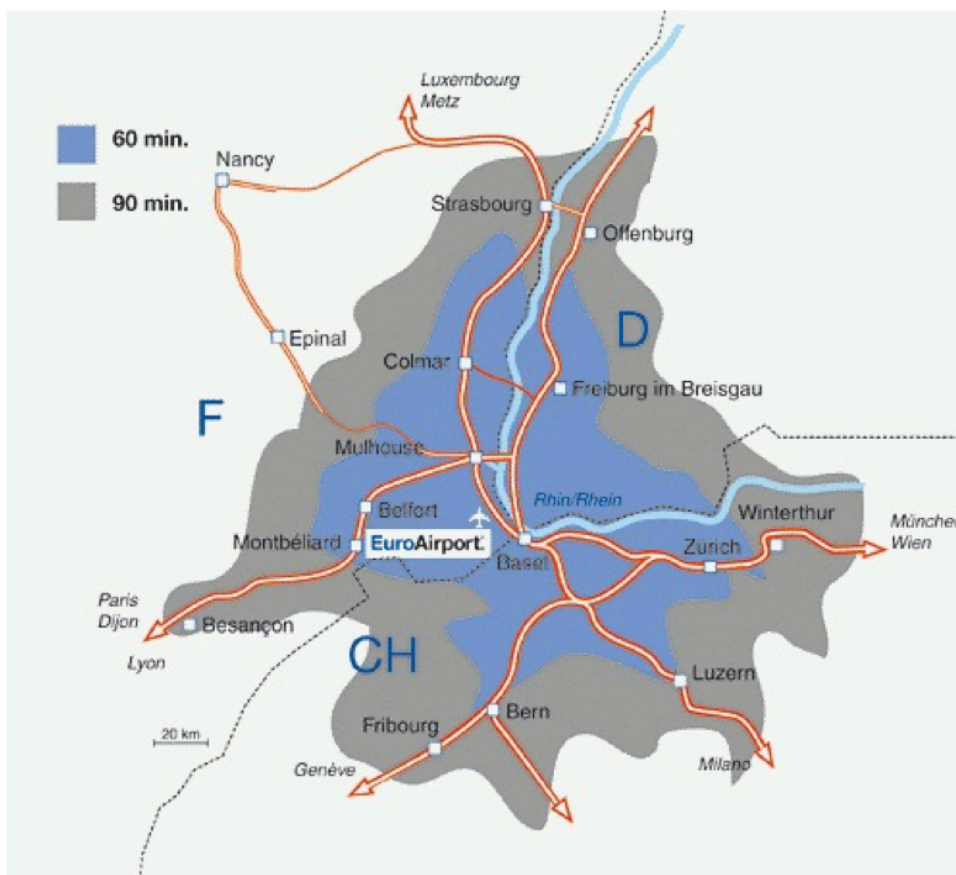


TRENO



AEREO

Oltre all'aeroporto di Strasburgo, è presente l'aeroporto internazionale EuroAirport di Basilea. Sono previsti servizi di transfer da richiedere sul sito del congresso ESPES.



ABSTRACT SESSIONE 1: CHIRURGIA ADDOMINALE E UROLOGICA

Moderatori: *Maria Grazia Scuderi - Gabriele Lisi*

S1-01. Duplicazione gastro-pilorica: trattamento laparoscopico e revisione dell'esperienza di un singolo centro.

Cosimo Bleve, Maria Luisa Conighi, Valentina Caputo, Valeria Bucci, Salvatore Fabio Chiarenza

Pediatric Surgery Unit, Regional Center of Pediatric Urology and Minimally Invasive Surgery and New Technologies AULSS 8 S. Bortolo Hospital, Vicenza, Italy

Abstract

Introduzione. Le duplicazioni intestinali rappresentano una malformazione congenita rara: 0,1-0,3% di tutte le malformazioni del tratto gastrointestinale; la localizzazione gastrica incide per il 2-8%.

Materiali e metodi: Presentiamo il caso di una piccola di 40gg giunta in PS con storia di vomiti ripetuti. All'ecografia addominale: formazione cistica in sede epigastrica di 40x20mm. Programmata RMN-addome nel sospetto di duplicazione gastrica.

Risultati: RMN suggestiva per duplicazione gastrica. La paziente è stata sottoposta a laparoscopia con conferma della natura della lesione ed enucleazione laparoscopica. Non complicanze intra/postoperatorie. Abbiamo preso in esame i casi trattati presso il Nostro Centro dal 2006 al 2023: 17 pazienti (M:F=9:8); in 4 diagnosi pre-natale. 9 presentavano sintomi (8/9 quadro acuto). In 4 riscontro occasionale. Classificazione per sede: esofagea(3); gastro-pilorica(1); ileale(7); cecale(2); colica(1); rettale(3). Età media 2.29anni (1giorno-12anni). L'approccio è stato mininvasivo in 8: toracoscopico/laparoscopico (in 2 video-assistito). In un caso necessaria conversione. In 9 approccio open (età<1mese): 7 presentavano addome acuto; 1 distress respiratorio, 1 associato a prolasso onfalo-mesenterico. Tecnica chirurgica: in 2 eseguita un'enucleazione della duplicazione, in 5 escissione, in 10 resezione intestinale e anastomosi. Al follow-up (8mesi - 13anni): una raccolta sierosa nel sito di enucleazione (gestione conservativa) ed un'occlusione intestinale con peritonite.

Conclusioni: in base alla nostra esperienza l'approccio mininvasivo rappresenta il più adatto nelle forme esofagee e gastriche. Per le forme intestinali la scelta dell'approccio è funzione della presentazione clinica (non complicato vs complicato) e dall'età del paziente. La diagnosi ed il trattamento possono rappresentare una vera e propria sfida

S1-02. Ingestione di magneti multipli in esofago: un'attrazione (quasi) fatale.

Giacomo Mandarano¹, Filippo Parolini¹, Maria Ruffoli¹, Daniela De Previde¹, Susanna Milianti¹, Giovanni Boroni¹, Daniele Alberti^{1,2}

¹Department of Paediatric Surgery, "Spedali Civili" Children's Hospital, Brescia, Italy. ²University of Brescia, Brescia, Italy

Abstract

CASE PRESENTATION

M.I. (F, 2.2 anni, 18kg), per comparsa di addominalgia notturna, riferiva alla mamma di aver ingerito un numero imprecisato di calamite da frigo la sera precedente. L'indomani la paziente veniva accompagnata in PS, asintomatica. L'RX mostrava un "unico corpo estraneo radiopaco cilindrico (diametro=9mm, lunghezza=3cm) proiettivamente in stomaco". Trenta minuti prima dell'ingresso in sala l'RX mostrava reperti invariati. Si procedeva quindi con EGDS urgente che mostrava 4 magneti impilati tra loro e indovati nella mucosa esofagea in prossimità del cardias. Nel fondo gastrico si repertavano altri 4 magneti impilati tra loro e adesi a quelli esofagei con interposizione di una porzione di parete esofago-gastrica. Con difficoltà i magneti venivano spinti in cavità gastrica mediante ansa per polipectomia e recuperati con cestello endoscopico. Dopo la rimozione si riconosceva lesione da decubito senza soluzione di continuità della parete esofago-gastrica. I controlli radiologici hanno escluso lesioni transmurali esofago-gastriche. La paziente è stata rialimentata in V giornata post-operatoria e dimessa in VIII giornata post-operatoria.

CONCLUSIONI

L'enorme potere attrattivo dei magneti può creare necrosi transparete e fistole non solo tra le anse intestinali, ma anche a livello esofago-gastrico. La proiezione gastrica "alta" e "fissa" dei magneti all'RX in ortostatismo è un segno indiretto di un possibile "pinzamento" della parete esofago-gastrica. Un intervento tempestivo è indispensabile per prevenire lesioni a tutto spessore dell'esofago. La rimozione endoscopica dei magneti in tale sede è tecnicamente indaginosa: nella nostra esperienza l'utilizzo dell'ansa da polipectomia si è rivelata l'unico strumento efficace ed ha permesso di evitare l'intervento chirurgico.

S1-03. TRATTAMENTO MININVASIVO ROBOT-ASSISTITO DI DUPLICAZIONE GASTRICA: ESPERIENZA PRELIMINARE DI DUE CENTRI

Iacopo Maglitto¹, Giovanni Boroni², Lacanna Francesco³, Giovanni Parente³, Giulia Giannotti³, Giacomo Mandarano², Girolamo Mattioli⁴, Maurizio Cheli³, Daniele Alberti²

¹ASST Spedali Civili Ospedale dei Bambini Brescia, Brescia, Italy. ²ASST Spedali Civili Ospedale dei Bambini Brescia, Brescia, Italy. ³ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Italy. ⁴Istituto Giannina Gaslini Genova, Genova, Italy

Abstract

Introduzione

Le duplicazioni gastriche sono malformazioni rare che costituiscono il 9% delle duplicazioni gastro-intestinali. Presentiamo due casi di asportazione di duplicazioni gastriche in età pediatrica mediante tecnica mininvasiva robot-assistita.

Casistica

Presso le SC di Chirurgia Pediatrica dell'Ospedale dei Bambini ASST Spedali Civili di Brescia e dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo, tra maggio e luglio 2024, sono state operate 2 pazienti, di 2 anni d'età e con peso rispettivamente di 14 e 13kg; ambedue avevano ricevuto diagnosi prenatale, confermata mediante ecografia e RMN post-natale. La prima paziente presentava cinque duplicazioni disposte "a corona di rosario" sulla grande curvatura (la maggiore di 17x33 mm), la seconda un'unica cisti di 20x19x15mm a livello del fondo. L'asportazione delle duplicazioni è stata effettuata con tecnica robot-assistita utilizzando quattro accessi. La sintesi della parete gastrica è stata eseguita con punti staccati e la tenuta verificata pneumaticamente. Non sono state registrate complicanze intraoperatorie. Il decorso post-operatorio è stato regolare ad eccezione di un'infezione a livello di uno degli accessi dei trocar, trattata conservativamente. La ripresa della alimentazione è avvenuta rispettivamente in terza e prima giornata post-operatoria, con una durata della degenza di 4 giorni. Al follow-up di 3 e 1 mese entrambe le pazienti stanno bene.

Conclusioni

L'asportazione mininvasiva robot-assistita di duplicazioni gastriche è risultata fattibile e sicura. Grazie alla visione tridimensionale, alla maggior magnificazione e alla mobilità dei bracci robotici, la tecnica robotica ha garantito una maggiore precisione chirurgica rispetto alla tecnica laparoscopia, anche nei pazienti pediatrici di giovane età e con basso peso.

S1-04. Technical standardization in Pediatric Laparoscopic Splenectomy: Retrospective Analysis and Clinical Outcomes

Arianna Bertocchini, Antonella Accinni, Simone Frediani, Cristina Martucci, Alessandro Crocoli, Ivan Pietro Aloj, Silvia Madafferi, Valerio Pardi, Giorgio Persano, Alessandro Inserra

Bambino Gesù Children's Hospital, ROMA, Italy

Abstract

Introduction: Laparoscopic splenectomy is a preferred method for treating various pediatric hematologic conditions, including hereditary spherocytosis, thalassemia, and other hemolytic diseases. This retrospective study examines seven pediatric cases of laparoscopic splenectomy performed using the lateral approach technique, which emphasizes preserving surrounding anatomical structures to minimize surgical risks.

Patients and methods: Patients ranged in age from 5 to 18 years, with spleen sizes varying significantly, from 13x12x7 cm to 20x17x8 cm. The surgeries, conducted in the lateral decubitus position, lasted between 2 hours and 48 minutes to 4 hours and 26 minutes. In one instance, the spleen was morcellated to facilitate its removal due to its large size.

Results: The study found that all patients tolerated the procedure well, with no significant intraoperative complications. The patients experienced a smooth postoperative recovery, supporting the safety and effectiveness of the lateral technique.

Conclusions: Though we still think that open splenectomy is a good option, becoming proficient in some of the technical aspects of laparoscopic surgery can help significantly reduce the risk of problems. Based on our observations, it appears that the lateral approach—which offers simpler dissection and exposure of the splenic hilar structures—should be the preferred option. Moreover, we discovered that an ultrasonic dissector and a 30° scope enabled ideal hemostasis and flawless visibility during the process.

S1-05. Laparoscopic adrenalectomy in neuroblastic tumor: preliminary experience in a single center

Arianna Bertocchini, Alessandro Crocoli, Giorgio Persano, Antonella Accinni, Ivan Pietro Aloï, Silvia Madafferi, Valerio Pardi, Cristina Martucci, Simone Frediani, Alessandro Inserra

Bambino Gesù Children's Hospital, ROMA, Italy

Abstract

Objective: This study aims to analyze the outcomes of pediatric laparoscopic adrenalectomy performed for neuroblastic tumors using a lateral approach, based on patient data collected from recent surgeries.

Methods: A retrospective review of eight pediatric patients who underwent laparoscopic adrenalectomy for neuroblastic tumors was conducted. Patient demographics, tumor characteristics, surgical details, and postoperative outcomes were analyzed. The patients included six males and two females, aged from 1 to 17 years, with various diagnoses including high-risk (HR) neuroblastoma, low-risk (LR) neuroblastoma, intermediate-risk (IR) neuroblastoma, and ganglioneuroblastoma (GNB).

Results: The mean age of patients was 5.25 years. Tumor sizes ranged from 15x12x23 mm to 65x50x57 mm. The average surgical duration was 162.125 minutes, with minimal intraoperative complications reported. Only one case required conversion to open surgery due to adrenal hemorrhage and clip entrapment. Postoperative hospital stays varied from 3 to 7 days, with an average of 5.625 days. Follow-up periods ranged from 2 to 44 months, with most patients showing no recurrence. One patient exhibited pulmonary metastases without local recurrence.

Conclusion: Laparoscopic adrenalectomy using a lateral approach is a viable and effective surgical option for treating neuroblastic tumors in pediatric patients. This minimally invasive technique demonstrates reduced operative times, minimal complications, and shorter hospital stays, contributing to quicker recovery and favorable long-term outcomes. The approach provides excellent visualization and precise tumor resection, making it a preferred method in pediatric surgical oncology.

S1-06. TORSIONE TUBARICA ISOLATA SU IDROSALPINGE: CASE REPORT E REVISIONE DELLA LETTERATURA

Federica Varner^{1,2}, Grazia Spampinato², Diego Biondini², Pier Luca Ceccarelli²

¹Unità operativa complessa di di chirurgia pediatrica, dipartimento della salute della donna e del bambino, Università degli studi di Padova, Padova, Italy.

²Unità operativa complessa di di Chirurgia Pediatrica dell'azienda Ospedaliero-Universitaria del Policlinico di Modena, Modena, Italy

Abstract

CASE REPORT

Riportiamo il caso di una ragazza di 12 anni, pubere. Si recava presso il Pronto Soccorso per addominalgia ai quadranti inferiori associata ad episodi di vomito. Eseguiti esami ematochimici risultati nella norma ed un'ecografia addominale che mostrava una formazione tubulare a carico dell'annesso di sinistra, indagata successivamente con ecografia trans-rettale che confermava la presenza di tale formazione, in assenza di vascolarizzazione all'esame color-doppler. Veniva quindi eseguita un'esplorazione laparoscopica con riscontro di torsione tubarica isolata su idrosalpinge sinistra. E' stata eseguita una detorsione laparoscopica, creata una neosalpingostomia e posizionato un drenaggio paratubarico. Il decorso post operatorio è stato regolare, la paziente è stata dimessa in terza giornata post-operatoria, previa rimozione del drenaggio. Come follow-up sono state svolte delle ecografie e visite ginecologiche di cui l'ultima ad un anno dall'intervento, con riscontro di un quadro nella norma.

CONCLUSIONI

La torsione tubarica isolata è una condizione estremamente rara. L'incidenza riportata è 1 su 1.5 milioni di donne, incidenza che si abbassa in età adolescenziale. La diagnosi di certezza la si ha solo tramite una laparoscopia esplorativa urgente e per questo motivo non sempre si sa come approcciarla nella maniera più corretta. L'idrosalpinge è una condizione caratterizzata da un accumulo di liquido nella porzione distale della tuba a causa di un'ostruzione della stessa, è una condizione predisponente alla torsione tubarica isolata e può essere causa di infertilità. Nel caso di torsione tubarica isolata associata a idrosalpinge, in assenza di segni di necrosi, la neosalpingostomia risulta essere un trattamento chirurgico conservativo al fine di preservare la fertilità nelle giovani pazienti.

S1-07. FROM LAPAROSCOPIC (LEVUR) TO ROBOT-ASSISTED EXTRAVESICAL URETERAL REIMPLANTATION (REVUR): THE EVOLUTION OF A NEW STANDARD OF TREATMENT FOR PEDIATRIC PATIENTS WITH VESICoureTERAL REFLUX.

Ciro Esposito¹, Lorenzo Masieri², Mariapina Cerulo¹, Fulvia Del Conte¹, Vincenzo Coppola¹, Annalisa Chiodi¹, Claudia Di Mento¹, Marco Castagnetti³, Roberto Cardone¹, Maria Escolino¹

¹Federico II University Hospital, Naples, Italy.

²Meyer Children Hospital, Florence, Italy.

³Bambino Gesù Children Hospital, Rome, Italy

Abstract

Purpose: This study aimed to compare laparoscopic (LEVUR) vs robot-assisted (REVUR) Lich Gregoir extravesimal ureteral reimplantation (UR) in children with high-degree vesicoureteral reflux (VUR).

Methods: The charts of all patients with high-degree VUR (3 to 5), who received LEVUR or REVUR over a 10-year period (2014-2024), were retrospectively reviewed.

Results: Seventy-six patients (40 girls and 36 boys), with median age of 5.7 years (range 2-11), were operated in the study period. VUR was unilateral in 55/76 (72.3%) and bilateral in 21/76 (27.7%). Patients were grouped according to the surgical approach and pathology side. The median OT of unilateral non-dismembered procedures was similar in LEVUR (65 min) and REVUR (50 min) [p=0.56]. REVUR was faster than LEVUR in unilateral dismembered (90 vs 120 min) [p=0.001] and bilateral UR (105 vs 160 min) [p=0.001]. The radiographic VUR resolution rate was similar between REVUR and LEVUR (97.8%vs 96.7%) [p=0.89]. Two patients (2.6%) reported low-grade persistent reflux without need for additional treatments. Mild bladder dysfunction developed after bilateral reimplantation in 2/76 (2.6%) (Clavien-Dindo 2).

Conclusions: REVUR is technically easier, faster and provides better ergonomics compared to LEVUR. The postoperative period and long-term outcomes are excellent in both techniques, with success rates higher than 95%. Complications developed after bilateral reimplantation in patients who had previous history of bladder dysfunction. Given the robot availability, we believe that the best indication for LEVUR remains unilateral reflux without need for ureteral tapering. In unilateral refluxing megaureters, para-ureteral diverticulum, or bilateral cases, REVUR represents the best choice.

S1-08. ICG-GUIDED FLUORESCENCE IN LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY FOR DUPLEX KIDNEY IN PEDIATRIC PATIENTS: TOWARDS STANDARDIZATION OF THE TECHNIQUE

Ciro Esposito, Claudia Di Mento, Vincenzo Coppola, Annalisa Chiodi, Roberto Cardone, Mariapina Cerulo, Fulvia Del Conte, Maria Escolino

Federico II University, Naples, Italy

Abstract

Purpose: This study aimed to standardize the operative technique of indocyanine green (ICG) fluorescence in laparoscopic partial nephrectomy (LPN) and compare it with the conventional technique.

Methods: Over a 5-year period (2018-2023), 26 LPN (14 right-sided, 12 left-sided) were performed in children with non-functioning moiety of duplex kidney. Patients included 15 girls and 11 boys with median age of 3.9 years (range 1-10). Patients were grouped according to the use of ICG-fluorescence: G1 included 14 patients operated with ICG-assistance and G2 included 12 patients receiving the standard technique. The modality of ICG administration was standardized in three different steps.

Results: The median operative time was significantly lower in G1 [87 min (range 68-110)] compared with G2 [140 min (range 70-220)] ($p = 0.001$). One intra-operative complication occurred in G2. At follow-up ultrasound (US), the residual moiety was normal in all patients. An asymptomatic renal cyst was discovered at the site of surgery on US in 8/26 (30.7%), with significantly higher incidence in G2 (6/12, 50%) than G1 (2/14, 14.3%) ($p = 0.001$). No loss of function of residual moiety was demonstrated on postoperative renogram. No adverse reactions to ICG occurred.

Conclusion: LPN with ICG-assistance is technically easier, quicker, and safer compared with the standard technique. The main advantages of ICG fluorescence in LPN are the clear identification of normal ureter, vessels of non-functioning pole, and demarcation line between ischemic and perfused pole. The main limitation of ICG technology remains the need for specific laparoscopic equipment that is not always available.

S1-09. Sfidare i limiti della chirurgia robotica: nefrectomia robot-assistita in paziente di 12 Kg

Giuseppe Floramo¹, Fabiola Colombini¹, Giovanni Parente², Maurizio Cheli²

¹University of Brescia, Bergamo, Italy. ²ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Italy

Abstract

Introduzione

La chirurgia robot-assistita trova larga applicazione in campo urologico pediatrico. Solo recentemente, tuttavia, alcuni centri hanno esteso l'indicazione alla chirurgia robotica in pazienti di peso inferiore o uguale a 12 Kg.

Descriviamo un caso di nefrectomia robotica in paziente di 12 Kg.

Case report

Si poneva indicazione a nefrectomia destra in paziente affetta da rene multicistico con diagnosi prenatale. In precedenza, in seguito a notevole distensione di una delle cisti, all'età di 3 mesi, la paziente veniva sottoposta a drenaggio percutaneo ecoguidato.

Alla scintigrafia il rene destro risultava funzionalmente escluso, per cui si poneva indicazione a nefrectomia radicale destra.

Risultati

La nefrectomia destra veniva eseguita con approccio trans-peritoneale; si posizionavano 4 trocar ad una distanza media di 4,5 cm tra loro (3 trocar sulla linea xifo-ombelicale ed 1 in fossa iliaca destra). Tempo di docking: 30 min, durata della procedura: 180 min. Il pezzo anatomico veniva estratto in toto mediante utilizzo di endobag senza necessità di ampliamento degli accessi chirurgici. Non sono state registrate complicanze peri- e postoperatorie. La paziente veniva dimessa in III GPO.

Conclusioni

Nella nostra esperienza, l'approccio robot-assistito è risultato sicuro ed efficace anche in caso di paziente di peso inferiore o uguale a 12 Kg.

Nonostante i bambini di basso peso rappresentino una sfida in ambito robotico, nel nostro caso siamo riusciti a ottenere un adeguato working space e un corretto posizionamento dei trocar.

La presenza di un team multidisciplinare dedicato alla chirurgia robotica pediatrica permetterà di ampliare le indicazioni chirurgiche a pazienti di peso sempre inferiore.

S1-10. CYSTOSTOMY-BUTTON: A MINIMALLY INVASIVE ALTERNATIVE FOR BLADDER DRAINAGE AND URINARY CONTINENCE

Ilaria Macchia^{1,2}, Elisa Cerchia¹, Marta Serpentino^{1,2}, Barbara Tadini¹, Elena Ruggero^{1,2}, Marina Grissino¹, Carmine Creazzo¹, Massimo Catti¹, Simona Gerocarni Nappo¹

¹Pediatric Urology Unit, Department of Public Health and Pediatric Sciences, Regina Margherita Children's Hospital, Torino, Italy. ²Pediatric Surgery Unit, Department of Women's and Children's Health, University of Padua, Padova, Italy

Abstract

INTRODUCTION: Gastrostomy-button is widely used for enteral feeding as it allows freedom of movement, it's difficult to dislodge and it's easy to conceal under clothing. The button is potentially useful for bladder drainage in children with poor bladder emptying.

MATERIALS AND METHODS: We retrospectively reviewed all patients who underwent cystostomy-button placement between 2010 and 2024. Placement was via an existing vesicostomy; endoscopically or by mini-open Pfannenstiel incision. Data collected included demographics, indications, placement technique, early complications and long-term follow-up. Statistical analysis was performed by using Fischer-test for the categorical variables (p -values <0.05).

RESULTS: 19 patients included (17M, 2F), mean age 5,35 years (range 2-14). Indications included neurogenic-bladder (11) and non-neurogenic bladder: VUP (7) and urethral atresia (1). 5 patients had psychomotor-delay.

In 11 cases the button was placed open, in 5 to replace a vesicostomy and in 4 endoscopically. Mean follow-up was 42,8 months (range 0,25-156).

In 6/19 cases the vesicostomy-button was removed: 1 underwent bladder-augmentation and Mitrofanoff; 1 started transurethral-CIC; 3 because of intolerance of the device (in 1 the button was repositioned 3 years later). Complications included: 1 peristomal wound infection and 1 decubitus, 8 lower-UTI, 4 leakage and 2 bladder stones. Cystostomy-button is currently in use in 14 with a mean follow-up of 55,14 months.

CONCLUSION: Vesicostomy-button is a minimally invasive option for urinary continence and bladder emptying. It can be a temporary alternative to either vesicostomy or transurethral/Mitrofanoff CIC by improving child's quality of life, and a long-term option for neurocognitive impaired patients. Further data are needed to assess long-term safety and cost-effectiveness.

ABSTRACT SESSIONE 2: CHIRURGIA TORACICA E MISCELLANEA

Moderatori: *Maria Escolino - Giovanni Boroni*

S2-01. Indocyanine green fluorescence-guided thoracoscopic detection and removal of pulmonary nodules in children. Monocentric experience with preliminary results.

Riccardo Guanà, Ana Soto Torselli, Alessia Cerrina, Luca Lonati, Alessandro Pane, Elisa Zambaiti, Fabrizio Gennari

Regina Margherita Children's Hospital, Torino, Italy

Abstract

Introduction

Surgical ablation of lung metastases in pediatric primary solid tumors is indicated for diagnostic and therapeutic purposes. The thoracoscopic approach has proven to be effective, resulting in fewer postoperative complications and shorter hospital stay, but precise localization of multiple nodules results sometimes difficult, with the risk of incomplete removal being high. Indo-Cyanine Green (ICG)-guided surgery is gaining popularity among pediatric minimally invasive surgeons, allowing more precise and safe cancer removal in different settings.

Patients and Methods

In the last 6 years, from January 2017 to December 2023, we treated 16 patients with pulmonary nodules, ranging in age from 4 to 16 years. An open approach was used at the beginning of the experience, replaced by thoracoscopy in the last 3 years. In the last year we also tested the efficacy of ICG fluorescence in detecting pulmonary nodules. Patients received the 24 hours before surgery, intravenous infusion of ICG (1,5mg/kg). A near-infra red spectroscopy iridium system was used to detect ICG (Image1 S Rubina, Karl Storz). Primary pathologies were: osteosarcomas, soft tissue sarcomas, hepatoblastoma, renal and extrarenal Wilms tumors. The tissue/vascular synthesis devices used were 5mm bipolar forceps with radiofrequency system, and 5mm or 12mm endostaplers.

Results

At follow-up we registered one death and two disease recurrences, while all other patients are currently disease-free. The lesions ranged in number from one to two on imaging, in all patients except one; were bilateral in six cases, and were all identified and removed at surgery; one patient with bilateral lesions had 16 nodules in one lung and 10 in the other. Nodules were confirmed by ICG in the last five patients. Five patients were approached in open surgery and eleven patients with minimally invasive approach (in one patient converted to mini-thoracotomy). All the nodules were easily identified in particular with the ICG technology, thanks to the bright green color, the ablation was safely performed, without extensive resection, saving healthy tissue, with a lung-sparing surgery intention. ICG demonstrated to be effective in particular in patients with soft tissue sarcomas.

Conclusions

Pulmonary metastasectomy is a safe and potential therapeutic procedure for patients with previously treated primary tumors. ICG-guided surgery could improve the localization of metastatic hepatic and renal sarcomas; while the efficacy in osteosarcomas nodules should be tested with larger series.

S2-02. EXTREME PRESENTATION OF CONGENITAL LUNG MALFORMATIONS IN PEDIATRIC AGE: A RARE ENTITY. THORACOSCOPIC TREATMENT.

Cosimo Bleve, Maria Luisa Conighi, Francesca Vinci, Paolo Cocco, Giulia Brooks, Valentina Caputo, Valeria Bucci, Marina Andreetta, Lorella Fasoli, Salvatore Fabio Chiarenza

Pediatric Surgery Unit, Regional Center of Pediatric Urology and Minimally Invasive Surgery and New Technologies AULSS 8 S. Bortolo Hospital, Vicenza, Italy

Abstract

Purpose: Congenital lung malformations (CLM) pose significant challenges for pediatric surgeons. The recently estimated incidence is 1:7200 live births. They include extralobar/intralobar sequestration (ILS/ELS), Congenital Pulmonary Airway Malformation (CPAM), Congenital Lobar Emphysema (CLE). Torsion over their pedicle is an extremely rare entity and a definite diagnosis is difficult. We report very rare cases of CLM torsion.

Methods: 4 children (2 males and 2 females), aged 20 days-15 years old. Main clinical symptoms were cyanosis and hypotonia with respiratory distress (1 case); chest pain, cough and dyspnea (3 cases) with abdominal pain and nausea associated in one. Two were accompanied by fever. Preoperative Chest-X-Ray and contrast-enhanced-CT-scan were performed. All patients stabilized underwent thoracoscopy.

Results: CT-scans showed: a right congenital lobar overinflation (2 cases); a left hydro-pneumothorax (1 case); a right massive hemothorax (1 case). No feeding artery were shown. Thoracoscopic surgery identified: 1) a huge right middle lobe CLE causing a torsion of their vascular pedicles in 2 cases (lobectomy was performed); 2) a dark and hemorrhagic mass near the inferior right lobe (1 case); 3) an ischemic and hemorrhagic left upper lobe (1 case). Pathological findings were consistent with an ELS that had undergone torsion and infarction and with CPAM respectively. Postoperative recovery was uneventful. Regular the follow-up. **Conclusions:** CLM torsion is extremely rare but physicians should maintain a high index of suspicion. They usually occur in childhood or adolescence with abdominal and/or chest pain as the primary symptoms (ELS in particular). CLE if asymptomatic/mild symptomatic require conservative treatment. If clinically severe or with severe progression a risk of torsion could also associated: lobectomy must be considered. Delayed surgery for CLM could be complicated by clinical/subclinical infections but also by ischemic/hemorrhagic risk. Thoracoscopic lobectomy is a challenging procedure, in particular in infants, because of the inadequate space but in expertise centers can be safe and effective.

S2-03. TRATTAMENTO ENDOSCOPICO DELLE PERFORAZIONI ESOFAGEE: CASE REPORT.

Ilaria Marcoccio¹, Carola D'Agostino¹, Francesca Maestri¹, Anna Morandi², Pietro Betalli², Giorgio Fava², Ernesto Leva^{2,3}

¹Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Milano, Italy. ²Unità Operativa di Chirurgia Pediatrica, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italy.

³Dipartimento di Scienze Cliniche e Salute di Comunità, Università degli Studi di Milano, Milano, Italy

Abstract

Introduzione

Una perforazione esofagea è una patologia rara molto grave ad eziologia varia. La prognosi viene influenzata dalla rapidità della diagnosi e da una gestione mirata. Lo sviluppo dell'endoscopia operativa, grazie all'aggiunta di clip o protesi, permette una gestione mini-invasiva di tale condizione.

Materiali e metodi

Abbiamo raccolto i dati clinici, laboratoristici e radiologici del caso presentato.

Risultati

Paziente maschio di 10 anni trasferito da altro ospedale per perforazione esofagea, mediastinite, versamento pleurico e shock settico, con sondino naso gastrico (SNG). All'arrivo presso la terapia intensiva è stato stabilizzato, a digiuno con nutrizione parenterale totale e in antibioticoterapia; sono stati posizionati drenaggi toracici bilaterali e sondino Replogle in faringe. Alla TAC di controllo: riscontro di versamento mediastinico con caratteristiche ascessuali, associato a indici di flogosi persistentemente elevati. Veniva, quindi, posizionato doppio drenaggio mediastinico dai colleghi radiologi interventisti. A distanza di 2 settimane il trattamento conservativo risultava inefficace, per cui si tentava approccio endoscopico con posizionamento di presidio endoluminale simil-endovac, risultato infruttuoso. Ad un mese dall'evento, per la persistenza del difetto esofageo alle indagini radiologiche, si procedeva a endoscopia con posizionamento di 3 clip metalliche a livello della lacerazione. In 15° giornata post-operatoria si constatava la completa risoluzione del quadro all'esofagogramma. Il paziente ha ripreso la nutrizione per os senza problematiche.

Conclusioni

L'endoscopia operativa, nella nostra esperienza, si è rivelata una tecnica mini-invasiva sicura ed efficace per il trattamento di lacerazioni esofagee resistenti all'approccio conservativo. In un centro endoscopico di riferimento può essere considerato un trattamento di prima scelta.

S2-04. UN'INSOLITA PRESENTAZIONE DI MALFORMAZIONE POLMONARE CONGENITA

Giulia Del Re¹, Paolo Grassi¹, Ilaria Marcoccio¹, Anna Morandi², Martina Ichino², Giorgio Fava², Ernesto Leva^{2,3}

¹Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italy. ²Unità Operativa di Chirurgia Pediatrica, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italy.

³Dipartimento di Scienze Cliniche e Salute di Comunità, Università degli Studi di Milano, Milano, Italy

Abstract

Introduzione

Le cisti broncogene sono malformazioni polmonari congenite (MPC) rare, che si sviluppano intorno alla 28^a settimana gestazionale.

Materiali e metodi

Abbiamo raccolto i dati clinici, laboratoristici e radiologici del caso presentato.

Risultati

Bambina di tre anni accedeva in pronto soccorso per lussazione del gomito sinistro. Dopo riscontro incidentale all'RX dell'arto di una sospetta formazione toracica cistica, la paziente veniva trasferita presso il nostro centro. Alla TC torace veniva diagnosticato pneumotorace sinistro con shift mediastinico. Si decideva quindi per posizionamento di drenaggio toracico, senza ottenere miglioramento del quadro clinico né radiologico. Si eseguiva pertanto seconda TC torace con riscontro di lesione cistica polmonare a pareti definite. Dopo discussione multidisciplinare la paziente veniva sottoposta a toracosopia esplorativa, con conferma di una voluminosa lesione cistica proveniente dal segmento apicale del lobo inferiore sinistro. Si procedeva a sua decompressione con sealer da 5 mm e rimozione mediante stapler da 10 mm. Il decorso postoperatorio è stato privo di complicanze e la paziente veniva dimessa in 3^o giornata. L'esame istopatologico concludeva per cisti broncogena. La ricerca di mutazioni di DICER1 è in corso. La paziente è asintomatica a un anno di follow-up.

Conclusioni

Le MPC sono lesioni generalmente asintomatiche e spesso riscontrate in epoca prenatale. Quando più raramente la diagnosi è tardiva questa è effettuata incidentalmente o in seguito a comparsa di sintomi. In diagnosi differenziale, soprattutto in assenza di diagnosi prenatale, bisogna tenere in considerazione il blastoma pleuropolmonare. Lo studio delle mutazioni di DICER1 è utile per la definizione del follow up.

S2-05. ATRESIA ESOFAGEA CON FISTOLA (FTE) IN GEMELLE. TRATTAMENTO TORACOSCOPICO DIFFERITO.

Laura Lombardi¹, Giovanni Casadio¹, Francesca Caravaggi¹, Emilio Casolari¹, Salvatore Fabio Chiarenza²

¹U.O. Chirurgia Pediatrica, Nuovo Ospedale dei Bambini, Ospedale Maggiore di Parma, Parma, Italy.

²U.O.C. Chirurgia Pediatrica Ospedale San Bortolo, Vicenza, Italy

Abstract

Introduzione

L'incidenza di atresia esofagea è 3,2 volte più alta nei gemelli rispetto alla popolazione generale. Secondo i dati di letteratura l'atresia esofagea colpisce uno solo dei gemelli. Più rara è la presentazione della malformazione in entrambi i neonati di gravidanza gemellare. Vi presentiamo la nostra recente esperienza nel trattamento di due gemelle affette entrambe da atresia esofagea con fistola (FTE).

Materiali e metodi

Femmine nate a 34 settimane + 2 da gravidanza gemellare monocoriale biamniotica con ploidramnios. Peso alla nascita Gemella 1 1560 gr e Gemella 2 2090 gr. In entrambe le bambine è stata confermata la diagnosi di atresia esofagea con FTE. Entrambe hanno necessitato di supporto ventilatorio con CPAP e gastrostomia decompressiva in seconda giornata di vita. In 3^a giornata (Gemella 1) ed in 4^a giornata (Gemella 2) le bambine sono state sottoposte ad intervento chirurgico di toracotomia con isolamento e chiusura della FTE senza possibilità di eseguire anastomosi primaria per ampia distanza tra i monconi esofagei. Un controllo radiologico con contrasto dei monconi esofagei è stato eseguito in 40° GPO (Gemella 1) e 37° GPO (Gemella 2). A 132°GPO/4mesi e 15 giorni di vita (Gemella 1) e a 115°GPO/3mesi e 29 giorni di vita (Gemella 2) le bambine sono state sottoposte a intervento chirurgico di anastomosi esofago-esofagea per via toracoscopica.

Risultati

La correzione definitiva per via toracoscopica è stata eseguita senza intubazione selettiva. Tempo medio chirurgico 475min (range 450-500minuti). Gemella 2 è stata estubata in 8° GPO ed ha eseguito Rx transito in 13GPO con evidenza di buona canalizzazione dell'esofago senza leakage. È stata progressivamente rialimentata senza problemi. Gemella 1 ha presentato polmonite in 5° GPO. Ha eseguito Rx transito in 9° GPO con evidenza di modesta stenosi dell'anastomosi con presenza comunque di transito in assenza di leakage. È stata estubata in 13° GPO. In 12 GPO ha presentato chilotorace che è stato trattato con drenaggio toracico, digiuno e octreotide sino a completa risoluzione. Attualmente in alimentazione mista per os ed enterale.

Conclusioni

La presentazione dell'atresia esofagea in entrambi i neonati di una gravidanza gemellare è un evento raro. Nel nostro caso è peculiare la coincidenza di caratteristiche anatomiche (FTE e "long gap") della malformazione in entrambe le gemelle trattate. L'anastomosi differita dopo chiusura della FTE rappresenta una valida opzione nei casi di basso peso del neonato e ampia distanza dei monconi. L'approccio toracoscopico anche differito è attualmente il gold standard nel trattamento dell'atresia esofagea.

S2-06. "ENTIRE CHEST WALL REMODELING" NEL TRATTAMENTO DEL PECTUS EXCAVATUM: ESPERIENZA INIZIALE SU 16 CASI

ALBERTO RATTA, NIEL DI SALVO, VINCENZO DOMENICHELLI

CHIRURGIA PEDIATRICA AUSL DELLA ROMAGNA, RIMINI, Italy

Abstract

INTRODUZIONE

E' un approccio moderno alla chirurgia del pectus excavatum che prevede il rimodellamento dell'intera parete toracica mediante l'utilizzo di un sollevatore sternale, il posizionamento di 2-3 barre stabilizzate tra loro e la simultanea correzione delle flaring ribs.

METODI

Descriviamo la nostra esperienza su 16 pazienti trattati per pectus excavatum. Sono stati raccolti i dati riguardanti l'inquadramento diagnostico, il periodo perioperatorio, l'incidenza di complicanze ed il grado di soddisfazione di pazienti.

RISULTATI

L'età media dei pazienti è di 14,2 anni (12-17). Quattro avevano usato la vacuum bell. Tutti i pazienti operati hanno eseguito ecocardiogramma, spirometria ed RMN torace ed intrapreso un programma di fisioterapia. Il controllo del dolore è stato garantito da un'analgesia multimodale. Il sollevatore sternale tipo "Crane" è stato utilizzato sempre. In 1 caso sono state utilizzate 3 barre trasversali stabilizzate. Due barre incrociate sono state utilizzate in due casi (1 caso con una terza barra orizzontale). Nei restanti 13 casi sono state posizionate due barre trasversali stabilizzate. La correzione delle flaring ribs è stata eseguita in 8 casi. La durata media della degenza è di 6 giorni (5-14). Le complicanze sono state: 1 PNX postoperatorio persistente causato da bolle apicali destre, 1 polmonite, 2 versamenti pleurici, 1 pericardite ed 1 ematoma sottocutaneo. Non sono stati osservati dislocamenti o infezioni delle barre. Il risultato estetico è sempre risultato buono.

CONCLUSIONI

La filosofia di "total chest wall remodeling" introdotta da Park migliora la sicurezza e la completezza della riparazione. Utilizzando barre stabilizzate e correggendo le eventuali flaring ribs, è possibile ridurre il rischio di dislocamento ed il grado di soddisfazione del paziente.

S2-07. THORACOSCOPIC LOBECTOMIES FOR CPAM: EXPERIENCE OVER THE LAST NINE YEARS IN A SINGLE, HIGH-VOLUME CENTER

Federico Beati, Chiara Iacusso, Federico Scorletti, Barbara Daniela Iacobelli, Giovanni Rollo, Fabio Fusaro, Laura Valfrè, Pietro Bagolan, Andrea Conforti

Bambino Gesù Children's Hospital, Rome, Italy

Abstract

INTRODUCTION: Thoracoscopic surgery for congenital pulmonary airway malformation (CPAM) is an increasingly utilized technique even though its high complexity. The aim of the study is to report our experience in thoracoscopic lobectomy over the last nine years.

METHODS: All patients who underwent thoracoscopic lobectomy for CPAM from July 2016 to July 2024 were included; study period was then divided into 3 groups, 3 years each. The outcomes considered were operative time, intra/post-operative complications (Clavien Dindo grade III), conversion rate, length of stay in hospital (LOS). Emergency lobectomies were excluded.

RESULTS: During the study period, 101 patients underwent pulmonary lobectomy for CPAM, 41 (41%) of which with thoracoscopic surgery; median age at surgery was 3.5 (2-5) months.

We observed a gradual increase of the thoracoscopic approach over the years: 6/41 (15%) in the group 1, 5/41 (12 %) in group 2, 30/41 (73%) in the third. Operative time was similar for the three groups: 145 (94-175); 149 (105-195); 150 (75-200) minutes; $p=0.98$.

There were no differences in intra/post-operative complications in the 3 groups: 0%, 0% 3%; $p=0.8$. Conversion rate was significantly lower for the third group: 50%, 40%, 16%, $p=0.002$. LOS was similar for each group: 5.4 (2-6); 4 (2-5); 6 (2-7); $p=0.9$

CONCLUSIONS:

Thoracoscopic lobectomies in small babies are usually challenging and biased by learning curve, which is essential to achieve better results. Centralization of these procedures in high volume centers can reduce the time needed to reach the correct expertise and limit complications

S2-08. APPLICATION OF INDOCYANINE GREEN (ICG) FLUORESCENCE TECHNOLOGY IN PEDIATRIC ROBOTIC SURGERY

Ciro Esposito¹, Lorenzo Masieri², Mariapina Cerulo¹, Marco Castagnetti³, Fulvia Del Conte¹, Claudia Di Mento¹, Vincezo Coppola¹, Annalisa Chiodi¹, Roberto Cardone¹, Maria Escolino¹

¹Federico II University, Naples, Italy. ²Università degli Studi di Firenze, Florence, Italy. ³Pediatric Urology Bambino Gesù, Rome, Italy

Abstract

This study aimed to report our experience in indocyanine green (ICG) fluorescence-guided surgery (FGS) in pediatric robotics. The data of 55 patients (35 boys, 20 girls), who underwent robotic surgery using ICG fluorescence in three institutions over the last 7 years, were retrospectively reviewed. The following robotic procedures were included: pyeloplasty (n = 21), complex Lich-Gregoir ureteral reimplantation (n = 8), varicocelectomy (n = 7), adnexal pathology resection (n = 8), partial nephrectomy (n = 4), nephrectomy (n = 4), renal cyst removal (n = 2), and excision of prostatic utricle (n = 1). The ICG was injected intravenously in all indications except for varicocele where intratesticular injection was done, and prostatic utricle or paraureteral diverticulum where trans-catheter injection was done. The ICG dosage was 0.2-0.3 mg/mL/kg. All the procedures were performed using da Vinci Xi platform. Firefly® allowed to switch from bright light to ICG-NIRF view and vice versa. All the procedures were accomplished in robotics without conversions to laparoscopy or open surgery. No episodes of allergy to ICG were recorded. An excellent ICG-NIRF view of target organs was obtained in all procedures. Based on our experience, we believe that application of ICG FGS in pediatric robotics enhances the identification of critical anatomical elements and pathological structures, thereby positively impacting both oncological and functional outcomes. This technique is safe, feasible, and versatile. We advocate the consideration of ICG as the standard of care in certain procedures such as partial nephrectomy, varicocele repair, tumor resection, and ovarian torsion.

S2-09. AGOBIOPSIA PERCUTANEA TRU-CUT ECOGUIDATA IN ONCOLOGIA PEDIATRICA: ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO.

Ilaria Marcoccio¹, Carola D'Agostino¹, Perla Bonifazi¹, Francesca Maestri¹, Anna Maria Ierardi², Gianpaolo Carrafiello², Ernesto Leva^{3,4}

¹Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italy. ²Unità di Radiologia Interventistica, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italy. ³Dipartimento Materno Infantile, Unità Operativa di Chirurgia Pediatrica, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italy. ⁴Dipartimento di Scienze Cliniche e Salute di Comunità, Università degli Studi di MilanoDipartimento di Scienze Cliniche e Salute di Comunità, Università degli Studi di Milano, Milano, Italy

Abstract

Scopo dello studio

Valutare la sicurezza e l'efficacia dell'agobiopsia tru-cut ecoguidata per la diagnosi di masse solide in pazienti pediatriche.

Materiali e Metodi

Abbiamo condotto uno studio retrospettivo monocentrico, includendo pazienti pediatriche (0-18) con masse solide sottoposte ad agobiopsie tru-cut ecoguidate tra Novembre 2020 e Luglio 2024. Abbiamo analizzato complicanze intra e post-operatorie e l'efficacia della procedura

Risultati principali

Abbiamo incluso 23 pazienti con neoformazioni prevalentemente solide: 3 addominali, 1 dell'avambraccio, 3 degli arti inferiori, 3 epatiche, 1 mediastinica, 1 pancreatica, 1 pelvica, 1 retroperitoneale, 1 toracica e 7 surrenaliche. L'età media alla diagnosi è di 5.6 anni (DS 5.4), 14/23 con presentazione in acuto. La procedura è stata effettuata dai colleghi della radiologia interventistica in 22/23 pazienti. In 13/23 casi è stato utilizzato un ago tranciante 18G, in 2/23 un ago 21G, in 8/23 dato non disponibile. Nella maggior parte dei casi sono stati prelevati 4 frustoli di materiale (7/23), in 4/23 casi 3 frustoli, ci sono stati anche prelievi di 2 frustoli (1/23), 6 frustoli (1/23), 7 frustoli (1/23), dato non disponibile in 9/23 pazienti. In 6 casi (26%) l'agobiopsia non è risultata diagnostica per scarsità di materiale ed è stata necessaria nuova procedura percutanea (5/6) o open (1/6). Non sono state rilevate complicanze intraoperatorie, nel post-operatorio 1 paziente (4%) ha mostrato anemia e ha ricevuto trasfusione.

Conclusioni

Nella nostra esperienza l'agobiopsia tru-cut ecoguidata percutanea si è dimostrata una procedura sicura, efficace e con minimo impatto estetico. Utilizzando aghi adeguati e facendo almeno 2 passaggi si ottiene abbastanza materiale per una corretta valutazione istologica, immunopatologica, citogenetica, e molecolare.

S2-10. RARO CASO DI CISTO-ADENOFIBROMA DELLA TUBA IN UNA PAZIENTE DI 13 ANNI: CASE REPORT

Chiara Costantini^{1,2}, Francesca Del Prete¹, Giorgia Specca^{1,2}, Maria Chiara Cianci¹, Giovanni Gaglione¹, Maria Giovanna Grella¹

¹Chirurgia Pediatrica Ospedale Santobono-Pausilipon, Napoli, Italy. ²Dipartimento della salute della Donna e del Bambino, Padova, Italy

Abstract

Introduzione

I tumori adenomatoidi della tuba sono neoplasie benigne ed interessano principalmente donne di età compresa tra i 30 e i 40 anni. Riportiamo il raro caso di neoplasia cistica adeno-fibromatosa in una paziente di 13 anni.

Case report

Paziente di 13 anni, donna, mestrata, che accede in Pronto Soccorso per dolore addominale con riscontro ecografico di formazione cistica in sede annessiale destra in assenza di segni di torsione. La risonanza magnetica (RM) ha mostrato formazione cistica di 57x58x52 mm con vegetazioni polipoidi che impronta l'ovaio destro, la cervice e il retto. Alfa-feto proteina e beta-HCG negative.

Tecnica chirurgica

Paziente in posizione supina, posizionamento di trocar ottico ombelicale e due trocars operativi in fianco destro e sinistro. Riscontro di voluminosa formazione cistica capsulata della tuba di destra. Ovaie macroscopicamente indenni. Presenza di altre formazioni cistiche sub-centimetriche della tuba contro laterale. Enucleazione delle lesioni, aspirazione protetta della maggiore ed asportazione trans-ombelicale mediante endo-bag.

Risultati

Il liquido intracistico non ha mostrato componente cellulare con atipie. L'istologia è risultata in lesione cistica adeno-fibromatosa con focali mitosi ed assenza di atipie. Il decorso post-operatorio è stato regolare.

Conclusioni

I tumori adenomatoidi della tuba sono rari ma di possibile riscontro anche in età pediatrica entrando in diagnosi differenziale con altre neoplasie. La diagnosi resta istologica per cui la rimozione laparoscopica è la tecnica di scelta ma deve avvenire nel rispetto della radicalità oncologica.