

38 Congresso Nazionale



Presidente Giancarlo Pacifico

NUOVE **F**ORMAZIONE  
GENERAZIONI **U**NITÀ **R**ISPETTO  
**C**RESCITA **I**S **T**ITUZIONI  
**CHIRURGO**  
SOLIDA **R**IETA'  
**S**TIMA **T**ECN **O**LOGIA

9-12  
Giugno 2019  
MATERA



MATERA 2019  
OPEN FUTURE



VOLUME ABSTRACT  
38 Congresso Nazionale ACOI  
Matera 2019

ID ABSTRACT	253
Speaker	ANGELIERI DANIELE
ARGOMENTO	Chirurgia d'Urgenza
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>NOM: trattamento conservativo non operativo dei traumi degli organi parenchimatosi addominali.</b>
AUTORI	D. Angelieri, I. Iannone, C. De Padua, D. Coletta, D. Rossi, P. Ferrari, S. Santillo, A. Puzzovio, S. Ribaldi. Policlinico Umberto I- Roma Universita La Sapienza
INTRODUZIONE	Nei pazienti con trauma maggiore le lesioni traumatiche degli organi parenchimali addominali costituiscono un percorso gestionale critico nella scelta e nel monitoraggio dei trattamenti non operativi. Il 30-40% dei traumi gravi è rappresentato dai traumi addominali. Lo stato emodinamico è quello che guida nell'immediato la strategia diagnostica e terapeutica di queste lesioni. In assenza di shock emorragico, la TC addominale con MDC permette una valutazione completa delle lesioni. Negli anni le strategie chirurgiche si sono orientate verso il trattamento chiamato "conservativo" (NOM: non operative management), applicato da solo o in associazione con l'arterio-embolizzazione. Portando netti vantaggi per il paziente, ha aperto però nuove problematiche sulla gestione del paziente sia nell'immediato, che nel successivo follow up. L'attuazione di questa metodologia nelle lesioni gravi, con AIS viscerale superiore a 3, richiede un team multidisciplinare e la disponibilità di diagnostica e opportunità terapeutiche H24 e una metodologia di continuità assistenziale durante l'intero periodo di ricovero.
METODI	Sono stati raccolti tutti i pazienti giunti presso il PS del Policlinico Umberto I (DEA di II livello) nel periodo tra marzo 2017 a dicembre 2018 con diagnosi di trauma addominale chiuso con lesioni di organi parenchimatosi (milza-fegato-rene e surrene), associati o meno a lesioni di altri distretti. Sono stati analizzati 102 casi suddivisi in base all'organo interessato e al grado della lesione secondo AAST. Di ognuno dei pazienti abbiamo indicato il trattamento effettuato, l'eventuale angio-embolizzazione e l'eventuale fallimento del NOM. Tutti i pazienti sono poi stati inseriti in un programma di attento follow-up.
RISULTATI	Nei circa 102 casi analizzati il trattamento conservativo dei traumi degli organi parenchimatosi addominali è stato effettuato con successo in più del 90 %. Nel caso di fallimento del protocollo conservativo, spesso il trattamento mediante procedure di radiologia interventistica è stato risolutivo. Naturalmente i casi dove il protocollo conservativo non è stato applicato erano i casi di grado più elevato sec. OIS/AAST ( IV – V grado). Di 52 casi di trauma splenico, 30 sono stati trattati con NOM di cui si è registrato un solo caso di fallimento, comunque risolto con angio-embolizzazione. Di 31 casi di trauma epatico, 27 sono stati rattati con NOM senza nessun fallimento della procedura; 6 casi per grave instabilità emodinamica (classe IV) sono stati inviati direttamente a trattamento chirurgico (5 casi di packing e 1 di resezione epatica). I casi di trauma renale sono stati 32 tutti trattati con successo con NOM, in un solo caso di grado 5 sec. AAST è stata necessaria per grave instabilità emodinamica (classe IV),effettuare una nefrectomia d'urgenza. I traumi del surrene sono stati 7 tutti trattati con successo NOM. A tutti i pazienti è stato effettuato un protocollo di follow-up con TC e/o CEUS ad una settimana, e successivi controlli fino a 30 giorni.
DISCUSSIONE	Il NOM rappresenta il Gold standard per tutti gli ospedali dotati di una sala per il monitoraggio intensivo con personale dedicato, e di una unità di radiologia interventistica facilmente raggiungibile . Uno stretto controllo clinico, dei parametri vitali e labarotoristici (emocromo) nei primi giorni post-trauma associati alla collaborazione dei colleghi radiologi interventisti consente un tasso di successo del NOM, vicino al

100%, apportando indubbi vantaggi per il paziente. Infatti, in centri ad elevato volume di accessi per traumi addominali chiusi con interessamento degli organi parenchimatosi, un programma ben dettagliato per l'avvio ad un trattamento di tipo conservativo può portare ad elevati tassi di successo evitando sovra-trattamento chirurgico ed agendo in sicurezza. Tenendo, bene presente che il paziente rappresenta il fulcro di questo progetto deve essere sempre correttamente informato ed avviato ad uno stretto programma di follow-up, dove spesso la CEUS appresenta un alternativa valida alla TC per il follow-up.

## BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

7

Speaker

ANTROPOLI MASSIMO

ARGOMENTO

Chirurgia Bariatrica

**TITOLO DEL LAVORO****Management chirurgico d'urgenza delle fistole dopo Sleeve gastrectomy laparoscopica.**

AUTORI

Antropoli Massimo , Robustelli Umberto , Abete Clelia ( U.O.C. Chirurgia D' urgenza - AORN A Cardarelli , Napoli , )

INTRODUZIONE

Nell'ultimo decennio la Sleeve GASTrectomy laparoscopica (LSG) è diventata un'importante opzione terapeutica nel trattamento dell'obesità patologica. Questa procedura presenta numerosi vantaggi rispetto al bypass gastrico: maggiore semplicità di esecuzione, minore durata della degenza postoperatoria e riduzione del tasso di complicanze a lungo termine. Una delle complicanze più temibili di questa procedura è però la fistolizzazione dalla rima anastomotica con un tasso di incidenza che varia dallo 0,7% al 5%. Il tasso di fistolizzazione può raggiungere anche il 10% nei pazienti che hanno già subito un intervento bariatrico e colpisce principalmente il terzo superiore dello stomaco vicino alla giunzione gastro-esofagea.

METODI

In questa analisi retrospettiva riportiamo la nostra esperienza riguardante la gestione terapeutica dei pazienti sottoposti a LSG in altre istituzioni e giunti alla nostra osservazione per la comparsa di sintomatologia dovuta alla presenza di fistola dalla rima di sutura gastrica.

RISULTATI

Da marzo 2013 a febbraio 2018 23 pazienti (8M e 15F, età media 40 +/- 11,7 anni e BMI 52 +/- 8,22 Kg) sottoposti a sleeve gastrectomy laparoscopica (LSG) in altre istituzioni che hanno sviluppato una fistola della sutura gastrica sono stati ammessi U.O.C di Chirurgia d' Urgenza dell'A.O.R.N: Cardarelli di Napoli. Sei di questi hanno sviluppato una perdita acuta (entro i primi 7 giorni dall'intervento), 8 una perdita precoce (dalla seconda alla sesta settimana), 9 hanno sviluppato una perdita tardiva (oltre la sesta settimana). Non abbiamo osservato perdite croniche (oltre la 12 settimana). Per quanto riguarda la localizzazione delle perdite, 12 pazienti hanno presentato una perdita localizzata al terzo superiore, 7 al terzo medio e 4 al terzo inferiore della sutura. Quindici pazienti con una sintomatologia lieve sono stati sottoposti a drenaggio percutaneo e terapia conservativa, 8 pazienti sono stati sottoposti a trattamento chirurgico. In 5 casi, fortemente sintomatici per il dolore addominale e segni di sepsi (febbre, tachicardia, leucocitosi tachipnea), il drenaggio percutaneo non era sufficiente, si è ricorso a drenaggio chirurgico. In tre pazienti che hanno presentato, due giorni dopo LSG, una perdita diagnosticata con TC senza evidenza di sepsi è stata eseguita una sutura a doppio strato con posizionamento del drenaggio addominale. Nessuno dei 15 pazienti sottoposti a terapia conservativa è stato operato.

DISCUSSIONE

la maggior parte dei pazienti con fistolizzazione dopo LSG può essere trattata con drenaggio percutaneo, L' opzione chirurgica deve essere riservata ai pazienti con segni clinici di sepsi e dolore addominale ingravescente .

BIBLIOGRAFIA

The type of surgery and the extent of lymphadenectomy during laparoscopic right colectomy depend on the stage and location of the tumour. The introduction of complete mesocolic excision (CME) seems to have increased the oncological results. The CME includes: 1) dissection between the mesenteric plane and the parietal fascia and removal of the mesentery within a complete envelope of mesenteric fascia and visceral peritoneum that contains all lymph nodes draining the tumour area; 2) central vascular tie to completely remove all lymph nodes in the vertical direction; 3) resection of an adequate length of bowel to remove involved pericolic lymph nodes in the longitudinal direction.

A retrospective evaluation of a prospectively expanded database on right-sided colorectal cancer treated at S. Eugenio Hospital between 2008 and 2018 was performed. In this time a total of 288 patients underwent curative resection.

Mean age was 67.4 years. Staging distribution was: 0 (4%), I (17%), II (48%), III (28%), and IV (3%). The standard right laparoscopic hemicolectomy was performed in 60 cases of T0-2 tumours of the cecum and proximal ascending colon. It involved the removal of right mesocolon, ileocolic, right colic vessels and right branch of middle colic artery. Extended right laparoscopic hemicolectomy was carried out in 228 cases of T3 or locally advanced cecum, hepatic flexure and proximal transverse colon cancer. In this case also half right transverse mesocolon, fat tissue around SMV, origin of middle colic vessels and gastrocolic ligament were removed. We reported a mean operative time of 90 +/- 36 min and a low rate of major morbidity (8.5%). Mean length of hospital stay was 5 (± 2.8) days. The median of resected lymph nodes was 23.4 (range 12-35). Nodal involvement was present in 31%. 5 years overall survival rate was 74.3%

The standard right laparoscopic hemicolectomy is indicated for initial tumours of the cecum and proximal ascending colon. Whereas a more extensive resections with complete mesocolic excision, it must be applied in case of local advanced cecum cancers, hepatic flexure and proximal transverse colon cancers.

L'avvento della Elettrochemioterapia nell'Ultimo decennio del trattamento del Melanoma metastatico agli arti ha visto il soppianto della perfusione d'arto (ILP) con aumento del trattamento con Elettrochemioterapia (ECT).

I farmaci comunemente usati nella perfusione isolato dell'arto sono il Melphalan e la Doxorubicina; se necessario l'iniezione supplementare di una citochina citotossica, il Tumor Necrosis Factor- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), a causa della sua tossicità sistemica, deve essere eseguita solo dopo l'isolamento vascolare completo del monitoraggio delle perdite di arti e di sangue. La perdita di sangue dall'arto isolato viene monitorata dopo l'iniezione di albumina radio-marcata e solo un rilevamento inferiore al 10% della radioattività sistemica è considerato sicuro per il paziente.

L'elettrochemioterapia può essere utilizzata nei seguenti casi:  
il melanoma superficiale inoperabile, o del tessuto sottostante la superficie cutanea metastasi cutanee o metastasi in transit.

L'elettrochemioterapia può essere utilizzata anche per ridurre tumori di grandi dimensioni e renderne più semplice la rimozione chirurgica.

Il farmaco utilizzato è la Bleomicina.

La nostra divisione nell'ultimo decennio ha effettuato 7 procedure di ILP di cui 5 soltanto con la perfusione con Melphalan e due associando il Melphalan al TNF.

Si effettua la perfusione d'arto nel caso di:  
Melanoma dell'arto con metastasi in transito (fase IIIA)  
Melanoma dell'arto con metastasi in transito ai linfonodi regionali (fase IIIB)  
Associazione delle due fasi sopra menzionate (fase IIIAB)  
Negli ultimi due anni 12 procedure di ECT per metastasi da melanoma.

La valutazione comparata fatta nel follow up dei risultati delle due procedure è migliore per la valutazione delle complicanze nei confronti della ECT rispetto al trattamento più invasivo della perfusione d'arto.

Il dato che viene soprattutto valutato e desunto dalla nostra casistica rileva che il differente quadro clinico deve fare scegliere una procedura rispetto all'altra e un trattamento non esclude l'altro pur essendo entrambe procedure loco regionali ma totalmente differenti.

Marty M, Sersa G, Garbay GR, et al. Electrochemotherapy. An easy, highly effective and safe treatment of cutaneous and subcutaneous metastases: results of ESOPE (European Standard Operating Procedures of Electrochemotherapy) study. EJC Supplements 2006; 4: 3-13.

Mir LM, Gehl J, Sersa G, et al. Standard operating procedures of the electrochemotherapy: instructions for the use of bleomycin or cisplatin administered either systemically or locally and electric pulses delivered by the Cliniporator (TM) by means of invasive or non-invasive electrodes. EJC Supplements 2006; 4: 14-25.

Byrne CM, Thompson JF. Role of electrochemotherapy in the treatment of metastatic melanoma and other metastatic and primary skin tumors. Expert Rev Anticancer Ther 2006; 6: 671-8.

Campana LG, Testori A, Mozzillo N, Rossi CR. Treatment of metastatic melanoma with

electrochemotherapy. J Surg Oncol 2014; 109: 301-7.  
Campana LG, Valpione S, Mocellin S, et al. Electrochemotherapy for disseminated superficial metastases from malignant melanoma. Br J Surg 2012; 99: 821-30.

ID ABSTRACT

223

Speaker

BANCHINI FILIPPO

ARGOMENTO

Chirurgia Epato-Bilio-Pancreatica

**TITOLO DEL LAVORO**

**Ricostruzione tridimensionale epatica: un modo per migliorare l'approccio chirurgico e non solo.**

AUTORI

Dott Filippo Banchini, Dott.ssa Roberta Santoni, Dott Andrea Romboli, Dott. Patrizio Capelli  
UO Chirurgia Generale Vascolare Senologica  
Ospedale Guglielmo Da Saliceto Piacenza

INTRODUZIONE

La ricostruzione tridimensionale a partire da immagini TAC e RMN è stata in vario modo utilizzata in chirurgia epatica e pancreatica, ma a tutt'oggi non costituisce un approccio consolidato nella pianificazione chirurgica di tali interventi.

METODI

Stimolati dall'innovazione abbiamo iniziato a creare immagini tridimensionali con ricostruzione dei vasi portali e venosi sovraepatici al fine di valutare con maggior esattezza possibile i loro rapporti con le lesioni tumorali da asportare.

RISULTATI

Discutiamo come questa metodica ci ha permesso di migliorare non solamente da un punto di vista tecnico la pianificazione chirurgica pre e intraoperatoria, ma ha anche stimolato la comprensione e la partecipazione dell'equipe coinvolta a tutti i livelli. L'integrazione della chirurgia alla multidisciplinarietà ha ulteriormente incentivato questa innovazione estendendo il suo utilizzo anche nella comunicazione interdisciplinare rendendo più semplici ed intuibili casi a volte complessi.

DISCUSSIONE

In conclusione possiamo considerare la ricostruzione 3d come utile strumento di miglioramento di equipe a vari livelli nonché un ottimo strumento di comunicazione.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

232

Speaker

BARBERA GIUSEPPINA

ARGOMENTO

Chirurgia Colo-Rettale

**TITOLO DEL LAVORO****TaTME transanal total mesorectal escission: risultati esperienza preliminare -25 casi.**

AUTORI

Giuseppina Barbera , Vincenzo Gaetano Piazza, Annarita Franco , Diego Piazza  
 U.O. CHIRURGIA ONCOLOGICA  
 ARNAS GARIBALDI NESIMA  
 CATANIA

INTRODUZIONE

L'escissione mesorettale transanale (TaTME) è un attualissima e dirompente innovazione tecnocirurgica , ottima modalità di accesso al retto distale, che offre la possibilità di eseguire trattamenti oncologicamente sicuri e di alta qualità, nonché la possibilità di implementare le procedure di preservazione sfinteriale.

METODI

La valutazione di questa esperienza clinica preliminare condotta dal giugno 2017 al Gennaio 2019, presso l'U.O. Chirurgia Oncologica – ARNAS Garibaldi Nesima di Catania – Direttore Prof. D. Piazza , riguarda n° 25 pazienti con conferma istopatologica di Adenocarcinoma del retto medio(fino a 10 cm dall'ARJ – 12 dall'ano vergine) e basso (< 6 cm dall'ARJ) in assenza di secondarismi epato-polmonari o carcinosi peritoneale, e candidabili ad approcci MIS, sottoponibili pertanto a TaTME nel pieno rispetto dei principi di radicalità oncologica garantiti dalle metodiche classiche. I pazienti con neoplasie con staging T4, e controindicazioni assolute alla laparoscopia sono stati esclusi dalla procedura transanale.

RISULTATI

L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare la fattibilità tecnica e gli short outcome post-operatori ed oncologici su una coorte di 25 pazienti, affetti da adenocarcinoma del retto medio-basso, sottoposti a TaTME.  
 Con gli entusiasmanti tassi del 100% di specimen con CRM e DRM negativo ottenuti in questa coorte di pazienti ed il 95 % di dissezioni mesorettali "Quality of TME" definite Complete a ben donde possiamo credere nelle future potenzialità di una metodica che vede la sua alba ideativa risalire a non molti anni fa, seppur in attesa dei risultati oncologici e funzionali a lungo termine(OS e DFS).  
 Mortalità a 30 gg dello 0 % . I tassi di morbidità della nostra serie è risultato conforme(20%) ai dati pubblicati da altri autori quali Lacy et al. e Fernandez Hevia et al. e potrebbero ridursi con l'esperienza maturata nella metodica.  
 Nella nostra serie di casi la presenza di pazienti definiti difficili (obesi – pelvi strette – irradiati),con tassi di conversione dello 0% confermavano la TaTME come una valida alternativa in queste categorie ad alto rischio di conversione (per approccio LapTME classico).

DISCUSSIONE

Considerando le limitazioni intrinseche di un campione di esigue dimensioni (di natura non comparativa) non è possibile trarre conclusioni di forte impatto statistico, nonostante gli interessanti risultati oncologici e perioperatori suggeriscano le enormi potenzialità della TaTME

BIBLIOGRAFIA



Massimo Viola - Ospedale "Cardinale Panico" Tricase  
 Vittoria Barbieri- Ospedale "Cardinale Panico" Tricase  
 Amedeo Altamura - Ospedale "Cardinale Panico" Tricase  
 Gloria Giaracuni - Ospedale "Cardinale Panico" Tricase

Il primo posizionamento di uno stent colico risale al 1991 come procedura palliativa di un tumore occludente del retto. Nel 1994 Tejero ha utilizzato un'endoprotesi nel trattamento "bridge" di un'occlusione intestinale colica da tumore potenzialmente resecabile. A tale opzione di trattamento risultano candidabili per ragioni tecniche legate alla sede anatomica i pazienti con tumore del colon sinistro con un intervallo temporale tra procedura endoscopica e chirurgica di circa 5-10 giorni. Nonostante, in letteratura, si trovino "suggerimenti" sulle indicazioni e controindicazioni ai due tempi di terapia, ci sono ancora delle idee contrastanti riguardo l'utilizzo delle endoprotesi nei tumori colici del colon sinistro condizionanti una occlusione intestinale.

La maggior parte delle occlusioni intestinali coliche è secondario a neoplasie e più del 20% di queste esordisce con sintomi occlusivi che necessitano di un intervento chirurgico immediato di resezione primaria del tumore o di confezionamento di una stomia derivativa. E' riconosciuto come un intervento eseguito in regime urgente/emergente non solo grava di notevoli complicanze postoperatorie e di una elevata mortalità, ma risulta, in alcuni casi, un trattamento inadeguato. Endpoint primario è valutare se la procedura endoscopica risulta un approccio alternativo e valido alla terapia chirurgica immediata nella risoluzione dello stato occlusivo da tumore del colon sinistro. A tale scopo sono stati analizzati i dati risultanti dall'analisi di procedure BtS in termini di mortalità,, anastomosi primaria, realizzazione di una stomia temporanea, tempo operatorio e degenza medi, complicanze endoscopiche e complicanze chirurgiche.

Si tratta di un'analisi prospettica (con risultati da differire al 30 Maggio 2019) comprendente 4 anni di attività. Tutte le procedure chirurgiche sono state eseguite secondo i criteri standard di chirurgia oncologica del colon.

La procedura BtS risulta una valida alternativa alla chirurgia in urgenza per le occlusioni intestinali da tumore del colon sinistro

ID ABSTRACT

226

Speaker

BARILE GRAZIANA

ARGOMENTO

Tumori rari e Sarcomi

**TITOLO DEL LAVORO****GIST retto-vaginale plurirecidivo con approccio chirurgico addomino-perineale e perineo-plastica: case report.**

AUTORI

G.Barile\*R.DeLuca\*A.Crocco\*R.Lomonaco\*E.Ruggieri\*C.M.Ressa°G.Giocoli Nacci\$G.Cormio^M.Simone\* \*ChirurgiaGeneraleOncologica,°ChirurgiaPlastica-Ricostruttiva,Urologia,^Ginecologia,Istituto Tumori”Giovanni Paolo II”IRCCS, Bari

INTRODUZIONE

I tumori stromali gastrointestinali (GIST) sono meno dell'1% di tutti i tumori del tratto gastrointestinale. I tumori extra-gastrointestinali (EGIST) l'1% di tutti i GIST. Si presenta caso clinico di GIST del setto retto vaginale pluri-recidivo

METODI

Donna di 43 aa (BMI 18.4,ASAIII),senza comorbidità.Maggio2004,in altra sede,enucleazione per via-transvaginale di GIST di 3.5 cm del setto retto-vaginale.Febbraio2011,altrove,Proctectomia Totale,Coloanoanastomosi per recidiva locale di 3.2 cm di GIST.Dal 2004 al 2017 Imatinib post-chirurgia. Aprile2017 seconda recidiva locale peri-vaginale.Arruolamento nel protocollo sperimentaleSunitinib/Masitinib.Giugno2018 quadro clinico-radiologico: grossolana neoformazione dolente della regione perineale con perdita di feci e aria dalla vagina, affiorante a livello del pavimento pelvico infiltrante il“neo-retto”e porzione distale della vagina. Dopo valutazione del Team Multidisciplinare (TMD),chirurgia con exeresi “en bloc” e vulvectomy allargata alla parete posteriore della vagina,“neo-retto”.Colostomia sinistra. Perineoplastica con 2 lembi di scorrimento V-Y

RISULTATI

Durata intervento420min.Clavien-Dindo:I.Degenzapost-operatoria:15gg.Istologia:GIST dell’anastomosi colo-anale con necrosi vaginale e anale,mitosi>5/5mmq,IIC:CD117/CD34 positivi,rischio sec Miectinim:alto grado,RO.Assenza di malattia a 4 mesi

DISCUSSIONE

Per i GIST del setto retto-vaginale è difficile definire l’origine del tumore:retto,setto retto-vaginale o vagina:GIST/EGIST.Il TMD e l’approccio“aggressivo” combinato addomino-perineale con tre teams coloretale,uro-ginecologico e oncoplastico è risultato curativo

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

239

Speaker

BELLANOVA GIOVANNI

ARGOMENTO

Open Abdomen

**TITOLO DEL LAVORO**

**Addome aperto nella gestione delle sepsi addominali o della patologia addominale complessa nei pazienti traumatizzati e non: nostra esperienza.**

AUTORI

Giovanni Bellanova, Francesco Di Gennaro, Francesca Cannalire, Teodorico Iarussi.  
SC General Surgery POC SS Annunziata Taranto Italy

INTRODUZIONE

L'addome aperto rappresenta una tecnica nota da tempo per la gestione delle urgenze chirurgiche traumatiche e non, che necessitano di revisioni o di più interventi programmati fino al trattamento definitivo delle lesioni. Esso inoltre è un'ottima strategia terapeutica nei casi in cui le condizioni del paziente non permettono lo svolgimento di interventi più complessi. Per la sua realizzazione è necessaria cultura ed organizzazione e di un sistema in grado di poterlo gestire, nonché la presenza di devices sempre a disposizione.

METODI

La nostra SC gestisce circa 500 urgenze chirurgiche complesse l'anno. Nel periodo compreso tra gennaio 2018 e dicembre 2019 abbiamo trattato 13 casi con open abdomen (5 traumi; 6 peritoniti 2 ischemie mesenteriche).  
Tecnica impiegata: Al primo intervento laparostomia secondo Barker con posizionamento di tubo centroaddominale tipo Jackson Pratt attraverso il quale viene instillata soluzione fisiologica riscaldata alla velocità di 20ml/ora. A 24 ore si confeziona sistema ab-thera<sup>®</sup> con lavaggio in continuo ed aspirazione tra -25 e -50mmHg.

RISULTATI

Su 13 pazienti abbiamo avuto una sopravvivenza 30%, in linea con la letteratura. Tale dato è altresì da imputare alla complessità delle condizioni di arrivo dei pazienti, alla gravità della lesione ed al grado di stabilità emodinamica, pertanto poiché il nostro centro è all'inizio dell'esperienza alcune indicazioni sono probabilmente state più larghe rispetto a quelle che definiamo attualmente.

DISCUSSIONE

Per al gestione dell'open abdomen, è necessaria la condivisione multidisciplinare per complessità organizzativa. La metodica è efficace per gestire pazienti dopo la damage control sia traumatica che non, evitando confezionamento di stomie, programmando però il trattamento definitivo più interventi a seguire. In tal senso la nostra organizzazione si sta sviluppando con il miglioramento del livello di cure in pazienti prima, altrimenti non recuperabili.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

241

Speaker

BELLANOVA GIOVANNI

ARGOMENTO

Chirurgia Toracica

**TITOLO DEL LAVORO**

**Un raro caso di ernia diaframmatica destra post-traumatica con rottura di pericardio.**

AUTORI

Giovanni Bellanova, Francesco Di Gennaro, Rocco Leggieri, Emanuele Carelli e Teodorico Iarussi.  
SC Chirurgia Generale - POC SS Annunziata - Taranto

INTRODUZIONE

Presentiamo un caso di ernia diaframmatica con rottura del pericardio in un trauma chiuso della strada, descrivendo l'organizzazione tra centro spoke e centro hub/CTZ provinciale.

METODI

Un uomo di 23 anni viene condotto dal 118 al PS di un ospedale spoke provinciale dopo difficile estricazione. Alla valutazione primaria BE - 3,5; GCS 13; PAS 90. Sottoposto a TC TOTAL BODY con diagnosi di emoperitoneo da rottura di milza (AAST classe IV) e contusioni polmonari. Il paziente, trasferito in sala operatoria dove è stata eseguita una laparotomia esplorativa e splenectomia.  
Dopo l'intervento chirurgico il paziente è stato ricoverato e monitorato in terapia intensive. In quinta giornata post operatoria, viene eseguita una TC ADDOME di controllo con diagnosi di risalita in torace del fegato da ernia diaframmatica tardiva. Mantenuta la stabilità emodinamica il paziente viene trasferito presso la nostra unità operativa per essere sottoposto a riparazione definitiva della lesione.  
A 6 giorni dal trauma il paziente viene sottoposto a nuovo intervento chirurgico urgente per via toracotomica destra per riparazione dell'ernia diaframmatica con riposizionamento del fegato in addome e a riparazione di vasta lesione traumatica del pericardio come riscontro occasionale .

RISULTATI

Il decorso post operatorio è stato regolare ed il paziente è stato trasferito nuovamente presso la struttura di provenienza.

DISCUSSIONE

Nella gestione del politraumatizzato multidisciplinare nella nostra realtà presenta sempre più l'esigenza di una rete interospedaliera tra CTZ/hub come il nostro ed i centri spoke della provincia di Taranto, che in questo caso ha correttamente funzionato in assenza ancora oggi di una rete trauma regionale.

BIBLIOGRAFIA

Belluomini Mario Antonio \*, D'Imporzano Simone \*, Pallabazzer Giovanni \*, Solito Biagio \*, Bellomini Maria Grazia \*, Santi Stefano \*

\* UO Chirurgia dell'Esophago - Centro Regionale di Riferimento per la Diagnosi e la terapia delle Malattie dell'Esophago "Mauro Rossi", Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, AOUP, Nuovo Ospedale Santa Chiara, Via Paradisa 2, 56100 Pisa

L'esecuzione con tecnica mini-invasiva delle resezioni esofagee rappresenta, ad oggi, una consolidata acquisizione nel trattamento chirurgico della patologia benigna e maligna esofagea. In campo oncologico, l'esofagectomia mini-invasiva, nata con lo scopo di ridurre il tasso di complicanze perioperatorie nel rispetto dei principi di radicalità, si è evoluta attraverso forme ibride, quindi totalmente mini-invasive, fino all'esecuzione con tecnica robot-assistita di almeno uno dei tempi chirurgici. Presentiamo l'esperienza prospettica di esofagectomia sub-totale mini-invasiva robot-assistita (RAMIE) presso un Centro ad Alto Volume con consolidata ed ampia esperienza nell'esofagectomia mini-invasiva ibrida e totalmente mini-invasiva (laparoscopica/toracoscopica).

Arruolamento di pazienti affetti, alla stadiazione clinica, da neoplasia esofagea (carcinoma squamoso, adenocarcinoma; leiomioma) in sede esofagea inferiore o cardiaca (TNM 7th e 8th); sottoposti a valutazione del gruppo oncologico multidisciplinare; senza indicazione a resezione endoscopica, non cT4; senza e con indicazione a trattamento neoadiuvante; fit per resezione esofagea sub-totale con tecnica mini-invasiva. La tecnica RAMIE si compone dell'esecuzione del tempo addominale in via laparoscopica e del tempo toracico in via totalmente robotica (Da Vinci Xi®, Intuitive Surgical, US), rappresentando il gastric pull-up la tecnica di scelta. Raccolta dati in data-base prospettico dedicato.

Tra l'Ottobre 2015 e l'Ottobre 2018, 28 pazienti sono stati sottoposti a RAMIE; il BMI medio era di 26.3. 9 pazienti presentavano patologia esofagea inferiore e 19 patologia cardiaca. In 24/28 pazienti è stata eseguita la RAMIE, in 4/28 è stata eseguita conversione ad ibrida (una conversione laparotomica e tre conversioni toracotomiche). In 24/24 pazienti è stato eseguito il gastric pull-up; l'anastomosi esofago-gastrica è stata eseguita in 22/24 pazienti con tecnica manuale robotica e in 2/24 con tecnica meccanica circolare. Il tempo chirurgico totale medio è stato di 514 minuti (400-610) con tempo di docking medio di 12 minuti e tempo toracico medio di 271 minuti, tutti con trend positivo. L'estubazione del paziente è avvenuta in media dopo 12 ore. L'analisi istologica definitiva dimostrava: 21 casi di adenocarcinoma, 1 carcinoma squamoso, 1 carcinoma scarsamente differenziato e 1 leiomioma. Il numero medio di linfonodi totali asportati è stato di 32.1 (15-58), il numero medio di linfonodi toracici asportati 9.7 (3-27), il numero medio di linfonodi metastatici 4.1 (0-18); la resezione è stata R0 nel 100% dei casi. La degenza ospedaliera media è stata di 15 giorni, la mortalità intraoperatoria ed a 30 giorni sono state entrambe dello 0%. La morbilità globale post-operatoria è stata del 45.8%; 4/24 pazienti (16.6%) hanno sviluppato una fistola anastomotica, trattata nel 75% con endoscopia. 2/24 pazienti sono stati sottoposti a re-intervento precoce: una toracotomia per fistola anastomotica ed una toracosopia per chilotorace. Tardivamente, 10/24 pazienti (41.6%) hanno sviluppato stenosi anastomotica, trattata con dilatazione endoscopica; 1/24 è stato sottoposto a riduzione di ernia diaframmatica trans-jatale.

Nella nostra esperienza, l'approccio totalmente mini-invasivo combinato laparoscopico e robotico presenta riproducibilità chirurgica con riduzione dei tempi operatori secondo il principio della learning curve; adeguatezza oncologica in rapporto allo standard di

radicalità richiesto per patologia maligna; dotata di sicurezza e efficacia clinica in rapporto alla morbilità e mortalità osservate nel periodo post-operatorio breve. Nella nostra serie, il tasso di stenosi anastomotica tardiva osservato si associa al confezionamento manuale dell'anastomosi ed è, a nostro giudizio, riconducibile alla tecnica anastomotica piuttosto che all'uso del sistema robotico per sé. La numerosità della serie e la brevità del periodo di osservazione non consentono di trarre attualmente conclusioni definitive circa l'efficacia oncologica a lungo termine. L'evoluzione e l'ampliamento della gamma della strumentazione robotica, a nostro giudizio, sono fattori auspicabili per rendere la RAMIE ancor più efficace e sicura a lungo termine.

## BIBLIOGRAFIA

### ID ABSTRACT

117

### Speaker

BENCINI LAPO

### ARGOMENTO

Chirurgia Epato-Bilio-Pancreatica

### TITOLO DEL LAVORO

**Confronto fra duodenocefalopancreasectomia open e robotica in un singolo centro.**

### AUTORI

Lapo Bencini, Paolo Checcacci, Claudia Paolini, Irene Urciuoli, Mario Anneschiarico, Luca Moraldi, Marco Farsi, Andrea Coratti.  
Chirurgia Oncologica ad Indirizzo Robotico  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, Firenze

### INTRODUZIONE

La duodenocefalopancreatectomia (DCP) per le neoplasie della testa del pancreas e periampollari è associata ad un'alta morbilità e mortalità perioperatoria. L'obiettivo dello studio era il confronto dei risultati perioperatori della DCP tradizionale e robotica.

### METODI

Da gennaio 2014 a dicembre 2018 sono state eseguite 121 DCP, 43 con tecnica robotica e 78 con tecnica tradizionale. Le caratteristiche preoperatorie, i dati dell'intervento ed i risultati perioperatori sono stati raccolti prospetticamente e comparati fra i due gruppi.

### RISULTATI

I due gruppi erano sovrapponibili per quanto riguardava l'età, il sesso, il BMI, le comorbidity, la pregressa chirurgia, il CA199, le dimensioni del tumore, il posizionamento di stent biliare e la terapia neoadiuvante. In tecnica robotica sono stati approcciati più frequentemente i tumori papillari, mentre con tecnica open sono eseguite le resezioni multiviscerali e vascolari. La durata dell'intervento è stata superiore con tecnica robotica (535 minuti vs 335,  $p < 0.001$ ). La percentuale di complicanze, le fistole pancreatiche (15 vs 16% escluse le biochimiche) e la mortalità (3.5 vs. 0% a 30 giorni), sono state simili tra open e robotici rispettivamente, ma i casi open sono stati trasfusi più frequentemente (39 vs. 18%,  $p = 0.021$ ). I casi robotici sono stati rialimentati più precocemente (3 giorni vs. 4,  $p = 0.002$ ), mentre anche la degenza totale è stata simile seppur tendenzialmente inferiore in robotica (8 vs. 10 giorni). I surrogati di adeguatezza oncologica come la stadiazione definitiva postoperatoria ed il numero di linfonodi sono stati sovrapponibili (23 vs. 22).

### DISCUSSIONE

La DCP robotica è un intervento sicuro ed adeguato da un punto di vista oncologico. Nonostante la casistica sia selezionata sulle caratteristiche del singolo paziente e la situazione locale, i risultati in termini di decorso postoperatorio sono tendenzialmente migliori rispetto all'open seppur al prezzo di una durata dell'intervento maggiore

## BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

166

Speaker

BERSELLI MATTIA

ARGOMENTO

Formazione e Sostenibilità

**TITOLO DEL LAVORO****Learning curve dell'emicolectomia destra videolaparoscopica per cancro del colon ascendente: analisi e risultati di un metodo standardizzato in un centro ad alto volume**

AUTORI

Berselli Mattia, Borroni Giacomo, Quintodei Valeria, Odeh Murad, Livraghi Lorenzo, Farassino Luca, Latham Lorenzo, Coccoza Eugenio.

Chirurgia Oncologica e Mininvasiva, ASST-Settelaghi, Varese.

INTRODUZIONE

Lo studio ha l'obiettivo di analizzare la curva d'apprendimento dell'emicolectomia destra laparoscopica, valutandone la sicurezza clinica ed oncologica; inoltre identifica fattori positivi e negativi che influenzano la learning curve, individuando quale sia periodo di maggiore fragilità della curva stessa, per poter concentrare gli sforzi e le attenzioni del tutor.

METODI

Lo studio retrospettivo analizza la curva d'apprendimento dell'emicolectomia destra laparoscopica in un centro ad alto volume. Sono stati analizzati i dati di 120 interventi, ovvero i primi 30 casi consecutivi di 4 operatori, e confrontati a gruppi di 10 (Interventi da 1 a 10, da 11 a 20 e da 21 a 30). È stata utilizzata una tecnica chirurgica consolidata e standardizzata, utilizzata in maniera riproducibile da tutti gli operatori già dal primo caso, sotto stretto tutoraggio di chirurghi esperti.

RISULTATI

La durata dell'intervento (media  $142,76 \pm 36,20$  min) e il numero totale di linfonodi asportati (mediana 19, range 1-53) non si modificano significativamente durante la learning curve ( $p=0,503$  e  $p=0,754$ ), risultando sin dai primi casi già allineati con i valori descritti in letteratura. Anche la disease-free-survival non mostra variazioni nei gruppi analizzati, attestandosi già dai primi interventi su valori elevati (91,7% a 60 mesi). Fattori determinanti nella curva di apprendimento sono risultati essere la classe ASA III e IV e la presenza di aderenze intraperitoneali, correlate con un più alto tasso di complicanze ( $p=0,001$  e  $p=0,047$  rispettivamente).

DISCUSSIONE

La curva di apprendimento dell'emicolectomia destra laparoscopica per cancro, in un centro ad alto volume e con una tecnica chirurgica standardizzata, risulta essere sicura per i pazienti in termini di complicanze e risultati oncologici. Grande attenzione deve essere posta nella selezione dei pazienti, in particolare riguardo alle comorbidità e alla pregressa storia chirurgica addominale.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT	141
Speaker	BERSELLI      MATTIA
ARGOMENTO	Upper G-I Tract
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Fattori di rischio per complicanze nella chirurgia oncologica gastrica a scopo curativo. Analisi in un centro ad alto volume.</b>
AUTORI	Berselli Mattia, Quintodei Valeria, Borroni Giacomo, Marzorati Alessandro, Desio Matteo, Megna Stefano, Scorza Antonella, Livraghi Lorenzo, Cocozza Eugenio.  Chirurgia Generale Oncologica e Mininvasiva, ASST Settelaghi, Varese.
INTRODUZIONE	Lo studio ha l'obiettivo di determinare i fattori di rischio per complicanze post-operatorie dopo interventi chirurgici resettivi a scopo curativo per carcinoma gastrico.
METODI	In un centro ad alto volume è stata analizzata retrospettivamente una serie consecutiva di pazienti affetti da carcinoma gastrico e trattati mediante chirurgia a scopo curativo da Gennaio 2013 ad Aprile 2018. Gli interventi sono stati eseguiti da 3 operatori esperti. Sono stati esclusi interventi a scopo palliativo. I dati relativi a generalità anagrafiche, comorbidità, tipo di intervento, stadio e istotipo, chemio-radioterapia, decorso post-operatorio e sopravvivenza sono stati raccolti in un database. Le complicanze considerate, mediche e chirurgiche, sono state definite prima della raccolta dei dati.
RISULTATI	93 pazienti sono stati inclusi nello studio. Il tasso di complicanze registrato è dell'11,8% (11/93). L'analisi univariata e multivariata per le complicanze ha identificato come fattore di rischio per morbilità post-chirurgica le trasfusioni di globuli rossi concentrati perioperatorie (OR 0,251; 95% CI 0,067 – 0,934, p=0,039). L'ipoalbuminemia pre-operatoria (<3,5 g/L) ha mostrato un trend di significatività (p= 0,071). Tutti gli altri fattori analizzati non sono risultati essere significativi.
DISCUSSIONE	Il tasso globale di complicanze, mediche e chirurgiche, è risultato ai limiti inferiori di quanto riportato in letteratura. Questo dato è verosimilmente da correlarsi alla altissima standardizzazione della tecnica chirurgica all'interno del centro. Le trasfusioni perioperatorie andrebbero evitate, se possibile, al fine di ridurre il rischio di complicanze; nonostante gli sforzi eseguiti negli ultimi anni lo stato nutrizionale dei pazienti in attesa di intervento chirurgico risulta ancora oggi essere un punto cruciale nella prevenzione delle complicanze.
BIBLIOGRAFIA	



Nei pazienti sottoposti a chirurgia colo-rettale si assiste spesso ad un ritardo del recupero post-operatorio. Le complicanze post-operatorie in seguito a chirurgia addominale maggiore si attestano al 35% includendo il 9% di complicanze polmonari con una riduzione delle capacità funzionali. (1) Un tasso di reintervento di circa il 10% e una mortalità a 30 giorni di circa il 2% .(2) Meno del 50% dei pazienti recupera i livelli di performance fisica di partenza a 6 mesi dall'intervento e meno del 20% è capace di riprendere le normali attività fisiche della vita quotidiana dopo l'intervento. L'85% dei pazienti con diagnosi di cancro del colon-retto sono over 65 e circa il 45% di questi è considerato un paziente fragile. L'età è un fattore di rischio per la fragilità. Il paziente fragile ha un maggior rischio calcolato di incorrere in complicanze post operatorie. (3) La preabilitazione è il percorso che serve per migliorare le capacità funzionali di un individuo per resistere ad un evento stressante.(4) L'obiettivo è quello di migliorare lo stato fisico del paziente combinando esercizi aerobici e di rafforzamento. Più dell' 80% dei pazienti che aderisce al programma multimodale ritorna alle proprie capacità di deambulazione in 8 settimane rispetto a solo il 40% dei pazienti che non aderiscono al programma. La riduzione della massa muscolare, la deambulazione rallentata e lo scarso stato nutrizionale sono associati ad un incremento del tasso di complicanze post operatorie; pertanto la preabilitazione si pone come un modello per migliorare le qualità psicofisiche dell'individuo promuovendo le capacità funzionali che lo coinvolgono nella quotidianità. Abbiamo quindi integrato il nostro protocollo ERAS in chirurgia colo-rettale con un programma innovativo, multidisciplinare, che prevede l'esecuzione di attività fisica pre e post operatoria

Il nostro programma di preabilitazione prevede: Un training di 3 settimane (tempo che intercorre dal momento della diagnosi alla chirurgia), 3 volte a settimana, preso le palestre della Fondazione Piera, Pietro e Giovanni Ferrero. Le lezioni sono tenute da insegnanti in possesso della Laurea Magistrale in Scienze dell'Educazione Motoria e delle Attività Adattate (SUISM).  
Attività fisica pre-operatoria: ogni sessione dura 50 minuti, così suddivisi: 10 minuti di riscaldamento e 20 minuti di fase aerobica di moderata/alta intensità, per incrementare l'attività cardio-polmonare; 10 minuti di fase di rafforzamento, per incrementare la forza muscolare periferica; 10 minuti di defaticamento e di training dei muscoli inspiratori, mediante esecuzione di esercizi di inspirazione ed espirazione profonda per incentivare il respiro diaframmatico e a tossire efficacemente. In assenza di supervisione di un insegnante, eseguire esercizi al domicilio di intensità moderata (es: camminata, cyclette, rampa di scale) 2 volte a settimana per un minimo di 30 minuti.  
Attività fisica post-operatoria: 8/10 giorni dalla dimissione presso la Fondazione Piera, Pietro e Giovanni Ferrero e sotto la supervisione di un insegnante: 2 settimane, 3 volte a settimana, 50 minuti a seduta. Esercizi aerobici, di rafforzamento muscolare e training dei muscoli inspiratori. Il protocollo prevede la collaborazione con i dietisti per conseguire in ogni singolo paziente i seguenti obiettivi nutrizionali: fornire al paziente integratori proteici con un'assunzione giornaliera fino a 1.2 gr di proteine pro chilogrammo di peso corporeo, secondo la Società Europea di Nutrizione Parenterale ed Enterale (ESPEN) per i pazienti chirurgici. Assumere entro 1 ora dopo l' esercizio (finestra

	anabolica), Fortifit o simili.
RISULTATI	<p>Il risultato primario è misurato dalla quantità e dall'intensità dell'attività fisica svolta tramite un questionario di attività fisica, IPAQ (International Physical Activity Questionnaires) suddiviso in 7 punti, che valuta la frequenza settimanale e la durata delle varie attività fisiche attraverso una gamma di intensità. Ogni attività è stata associata ad un equivalente metabolico (MET = 1 kcal/kg/h). Seguendo le linee guida di classificazione adottate dall' American College Sport of Medicine (ACSM): 0 e 3 METs attività leggera; 3 e 6 METs attività moderata; METs &gt; 6 attività vigorosa. Il risultato secondario è misurato dalla capacità funzionale, valutata dal 6MWT (test del cammino in 6 minuti), che misura le abilità di un individuo a mantenere un livello moderato di camminata, per un periodo di tempo stabilito. Definiamo un miglioramento clinico significativo al 6MWT, come un aumento più di 20 metri rispetto al valore iniziale. La compilazione del Questionario (IPAQ) e l'esecuzione del 6 MWT sono effettuati nei seguenti tempi:T0 (all'inizio della PreHab); T1 (al termine della PreHab); T2 (al termine della riabilitazione post-operatoria).</p> <p>I primi pazienti sono stati inclusi nello studio a Settembre 2018. In questa fase, sono stati inclusi un totale di 10 pazienti che hanno terminato il protocollo. I dati preliminari mostrano una ripresa/miglioramento delle performance fisiche dei pazienti ed assenza di complicanze nel post-operatorio. I risultati verranno pubblicati nel 2019.</p>
DISCUSSIONE	<p>Nel contesto del protocollo ERAS nella chirurgia coloretale, la preabilitazione, servendosi di un approccio multimodale con la stretta collaborazione di varie figure specializzate quali il chirurgo, il fisiatra, il fisioterapista motorio e respiratorio, il dietologo, l'insegnante SUISM, insieme al suo programma di esercizi cardiopolmonari ed esercizi di rafforzamento, personalizzati sulle singole capacità del paziente, si propone come valido strumento per ottimizzare le capacità fisiche, specie dei pazienti più fragili. Promuove una riduzione dei tempi di ospedalizzazione, della permanenza nei reparti di terapia intensiva, una riduzione dei reinterventi chirurgici e delle complicanze post-operatorie di natura cardio polmonare, renale, trombosi venosa profonda, nausea/vomito e dell'ileo paralitico, tutto ciò si traduce pertanto in un miglior outcome post-operatorio.(5)</p>
BIBLIOGRAFIA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dronkers JJ, Lamberts H, Reutelingsperger IMM et al. Preoperative therapeutic programme for elderly patients scheduled for elective abdominal oncological surgery: a randomized controlled pilot study. Clin Rehabil 2010; 24: 614–22.</li> <li>2. Onerup A. , Angenete E., Bock D. et al. The effect of pre- and post-operative physical activity on recovery after colorectal cancer surgery (PHYSSURG-C): study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2017; 18:212</li> <li>3. Bruns E. R. J., B. van den Heuvel, Buskens C. J, et al. The effects of physical prehabilitation in elderly patients undergoing colorectal surgery: a systematic review. Colorectal disease 2016; 18:O267-O2777</li> <li>4. F. Carli, P. Charlebois, B. Stein et al. Randomized clinical trial of prehabilitation in colorectal surgery. British Journal of Surgery. 2010; 97: 1187–1197</li> <li>5. Barbera-Garcia A., Ubré M., Roca J. Et al. Personalised prehabilitation in High-risk patients undergoing elective major abdominal surgery. A randomized blinded controlled trial. Annals of Surgery 2017; 20:1-7</li> </ol>

ID ABSTRACT	33
Speaker	BIZZOCA CINZIA
ARGOMENTO	Chirurgia Epato-Bilio-Pancreatica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Original technique for Wirsung-pancreaticogastrico anastomosi after pancreaticoduodenectomy: surgical outcome in a single center experience.</b>
AUTORI	Cinzia Bizzoca Leonardo Vincenti Chirurgia Generale Ospedaliera Policlinico di Bari 70124 - Bari
INTRODUZIONE	Pancreatoduodenectomy (PD) is the only chance of care for patients with diagnosis of peri-ampullary tumor, but it is still associated with a high risk of mortality and morbidity. Post-operative pancreatic fistula (POPF) and delayed gastric emptying (DGE) syndrome are the most common complications after pancreaticoduodenectomy and the influence of pancreatic reconstruction on the morbidity rate is still debated. The aim of the study is to analyze the role of Wirsung-Pancreatic-Gastric-Anastomosis (WPGA) in the incidence of POPF and DGE, in a series of 100 patients of a single-surgeon experience.
METODI	During the period between February 2011 and September 2018, 196 pancreatic resections have been performed at our Department. 100 patients underwent pancreaticoduodenectomy followed by reconstruction with WPGA (46 Traverso-Longmire and 54 Kausch-Whipple), most of them for periampullary malignant neoplasia. 57 were males and 43 were females (M/F 1.32), with a mean age of 68 years (range 41-86). The overall and surgery-related mortality and the morbidity rate have been analysed.
RISULTATI	The overall and surgery-related mortality rate were respectively 5% and 2%, with a global morbidity of 26%. We observed 6 abdominal collections (6%), 5 DGE (5%, one of them secondary to abdominal collection), 4 haemorrhagic complications (4%), one wound infection with readmission to hospital, 10 cases (10%) of grade A POPF but no cases of clinically evident pancreatic fistula. The median hospital stay was 14 days.
DISCUSSIONE	In our experience WPGA is associated with a low rate of complications, demonstrating that it is a safe option for the management of the pancreatic stump after pancreaticoduodenectomy.
BIBLIOGRAFIA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Person EC, Glenn F. Pancreaticogastrostomy. Experimental transplantation of the pancreas into the stomach. Arch Surg. 1939; 39: 530-550.</li> <li>2. Wells CA, Annis D. Experimental pancreaticogastrostomy. Lancet. 1949 Jan15;1(6542):97-9.</li> <li>3. Wells C, Shepherd JA, Gibbon N. Pancreaticogastrostomy. Lancet. 1952 Mar 22;1(6708):588-9.</li> <li>4. Icard P, Dubois F. Pancreaticogastrostomy following pancreaticoduodenectomy. Ann Surg. 1988 Mar;207(3):253-6.</li> <li>5. Yeo CJ, Cameron JL, Maher MM et al. A prospective randomized trial of pancreaticogastrostomy versus pancreaticojejunostomy after pancreaticoduodenectomy. Ann Surg. 1995 Oct;222(4):580-92.</li> <li>6. Bassi C, Falconi M, Molinari E et al. Reconstruction by pancreaticojejunostomy versus pancreaticogastrostomy following pancreatectomy: results of a comparative study. Ann Surg. 2005 Dec;242(6):767-73.</li> <li>7. Shen Y, Yin J. Reconstruction by Pancreaticogastrostomy versus Pancreaticojejunostomy following Pancreaticoduodenectomy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Gastroenterol Res Pract. 2012;2012:627095.</li> <li>8. Lermite E, Pessaux P, Brehant O et al. Risk factors of pancreatic fistula and delayed gastric emptying after pancreaticoduodenectomy with pancreaticogastrostomy. J Am Coll Surg. 2007 Apr;204(4):588-96.</li> </ol>

ID ABSTRACT

10

Speaker

BOGLIONE LJEVIN

ARGOMENTO

Chirurgia Colo-Rettale

**TITOLO DEL LAVORO****Muco-emorroidopessi dearterializzante con HemorPex System nell'era della tailored surgery: esperienza personale e risultati a breve e lungo termine.**

AUTORI

Ljevin Boglione, Vincenzo Adamo, William Di Natale, Daniele Celi, Marco Calgaro.  
 ASL CN2 ALBA BRA  
 OSPEDALE SAN LAZZARO DI ALBA  
 Chirurgia Generale dir. Dott M. Calgaro

INTRODUZIONE

La tecnica HemorPex System (HPS) consiste nel confezionamento di una mucopessia con legatura dei rami terminali dell'arteria emorroidaria superiore senza l'ausilio del doppler utilizzando un anoscopio dedicato. Lo scopo di questo studio é di valutare l'efficacia della tecnica nel trattamento delle emorroidi rispetto ad altre più consolidate metodiche, quali l'emorroidectomia e l'emorroidopessi con stapler, eseguite presso il nostro centro.

METODI

48 pazienti affetti da patologia emorroidaria di II, III e IV grado, anche associata a prolasso mucoso e rettocele, sono stati sottoposti a muco-emorroidopessi con HPS in anestesia spinale o locale con sedazione in posizione litotomica in regime di day surgery. I pazienti sono stati seguiti ambulatorialmente da un minimo di 3 a un massimo di 36 mesi, registrando eventuali complicanze, effetti indesiderati, residuo o recidiva e grado di soddisfazione.

RISULTATI

Le complicanze a breve termine sono state ritenzione urinaria (4%), sanguinamento (2%), dolore (10%), tenesmo (15%), febbre (4%), ecchimosi o edema (8%), urgenza defecatoria (2%), soiling (3%). Non sono state riscontrate complicazioni maggiori né a lungo termine. Nella nostra esperienza, nelle emorroidi di II grado HPS ha ottenuto gli stessi risultati delle tecniche di riferimento (emorroidectomia con radiofrequenza ed emorroidopessi con stapler) in termini di efficacia a fronte di minori effetti indesiderati. Nel III grado HPS ha dimostrato minori complicanze ma un tasso di recidiva leggermente superiore rispetto a entrambe le tecniche di riferimento. Nel IV grado HPS ha evidenziato un tasso di recidiva piuttosto elevato (> 25%).

DISCUSSIONE

La tecnica HemorPex System é rapida, sicura ed efficace nel trattamento delle emorroidi di II e III grado con buoni risultati anche a lungo termine, minime complicazioni ed elevata soddisfazione dei pazienti. Incoraggianti risultati sono stati ottenuti nella correzione del prolasso e del rettocele anche associati a defecazione ostruita.

BIBLIOGRAFIA

J. P. Schuurman, P. M. N. Y. H. Go and R. L. A. W. Bleys. Anatomical branches of the superior rectal artery in the distal rectum. *Colorectal Disease*, 11, 967–971 (2009).

M. Basile, V. Di Resta, E. Ranieri. Transanal anopexy with HemorPex System (HPS) is effective in treating grade II and III hemorrhoids: medium-term follow-up. *Tech Coloproctol* 20:353–359, (2016).

dott. Marco Di Ciero (Dirigente Medico I livello Chirurgia generale), dott. Dario Bono (Medico specializzando Chirurgia generale 5 anno Università degli studi di Torino), dott. Massimiliano Bortolini (Dirigente Medico I livello Chirurgia generale), dott.sa Manuela Scamuzzi ((Dirigente Medico I livello Chirurgia generale),dott. Alberto Musso(Dirigente Medico I livello Chirurgia generale ), dott. Roberto Saracco(Dirigente Medico II livello Chirurgia generale), Ospedale Martini, SC Chirurgia generale, Torino

Una metanalisi di studi da molti paesi ha dimostrato che l'incidenza di laparoceli varia dal 4 al 10% a seconda del tipo di intervento chirurgico. 1 Durante gli ultimi venti anni l'uso di riparazione chirurgica di laparoceli ed ernie della parete addominale per via laparoscopica è rapidamente aumentato dovuto ai vantaggi di tale tecnica rispetto alla chirurgia aperta. Si sostiene che la tecnica laparoscopica sia caratterizzata da meno dolore postoperatorio e abbia miglior risultati in termini di minor degenza ospedaliera, più bassi tassi di recidiva erniaria e di complicanze di ferita chirurgica. 2-7 La tecnica laparoscopica è in evoluzione e molti aspetti non sono standardizzati; soprattutto per quanto riguarda la selezione dei pazienti, il tipo di rete protesica e i mezzi di fissazione. L'obiettivo dello studio è valutare la nostra casistica degli ultimi tre anni in termini di sicurezza, mortalità e morbilità intra e postoperatoria e confrontarli con la letteratura.

Da gennaio 2015 a gennaio 2019 58 pazienti con laparoceli ed ernia della parete addominale ricoverati presso l'Ospedale Martini di Torino sono stati sottoposti a riparazione per via laparoscopica. Mediante un'analisi retrospettiva abbiamo incluso pazienti con difetti della parete addominale > 2 cm, difetti multipli, ASA I-III, obesità (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) ed operati da gennaio 2015 a gennaio 2019. Abbiamo utilizzato una tecnica laparoscopica con accesso openlaparoscopy, tre trocar (uno ottico e gli altri due operativi), con protesi Ventralight ST mesh, Bard e Physiomesh Ethicon (garantendo sempre un overlap di 4 cm su tutti i lati), Endoclose e Absorbatack per il fissaggio. Abbiamo analizzato il tempo operatorio medio, il tasso di conversione, la mortalità globale a 30 giorni, la degenza media e la morbilità a 30 giorni (tasso di infezione di ferita, di sieroma, di altre complicanze, di recidiva e di reintervento). Alla fine abbiamo confrontato tali parametri con quelli della letteratura con una ricerca su Pubmed con termini "laparoscopic ventral hernia repair", "laparoscopic incisional hernia repair" and "composite mesh" e "laparoscopic incisional hernia repair" and "physiomesh" and "ventralight mesh".

Abbiamo realizzato 58 riparazioni di laparoceli/ernie della parete addominale per via laparoscopica con protesi Ventralight e Physiomesh. Abbiamo analizzato le caratteristiche cliniche dei pazienti (età, sesso, ASA score, diametro del difetto e BMI). Il tempo operatorio medio è di 90 minuti, il tasso di conversione è 4%, mortalità globale del 2%, degenza media 2 giorni. La morbilità intesa come tasso di infezioni di ferita, sieromi, altre complicanze e reintervento è inferiore al 4%. Abbiamo confrontato tali risultati con quelli della letteratura ottenendo percentuali in linea con tali dati di letteratura 2-8

Nella nostra casistica la riparazione di laparoceli ed ernie della parete addominale per via laparoscopica con reti composite è una tecnica sicura ed efficace con bassa morbilità postoperatoria, più breve degenza postoperatoria e di reintervento. Un'attenta selezione dei pazienti è uno dei principali metodi di scelta da eseguire con la visita chirurgica ed esami strumentali adeguati. Sono necessari studi con più alte casistiche e

trials randomizzati controllati per completare lo studio di tali metodiche.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Kössler-Ebs JB, Grummich K, Jensen K, et al.: Incisional hernia rates after laparoscopic or open abdominal surgery—a systematic review and meta-analysis. *World J Surg* 2016; 40: 2319–30.
- 2 Misra MC, Bansal K, Kulkarni P, Pawar DK. Comparison of laparoscopic and open repair of incisional and primary ventral hernia: results of a prospective randomized study. *Surg Endosc.* 2006;20:839–45.
- 3 Carbajo MA, Martin Olmo JC, Blanco JI, Toledano M, de la Cuesta C, Ferreras C, et al. Laparoscopic approach to incisional hernia. *Surg Endosc.* 2003;17:118–22.
- 4 Chowby PK, Sharma A, Khullar R, Baijal M, Vashistha A. Laparoscopic ventral hernia repair. *J Laparoendosc Adv.* 2000;10:9–84.
- 5 Franklin ME, Dorman JP, Glass JL, Balli JE, Gonzales JJ. Laparoscopic ventral and incisional hernia repair. *Surg Laparosc Endosc.* 1998;8:294–9.
- 6 Heniford BT, Park A, Ramshaw BJ, Voeller G. Laparoscopic ventral and incisional hernia repair in 407 patients. *J Am Coll Surg.* 2000;190:645–50.
- 7 Birch DW. Characterizing laparoscopic incisional hernia repair. *Can J Surg.* 2007;50:195–201.
- 8 Sauerland S, Walgenbach M, Habermalz B, Seiler CM, Miserez M (2011) Laparoscopic versus open surgical techniques for ventral or incisional hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev* 16(3):CD007781

dott. Dario Bono (Medico specializzando Chirurgia generale 5 anno Università degli studi di Torino),dott. Rinaldo Caponi(Dirigente Medico I livello Chirurgia generale), dott. Francesco Tomaselli (Dirigente Medico I livello Chirurgia generale), dott.sa Donatella Scaglione (Dirigente Medico I livello Chirurgia generale), dott. sa Monica Suppo(Dirigente Medico I livello Chirurgia generale),dott. Gianni Piero Arnone(Dirigente Medico I livello Chirurgia generale), dott. Roberto Saracco(Dirigente Medico II livello Chirurgia generale), Ospedale Martini, SC Chirurgia generale, Torino

La diagnosi e il trattamento delle cisti mesenteriche è una sfida dovuta alla rarità, mancanza di sintomi specifici e variabilità nella localizzazione e dimensione. Le cisti mesenteriche sono rare entità chirurgiche che si verificano approssimativamente in 1:200.000-1:350.000 ricoveri ospedalieri.<sup>1</sup> Esse possono svilupparsi in ogni tratto del mesentere dal duodeno al retto. Esatta eziologia rimane ancora lontana da essere identificata; ma il fallimento dei linfonodi di comunicare con il sistema venoso o linfatico o blocco del flusso linfatico in trauma, infezioni o neoplasie si pensa siano fattori contribuenti. <sup>2</sup>

Il trattamento di scelta è la completa escissione per evitare recidive e possibile trasformazione maligna. L' approccio chirurgico open è preferibile. L' avvento della laparoscopia ha permesso l' escissione di queste cisti senza laparotomia. La tecnica laparoscopica permette il rapido ritorno dei pazienti al lavoro 3-6

Lo scopo di tale studio è presentare un raro case report di una voluminosa cisti mesenterica trattata per via laparoscopica e revisionare la letteratura. Le cisti mesenteriche sono difficili da diagnosticare accuratamente prima della chirurgia a causa della rarità delle lesioni e dei sintomi aspecifici. In tale studio si mostrano le tecniche diagnostiche, l' intervento chirurgico, il decorso postoperatorio e l' esame citologico. E' stata eseguita una revisione della letteratura con una ricerca su Pubmed e databases simili con termine " mesenteric cyst" and " surgery"

Una paziente di 47 anni si presentava ad agosto 2018 a visita chirurgica ambulatoriale presso Ospedale Martini per dolori addominali saltuari e tumefazione palpabile in fossa iliaca destra. In anamnesi patologica remota presentava due tagli cesarei, isterectomia totale per fibromiomi uterini e bypass gastrico per obesità. Non assumeva farmaci a domicilio. Ha eseguito TC addome completo con Mdc che evidenziava:" presenza di voluminosa (11 cm di diametro massimo ) formazione espansiva a contenuto liquido in fossa iliaca destra con netto piano di clivaggio rispetto agli organi addominali(colon, anse ileali, rene controlaterale e vasi iliaci)." In data 19/09/18 è stata sottoposta ad intervento chirurgico di Escissione completa della cisti per via laparoscopica. La paziente è stata dimessa in seconda giornata postoperatoria. Assenza di complicanze addominali o di ferita a 30 giorni. L' esame istologico definitivo rivelò:" cisti solitaria del mesentere" con esame citologico negativo per cellule neoplastiche.

In tale studio descriviamo una paziente di 47 anni con una rara cisti mesenterica trattata con escissione laparoscopica. La letteratura mostra pochi studi, prevalentemente case reports. Cisti mesenteriche sono lesioni rare che comunemente sono asintomatiche e scoperte incidentalmente. L' eziologia rimane non chiara. Terapia chirurgica di tali cisti dovrebbe essere eseguita se sono sintomatiche o causano complicanze. Sebbene molte modalità di terapia esistono, l' escissione chirurgica è considerata la pietra miliare. La resezione laparoscopica fornisce minor dolore, più breve degenza postoperatoria e ripresa del paziente. 7-8 Per maggiori conclusioni sono necessari ulteriori studi.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Al Haifi Mohammed B, Abdulsamad MA, Juma Talib A. Laparoscopic excision of mesenteric cyst: case report. *Kuwait Med J.* 2007;39(2):167e169.
- 2 . Beahrs OM, Judd Jr ES, Dockerty MB. Chylous cysts of the abdomen. *Surg Clin North Am.* 1950;30:1081e1096
- 3 Kwan E, Hung L, Wai-Key Y. Laparoscopic resection of a mesenteric cyst. *Gastrointest Endosc.* 2004;59(1):154e156.
- 4 Mason JE, Soper NS, Burt LM. Laparoscopic excision of mesenteric cyst, a report of two cases. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2001;11:382e384.
- 5 Raghupati RK, Krishnamurthy P, Rajamani J, et al. Intraabdominal cystic swelling in children e laparoscopic approach, our experience. *J Indian Paediatr Surg.* 2003;8:213e217.
- 6 Theodoridis TD, Zepiridis L, Athanotos D, Kellartzis TD, Bontis JN. Laparoscopic management of mesenteric cyst: a case report. *Cases J.* 2009;2:132.1757-1626-2-132.
- 7 Tebala GD, Camperchioli I, Tognoni V, et al. Laparoscopic treatment of a huge mesenteric chylous cyst. *JSLs* 2010; 14: 436-8.
- 8 Ciulla A, Tomasello G, Castronovo G, et al. Laparoscopic treatment of mesenteric cysts. Report of two cases. *Ann Ital Chir* 2008; 79: 63-5.



dott. Dario Bono (Medico specializzando Chirurgia generale 5 anno Università degli studi di Torino),dott. Rinaldo Caponi(Dirigente Medico I livello Chirurgia generale), dott.sa Manuela Scamuzzi ((Dirigente Medico I livello Chirurgia generale),dott. Alberto Musso(Dirigente Medico I livello Chirurgia generale ), dott. Francesco Tomaselli (Dirigente Medico I livello Chirurgia generale), dott. Roberto Saracco(Dirigente Medico II livello Chirurgia generale), Ospedale Martini, SC Chirurgia generale, Torino

La Neurofibromatosi di tipo I (NF1), anche nota come Malattia di Von Recklinghausen, è una sindrome autosomica dominante che colpisce 1/3000-1/4000 individui. 1 E' caratterizzata da una varietà di caratteristiche distintive ed è diagnosticata clinicamente con i criteri diagnostici del National Institute of Health . 2 Si crede sia causata dalla perdita biallelica del gene oncosoppressore NF1. I pazienti affetti da tale patologia sono predisposti sia a tumori benigni che maligni, inclusi neurofibroma, glioma del nervo ottico, tumori maligni dei gangli nervosi periferici, neuroblastomi, gastrointestinal stromal tumor(GIST) e cancro mammario.1  
Poco è conosciuto sul rischio di sviluppare GIST nella NF1 o sulle caratteristiche clinicopatologiche e prognostiche di GIST-NF1.  
Resezione chirurgica dei GIST intestinali è tradizionalmente eseguita per via laparotomica. Attualmente la chirurgia laparoscopica sta incrementando nell' essere adottata come approccio mininvasivo alla chirurgia dei GIST intestinali .3-4  
L' associazione tra tumore mammario e GIST intestinali in NF1 è estremamente rare, riportata solo da due precedenti studi 5-6

Lo scopo dello studio è valutare un rara associazione di carcinoma mammario destro e di GIST ileale sottoposto a resezione laparoscopica in una paziente con neurofibromatosi tipo I. Sono analizzate le tecniche, diagnostiche, l' intervento chirurgico, la degenza operatoria, gli esami istologici definitivi e il follow-up oncologico della paziente. Inoltre, è stata eseguita una revisione della letteratura attraverso una ricerca su Pubmed e database simili con i termini "gastrointestinal stromal tumor" AND "breast cancer " AND " neurofibromatosis".

Una paziente di 78 anni a maggio 2018 durante il follow-up senologico per tumorectomia destra con dissezione ascellare in carcinoma infiltrante di tipo misto mammella destra pT2pN1a presentava un'anemizzazione persistente necessitante trasfusioni. In anamnesi patologica presentava Neurofibromatosi di tipo I familiare con neurofibromi disseminati , asma, ipotiroidismo , ipertensione arteriosa e prolasso uterino. Aveva eseguita EGDS e colonscopia negativi per lesioni neoplastiche. In data 10/05/18 ha eseguito TC torace e addome con Mdc : " non lesioni polmonari o epatiche secondarie. Presenza di lesione ileale a sviluppo prevalentemente endoluminale di 6.5 x 4 cm con aree colliquate all' interno:sospetta er GIST." In data 20/06/18 eseguiva Resezione ileale laparoscopica ( tempo operatorio 120 minuti). La paziente veniva dimessa in sesta giornata postoperatoria senza complicanze. Ripresa della canalizzazione a gas in seconda giornata postoperatoria e a feci in quarta postoperatoria. Non altre complicanze chirurgiche a 30 giorni. Esame istologico definitivo" GIST del piccolo intestino ad alto rischio sec Joensuu. Margini di resezione chirurgici indenni" . Follow-up oncologico senza recidive mammarie o addominali fino a dicembre 2018

Abbiamo indagato un raro caso di associazione di carcinoma mammario e GIST ileale sottoposto a resezione ileale laparoscopica in Neurofibromatosi di tipo I. La resezione laparoscopica dei GIST intestinali ha mostrato in alcuni studi di avere outcomes

oncologici comparabili alla laparotomia. Inoltre la laparoscopia è associata a migliori outcomes perioperatori e più breve degenza ospedaliera. 7 Sono necessari ulteriori studi per indagare l'associazione e i fattori prognostici di tali tipi di tumori in tale sindrome ereditaria.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 Brems H, Beert E, de Ravel T, Legius E. Mechanisms in the pathogenesis of malignant tumours in neurofibromatosis type 1. *Lancet Oncol.* 2009;10:508–15.
- 2 Ferner RE, Huson SM, Thomas N, et al. Guidelines for the diagnosis and management of individuals with neurofibromatosis 1. *J Med Genet.* 2007;44:81–8.
- 3 Catena F, Battista M, Fusaroli P, Ansaloni L, Scioscio V, Santini D, Pantaleo M, Biasco G, Caletti G and Pinna A: Laparoscopic treatment of gastric Gist: report of 21 Cases and Literature's Review. *J Gastrointest Surg* 12: 561-568, 2007.
- 4 Novitsky YW, Kercher KW, Sing RF and Heniford BT: Long-term outcomes of laparoscopic resection of gastric gastrointestinal stromal tumors. *Ann Surg* 243: 738-45-discussion 745-747, 2006,
- 5 Invernizzi RI, Martinelli B and Pinotti G: Association of GIST, breast cancer and schwannoma in a 60-year-old woman affected by type-1 von Recklinghausen's neurofibromatosis. *Tumori* 94(1): 126-128, 2008.
- 6 Takeuchi H, Hiroshige S et al. , Synchronous double tumor of breast cancer and gastrointestinal stromal tumor in a patient with neurofibromatosis type 1: report of a case., *Anticancer Res.* 2011 Dec;31(12):4481-4
- 7 Liao CH, Yeh CN, Wang SY et al, Surgical option for intestinal gastrointestinal stromal tumors--perioperative and oncological outcomes of laparoscopic surgery

ID ABSTRACT	180
Speaker	BROGGI RICCARDO
ARGOMENTO	Open Abdomen
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Component separation posterior con transversus abdominis release: esperienza di un singolo centro.</b>
AUTORI	Broggi R, Manfredini L, Franchi C, Carrano FM, Inversini D, letto G, Soldini G, Latham L, Carcano G. Chirurgia d'Urgenza e trapianti, Ospedale di Circolo Varese, Università degli Studi dell'Insubria
INTRODUZIONE	Le tecniche di riparazione chirurgica di laparoceli ventrali complessi hanno subito un'evoluzione negli ultimi 20 anni. Tra le metodiche descritte la Component Separation Posterior (CSP) con Transversus Abdominis Release (TAR) ha dimostrato di permettere la creazione di un ampio spazio retromuscolare per la riparazione di vasti difetti mediali e laterali. Presentiamo l'esperienza iniziale della nostra equipe.
METODI	E' stato istituito un registro prospettico di pazienti sottoposti a laparoplastica con tecnica CSP dal 1-3-2018, considerando le variabili età, sesso, BMI, sito del difetto, indicazioni, tempi e tecnica chirurgica, complicanze peri-operatorie.
RISULTATI	Sono stati trattati 7 pazienti: 3 donne e 4 uomini, età media di 61 aa (47-84), BMI medio di 43.5 (34-53). I pazienti sono stati sottoposti a CSP con TAR per le seguenti indicazioni: 4 laparoceli mediani complessi, 2 lomboceli, 1 chiusura definitiva di addome aperto. La durata media della procedura è stata di 163 min (112-270). La durata media del decorso post operatorio è di 12 giorni (3-28). 3 pazienti hanno sviluppato sieromi; una paziente ha sviluppato infezione di ferita sovralfasciale trattata con antibiotico e medicazione NPWT, nessuna complicanza intraoperatoria.
DISCUSSIONE	I risultati preliminari sembrano suggerire la buona affidabilità della CSP con TAR in termini di risultati e complicanze. Un più alto livello di evidenza scientifica sarà raggiungibile attraverso l'arruolamento di nuovi pazienti e un loro attento monitoraggio. L'istituzione di un registro prospettico della casistica è uno strumento necessario a questo scopo.
BIBLIOGRAFIA	

ID ABSTRACT

218

Speaker

BRUGNANO LUIGI

ARGOMENTO

Chirurgia Colo-Rettale

**TITOLO DEL LAVORO****Trattamento della malattia emorroidaria con tecnica THD: esperienza monoperatore su 507 casi**

AUTORI

L Brugnano, M Mucci, G Tallarida, D. Tallarida

INTRODUZIONE

La dearterializzazione emorroidaria selettiva doppler-guidata per via transanale con mucopessia (THD) è una tecnica chirurgica conservativa e mininvasiva per il trattamento della malattia emorroidaria sintomatica. Scopo del presente lavoro è valutarne retrospettivamente, sulla casistica di un singolo centro, l'efficacia clinica e la sicurezza.

METODI

Questo studio ha preso in esame una casistica monoperatore. Sono stati considerati gli interventi di THD effettuati in pazienti con prolasso emorroidario sintomatico di II, III e IV grado secondo la classificazione di Goligher. I pazienti operati sono stati controllati ad 1, 3, 6, 12 e 24 mesi. Rispetto alla visita iniziale, nei successivi controlli sono stati considerati: la risoluzione della sintomatologia preoperatoria; la ricomparsa o la persistenza di prolasso o sanguinamento, nonché l'insorgenza di complicanze postoperatorie. Tali dati sono stati correlati con il grado di prolasso preoperatorio. È stata effettuata una analisi uni/multivariata dei fattori influenzanti l'outcome.

RISULTATI

L'analisi è stata condotta su 507 pz operati dall'Aprile del 2009 al Dicembre 2016. Tra i primi 10 pz operati si è verificato un caso di ematoma sottomucoso del retto suppuratosi. In un pz si è verificata la disinserzione del filo di sutura con migrazione dell'ago nella sottomucosa rettale. In 4 pz si è presentato un importante sanguinamento tra la 10° e la 15° giornata postoperatoria che ha richiesto il ricovero ma senza reintervento. La percentuale di recidiva è stata 10,4% (8.75%, 8.78% e 17.5% rispettivamente nei casi di II, III e IV grado). La giovane età, la stipsi e lo stadio avanzato di malattia hanno condizionato l'outcome ma non sono emerse condizioni limitative sulla fattibilità della procedura in ogni grado di prolasso. Non vi sono stati casi di mortalità o complicanze maggiori.

DISCUSSIONE

La tecnica THD selettiva con mucopessia è efficace nel trattamento di ogni grado di prolasso secondo la classificazione di Goligher. È sicura, presenta una bassa percentuale di recidive ed un decorso postoperatorio soddisfacente per il paziente.

BIBLIOGRAFIA

Ratto C, Parrello A, Veronese E, Cudazzo E, D'Agastino E, Pagano C, Cavezzoni E, Brugnano L, Litta F (2015) Doppler guided transanal haemorrhoidal dearterialization for haemorrhoids: results from a multicenter trial. *Colorectal Disease* 17:10: 10-19  
 Ratto C. (2014) THD doppler procedure for hemorrhoids: The surgical technique. *Tech Coloproctol* 18:291-298  
 La Bella GD, Main WPL, Hussain LR (2015) Evaluation of transanal hemorrhoidal dearterialization: a single surgeon experience. *Tech Coloproctol* 19:153-157

Marco Calussi<sup>1</sup>, Iacopo Giani<sup>2,3</sup>, Claudio Elbetti<sup>3</sup>, Filippo Caminati<sup>4</sup>, Tiku Zalla<sup>2</sup>, Paolo Dreoni<sup>2,3</sup>, Giuseppina Talamo<sup>3</sup>, Stefano Cantafio<sup>2</sup>, Francesco Feroci<sup>2</sup>, Marco Scatizzi<sup>5</sup>.

1. UOC Chirurgia Generale, Ospedale La Gruccia (Montevarchi) - USL Toscana Sud Est
2. SOC Chirurgia Generale, Ospedale Santo Stefano (Prato) - USL Toscana Centro
3. SOSD Proctologia – USL Toscana Centro
4. Libero Professionista
5. SOC Chirurgia Generale, Ospedale Santa Maria Annunziata (Firenze) - USL Toscana Centro

Valutare l'efficacia dell'iniezione locale di soluzione di Blu di Metilene 0.2% nel ridurre il dolore associato a ragade anale acuta, l'utilizzo di farmaci analgesici da parte dei pazienti, la compliance al trattamento con prodotti topici riepitelizzanti, la comparsa di eventuale sanguinamento, prurito, tenesmo, ascessualizzazione o necrosi della sede di iniezione. il grado di riepitelizzazione della ragade.

Nel periodo compreso fra settembre 2017 e febbraio 2018 è iniziato il reclutamento: criterio fondamentale è stata la presenza di una ragade anale acuta con un dolore (VAS score) maggiore o uguale a 5.

Sono stati considerati criteri di esclusione l'età <18 anni, pregressi interventi proctologici, radioterapia locale, stipsi da defecazione ostruita con digitazione, tumori ano-rettali, ascessi o fistole anali, Morbo di Crohn, trombosi emorroidaria, HIV, diabete non controllato, disturbi di guarigione e di coagulazione, gravidanza, anal intercourse, favismo e ASA score 3 e 4.

I pazienti sono stati valutati a distanza di 2 giorni, 1 settimana, 1 mese, 3 mesi, registrando il grado di soddisfazione (espresso con una scala VAS 0-10), il grado di riepitelizzazione (grado 0 persistenza di ragadizzazione profonda, grado 1 persistenza della lesione ragadiforme ma più superficiale, 2 riepitelizzazione parziale, 3 completa guarigione), il numero di giorni di assunzione autogestita di analgesici da parte del paziente (painkiller days-PKD).

29 pazienti sono stati sottoposti ad iniezione di Blu di Metilene 0.2%. La VAS dolore media iniziale è risultata di 7,34 con una VAS massima post-defecatoria di 8,34. A distanza di 2 giorni dalla procedura la VAS giornaliera è scesa a 1,52 ( $p < 0.0001$ ) e quella massima post defecatoria a 2,76 ( $p < 0.0001$ ). Ai successivi controlli a 1 settimana, 1 mese e 3 mesi si è confermato il buon effetto analgesico, dimostrato anche dalla riduzione dell'utilizzo di farmaci analgesici (a distanza di 2 giorni dalla procedura solo 5 pazienti ne hanno avuto necessità). Nei 3 mesi di follow-up non si sono registrati casi di necrosi o ascessualizzazione in sede anale, l'aderenza ai trattamenti locali è stata del 100%, nessun paziente è stato sottoposto ad intervento chirurgico in urgenza.

La ragade anale è una patologia invalidante con una sintomatologia spesso molto dolorosa, tale da rendere discontinua l'aderenza del paziente ai trattamenti medici prescritti. L'infiltrazione locale con soluzione di Blu di Metilene 0.2% si è dimostrata efficace nella riduzione del dolore sia a riposo che post-defecatorio con buona soddisfazione da parte dei pazienti, che hanno potuto eseguire con costanza la terapia medica prescritta.

ID ABSTRACT

132

Speaker

CAMINATI FILIPPO

ARGOMENTO

Chirurgia Colo-Rettale

**TITOLO DEL LAVORO****TAILORED ANAL BLOCK (TAB): UNA NUOVA PROCEDURA ANESTESIOLOGICA PER IL TRATTAMENTO DELLE EMORROIDI IN AMBIENTE AMBULATORIALE.**

AUTORI

Filippo Caminati<sup>1</sup>, Claudio Elbetti<sup>2</sup>, Iacopo Giani<sup>2,3</sup>, Tiku Zalla<sup>3</sup>, Marco Calussi<sup>4</sup>, Paolo Dreoni<sup>2,3</sup>, Giuseppina Talamo<sup>2</sup>, Stefano Cantafio<sup>3</sup>, Francesco Feroci<sup>3</sup>, Marco Scatizzi<sup>5</sup>.

1. Libero Professionista
2. SOSD Proctologia – USL Toscana Centro
3. SOC Chirurgia Generale, Ospedale Santo Stefano (Prato) - USL Toscana Centro
4. UOC Chirurgia Generale, Ospedale La Gruccia (Montevarchi) - USL Toscana Sud Est
5. SOC Chirurgia Generale, Ospedale Santa Maria Annunziata (Firenze) - USL Toscana Centro

INTRODUZIONE

L'obiettivo di questo articolo è di proporre una nuova tecnica di anestesia locale per il trattamento chirurgico delle emorroidi. Questa tecnica permette al chirurgo di operare in maniera efficace e sicura tanto quanto in anestesia spinale o generale.

METODI

Le emorroidi trattate sono state classificate in accordo con la Single Pile Classification e con la classificazione di Goligher. La tecnica è stata eseguita utilizzando due siringhe da 20mL contenenti 15mL di soluzione di Ropivacaina 5mg/mL. In posizione litotomica, viene inserito l'indice nel canale anale con l'estremità del dito sulla punta del cocchige. Vengono iniettati 5mL di soluzione in direzione della punta del dito realizzando un blocco del nervo elevatore dell'ano. Successivamente si esegue un'iniezione sottomucosa di 2mL di anestetico 5mm al di sopra della linea dentata in ciascun quadrante come da procedura di Selvasekar. Un'ulteriore infiltrazione cutanea di anestetico viene eseguita esclusivamente laddove si preveda un'emorroidectomia. 2 ore dopo l'intervento chirurgico il paziente viene dimesso.

RISULTATI

Nel periodo compreso tra marzo 2014 e dicembre 2016, sono stati trattati 173 pazienti con un numero totale di 525 emorroidi. Tutti gli interventi sono stati portati a termine senza modificare la strategia anestesiologica iniziale, 4 piccoli ematomi della mucosa sono stati registrati durante l'iniezione (nessuno poi complicatosi); 1 episodio di ritenzione urinaria si è verificato nel corso delle prime 24h post operatorie. La VAS di soddisfazione media dei pazienti è stata di 4.86, quella dei Chirurghi 4.82 (VAS 0-5). Il tempo di esecuzione medio è stato di 1min e 45sec (range 1min e 15sec - 3 min).

DISCUSSIONE

La TAB appare semplice, rapida, facile da apprendere e richiede un basso volume di anestetico. La tecnica permette al paziente di pontare durante l'intervento mostrando la reale entità del problema. Questo consente al chirurgo di trattare ciascuna emorroide mediante un approccio tailored. Nuove procedure anestesiologiche e chirurgiche efficaci e sicure sono la chiave per venire incontro alle necessità del paziente adattandosi ad un miglior utilizzo delle risorse, riducendo nel contempo la spesa sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

Speaker

CAMPANELLA PIERGAETANO

ARGOMENTO

Chirurgia Colo-Rettale

**TITOLO DEL LAVORO****Trattamento delle occlusioni coliche neoplastiche: nostra esperienza.**

AUTORI

Campanella P, Milano E., Di Gennaro F, Leggieri R. et. Iarussi T.

Struttura Complessa di Chirurgia Generale  
 Ospedale SS. Annunziata  
 ASL Taranto

INTRODUZIONE

Le neoplasie coliche esordiscono con un quadro occlusivo nel 7-29% dei pazienti. L'occlusione acuta da neoplasia impone un trattamento urgente e condiziona il decorso clinico del paziente e la storia naturale della malattia.

METODI

Presso l'U.O. di Chirurgia dell'Ospedale SS. Annunziata di Taranto vengono studiati 64 casi osservati da marzo 2016 a dicembre 2018. Sono stati considerati pazienti con un quadro clinico e radiologico di ostruzione acuta del colon da patologia neoplastica. La diagnostica strumentale consisteva sempre in TAC addominale per determinare sede della lesione e presenza di metastasi a distanza. Sono stati esclusi i pazienti con perforazione intestinale, neoplasia non resecabile o emorragia.

RISULTATI

Abbiamo osservato:

- 18 neoplasie del colon destro o trasverso, trattate prevalentemente con resezione ed anastomosi.
- 40 lesioni del colon sinistro, trattate in 34 casi con resezione anastomosi, di cui 10 precedute da posizionamento di stent metallico. In 4 pazienti si è resa necessaria una colectomia subtotali, 2 casi con colostomia per elevata comorbidità. In 6 pazienti l'anastomosi è stata protetta da ileostomia.
- 6 lesioni del retto, sottoposte a colostomia in 5 casi e colectomia totale in un caso.

L'incidenza globale di deiscenze anastomotiche è stata del 7,8%. La mortalità operatoria è stata del 6,4%.

DISCUSSIONE

La nostra esperienza evidenzia come la mortalità nei pazienti con occlusione colica da neoplasia rimanga alta, specie nel gruppo di pazienti con occlusione destra. L'utilizzo dello stent colico presenta sicuri vantaggi comunque non esente da complicanze.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

9

Speaker

CARBOTTA GIUSEPPE

ARGOMENTO

Chirurgia Epato-Bilio-Pancreatica

**TITOLO DEL LAVORO**

**Nuovo score clinico-ecografico predittivo di video-laparocolecistectomie difficili: studio prospettico.**

AUTORI

Giuseppe Carbotta MD, Annunziata Panebianco Ph.D, Rita Laforgia MD, Bianca Pascazio MD, Giovanni Balducci Ph.D, Sallustio P Ph.D., Lobascio P MD, Nicola Palasciano Ph.D.

Chirurgia Generale "V. Bonomo", Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti d'Organo, Università degli Studi di Bari " Aldo Moro", P.zza G. Cesare 11, 70124 BARI, Italia.

INTRODUZIONE

Il gold standard della litiasi sintomatica della colecisti è la colecistectomia videolaparoscopica (VLC). Attualmente il tasso di conversione risulta fra 4.8 e 8%, invece l'incidenza di complicanze peri e postoperatorie è circa del 5-15%. Lo scopo di questo studio è individuare uno score clinico-ecografico predittivo di VLC difficile per ridurre il tasso di conversione a colecistectomia open e le complicanze intra e/o post operatorie.

METODI

In questo studio prospettico sono stati arruolati, nel 2017, 135 pazienti (pz) sottoposti a VLC presso la nostra U.O. di Chirurgia Generale. Nella fase preoperatoria, ogni paziente è stato sottoposto ad un'ecografia addominale specifica mirata alla valutazione delle caratteristiche della colecisti. Tutti i dati ecografici sono stati raccolti in una database per ottenere uno score ecografico preoperatorio e successivamente associate alle caratteristiche dei pazienti e alle variabili intraoperatorie.

RISULTATI

L'analisi statistica ha rilevato una significatività fra le caratteristiche intraoperatorie e le caratteristiche ecografiche preoperatorie: spessore di parete, presenza di aderenze, di stratificazioni e dimensione dei calcoli e fissità. Confrontando il grado di difficoltà tecnica di VLC ottenuto nella parte preoperatoria con lo score intraoperatorio, la sensibilità del test ecografico preoperatorio è 91.8%, mentre la specificità è 76.7%.

DISCUSSIONE

Le variabili, risultate statisticamente significative nel predire una VLC difficile, sono età, spessore di parete maggiore di 3mm, presenza di aderenze, di stratificazioni di parete, calcoli con dimensione maggiore di 2cm e fissità degli stessi. E' stato quindi definito uno score predittivo di VLC difficile, per cui può essere considerata una VLC potenzialmente difficile se lo score preoperatorio risulti uguale o maggiore di 4 e una VLC potenzialmente non difficile se lo score sia inferiore a 4. Questi risultati possono anche coadiuvare la riduzione del tasso di conversione correlato a difficoltà tecniche e quindi ridurre le complicanze intra e post-operatorie.

BIBLIOGRAFIA



Il carcinoma mucinoso è una delle forme meno aggressive del carcinoma infiltrante di mammella e ne rappresenta il 2% di tutti i casi. La classificazione WHO divide questo tipo di tumore in 3 sottotipi: ca mucinoso puro, ca mucinoso a cellule colonnari e a cellule ad anello con castone

Si presenta il caso di una donna di 67 anni con ca mucinoso localmente avanzato della mammella sinistra in rapido accrescimento. In anamnesi comparsa di lesione subcentimetrica, non sottoposta ad alcun trattamento, evolutasi in meno di un anno in lesione ulcerata con completo sovertimento del corpo mammario. Dallo studio pre-operatorio non metastasi a distanza, né infiltrazione del piano muscolare. La paziente è stata sottoposta a mastectomia radicale sec. Madden ed innesto dermo-epidermico parziale. All' istologia definitiva diagnosi di ca mucinoso a cellule colonnari, non aspetti angioinvasivi, recettori ER positivi( 40%), Pr negativi( 1%), Erb B2 negativo, Ki67 10%, metastasi in 2 di 21 linfonodi (pT4N1M0). Successiva radioterapia e ormonoterapia

La prognosi del ca mucinoso puro è generalmente buona. La revisione della letteratura mostra, altresì, pochi casi di ca mucinoso a cellule colonnari che rappresenta il sottotipo più aggressivo. Il caso della nostra paziente è in accordo con quelli della letteratura.

Il comportamento biologico della forma colonnare del ca mucinoso è ancora oggetto di studio visti i pochi casi della letteratura.

ID ABSTRACT

270

Speaker

CASANO ALESSANDRO

ARGOMENTO

Chirurgia Colo-Rettale

**TITOLO DEL LAVORO****Sphincter preserving two stage approach with Fistula Laser Closure (FiLaC) following partial fistulectomy and loose seton in the treatment of complex transphincteric or intersphincteric anal fistula.**

AUTORI

Alessandro Casano  
Gino Battistini

Ospedale di Imperia - Chirurgia Generale

ASL1 Regione Liguria

INTRODUZIONE

The ideal surgical treatment of anal fistula is to eradicate sepsis and promote healing of the tract whilst avoiding continence impairment due to sphincter division. Reported incontinence rates following fistula surgery is very variable and influenced by many factors; however the risk of potential damage to the anal sphincters and poor functional outcome remains in a large amount of patients when fistula tract crosses more than 30%-50% of the external sphincter and in the event of recurrent or complex fistulas with multiple extensions or separate tracts.

Conventional surgical treatment such as lay-open of the fistula tract as a complete transection of the tissue between the fistula tract and anoderm is very effective with a success rate of up to 100%.

The short-term healing rate of loose seton ranges between 44% and 83%. Cutting setons have been used in the attempt to slowly divide the sphincters while allowing scarring to take place and limit sphincter disruption, with recurrence rates from 22% to 39%.

Over the last decades several sphincter preserving techniques has developed to avoid continence impairment after fistula surgery such as LiFT, plugs, glues, VVAFT and FiLaC. However results are often unclear with a lack of follow-up data and variable and conflicting clinical outcomes.

One of the most recently developed techniques is the Fistula Laser Closure initially described in 2011 by Wilhelm. This novel sphincter saving technique destroys the fistula epithelium and simultaneously obliterates the fistula tract by a circumferentially laser emitting probe and by the particular mechanism of tissue shrinkage.

Two main reasons for surgical failure after FiLaC are a persistent disregarded fistula tract or remnant of unexcised epithelium and both oft hem are in some way related to fistula tract lenght.

We present a preliminary experience with a staged approach that combines partial fistulectomy with the new sphincter preserving technique FiLaC with the aim to eradicate granulation and septic tissue in the external fistula tract by shortening it at the same time whilst preserving sphincters and giving patient limited discomfort.

METODI

In the first stage the whole fistula tract is detected by probing and colouring and the internal opening is also identified. A fistulectomy is performed until the sphinteric structure come across. At this point a loose ethibond seton is placed and a 4-8 weeks healing period is allowed. This way a shortening of the fistula tract is achieved and any potential disregarded secondary tract may appear during the follow up.

The second stage of the procedure is performed when the previous fistulectomy has healed and the fistula is definitively shortened to the sphincter involving tract. At this time the seton is removed and the FiLaC procedure is performed in the residual transphincteric tract and the internal opening is closed with a stitch. This way a complete sphincter preserving fistula surgery is achieved in a reasonable period of time and with a lower risk of recurrence.

RISULTATI

Twelve patients were treated with two stage procedure for complex transphinteric or intersphincteric fistulas with a recurrence rate of less than 20%without any impairment of continence noting that the two patients who had recurrence were in the earlier lerning curve.

DISCUSSIONE

Complex anal fistula remains a challenging condition to manage despite the technologic advances. FiLaC procedure is safe, well tolerated and totally sphincter saving and could be associated to partial fistulectomy to improve outcomes

BIBLIOGRAFIA

La deiscenza anastomotica è la complicanza principale e più temuta in chirurgia coloretale, con incidenze riportate in letteratura variabili in base alla sede dell'anastomosi stessa. Da una decina d'anni diverse tecniche sono state studiate per prevenire la deiscenza anastomotica, ma quella che ha dato maggiori risultati e ad oggi è maggiormente utilizzata e in continuo sviluppo è la Fluorescenza con Verde Indocianina (ICG – Indocyanine Green). Il colorante vitale viene iniettato in una vena periferica del paziente praticamente senza effetti collaterali e permette la visualizzazione della vascolarizzazione intestinale mediante luce NIR (Near-InfraRed) e filtri dedicati.

Presso la S.C. Chirurgia Generale ed Epatobiliopancreatica dell'Osp. Galliera di Genova è stato sviluppato un protocollo di utilizzo dell'ICG-NIRF in corso di resezioni intestinali, colecistectomia laparoscopica, resezioni epatiche; è stata utilizzata una colonna laparoscopica Karl-Storz con ottica e fonte luce NIR dedicata alla ICG-F. Per quanto riguarda la chirurgia coloretale, dal 01/09/2017 al 31/12/2018 sono stati arruolati 32 pazienti. L'infusione di ICG viene effettuata prima della resezione del viscere per la valutazione dei limiti di vascolarizzazione e dopo il confezionamento dell'anastomosi per valutarne la corretta vascolarizzazione. La dose di ICG per ogni singola infusione è stata progressivamente ridotta da 0.3mg/kg p.c. a 0.1 mg/kg p.c. I pazienti sono stati sottoposti a follow-up di 30 giorni.

Per quanto riguarda la chirurgia coloretale, la degenza media è stata di 10.58 giorni (min 4/max 34) con una mediana di 7 giorni. La linea di sezione è stata spostata secondo indicazione NIRF-ICG in 3 casi. Nessuna complicanza o reazione avversa all'utilizzo di ICG è stata riscontrata intraoperatoriamente. Si sono presentate 4 complicanze postoperatorie (12,5%), 1 deiscenza sottoposta a trattamento conservativo (Clavien-Dindo gr. I-II) e 3 deiscenze con deiscenza parziale o totale dell'anastomosi che hanno richiesto reintervento chirurgico (Clavien-Dindo gr. IIIb). La mortalità è occorsa in 2 casi (6,25%). Nessun paziente ha richiesto un nuovo ricovero per complicanze dopo la dimissione ordinaria. Nessun paziente ha presentato complicanze dopo il termine del follow-up a 30 giorni.

I risultati ottenuti sino ad oggi, per quanto non statisticamente significativi a causa del campione limitato, sono assolutamente comparabili e sovrapponibili a quelli della letteratura e sono incoraggianti sulle possibilità dell'utilizzo di NIRF con ICG nel ridurre l'incidenza di AL e, di conseguenza, le complicanze e i costi relativi alla sua insorgenza. Non è tuttavia possibile ad oggi esprimere un parere definitivo sulla tecnica, riservandoci di proseguire lo studio e la valutazione.

Tech Coloproctol. 2018 Jan;22(1):15-23; Intraoperative use of ICG fluorescence imaging to reduce the risk of anastomotic leakage in colorectal surgery: a systematic review and meta-analysis.  
Minerva Chir. 2018 Apr;73(2):210-216 How to reduce surgical complications in rectal cancer surgery using fluorescence techniques.  
Surg Endosc. 2017 Apr;31(4):1836-1840; Indocyanine green fluorescence angiography during laparoscopic low anterior resection: results of a case-matched study.

ID ABSTRACT

276

Speaker

CECERE GIUSEPPE

ARGOMENTO

Sepsi e Infezioni del sito chirurgico

**TITOLO DEL LAVORO**

**Infezioni del sito chirurgico (ISC) e chirurgia del colon: prime esperienze di sorveglianza attiva in Molise**

AUTORI

A. Salzo<sup>1</sup>, G. Guerrizio<sup>1</sup>, M. Tamburro<sup>1</sup>, ML. Sammarco<sup>1</sup>, G. Cecere<sup>2</sup>, G. Ripabelli<sup>1</sup>  
1. Cattedra di Igiene, Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute "V.Tiberio", Università degli Studi del Molise  
2. UOC Chirurgia Generale, ospedale 'A.Cardarelli', Azienda Sanitaria Regionale Molise

INTRODUZIONE

Presso il Presidio Ospedaliero 'A.Cardarelli' (CB), è stato realizzato un programma di sorveglianza attiva per valutare incidenza di ISC e Profilassi Antibiotica Perioperatoria (PAP) in pazienti sottoposti a chirurgia del colon da maggio a dicembre 2018.

METODI

È stato utilizzato il protocollo operativo dell'European Centre for Disease Prevention and Control, raccogliendo dati su caratteristiche dell'ospedale, paziente, ricovero, intervento, PAP e ISC.

RISULTATI

Sono stati inclusi 35 pazienti (57% M) di 72,7±14,2 anni, sottoposti perlopiù a operazioni chirurgiche in laparotomia (85,7%) e in elezione (60%). Gli interventi più frequenti sono stati Emicolectomia (45,7%) e Altra resezione parziale intestino tenue (14,3%). La PAP, eseguita in 34 pazienti, ha previsto per l'80% Metronidazolo e Ceftriaxone, utilizzati anche nel post-intervento per il 54,3%.  
L'incidenza di ISC è stata del 20% (n=7; 60% infezioni superficiali), sebbene altri 3 casi siano stati identificati al follow-up nei 30 giorni post-intervento. La caratterizzazione batterica è stata effettuata solo in 3 casi, isolando E.coli, E.faecalis, E.aerogenes, S.salivarius, P.aeruginosa e S.aureus.

DISCUSSIONE

È stata riscontrata una coerenza clinica nella somministrazione della PAP, mentre è emersa un'ampia variabilità quali-quantitativa per la terapia antibiotica post-intervento. Le più recenti linee guida per il controllo delle infezioni nosocomiali correlano la scelta della profilassi antibiotica al tipo di intervento, prevedendo una terapia, non una profilassi, per interventi contaminati e sporchi. Una strategia multimodale finalizzata alla realizzazione di bundles può senz'altro ridurre l'incidenza delle ISC.

BIBLIOGRAFIA

Paolo Ciano<sup>1</sup>, Giacomo Ruffo<sup>2</sup>, Felice Borghi<sup>3</sup>, Alberto Patrì<sup>4</sup>, Paolo Delrio<sup>5</sup>, Marco Scatizzi<sup>6</sup>, Stefano Mancini<sup>7</sup>, Gianluca Garulli<sup>8</sup>, Alessandro Carrara<sup>9</sup>, Felice Pirozzi<sup>10</sup>, Stefano Scabini<sup>11</sup>, Andrea Liverani<sup>12</sup>, Gianluca Baiocchi<sup>13</sup>, Roberto Campagnacci<sup>14</sup>, Andrea Muratore<sup>15</sup>, Graziano Longo<sup>16</sup>, Marco Caricato<sup>17</sup>, Raffaele Macarone Palmieri<sup>18</sup>, Nereo Vettoretto<sup>19</sup>, Benedetta Ruggeri<sup>20</sup>, Gianluca Guercioni<sup>1</sup>, Marco Catarci<sup>1\*</sup>, MD, FACS.

<sup>1</sup>UOC Chirurgia Generale e <sup>20</sup>Unità Governo Clinico, Ospedale “C. e G. Mazzoni”, Ascoli Piceno; <sup>2</sup>UOC Chirurgia Generale, Ospedale Sacro Cuore, Negrar (VR); <sup>3</sup>Dipartimento di chirurgia, Ospedale Santa Croce e Carle, Cuneo; <sup>4</sup>Dipartimento di Chirurgia, Ospedale Marche Nord, Pesaro e Fano (PU); <sup>5</sup>Unità di Chirurgia Oncologica Colo-Rettale, IRCCS “Fondazione G. Pascale”, Napoli; <sup>6</sup>UOC Chirurgia Generale ed Oncologica, Ospedale Santo Stefano, Prato (FI); <sup>7</sup>UOC Chirurgia Generale ed Oncologica, Ospedale San Filippo Neri, Roma; <sup>8</sup>UOC Chirurgia Generale, Ospedale “Ceccarini”, Riccione (RN); <sup>9</sup>Dipartimento di Chirurgia, Ospedale Santa Chiara, Trento; <sup>10</sup>Unità di Chirurgia Addominale, Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza, San Giovanni Rotondo (FG); <sup>11</sup>UOC Chirurgia Generale ed Oncologica, Centro Nazionale Tumori “San Martino”, Genova; <sup>12</sup>UOC Chirurgia Generale, Ospedale Regina Apostolorum, Albano Laziale (RM); <sup>13</sup>UOC Chirurgia Generale 3, Università & Spedali Civili di Brescia; <sup>14</sup>Dipartimento di Chirurgia, Ospedale “C. Urbani”, Jesi (AN); <sup>15</sup>UOC Chirurgia Generale, Ospedale “E. Agnelli”, Pinerolo (TO); <sup>16</sup>UOC Chirurgia Generale, Policlinico Casilino, Roma, Italia; <sup>17</sup>Unità di Chirurgia Geriatrica, Policlinico Campus BioMedico, Roma; <sup>18</sup>UOC Chirurgia Generale ed Oncologica, Ospedale Belcolle, Viterbo; <sup>19</sup>UOC Chirurgia Generale, Spedali Civili di Brescia, Montichiari (BS); \* coordinatore dello studio

La diagnosi precoce della deiscenza anastomotica permane cruciale al fine di limitare la relativa morbilità e mortalità. A tale scopo sono stati proposti diversi parametri clinici e marcatori laboratoristici, ma attualmente non vi sono evidenze chiare in merito a cut-off e valenza diagnostica, singolarmente o in combinazione. Scopo del presente studio è valutare i fattori di rischio per leak anastomotico (LA) e valenza diagnostica del Dutch Leakage Score (DLS), PCR e procalcitonina (PCT) in chirurgia elettiva colo-rettale.

Il presente è uno studio multicentrico, prospettico osservazionale, con arruolamento dal settembre 2017 al settembre 2018 in 19 centri italiani di pazienti sottoposti a resezione colo-rettale elettiva con confezionamento di una anastomosi. Endpoint principale è stata la deiscenza anastomotica; i secondari sono stati la morbilità non relata al Leak anastomotico (LA) e la morbilità globale. (ClinicalTrials.gov; Identifier: NCT03560180)

Sono stati arruolati 1546 pazienti di 2717 sottoposti ad intervento resettivo (56.9%). Il tasso di deiscenza anastomotica è stato del 4.92% (76 pazienti). Il tasso di morbilità non relata alla deiscenza anastomotica e globale è stato rispettivamente del 28.46% (440 casi) e 30.2% (467 casi). Alla analisi multivariata le trasfusioni intra e/o post operatorie sono risultate essere l'unica variabile indipendente ad influenzare tutti gli endpoints (OR: 8.15 per LA; OR: 15.09 per altra morbilità; OR: 19.33 per morbilità globale). La classe ASA (III vs I-II) è risultata influenzare in maniera indipendente la morbilità non relata al LA (OR 1,48) e globale (OR 1,57). L'area sotto la curva AUC – ROC mostra come il DLS abbia la migliore accuratezza diagnostica per LA in II (AUC-ROC 0.747242; cut-off 1.508) e III giornata post operatoria (AUC-ROC 0.835731; cut-off 2.01). Sia i parametri clinici che laboratoristici sono risultati poco accurati nel predire la morbilità non relata al LA e

	globale (AUC-ROC $\leq 0.70$ ).
DISCUSSIONE	Questo studio ha permesso di definire fattori di rischio chiari per il LA. Il DLS, singolarmente o in associazione alla PCR, permette una diagnosi precoce di deiscenza anastomotica.
BIBLIOGRAFIA	

ID ABSTRACT	173
Speaker	CINARDI NICOLA
ARGOMENTO	Chirurgia Epato-Bilio-Pancreatica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Resezioni epatiche per metastasi da tumore non coloretale/ non neuroendocrino (NCNNLM): serie di casi consecutivi.</b>
AUTORI	N. Cinardi, A. Zappalà, G. Caldarera, V. Piazza, D. Piazza - UO Chirurgia Oncologica - Azienda Ospedaliera di Rilevanza Nazionale ed Alta Specializzazione Garibaldi-Nesima, Catania 95100
INTRODUZIONE	Presentiamo tre recenti casi consecutivi occorsi alla nostra osservazione di metastasi epatiche metacrone da tumore non coloretale/non neuroendocrino (NCNNLM) che abbiamo sottoposto a resezione epatica.
METODI	1. Maschio 69 anni, affetto da metastasi metacrona da k corpo-coda pancreas operato 30 mesi prima con lesione unica tra seg 7 e 8 sottoposta a tre trattamenti ablativi percutanea nonché chemioterapia adiuvante. 2. femmina 78 anni, pregresso k mammella e k ovaio trattati chirurgicamente e sottoposti a chemioterapia adiuvante, affetta da unica metastasi singola tra i segg 7-8-5. 3. Maschio 79 anni, pregresso GIST gastrico operato nel 2009 sottoposto a terapia adiuvante con imatinib, sviluppa 2 lesioni epatiche ai segg 1 e 2-3.
RISULTATI	non è stata registrata mortalità; la morbilità (classe IIa sec Clavien-Dindo) è consistita in un versamento pleurico destro da resezione di parte dell'emidiaframma destro risolto in 8GPO attraverso tubo toracico posizionato all'intervento; in atto tutti i pazienti trattati sono in atto liberi da malattia anche se il followup è ridotto
DISCUSSIONE	in un'era in cui a ragione si tende a inseguire e cronicizzare le malattie oncologiche prognosticamente peggiori, riteniamo che tale approccio, notevolmente selezionato per taluni pazienti, possa offrire risultati che solo la chirurgia dedicata può garantire. Tali casi crediamo possano essere di spunto per riflessioni multidisciplinari.
BIBLIOGRAFIA	

ID ABSTRACT

190

Speaker

CLEMENTI MARCO

ARGOMENTO

Chirurgia Colo-Rettale

**TITOLO DEL LAVORO**

**Trattamento multidisciplinare del cancro rettale recidivo in progressione non resecabile: ruolo della perfusione pelvica ipossica con chemiofiltrazione.**

AUTORI

Marco CLEMENTI, Marino Di FURIA, Andrea Salvatorelli, Andrea Della PENNA, Vincenzo VICENTINI, Federico SISTA, Ilaria PUCCICA, Stefano GUADAGNI.  
Università di L'Aquila, Ospedale San Salvatore, Chirurgia Generale Universitaria.

INTRODUZIONE

I pazienti con cancro del retto recidivo non resecabile ed in progressione dopo chemioterapia sistemica e radioterapia sono candidabili per terapia palliativa con perfusione pelvica ipossica (PPI). Questo studio retrospettivo osservazionale ha lo scopo di valutare se un trattamento multimodale con inclusione della PPI e targeted-therapy può essere utile nel prolungare le risposte cliniche e la sopravvivenza di questi pazienti

METODI

Da un gruppo iniziale di 77 pazienti con recidiva da cancro rettale non resecabile in progressione dopo trattamento standard e sottoposti a PPI, 21 pazienti si sono sottoposti a ripetizione di PPI usando mitomicina C (MMC) alla dose di 25 mg/m<sup>2</sup>. In 7 pazienti nell'ultima PPI, è stata somministrata una targeted-therapy con cetuximab per presenza di iperespressione dei recettori di EGF nelle cellule del cancro recidivo.

RISULTATI

La sopravvivenza mediana complessiva di questi 21 pazienti dalla diagnosi di recidiva da cancro rettale non resecabile è stata di 23 mesi (18-24). Dopo la prima PPI, la sopravvivenza mediana dei 21 pazienti sino al decesso o alla fine del follow-up è stata di 10 mesi (9-13) con tassi di sopravvivenza ad 1 e 2 anni rispettivamente del 71.4% e 4.8%. Dalla prima perfusione pelvica ipossica, l'età > 60 anni, la riduzione della recidiva di almeno il 30% (risposta parziale) e la possibilità di eseguire una targeted-therapy con cetuximab hanno significativamente aumentato la sopravvivenza (P < 0.04).

DISCUSSIONE

Ripetute PPI con MMC seguite da targeted-therapy sembrano rappresentare un trattamento palliativo efficace per pazienti con recidiva da cancro rettale non resecabile in progressione dopo chemioterapia sistemica e radioterapia, ma i risultati di questo studio dovranno essere approfonditi con un trial di fase III con maggiori dati.

BIBLIOGRAFIA



Il 50-70% delle pazienti con linfonodo sentinella (LS) positivo sottoposte a dissezione ascellare (DA), non ha ulteriori linfonodi metastatici nel cavo(1)(2). Sulla base di questa considerazione è stato validato un nomogramma OSNA, basato sul numero di copie di CK19 nel LS e sulle dimensioni del tumore (T) in mm, che si propone di predire lo stato dei linfonodi non sentinella per dare la possibilità al chirurgo di omettere la DA in pazienti selezionate(3).

Abbiamo applicato retrospettivamente il nomogramma a 66 pazienti sottoposte a DA in seguito a positività del LS, per verificare la corrispondenza tra il dato fornito dall'esame istologico definitivo e il nomogramma, al fine di stabilire l'accuratezza diagnostica. Registrando dimensione del T in mm, stato del LS analizzato con OSNA, nomogramma, stato dei linfonodi ascellari non sentinella, abbiamo calcolato la prevalenza dei linfonodi non sentinella metastatici nel cavo, la sensibilità, specificità, valore predittivo negativo e valore predittivo positivo del nomogramma.

La prevalenza delle pazienti con linfonodi non sentinella positivi tra le pazienti con sentinella macrometastatico è del 45%. La sensibilità del metodo è risultata del 90% (eccellente). La specificità è risultata bassa (36%). Il valore predittivo positivo del test è risultato del 54%, Il valore predittivo negativo del test è invece buono (81%).

Il nomogramma OSNA è di rapido utilizzo poiché si avvale di due parametri facilmente reperibili. Ha un'alta sensibilità, dunque un basso rischio di non praticare la DA in una paziente con cavo positivo. La specificità bassa invece porterebbe ad eseguire un numero elevato di dissezioni anche in pazienti con cavo negativo ma con nomogramma>31%. La tendenza è confermata anche dal valore predittivo positivo e valore predittivo negativo.

Nel campione considerato, se avessimo applicato il nomogramma in sede intraoperatoria, avremmo correttamente evitato di eseguire la DA a 13 pazienti. In conclusione il nomogramma OSNA ha caratteristiche che permetterebbero con buona probabilità di non sottotrattare le pazienti con LS macrometastatico, ma di evitare la DA solo a quelle con una probabilità estremamente bassa di avere linfonodi metastatici nel cavo.

1. Bolster MJ, Peer PGM, Bult P, Thunnissen FBJM, Schapers RFM, Meijer JWR, et al. Risk factors for non-sentinel lymph node metastases in patients with breast cancer. The outcome of a multi-institutional study. *Ann Surg Oncol.* gennaio 2007;14(1):181–9.
2. Fleming FJ, Kavanagh D, Crotty TB, Quinn CM, McDermott EW, O'Higgins N, et al. Factors affecting metastases to non-sentinel lymph nodes in breast cancer. *J Clin Pathol.* gennaio 2004;57(1):73–6.
3. Di Filippo F, Di Filippo S, Ferrari AM, Antonetti R, Battaglia A, Becherini F, et al. Elaboration of a nomogram to predict nonsentinel node status in breast cancer patients with positive sentinel node, intraoperatively assessed with one step nucleic amplification: Retrospective and validation phase. *J Exp Clin Cancer Res CR [Internet].* 8 dicembre 2016 [citato 28 giugno 2018];35. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5146809/>.

ID ABSTRACT

41

Speaker

CONCONE GIACOMO

ARGOMENTO

Nuove Tecnologie

**TITOLO DEL LAVORO**

**HOW WE DO IT : TAPP CON RETE ANATOMICA 3 D E SENZA MESSI DI FISSAGGIO, TECNICA E RISULTATI.**

AUTORI

G.Concone, S.Coppola, D.Ferrara, L.Bottero, G.Faillace, M.Longoni

INTRODUZIONE

Introduzione : L'intervento di ernioplastica inguinale rappresenta una delle procedure più diffuse nell'ambito della chirurgia generale. La correzione laparoscopica con tecnica TAPP rappresenta una valida alternativa alle tradizionali metodiche open con morbilità e tasso di recidive sovrapponibili a fronte di un minor dolore postoperatorio e di una più rapida guarigione specialmente nei casi di difetti bilaterali o recidivi. La rete leggera 3 D Max (Bard) a pori larghi, tridimensionale e disegnata per conformarsi all'anatomia del canale inguinale, risulta più facile da posizionare rispetto alle protesi convenzionali e, non necessitando di punti di fissaggio, rende la TAPP più semplice e rapida da eseguire.

METODI

Materiali e metodi : Presentiamo la nostra casistica non selezionata di TAPP con rete 3 d Max dal Marzo 2015 al novembre 2018 presso il reparto di chirurgia generale dell'Ospedale Bassini (Cinisello Balsamo, Milano)

RISULTATI

Risultati : Sono state effettuate 216 ernioplastiche laparoscopiche con rete 3 D max delle quali 53 bilaterali, 27 recidive, 11 incarcerate e 3 eseguite in urgenza. Dal punto di vista anatomico 109 oblique esterne, 83 dirette, 23 crurali, 1 otturatoria. Il tempo operatorio medio è risultato essere di 51 minuti. Con un follow up medio di 28 mesi e minimo di 1 mese si è verificata una sola recidiva (in paziente prostatectomizzato) mentre 4 sono stati i sieromi postoperatori trattati mediante agocentesi e la persistenza di bulging in assenza di recidiva (per ernie voluminose).  
La valutazione del dolore nel periodo postoperatorio (scala VAS) è risultato tra 1-3 per e 4-6 per . Non si è registrato nessun caso di dolore cronico post-chirurgico persistente oltre i 3 mesi.

DISCUSSIONE

Conclusione : L'utilizzo di rete 3 D max autoconformata nella TAPP, senza punti di ancoraggio, rappresenta un approccio sicuro, efficace e facilmente riproducibile e, secondo la nostra esperienza, non gravato da un aumentato tasso di recidive.

BIBLIOGRAFIA

Rocco Delfanti<sup>1</sup>, Luigi Conti<sup>1</sup>, Filippo Banchini<sup>1</sup>, Sara Chiesa<sup>2</sup>, Cosimo Franco<sup>2</sup> e Patrizio Capelli<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Dipartimento di Chirurgia AUSL Piacenza

<sup>2</sup> S.O.C. di Pneumologia AUSL Piacenza

La VATS Lobectomy triportale rappresenta un approccio relativamente recente nel trattamento della patologia chirurgica toracica. Lo sviluppo della tecnica necessita di un'elevata clinical competence che deve essere progressivamente acquisita al fine di ottenere migliori outcomes in termini di complicanze e mortalità mantenendo un'adeguata radicalità oncologica.

Rivalutiamo retrospettivamente la casistica operatoria nel periodo dal 2014 al 2018 che ha comprende 95 lobectomie e 13 segmentectomie eseguita da due operatori con tecnica triportale.

Il numero totale delle lobectomie e segmentectomia VATS sul totale degli interventi in toracosopia è risultato essere di 108 su 152 procedure eseguite ( 71 %) e il 23 % su 469 interventi di chirurgia toracica totali . L' indice di conversione complessivo è stato del 15,7 % (17 su 108), con netto decremento al progredire della clinical competence (60% nel 2014, 33% nel 2015, 8.3% nel 2016, 4% nel 2017, nessuna conversione nel 2018). Nel merito delle cause di conversione la principale è risultata il controllo di lesioni vascolari (7), comunque con perdite ematiche sempre inferiori a 500 ml, seguita da difficoltà nella dissezione dell' ilo bronchiale (4), obesità BMI >35 (3), problemi della suturatrice (2) ed aderenze (1). La maggioranza della patologia trattata sono le neoplasie polmonari primitive allo stadio Ia-IIIa (83), seguite da metastasi al polmone (9), carcinoidi polmonari (6), micobatteriosi e flogosi. Sono state eseguite tutte le varie lobectomie e tre segmentectomie anatomiche; in tutti i casi è stata eseguita anche la linfadenectomia ilo-mediastinica.

Si sono registrate complessivamente 25 complicanze post-operatorie di cui 11 di tipo medico (due IMA, in due pazienti comparsa di FA post-operatoria, tre riacutizzazioni di BPCO, una polmonite contro laterale, una sindrome di Hamman-Rich, un infarto intestinale, un arresto cardiocircolatorio) e 14 di tipo chirurgico (sette fughe aeree prolungate, tre emotorace, due coaguli infetti, una fistola bronchiale, un'ernia polmonare dalla minitoracotomia). Solo due emotoraci hanno richiesto il re-intervento; mentre si è registrato un decesso per IMA in tredicesima giornata post-operatoria, un decesso per infarto intestinale in seconda giornata post-operatoria e un decesso per sindrome di Hamman-Rich (polmonite acuta interstiziale) in ventunesima giornata post-operatoria.

Riportando l' analisi sull' importanza della clinical competence si evince un netto miglioramento sia per la durata media dell' intervento (211 minuti nel 2014 vs. 170 minuti nel 2018), sia in minor misura sulla degenza post-operatoria (8,2 giorni nel 2014 vs. 7,1 giorni nel 2018).

Anche in un centro di Chirurgia Toracica a basso volume di attività come il nostro, la VATS lobectomy con tecnica triportale, si è dimostrata una tecnica fattibile con accettabile numerosità (108 pazienti in 5 anni), accettabile numero di complicanze (27 pazienti con complicanze chirurgiche) con bassa mortalità (un decesso per IMA, un decesso per infarto intestinale e uno per polmonite acuta interstiziale) e indice di conversione in linea con la letteratura (29,6%). Di fondamentale importanza l' acquisizione della clinical competence dal 2014 al 2018, condizionante netto

decremento di indice di conversione (60% vs. 4 %), durata media dell' intervento (211 min. vs. 170 min.) ed in minor misura la degenza media (8,2 gg. vs. 7,1 gg.).

## BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

64

Speaker

COPPOLA SARA

ARGOMENTO

Nuove Tecnologie

**TITOLO DEL LAVORO**

**Impiego della rete ventralight ST ECHO PS in una serie consecutiva di videolaparoaloplastiche: esperienza monocentrica.**

AUTORI

Sara Coppola, Giorgio Castello, Davide Ferrara, Giacomo Concone, Silvia Poli, Daniele Cusano, Giuseppe Faillace, Mauro Longoni

ASST Nord Milano, Ospedale Bassini, Cinisello Balsamo, Milano

INTRODUZIONE

L'approccio laparoscopico per la correzione di laparoceli ed ernie primitive sta assumendo grande popolarità grazie ai bassi tassi di recidive e di complicanze e alla ridotta degenza postoperatoria. Ad oggi esistono diversi tipi di reti intraperitoneali, tuttavia scarseggiano dati clinici su tali protesi. Scopo dello studio è presentare la nostra esperienza monocentrica nell'impiego della rete Ventralight St Echo PS nella riparazione di laparoceli ed ernie primitive della parete addominale.

METODI

Sono stati analizzati tutti i pazienti con laparoceli o ernie primitive maggiorenni, con BMI < 40 kg/m<sup>2</sup>, con ernie dall'estensione cranio caudale inferiore ai 20 cm e dall'estensione laterale inferiore a 10 cm. Criterio di esclusione: pazienti con controindicazione assoluta alla laparoscopia. La procedura è stata effettuata mediante un trocar da 12 mm e due da 5 mm. La rete è stata fissata garantendo almeno 5 cm di overlap e con una doppia corona di Sorbafix.

RISULTATI

Dal 2015 al 2018, 60 pazienti sono stati analizzati. Con un follow up medio di 26 mesi, 3 pazienti (5%) hanno recidivato, tutti nel primo anno. A 12 mesi 4 pazienti (6,7%) hanno presentato dolore con VAS (visual analgesia scale) >3. Tempo operatorio medio 62 minuti. In media i pazienti sono stati dimessi in 3 giornate (range 2-7). Sono stati registrati 7 sieromi (11%) di cui 4 (6,7%) a risoluzione spontanea.

DISCUSSIONE

L'impiego della rete Ventralight ST Echo PS con il sistema Sorbafix è sicuro ed efficace nel trattamento laparoscopico delle ernie addominali e dei laparoceli

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

175

Speaker

CORLIANÒ ANDREA

ARGOMENTO

Sepsi e Infezioni del sito chirurgico

**TITOLO DEL LAVORO****Trattamento conservativo delle fistole enterocutanee dirette dopo chirurgia sul tratto gastrointestinale superiore.**

AUTORI

Daniela Costamagna, Andrea Corlianò, Matteo Gatti, Amedeo Alonzo.  
S.C. Chirurgia Generale, Ospedale Santissima Trinità (ASL NO), Viale Zoppis 10, 28021 Borgomanero (Novara).

INTRODUZIONE

Almeno nelle fasi iniziali, la terapia delle fistole enterocutanee postoperatorie è preferibilmente conservativa. Nella chirurgia digestiva alta e pancreatica, la perdita di fluidi a contenuto biliare, pancreatico e proteico, può avere un effetto negativo sull'outcome. Oltre alle caratteristiche della fistola, sono le condizioni del paziente a orientare la strategia. I casi di fistolizzazione diretta, senza spandimento in addome, meglio si prestano al trattamento conservativo. I principi della terapia conservativa sono: somministrazione di liquidi, antibiotici, elettroliti, octreotide, nutrizione parenterale, correzione dell'anemia, corretto posizionamento dei drenaggi in sede di intervento, fistulografia con mdc idrosolubile, drenaggio radioguidato delle raccolte, impiego di collanti, approccio endoscopico.

METODI

Caso 1: fistolizzazione di anastomosi duodeno-digiunale dopo resezione di tumore del sigma infiltrante il terzo-quarto duodeno. Caso 2 e 3: fistolizzazione del moncone duodenale in esiti di gastrectomia. Caso 4: fistola pancreatica in esiti di gastrectomia + splenopancreasectomia distale per doppio tumore gastrico e pancreatico.

RISULTATI

I pazienti sono stati trattati conservativamente. Il Caso 1 ha richiesto l'ausilio endoscopico con posizionamento di clips sulla fistola. Nei Casi 2, 3 e 4 il drenaggio addominale chirurgico è stato mantenuto in sede sino a consolidamento del tramite entero-cutaneo e quindi sostituito con drenaggio di calibro più piccolo fino a risoluzione della perdita. In tutti i casi è stata eseguita fistulografia senza evidenza di spandimento di mdc in addome, come da fistolizzazione diretta.

DISCUSSIONE

Per l'elevata morbilità e mortalità, le fistole enterocutanee postoperatorie richiedono un attento trattamento. Nei pazienti stabili e asintomatici, in assenza di sepsi, il trattamento conservativo può consentire la risoluzione del quadro in poche settimane o alcuni mesi, evitando interventi rischiosi.

BIBLIOGRAFIA

Optimising the treatment of upper gastrointestinal fistulae. González-Pinto I, González EM. Gut 2001;49 Suppl 4:iv22-31.

Speaker CORNACCHIA CHIARA

ARGOMENTO Chirurgia Endocrina

**TITOLO DEL LAVORO** **Thyroid nodules with indeterminate cytology: when is surgery necessary?**AUTORI C. Cornacchia, F. Mariani, U. Catrambone, A. Piccardo, M Puntoni  
Ente Ospedaliero Ospedali Galliera - Genova

INTRODUZIONE The purpose of the study is To evaluate the role of 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography (18F-FDG-PET/CT) to predict malignancy of thyroid nodules with indeterminate cytology and to establish when surgery is necessary.

METODI We analyzed 87 patients who have been scheduled to undergo surgery for thyroid nodule with indeterminate cytology. All patients underwent 18F-FDG-PET/CT, multiparametric neck ultrasonography (MPUS), and 99mTc-methoxyisobutylisonitrite scintigraphy (99mTc-MIBI-scan). Histopathology was the standard of reference. We compared the sensitivity (SE), specificity (SP), accuracy (AC), positive (PPV) and negative predictive (NPV) values of 18F-FDG-PET/CT with those of 99mTc-MIBI-scan and MPUS in detecting cancer. Univariate and multivariate analyses evaluated the association between each diagnostic tool and histopathology.

RISULTATI On histopathology, 69 out of 87 nodules were found to be benign and 18 to be malignant. The SE, SP, AC, PPV and NPV of 18F-FDG-PET/CT were 94, 58, 66, 37 and 98% respectively. The SE, AC and NPV of 18F-FDG-PET/CT were significantly higher than those of MPUS and 99mTc-MIBI-scan. The association of both positive 18F-FDG-PET/CT and MPUS (FDG+/MPUS+) showed significantly lower SE (61% vs 94%) and NPV (88% vs 98%) than 18F-FDG-PET/CT alone, but significantly higher SP (77% vs 58%). On univariate analysis, 18F-FDG-PET/CT and the combination of FDG+/MPUS+ and of FDG+/MIBI- were all significantly associated with histopathology. On multivariate analysis, only FDG+/MIBI- was significantly associated with histopathology.

DISCUSSIONE The AC of 18F-FDG-PET /CT in detecting thyroid malignancy is higher than that of 99mTc-MIBI-scan and MPUS. The association of FDG+/MPUS+ is significantly more specific than 18F-FDG-PET/CT alone in identifying differentiated thyroid cancer and it could suggest which patients are more suitable for thyroidectomy. A positive 18F-FDG-PET/CT is significantly associated with malignancy when qualitative 99mTc-MIBI-scan is rated as negative. A negative 18F-FDG-PET/CT correctly predicts benign findings on histopathology and significantly reduces inappropriate thyroidectomies while positive nodules deserve lobectomy and histological examination. The full implementation of this diagnostic and clinical approach in patients with indeterminate thyroid nodules may reduce costs and increase the patients' quality of life.

BIBLIOGRAFIA

Costantini, Andrea 2,1; Familiari, Pietro 2; Costantini, Mario 1; Salvador, Renato 1; Valmasoni, Michele 1; Capovilla, Giovanni 1; Landi, Rosario 2; Mangiola, Francesca 2; Provenzano, Luca 1; Merigliano, Stefano 1; Costamagna, Guido 2

1. Clinica Chirurgica 3, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Gastroenterologiche e Oncologiche, Università di Padova.

2. Unità di Endoscopia Digestiva, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

La miotomia per-orale endoscopica (POEM) si è recentemente diffusa e si propone come trattamento di scelta per la acalasia esofagea. I risultati degli studi randomizzati attualmente in corso nei confronti della Miotomia laparoscopica (LHM) non sono ancora disponibili. Abbiamo quindi disegnato questo studio con lo scopo di confrontare la POEM e la LHM in uno studio caso-controllo, appaiando i pazienti trattati con le due metodiche presso due Centri Italiani di riferimento utilizzando il "propensity score" (PS).

Sono stati inclusi i pazienti sottoposti a trattamento per acalasia primaria dal 2014 al novembre 2017. I pazienti con un precedente trattamento endoscopico tradizionale sono stati inclusi, mentre sono stati esclusi i pazienti sottoposti in precedenza a LHM o POEM. Il PS è stato calcolato utilizzando le seguenti variabili: età, sesso, durata dei sintomi, Eckardt score, stadio radiologico, pattern manometrico; è stato usato un caliper di 0.2: in questo modo, 140 pazienti in entrambi i Centri sono stati accoppiati. La POEM e la LHM sono state eseguite seguendo le tecniche consolidate e in uso nei due Centri. I pazienti sono stati seguiti clinicamente (Eckardt score) e con follow-up endoscopico e funzionale (pH-manometria).

La procedura è stata completata in tutti i pazienti. La POEM ha richiesto un tempo operatorio (47 min [35-57]) e una degenza (2 gg [2-2]) più brevi rispetto alla LHM (95 min [85-105] e 3 gg. [3-3], rispettivamente,  $p < 0.001$ ). Non è stata registrata mortalità in nessuno dei due gruppi. Sette complicanze sono state osservate nel gruppo POEM (5 perforazioni mucose) e 3 nel gruppo LHM (3 lesioni mucose) ( $p = 0.33$ ). Le perforazioni sono state trattate con clips o punti di sutura nel corso dello stesso intervento, senza ulteriori sequele. Ad un follow-up mediano di 24 mesi [15-30] per la POEM e di 31 mesi [15-41] per la LHM ( $p < 0.05$ ), l'Eckardt score mediano non differiva nei due gruppi: 1 [0-1] per la POEM vs 1 [0-2] per LHM,  $p = 0.45$ . Inoltre, 99.3% dei pazienti POEM e 97.7% dei pazienti LHM presentavano uno score  $\leq 3$  ( $p < 0.12$ ). Quattro anni dopo il trattamento, la probabilità di essere guariti dai sintomi era  $> 90\%$  per entrambi i gruppi (98.2% per la POEM e 93.9% per la LHM,  $p = 0.2$ , Log-rank test). La Manometria HR dimostrava una riduzione nella pressione basale e di rilasciamento dello SEI simile nei due gruppi; la pH-metria esofagea 24-h risultava tuttavia patologica nel 38.4% dei pazienti del gruppo POEM, in confronto al 17.1% del gruppo LHM ( $p < 0.01$ ), come una esofagite endoscopica è stata riscontrata nel 37.4% del gruppo POEM e nel 15.2% del gruppo LHM ( $p < 0.05$ ). Infine, anche la terapia con PPI risultava più elevata nel gruppo POEM (38.8%) rispetto al gruppo LHM (15.1%),  $p < 0.001$ .

In conclusione, nel trattamento della acalasia, la POEM garantisce gli stessi risultati a medio termine della più consolidata LHM. Il presente studio di "quasi-randomizzazione" conferma tuttavia una maggiore incidenza di reflusso dopo POEM, anche se il reale significato di tale dato necessita di ulteriori valutazioni a lungo termine.

ID ABSTRACT

261

Speaker

COSTANZI ANDREA

ARGOMENTO

Chirurgia Colo-Rettale

**TITOLO DEL LAVORO**

**Low ligation dell'arteria mesenterica inferiore in corso di RAR laparoscopica con TME per cancro del retto riduce l'incidenza di disfunzioni urinarie.**

AUTORI

Giulio Mari, Andrea Costanzi, Dario Maggioni  
Chirurgia Generale e d'Urgenza III  
Ospedale di Desio - ASST Monza

INTRODUZIONE

L'approccio chirurgico standard per cancro del retto extra-peritoneale (CR) è la Resezione Anteriore del Retto (RAR) laparoscopica con Total Mesorectal Excision (TME). Il livello della legatura dell'Arteria Mesenterica Inferiore (AMI) correla con l'outcome funzionale, l'incidenza di fistola anastomotica e l'adeguatezza oncologica, ma studi retrospettivi non hanno fornito evidenze in favore di un particolare approccio vascolare e l'impatto specifico sulle disfunzioni Genito-Urinarie (GU) non è stato adeguatamente studiato.

Lo scopo di questo studio è di confrontare l'incidenza di disfunzioni GU dopo RAR laparoscopica elettiva con TME per CR extra-peritoneale con High Ligation (HL) versus Low Ligation (LL) dell'AMI.

Endpoints secondari sono l'incidenza di fistola anastomotica e gli outcomes oncologici a breve termine.

METODI

In 6 ospedali lombardi affiliati con ACOI (Desio, Milano Niguarda, Varese, Tradate, Castellanza, Merate) tra Giugno 2014 e Dicembre 2016, i pazienti sottoposti ad intervento elettivo laparoscopico di RAR con TME sono stati randomizzati ad HL versus LL. La funzione GU è stata valutata utilizzando questionari standard ed esame uroflussometrico.

RISULTATI

In totale 214 pazienti sono stati randomizzati a HL (n=111) o LL (n=103). La funzione GU ha subito una disfunzione postoperatoria in entrambi i gruppi.

Nel gruppo LL si sono osservati migliore continenza, meno sintomi urinari ostruttivi e migliorata qualità della vita a 9 mesi dall'intervento. La funzione sessuale era migliore nel gruppo LL in confronto al gruppo HL a 9 mesi dall'intervento.

Il Volume Urinato, il Flusso massimo urinario e il Tempo di Flusso erano significativamente ( $P < 0.05$ ) a favore del gruppo LL a 1 e 9 mesi dall'intervento. Il Volume residuo post-minzionale misurato eco graficamente era significativamente ( $P < 0.05$ ) a favore del gruppo LL a 9 mesi dall'intervento.

Il Tempo di flusso è peggiorato in entrambi i gruppi a 9 mesi dall'intervento in confronto al baseline.

Non si sono osservate differenze nell'incidenza di fistola anastomotica (8.1% HL vs 6.7% LL).

Non si sono osservate differenze in termini di perdite ematiche, tempo operatorio, complicanze postoperatorie e outcomes oncologici a breve termine tra i 2 gruppi.

DISCUSSIONE

La LL dell'AMI nella RAR laparoscopica con TME per CR risulta in una migliore preservazione della funzione GU senza che vengano modificati gli outcomes oncologici a breve termine. La HL non sembra incrementare l'incidenza di fistola anastomotica.

BIBLIOGRAFIA



ID ABSTRACT	151
Speaker	COSTANZO FEDERICO
ARGOMENTO	Chirurgia d'Urgenza
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Trattamento laparoscopico di occlusione intestinale da ernia otturatoria incarcerata.</b>
AUTORI	Federico Costanzo, Andrea Barberis, Enrico Ciferri, Matteo Santoliquido e Marco Filauro S.C. Chirurgia Generale ed Epatobiliopancreatica E.O. Ospedali Galliera, Genova
INTRODUZIONE	Presentiamo il caso di una paziente di 84 anni, giunta in Pronto Soccorso in data 25/12/2018 per addominalgie con irradiazione all'arto inferiore destro, un episodio di vomito ematico ed alvo chiuso a feci e gas da 24 ore circa. In anamnesi ipotiroidismo in terapia, ernia jatale; pregressi interventi: osteosintesi per frattura di Colles
METODI	Si tratta di una paziente di esile costituzione (BMI 19.5 kg/m <sup>2</sup> ), vigile e cosciente, P.A. 120/80 mmHg, FC 120 bpm, SpO <sub>2</sub> 97% in aa, FR 25 atti/min, T 37,2°C. con mucose fortemente disidratate. L'addome è disteso con anse disegnate, trattabile, timpanico alla percussione, con modesta dolorabilità alla palpazione profonda in regione centroaddominale. All'esplorazione rettale l'ampolla è vuota Gli esami ematochimici mostravano leucocitosi (wbc 15,66 x 10 <sup>3</sup> /uL) e modesta anemia (Hb 11,8 g/L). La TC addome mostrava distensione idro-aerea delle anse digiuno-ileali fino a livello della pelvi di destra ove si evdenziava un punto di transizione tra il muscolo otturatorio ed il muscolo pettineo omolaterale, senza segni di sofferenza ischemica né versamento libero.
RISULTATI	La paziente veniva sottoposta ad intervento con approccio laparoscopico: si repertava piccolo intestino globalmente disteso a monte di ansa ileale incarcerata nella fossetta otturatoria destra. Si procedeva a riduzione della stessa in addome con immediata risoluzione della congestione vascolare e con ripresa della regolare peristalsi. Si è proceduto quindi a riduzione del sacco erniario e a plastica della parete mediante sutura laparoscopica. Il decorso clinico è stato regolare, con canalizzazione dell'alvo in 2° giornata postoperatoria e conseguente dimissione il giorno stesso.
DISCUSSIONE	Seppur rappresenti un'entità clinica rara (circa 1% della patologia erniaria di parete) ed affligga in particolar modo una esigua popolazione limitata a donne anziane con performance status povero o compromesso, l'ernia otturatoria è gravata da elevato tasso di mortalità se non diagnosticata precocemente e adeguatamente trattata. L'approccio laparoscopico mini-invasivo è a nostro avviso da considerarsi prioritario laddove le condizioni cliniche generali del paziente e le comorbilità non ne controindichino la fattibilità.
BIBLIOGRAFIA	Surg Endosc. 2017 Feb;31(2):656-660: The feasibility of laparoscopic management of incarcerated obturator hernia. J Visc Surg. 2017 Oct;154(5):377-378: Laparoscopic treatment for strangulated obturator hernia (with video).

ID ABSTRACT

158

Speaker

CRISTINO ROBERTO

ARGOMENTO

Tumori rari e Sarcomi

**TITOLO DEL LAVORO****Un raro caso di linfangioma cistico mesenterico.**

AUTORI

Cristino R., De Santis M., Bettini G., Manes Gravina C., Esposito M., Vallo A., Sabetti G., Centra M., Cavallo F., Marra A.  
ASREM - P.O. Termoli - CB - U.O.C. CHIRURGIA GENERALE

INTRODUZIONE

I linfangiomi cistici del mesentere sono tumori benigni rari. La presentazione clinica è variabile, in genere la scoperta è incidentale, o sintomatico per le grosse dimensioni della lesione.

METODI

Presentiamo il caso di una donna di 63 anni, giunta alla Nostra osservazione per la sensazione di gonfiore addominale, insorta da circa 3 mesi, con evidenza all'ecografia della addome di una voluminosa neoformazione endoaddominale. La paziente è stata sottoposta ad un TC addome, che ha evidenziato in sede addominale inferiore un neoformazione a densità liquida, a contorni lobulati, di diametro trasverso di 14cm e longitudinale di 17cm.

RISULTATI

La paziente è stata sottoposta a laparotomia esplorativa, che ha evidenziato una neoformazione cistica a contenuto chiloso, del mesentere, asportata in toto con resezione segmentaria del tenue. La diagnosi istologica è di linfangioma cistico mesenterico (CD34+, CD31+, Calretinina -).

DISCUSSIONE

Il trattamento del linfangioma cistico mesenterico è rappresentato dalla exeresi con intento radicale, per la sua tendenza all'accrescimento e le possibili complicanze (volvolo intestinale, occlusione intestinale).

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

56

Speaker

CUTTITTA ANTONELLO

ARGOMENTO

Upper G-I Tract

**TITOLO DEL LAVORO****La chirurgia robot assistita nel trattamento dell'ernia iatale e della malattia da reflusso.**

AUTORI

Antonello Cuttitta, Domenico Greco, Antonio Merla, Elisabettamaria Frongillo, Marco Turchini  
 Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" IRCCS  
 S.C. Chirurgia II Toraco Polmonare  
 Resp: Dr. Marco Turchini

INTRODUZIONE

Il confezionamento di una plastica antireflusso e/o iatoplastica con tecnica laparoscopica convenzionale costituisce a tutt'oggi il golden standard nel trattamento chirurgico della malattia da reflusso refrattaria a terapia medica con o senza ernia iatale. L'indicazione all'utilizzo della tecnologia robotica in queste procedure non ha attualmente evidenziato, se non in esperienze limitate (1), sostanziali vantaggi a fronte di tempi operatori prolungati e maggiori costi relativi alla gestione del sistema robotico e della strumentario dedicato. Se quindi fattibilità e sicurezza della procedura robotica sono state ampiamente validate dalle numerose esperienze pubblicate (1,2), la plastica antireflusso robotica non è riuscita a proporsi come reale alternativa alla tecnica laparoscopica classica(3,4). Tuttavia da ultimi dati di Letteratura, i noti vantaggi della tecnica robotica in termine di visione magnificata, filtrazione del tremore, articolabilità degli strumenti e precisione del gesto chirurgico potrebbero garantire una maggiore efficacia in casi selezionati come nelle voluminose ernie iatali o nella re-do fundoplication per fallimento di pregresso intervento antireflusso e/o recidiva sintomatica di ernia iatale.(5,6)

METODI

Dal 2001 al 2016 sono stati eseguiti presso la nostra struttura 246 interventi di plastica antireflusso laparoscopica secondo Nissen Rossetti. In 16 (6.5%) casi si è trattato di reinterventi per recidiva sintomatica di ernia iatale e/o di malattia da reflusso. Nella nostra limitata esperienza robotica, iniziata nel 2016, supportata dalla consolidata esperienza laparoscopica appena descritta, abbiamo eseguito 26 interventi di plastica antireflusso (22 Nissen Rossetti e 4 Dor). Di questi 4 sono stati eseguiti in pazienti in precedenza sottoposti in altre sedi a analogo intervento antireflusso. In un caso, al riconfezionamento della plastica antireflusso è stata associata una miotomia extramucosa sec Heller a causa di una acalasia esofagea in precedenza misconosciuta. Ulteriori 10 plastiche sec Dor sono state confezionate successivamente a miotomia extramucosa per acalasia esofagea.

RISULTATI

Nella nostra limitata serie robotica, non abbiamo riscontrato significative differenze in morbilità perioperatoria e durata della ospedalizzazione nel confronto con le analoghe procedure eseguite con tecnica mininvasiva classica. Comprensibilmente meno agevole è stato eseguire controlli endoscopici intraoperatori nel corso di interventi robotici. Nei casi di redo fundoplication robotica come in ernie paraesofagee o particolarmente voluminose, abbiamo potuto notare il vantaggio di una più precisa dissezione tissutale in presenza di importante componente adiposa migrata nel sacco erniario o in campi operatori precedentemente trattati rispetto a quelle effettuate con tecnica laparoscopica convenzionale. In tre dei quattro casi di redo fundoplication si è confezionata una plastica sec DOR in quanto i pazienti presentavano importante sintomatologia disfagica con pattern motorio manometrico ad impronta ipocinetica. In uno dei casi con fundoplicatio pregressa confezionata in laparotomia, e' stato reputato utile eseguire un primo approccio laparoscopico per effettuare una estesa lisi aderenziale che permettesse il posizionamento degli accessi robotici secondo lo schema

standard. Ciò per evitare siti di accesso atipici che avrebbero potuto determinare conflitti di movimento tra i bracci robotici.

#### DISCUSSIONE

Il tempo operatorio è stato superiore negli interventi robotici eseguiti all'inizio della nostra esperienza sia a causa della curva di apprendimento dell'operatore che del personale di sala operatoria per la preparazione e il docking del cart robotico. Questi tempi si sono gradualmente ridotti con il progredire della esperienza. Nei reinterventi robotici il tempo operatorio è risultato invece sovrapponibile a quello dei reinterventi eseguiti con tecnica laparoscopica convenzionale. La tecnica oltre che fattibile è risultata sicura senza morbidità perioperatoria. Nessuna conversione in tecnica classica o in laparotomia. Si conferma che la dissezione robotica effettuata sotto visione magnificata in condizioni complesse garantisce un'operatività più agevole per l'operatore

#### BIBLIOGRAFIA

- 1)Frazzoni M., Conigliaro R., Colli G, Melotti G.: Conventional vs robot-assisted laparoscopic Nisse fundoplication: a comparison of postoperative acid reflux parameters. Surg End (2012) 26:1675-1681
- 2)Jun Mi, Yingxin Kang, Xiao Chen, Bingjun Wang, Zhiping Wang: Whether robot-assisted laparoscopic fundoplication is better for gastroesophageal reflux disease in adult: a systematic review and meta-analysis. Surg End (2010) 24:1803-1814
- 3)Makar S.R., Karthikesalingam A.P., Hagen M.E. et al: Robotic vs laparoscopic Nissen fundoplication for gastro-oesophageal reflux disease. a systematic review and meta-analysis, Int J Med Robot. 2010 Jun;6(2):125-31
- 4)Owen B., Simorov A., Siref A, Shostrom V, Oleynikov D: How does robotic anti-reflux surgery compare with traditional open and laparoscopic techniques: a cost and outcomes analysis. Surg Endosc. 2014 May;28(5):1686-90
- 5)Tolboom RC, Draaisma WA, Broeders IA. Evaluation of conventional laparoscopic versus robot-assisted laparoscopic redo hiatal hernia and antireflux surgery: a cohort study. J Robot Surg. 2016 Mar;10(1):33-9.
- 6)Mertens AC, Tolboom RC, Zavrtanik H, Draaisma WA, Broeders: Morbidity and mortality in complex robot-assisted hiatal hernia surgery: 7-year experience in a high-volume center. Surg Endosc. 2018 Oct 22 doi: 10.1007/s00464-018-6494-4. [Epub ahead of print]

ID ABSTRACT

235

Speaker

D'ALESSIO      ROSSELLA

ARGOMENTO

Chirurgia Bariatrica

**TITOLO DEL LAVORO****Il bypass gastrico a singola anastomosi come intervento di conversione dopo fallimento di una procedura primaria restrittiva**

AUTORI

V. Bruni, I. F. Gallo, G. Spagnolo, D. Borzomati, R. D'Alessio.

INTRODUZIONE

Il bypass gastrico a singola anastomosi (OAGB), realizzato per la prima volta da Rutledge nel 1997, è una tecnica chirurgica associata a risultati eccellenti in termini di calo ponderale e risoluzione delle comorbidità correlate all'obesità (ipertensione, dislipidemia, OSAS, diabete) con basso tasso di complicanze. Può essere proposto inoltre come intervento di conversione in caso di fallimento di una procedura primaria restrittiva. L'obiettivo del nostro studio retrospettivo è dimostrarne sicurezza ed efficacia.

METODI

In questo studio sono stati analizzati 67 pazienti sottoposti a OAGB presso il nostro centro in seguito a fallimento di un precedente intervento restrittivo. E' stato quindi valutato il follow-up ad 1 mese di tutti i pazienti, a 3 mesi per 61 pazienti (91%) e a 6 mesi per 45 pazienti (67,2%). Per ciascun paziente sono stati esaminati il tipo di chirurgia primitiva, la degenza ospedaliera, il tasso di complicanze; abbiamo quindi valutato il calo ponderale ottenuto, in termini di variazione dell'indice di massa corporea (BMI) e percentuale di perdita del peso in eccesso (EWL%), a 3 e 6 mesi dall'intervento, ove possibile.

RISULTATI

Da Marzo 2014 a Dicembre 2018, 67 pazienti (età media:50anni; range:24-69; M: 10; F: 57; BMI medio pre Re-do: 41.4; range:29-60; durata media intervento 88.66min; range:40-141min) sono stati sottoposti a OAGB con tecnica laparoscopica. In tutti i casi è stato utilizzato il protocollo ERAS (non posizionati drenaggi addominali né mantenuto sondino naso-gastrico al termine dell'intervento). Il controllo intraoperatorio con blu di metilene è risultato sempre negativo. In nessun caso è stato eseguito RX transito gastrointestinale predimissione. Gli interventi chirurgici primitivi erano: bendaggio gastrico (LAGB) in 51 pazienti, sleeve gastrectomy (LSG) in 10 pazienti, gastroplastica verticale (VGB) in 4 pazienti, plicatura gastrica (GP) in 2 pazienti. La dimissione è avvenuta entro 48h dall'intervento in 58 pazienti (86.5%).

DISCUSSIONE

Il tasso di complicanze precoci è stato del 8,9% (Clavien Dindo III/IV). La mortalità è stata assente. A 3 mesi il BMI medio è risultato uguale a 33,83 (range:25,39-44,98), l'%EWL medio a 38,03%(range:10,24-64,29) e in 13 pazienti (21.31%) è stata superiore al 50%. Nei 45 pazienti rivalutati a 6 mesi il BMI medio è risultato uguale a 30,92(range:22,85-42,16), l'%EWL medio a 53,69% (range:22,39-87,5) e in 24 pazienti (53.3%) è stata superiore al 50%. Pertanto analizzando i dati ottenuti presso il nostro centro possiamo definire l'OAGB come valida proposta nei pazienti che sperimentano un recupero ponderale e/o una mancata remissione delle comorbidità.

BIBLIOGRAFIA

I tumori maligni mesodermali misti (MMMt, chiamati anche tumori maligni Mulleriani misti ed indicati nella classificazione della WHO dei tumori del tratto genitale femminile come carcinosarcomi), sono neoplasie rare che usualmente si sviluppano nell'utero e più raramente nell'ovaio. Le neoplasie extragenitali, incluso l'MMMt primario peritoneale, sono tumori estremamente rari ed aggressivi con pochissimi casi descritti in Letteratura.

Viene riportato il caso di una paziente di 70 anni che si è presentata alla nostra attenzione lamentando nausea e dolore addominale della durata di 6 mesi. La TAC preoperatoria ha rivelato una massa endoaddominale al di sotto del mesocolon trasverso delle dimensioni di circa 17 x 11,5 x 9,5 cm, strettamente adesa alla parete addominale ed infiltrante alcune anse intestinali. La pz. è stata sottoposta a rimozione chirurgica della massa en bloc con alcune anse tenuali e parte del colon dx, con anastomosi ileo-colica.

La maggior parte dei carcinosarcomi peritoneali originano dal peritoneo pelvico, e con incidenza decrescente dalla superficie sierosa del colon, dal retroperitoneo, dal peritoneo addominale anterolaterale e dall'omento. L'escissione chirurgica è descritta come il trattamento più efficace negli MMMt. In corso di intervento chirurgico dovrebbe sempre essere tentata la citoriduzione completa, fino allo stato di nessun segno di neoplasia residua macroscopicamente visibile.

Per via della rarità della malattia abbiamo a disposizione dati limitati riguardo il corretto trattamento degli MMMt. Le raccomandazioni sul trattamento di tale patologia sono basate solo sull'esperienza su singoli casi. Nel caso riportato, la paziente risulta in vita libera da malattia al follow-up a 32 mesi, e non è stata sottoposta ad alcun trattamento chemioterapico, sulla base del fatto che con le conoscenze attuali non è stato individuato nessuno efficace per il trattamento della patologia.



ID ABSTRACT

216

Speaker

DE SIMONE MICHELE

ARGOMENTO

Chirurgia Epato-Bilio-Pancreatica

**TITOLO DEL LAVORO****Pseudomixoma peritonei trattato mediante citoriduzione chirurgica e HIPEC: analisi dei parametri clinici e molecolari.**

AUTORI

Michele De Simone, MD – Unit of Surgical Oncology, Candiolo Cancer Institute, FPO - IRCCS  
 Manuela Robella, MD – Unit of Surgical Oncology, Candiolo Cancer Institute, FPO - IRCCS  
 Marco Vaira, MD – Unit of Surgical Oncology, Candiolo Cancer Institute, FPO - IRCCS

INTRODUZIONE

La citoriduzione chirurgica (CRS) associata a HIPEC risulta il trattamento standard dello pseudomyxoma peritonei (PMP). Scopo di tale studio è analizzare tale procedura identificando eventuali fattori prognostici clinici e patologici.

METODI

Sono stati analizzate 163 procedure eseguite in 143 pazienti affetti da PMP. È stata realizzata un'analisi dei profili genici e stromali in un sottogruppo di pazienti affetti da carcinomi peritoneali di origine appendicolare e colica.

RISULTATI

Il follow-up mediano è stato di 54 mesi. La mediana di sopravvivenza non è stata raggiunta, con un tasso di sopravvivenza a 5, 10 e 15 anni del 90%, 87% e 75%. In termini di sopravvivenza libera da malattia (DFS), la mediana non è stata raggiunta con DFS a 1, 5 e 10 anni dell'89%, del 65% e del 52%. All'analisi multivariata sulla sopravvivenza globale, la chemioterapia sistemica (sCT) neo-adiuvante e la classificazione WHO hanno avuto un impatto significativo. In termini di DFS, l'età, il coinvolgimento dei linfonodi e la sCT sono risultati gli unici parametri impattanti. La mortalità postoperatoria è risultata nulla. Il tasso di complicanze maggiori è stato del 22,1%. L'analisi dei profili genici ha identificato clusters a prognosi distinte; alla valutazione stromale, pazienti con score particolarmente alti o bassi sono risultati avere un più elevato tasso di recidiva. L'analisi GSEA ha mostrato diversi pathways attivi in pazienti con alto o basso score stromale (complemento, risposta infiammatoria, STK33 vs fosforilazione ossidativa, glicolisi, AKT).

DISCUSSIONE

La CRS associata a HIPEC si conferma lo standard terapeutico del PMP; la sCT risulta la variabile che più impatta sull'outcome. L'analisi genica/stromale identifica distinte popolazioni di pazienti con prognosi infausta, ma probabilmente con basi molecolari diverse, aprendo la strada allo sviluppo di marcatori prognostici e predittivi ed aiutando ad identificare i pazienti candidabili a trattamento sistemico.

BIBLIOGRAFIA



Speaker

DELLA CORTE MARCELLO

ARGOMENTO

Chirurgia d'Urgenza

**TITOLO DEL LAVORO****Occlusione intestinale da sclerosi peritoneale incapsulante.**

AUTORI

Marcello Della Corte, Gianluca Orio, Anna Pollio , Anna Lucia Forner\*\*, Antonio Maschio, Marco Scorzelli e Mariano Fortunato Armellino

AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona - Salerno

\*\* AORN "A. Cardarelli" - Napoli

INTRODUZIONE

La sclerosi peritoneale incapsulante costituisce una rara causa di occlusione intestinale. Il meccanismo patogenetico di tale patologia è stato attribuito alla liberazione di citokine fibrogeniche che stimolerebbero il deposito di materiale fibrino-simile sul peritoneo. Tuttavia le esatte cause sono tuttora incerte. Sono state descritte forme idiopatiche e forme secondarie. Tra queste ultime la più frequente è quella che interessa individui in trattamento con dialisi peritoneale, nei quali è stata osservata una correlazione tra la durata della dialisi e l'insorgenza di tale complicanza. Tra gli altri fattori di rischio sono stati implicati i beta bloccanti, la clorexidina, lo iodio povidone, le soluzioni biocompatibili per dialisi e gli stessi cateteri.

Gli autori presentano due rari casi di occlusione intestinale da sclerosi peritoneale incapsulante in pazienti non sottoposti a dialisi peritoneale.

METODI

Sono giunti alla nostra osservazione due casi di occlusione intestinale da sclerosi peritoneale incapsulante.

Caso 1: maschio di 38 anni in buone condizioni fisiche, palestrato, si ricovera per occlusione intestinale. All'anamnesi pregresso bendaggio gastrico, rimasto in situ dopo la rimozione del reservoir sottocutaneo; nega l'assunzione di anabolizzanti. Alla TAC quadro di occlusione intestinale. Alla laparotomia le anse di tenue erano tutte conglobate e bloccate da una spessa cotenna e si repertava il catetere del banding in addome; si liberava il tenue dalle cottenne e si rimuoveva il banding.

Caso 2: maschio di 44 anni, etilista, tossicodipendente dall'età di 16 anni, Epatopatia HCV correlata ed HCC con trombosi portale, varici esofagee e piastrinopenia. Giunge di PS per dolori addominali con alvo chiuso a feci e gas. All'esame obiettivo l'addome era dolente alla palpazione e si apprezzano due tumefazioni dolenti al fianco – ipocondrio destro e sinistro.

Alla Tac Addome si evidenzia un quadro da occlusione intestinale caratterizzato da due voluminose masse in fianco – ipocondrio destro e sinistro con anse ileali a contenuto fecale, come da ernie interne. La laparotomia evidenziava tenaci cottenne che avvolgevano in due grosse tumefazioni tutto l'ileo determinando un quadro occlusivo; inoltre il colon trasverso era fuso con lo stomaco e non si visualizza il sigma, sempre a causa di queste cottenne. Si procedeva a lisi delle cottenne e a liberazione di tutto il tenue.

RISULTATI

Il decorso postoperatorio di entrambi i pazienti è stato regolare, con rapida ripresa della canalizzazione e dimissione al domicilio in settimana giornata postoperatoria. Al follow up non sono stati segnalati problemi.

DISCUSSIONE

Tra le molteplici cause di occlusione intestinale, la sclerosi peritoneale incapsulante, rappresenta una rara causa, prevalentemente osservata in pazienti in dialisi peritoneale. Il primo caso presentato è una rarissima complicanza tardiva di bendaggio gastrico ed ha una patogenesi irritativa molto simile a quelle da dialisi peritoneale; il secondo caso invece la formazione delle cottenne peritoneali potrebbe essere ascrivibile a peritoniti batteriche spontanee in epatopatico cronico. Pertanto tra le forme secondarie di occlusione, in pazienti non in dialisi peritoneale, va tenuta presente questa rarissima causa sia per le caratteristiche radiologiche che cliniche.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alatab S., et al: Risk factors of severe peritoneal sclerosis in chronic peritoneal dialysis patients. *Renal Failure*, 2017;39(1);32-39
2. Pan JJ et al: Sclerosing encapsulating peritonitis. *Gastroenterol Insights* 2012; 4:e3
3. Tannoury J et al: Idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis: abdominal cocoon *World J Gastroenterol* 2012;7,18(17):1999-2004
4. Starnes C, et al: Words of Caution Regarding Adjustable Gastric Band Tubing CRSLs e2015. 00017. DOI: 10.4293/CRSLs.2015.00017.
5. Kyung-Deuk H et al: Encapsulating peritoneal sclerosis: case series from a university center. *Korean J Int Med* 2013;28:587-593
6. Frost et al. Abdominal cocoon: idiopathic sclerosing encapsulating peritonitis. *BMJ Case Rep* 2015.doi:10.1136/bcr-2014-207524
7. Tarzi RM, et al: Assessing the validity of an abdominal CT scoring system in the diagnosis of encapsulating peritoneal sclerosis *Clin J Am Soc Nephrol*. 2008 Nov; 3(6): 1702–1710.

T. Di Cesare MD1, C. Morano MD1, F. Cilurso MD1, T. Neri MD1, A. Scarinci MD1, I. Mischischi MD2, S. Taccogna MD3, R. Guglielmi MD2, E. Papini MD2, A. Liverani MD1.

1. Dipartimento di Chirurgia Generale, Ospedale Regina Apostolorum, Albano L., Roma, Italia.
2. Dipartimento di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Ospedale Regina Apostolorum, Albano L., Roma, Italia.
3. Dipartimento di Anatomia Patologica, Ospedale Regina Apostolorum, Albano L., Roma, Italia.

Il linfoma MALT non gastrico può insorgere su vari siti anatomici come sulle ghiandole parotidi e salivari (18-26%), occhi (7-14%), testa e collo (11%), polmone (8%) e ghiandola mammaria (2-3%). L'incidenza del linfoma tiroideo primario è maggiore nei pazienti con disturbi autoimmuni e di solito insorge su tiroidite di Hashimoto. Quindi, anche se si tratta di una malattia rara, deve essere considerata nella diagnosi differenziale delle lesioni tiroidee perché la sua identificazione preoperatoria può portare a una cura completa con il trattamento chirurgico.

Scopo del nostro lavoro è descrivere un caso insolito di linfoma MALT su malattia di Graves e l'efficacia della sua diagnosi preoperatoria con l'uso di ecografia tiroidea (US), citoaspirazione con ago sottile (FNAC) e biopsia centrale con ago (CNB).

Si tratta di una donna italiana di 43 anni affetta da morbo di Basedow dal 2015 ed in trattamento medico con metimazolo (20 mg / die) che ha fornito un discreto controllo dell'ipertiroidismo per diversi mesi.

Nel giugno 2017 la paziente è stata indirizzata all'ambulatorio del nostro ospedale per un controllo clinico. Non si lamentava di sintomi generali. L'ecografia (US) ha dimostrato un diffuso aumento volumetrico della ghiandola tiroidea con aspetto leggermente ipoecogeno ed un nodulo solido, ipoecogeno di 21 x 14 x 16 mm con margini abbastanza regolari. Sulla base delle linee guida è stato eseguito un FNAC che ha fornito un campione citologico caratterizzato da colloidi scarsi, tirociti rari, numerosi linfociti di piccole e medie dimensioni e alcuni linfociti plasmocitoidi. Poiché il campione era suggestivo ma non definitivamente diagnostico per tiroidite cronica autoimmune, dopo un mese è stato eseguito un CNB che ha portato a un campione micro-istologico diagnostico per un processo parenchimale linfoproliferativo. La valutazione immunoistochimica ha rivelato positività per CD43, CD3, CD5, CD4 con elementi CD8 rari. Erano presenti anche elementi immunofenotipizzati B. Nell'ottobre 2017 la paziente è stata sottoposta a tiroidectomia totale. L'esame patologico della ghiandola ha confermato la presenza di un tumore di 2 cm costituito da popolazione linfoide polimorfa CD20 + CD3- (CD3 + in componente T) CD5-.-. Questi risultati, la distruzione dell'architettura normale della ghiandola tiroidea indotta dalle cellule linfoidi e i risultati della citometria a flusso (restrizione della catena leggera kappa) hanno confermato la diagnosi di linfoma Malt. La scansione PET / TC e l'esame endoscopico del tubo digerente hanno escluso ulteriori localizzazioni della malattia. Secondo il sistema di stadiazione di Ann Arbor, la diagnosi conclusiva è stata di Linfoma Malt stadio I. Nessuna evidenza di recidiva era presente al follow-up a sei mesi.

Il linfoma MALT della tiroide è una neoplasia rara che rappresenta circa lo 0,6% di tutti i tumori della tiroide e meno del 2% dei linfomi extranodali. Il linfoma della zona marginale extranodale tiroidea primario viene di solito diagnosticato tra il 5° e il 7° decennio di vita e si verifica quasi sempre sullo sfondo della tiroidite cronica linfocitica (tiroidite di Hashimoto).

La storia naturale della malattia dovrebbe coinvolgere la stimolazione cronica della ghiandola spesso associata a malattie autoimmuni e infiltrazione linfocitaria. La diagnosi

preoperatoria del linfoma tiroideo è generalmente difficile in assenza di segni o sintomi clinici e il presente caso è interessante perché ha mostrato alcune caratteristiche insolite:

- L'associazione tra linfoma MALT e malattia di Graves è estremamente rara e quasi tutti i casi riportati riguardano pazienti giapponesi. Il nostro paziente è il secondo caso diagnosticato in Europa. Quindi nei pazienti affetti da Graves il linfoma tiroideo è raramente considerato nella diagnosi differenziale dei noduli tiroidei;
- Il linfoma della tiroide è spesso difficile da differenziare dalla tiroidite cronica all'esame ecografico. Il linfoma nodulare ha un pattern ipoecogeno e il confine tra linfoma e tessuto non linfomatoso è solitamente lobulato o irregolare mentre nel nostro caso il linfoma aveva un confine distinto e regolare. Questi risultati erano coerenti con un nodulo tiroideo a rischio intermedio e non erano predittivi di una lesione linfomatosa;
- FNAC ha un ruolo consolidato nella gestione dei noduli tiroidei e dei gozzi ma spesso è inconcludente nella diagnosi differenziale tra tiroidite e linfoma. In questo caso i reperti citologici non erano diagnostici e la natura del nodulo è stata stabilita in modo affidabile solo con il campione micro-istologico ottenuto con biopsia ecoguidata.

#### DISCUSSIONE

L'importanza di una diagnosi preoperatoria tempestiva è rilevante nella gestione del linfoma tiroideo. Questo è il secondo caso europeo di linfoma MALT primitivo della tiroide in pazienti con malattia di Graves. L'esame clinico, l'ecografia e l'esame citologico ECO-guidato non hanno fornito una diagnosi conclusiva della lesione nodulare sulla ghiandola tiroide iperfunzionante. La colorazione immunohistochimica e la citometria a flusso su un campione micro-istologico ottenuto con biopsia ecoguidata sono stati fondamentali per la diagnosi differenziale. Questa procedura ha permesso una corretta indicazione chirurgica ed un trattamento appropriato per la paziente diminuendo il rischio di ritardo diagnostico e la probabilità di un secondo intervento chirurgico definitivo.

#### BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

284

Speaker

DI FRONZO PASQUALE

ARGOMENTO

Chirurgia d'Urgenza

**TITOLO DEL LAVORO**

**Plastica laparoscopica con posizionamento di rete per ernia diaframmatica post-traumatica, un caso clinico.**

AUTORI

Pasquale Di Fronzo (DM Chirurgia Generale Perrino, Brindisi) , Eleonora Guaitoli(DM Chirurgia Generale Perrino, Brindisi), Giangabriele Calò(DM Chirurgia Generale Perrino, Brindisi), Luca Vitale(DM Chirurgia Generale Perrino, Brindisi), Giuseppe Manca(Direttore Chirurgia Generale Perrino, Brindisi)

INTRODUZIONE

La rottura del diaframma è una complicanza rara conseguente ad un trauma toraco-addominale e può rimanere misconosciuta anche per diversi anni. Presentiamo il caso di una rottura dell'emidiaframma destro secondaria a trauma toraco-addominale occorso 12 mesi prima e rimasto misconosciuto, il trattamento è consistito in una alloplastica laparoscopica.

METODI

Una paziente di 80 anni giunge alla nostra attenzione per algie toraco-addominali ed ematoma in emitorace destro conseguenti a trauma toracico minore. In anamnesi presentava trauma toraco-addominale occorso circa 12 mesi prima; presentava inoltre obesità, fibrillazione atriale cronica e broncopatia cronica. All'esame obiettivo si auscultavano borborigmi intestinali in campo toracico inferiore destro e dolore alla digitopressione dell'emicostato destro. I parametri vitali erano stabili ed una TC torace-addome evidenziava frattura scomposta dell'arco posteriore dell'ottava costa destra ed un'ernia diaframmatica il cui contenuto era rappresentato da omento ed intestino tenue. Data la cospicua quantità di anse ileali ed il rischio di strozzamento si poneva indicazione all'intervento chirurgico.

RISULTATI

Previa anestesia generale e posizionamento di 2 trocar da 12mm e 2 trocar da 5 mm si esplorava la cavità addominale e si evidenziava breccia erniaria con porta di circa 10 cm. Dopo riduzione dei visceri in addome si effettuava plastica dell'emidiaframma destro con posizionamento di mesh in derma bovino cross-linkata. Il decorso post operatorio è stato caratterizzato da un addensamento polmonare destro, evidenziato con TC torace di controllo, e da episodi di fibrillazione atriale ad alta frequenza trattati con terapia medica. La paziente è stata dimessa 10 giorni dopo l'intervento chirurgico.

DISCUSSIONE

La rottura diaframmatica deve essere sempre considerata tra le possibili complicanze di un trauma toraco-addominale. L'approccio mini-invasivo può essere considerato possibile e sicuro anche per una migliore ripresa post-operatoria.

BIBLIOGRAFIA



ID ABSTRACT	145
Speaker	DI FURIA MARINO
ARGOMENTO	Chirurgia Bariatrica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Angiografia intraoperatoria con verde di indocianina per la Sleeve Gastrectomy laparoscopica: risultati preliminari</b>
AUTORI	Di Furia M, Salvatorelli A, Romano L, Brandolin D, Giuliani A, Cianca G, Schietroma M, Carlei F  Chirurgia Generale Universitaria Ospedale San Salvatore L'Aquila
INTRODUZIONE	L'angiografia intraoperatoria con verde di indocianina (ICG) è una metodica applicata di routine in numerosi interventi laparoscopici per valutare la vascolarizzazione tissutale. Un settore di applicazione promettente potrebbe essere rappresentato dalla chirurgia bariatrica, in particolare nella valutazione del rischio di fistola gastrica dopo Sleeve Gastrectomy laparoscopica (LSG), che sembra essere correlata tra gli altri a ischemia delle pareti del tubulo gastrico.
METODI	Venti pazienti sottoposti consecutivamente da Gennaio a Settembre 2018 a LSG con iniezione e.v. dopo aver completato la tubulizzazione gastrica di 5 ml di verde di indocianina (diluito in 10 ml di soluzione per preparazioni iniettabili) per valutare la vascolarizzazione del tubulo.
RISULTATI	In tutti e venti i pazienti non abbiamo riscontrato effetti collaterali legati alla somministrazione di ICG. La vascolarizzazione dello stomaco è stata valutata come "soddisfacente" lungo la linea di sutura in tutti i pazienti. Nonostante ciò, 1 paziente ha evidenziato segni e sintomi sospetti per fistola gastrica in 5 giornata postop. e la diagnosi è stata confermata da una TC con Gastrografin.
DISCUSSIONE	Dai dati preliminari in nostro possesso, la visualizzazione intraoperatoria della vascolarizzazione del tubulo gastrico non sembra influire riguardo il rischio di fistola gastrica, suggerendo una eziologia multifattoriale complessa (ipertensione intragastrica? Risposta infiammatoria anomala?) che necessiterà di ulteriori indagini.
BIBLIOGRAFIA	

ID ABSTRACT

286

Speaker

DI SALVO MARIA

ARGOMENTO

Chirurgia Colo-Rettale

**TITOLO DEL LAVORO****Trattamento conservativo di fistole anali complesse con utilizzo di cellule staminali autologhe di derivazione adiposa (Mysistem EVO Technology)**

AUTORI

Authors: M. Di Salvo, R. Laforgia, F. Perrone, G. Balducci, P. Lobascio  
Chirurgia Generale Universitaria e d'Urgenza " V. Bonomo"- Policlinico di Bari

INTRODUZIONE

Le cellule staminali derivate dal tessuto adiposo (CSTA) sono multipotenti e sono state testate per le fistole nel morbo di Crohn. L'uso di trapianto autologo di CSTA per una fistola perianale complessa è una tecnica sphincter-preserving per evitare rischi di incontinenza fecale.

METODI

Paziente di 77 anni con pregresso ascesso perianale drenato chirurgicamente esteso al gluteo sinistro, con evidenza di orifizio fistoloso esterno (OFE) a ore 5, tramite fistoloso di circa 5-6 cm, senza identificazione di orifizi fistolosi interni (OFI). L'ecografia transanale 3D conferma il quadro obiettivo. La RMN evidenzia una raccolta fluida ascessuale alle ore 5 da cui si dipartono un tramite transfinterico fino al solco intergluteo sinistro ed uno a decorso orizzontale, con termine a fondo cieco a livello del muscolo otturatore interno sinistro. Il tramite è stato quotidianamente lavato con acqua ossigenata e soluzione fisiologica fino a scomparsa della secrezione purulenta. Il paziente viene candidato pertanto ad intervento chirurgico conservativo, caratterizzato da un tempo addominale: incisione paraombelicale destra, liposuzione di circa 8cc di materiale adiposo e processazione delle cellule adipose tramite dispositivo MYSTEM® e un tempo perineale che ha previsto l'identificazione dell' OFE, brushing, curettage e lavaggio del tramite e iniezione del preparato nel tessuto sottocutaneo perifistoloso, in direzione del presunto OFI. Il restante preparato, su scaffold di fisiologica, viene iniettato nel tramite e successiva chiusura dell'OFE con punto riassorbibile. La procedura non ha presentato complicanze peri o post operatorie.

RISULTATI

Il paziente è stato sottoposto a stretto follow-up, eseguendo visita, anoscopia ed ecografia transanale che hanno mostrato completa risoluzione e chiusura del tramite fistoloso.

DISCUSSIONE

Il tessuto adiposo è un'eccellente fonte di cellule staminali ideale per il trattamento di fistole nel morbo di Crohn, per le capacità antinfiammatorie e immunomodulatrici. L'uso di CSTA potrebbe essere una nuova tecnica sphincter-preserving per il trattamento di fistole anali alte o/e complesse, al momento off label.

BIBLIOGRAFIA



S. Drago<sup>1</sup>, M. Saturno<sup>2</sup>, P. Di Santo<sup>1</sup>, A. Morlino<sup>1</sup>, M.T. Rossi<sup>1</sup>, F. Bagnardi<sup>1</sup>, M.G. Notarangelo<sup>3</sup>, A. Costantino<sup>3</sup>, B. Tedesco<sup>4</sup>, D. Bilancia<sup>4</sup>.  
 1 UOC Chirurgia Senologica, AOR San Carlo, Potenza  
 2 UOSD Chirurgia Plastica, AOR San Carlo Potenza  
 3 UOC Chirurgia Generale e Oncologica, ASL RM1-Presidio Ospedaliero San Filippo Neri, Roma  
 4 UOC Oncologia, AOR San Carlo, Potenza

La chemioterapia è parte integrante del trattamento multimodale del cancro mammario, sia come terapia adiuvante, dopo il trattamento chirurgico, che come terapia neoadiuvante. Le reciproche relazioni tra chirurgia e chemioterapia, per quel che riguarda timing e complicanze chirurgiche sono state ampiamente trattate in letteratura(21), ma poca attenzione è stata rivolta alla specifica problematica delle mastectomie skin-reducing che notoriamente presentano una maggiore incidenza di complicanze(3,4).  
 Abbiamo condotto una revisione retrospettiva della nostra esperienza di mastectomie skin-reducing ed analizzato i risultati in termini di complicanze in relazione al trattamento chemioterapico e al suo timing.

E' stato condotto uno studio retrospettivo su dati ricavati da un data base prospettico. Il gruppo in esame è rappresentato da una serie consecutiva di 68 donne sottoposte a un totale di 72 mastectomie skin-reducing e ricostruzione immediata con protesi definitiva. Tali pazienti sono state trattate da un singolo chirurgo nel periodo dal dicembre 2009 al dicembre 2018. Sono state considerate la associazione o meno di chemioterapia ed il suo timing, età, BMI, abitudine al fumo, addizionale chirurgia (trattamento dell'ascella, chirurgia controlaterale allo stesso tempo). Il trattamento chemioterapico è stato deciso all'interno del gruppo multidisciplinare sulla base delle linee guida correnti. Per l'analisi delle complicanze, le pazienti sono state suddivise in tre gruppi: gruppo A nessun trattamento chemioterapico, gruppo B trattamento chemioterapico adiuvante, gruppo C trattamento chemioterapico neoadiuvante. Per ciascuna delle pazienti si è valutata la presenza di complicanze, suddivise in minori o maggiori. Sono state considerate come complicanze maggiori quelle che comportavano un reintervento o anche ripetuti accessi per medicazioni avanzate e che comportassero un tempo di guarigione prolungato, superiore alle 4 settimane. Per le pazienti sottoposte a Chemioterapia è stato considerato il tempo intercorrente tra questa e il trattamento chirurgico.

Delle 68 pazienti, 23 non sono state sottoposte a chemioterapia, 27 avevano ricevuto un trattamento chemioterapico neoadiuvante e 18 hanno ricevuto un trattamento adiuvante. Abbiamo riscontrato un totale di 19 complicanze (27,9%) di cui 12 minori e 7 maggiori (10,3%). In tre pazienti si è dovuto rimuovere la protesi (4,4%). L'incidenza di complicanze complessive e maggiori in relazione ai trattamenti chemioterapici è stata del 21,7% e 8,7% (gruppo A); 33,3% e 11,1% (gruppo B, p 0,52); 27,8% e 11,1% (gruppo C, p 0,72). Il timing della chirurgia dopo chemioterapia neoadiuvante è stato mediamente di 41 giorni (range 22-95) e il tempo di attesa non ha influito sulla comparsa di complicanze (tempo di attesa medio in pazienti con complicanze 47 giorni, range 28-75). Il timing della chemioterapia dopo chirurgia non è stato ritardato in media nelle pazienti che non avevano presentato complicanze o che avevano presentato complicanze minori (media 41 e 46 giorni) mentre le pazienti che avevano presentato complicanze maggiori hanno avuto la chemioterapia posticipata di oltre 8 settimane ed in una paziente il trattamento non è stato più consigliato per l'eccessivo ritardo (oltre le

	12 settimane).
DISCUSSIONE	La mastectomia skin-reducing con ricostruzione definitiva immediata e adeguamento controlaterale rappresenta una buona soluzione chirurgica per donne con mammelle grandi e ptosiche e che necessitano di una mastectomia. Tale intervento è notoriamente gravato da un maggior rischio di complicanze, legate a fattori tecnici e a condizioni della paziente. La chemioterapia non influisce sull'incidenza di complicanze post-operatorie, ma per ovviare a possibili ritardi nell'inizio del trattamento adiuvante in caso di complicanze maggiori, è preferibile, quando indicato, procedere e completare un trattamento chemioterapico neoadiuvante.
BIBLIOGRAFIA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Marco Colleoni, Richard D. Gelber: Time to Initiation of Adjuvant Chemotherapy for Early Breast Cancer and Outcome: The Earlier, the Better? JCO 2014; 32(8):717-719</li> <li>2. R. Harmeling, C.A.E. Kouwenberg, E. Bijlard, et al.: The effect of immediate breast reconstruction on the timing of adjuvant chemotherapy: a systematic review. Breast Cancer Res Treat 2015; 153:241–251</li> <li>3. Maurizio B. Nava, Umberto Cortinovis, Joseph Ottolenghi, et al.: Skin-Reducing Mastectomy. Plast Reconstr Surg 2006; 118:603-610</li> <li>4. Roy De Vita, Marcello Pozzi, Giovanni Zoccali, et al.: Skin-reducing mastectomy and immediate breast reconstruction in patients with macromastia. J Exper Clin Cancer Res 2015; 34:120-131</li> </ol>

ID ABSTRACT

76

Speaker

ELBETTI                      CLAUDIO

ARGOMENTO

Chirurgia Colo-Rettale

**TITOLO DEL LAVORO**

**La single pile haemorrhoid classification: un nuovo strumento per la classificazione della patologia emorroidaria utile per il confronto tra tecniche chirurgiche**

AUTORI

Claudio Elbetti<sup>1</sup>, Iacopo Giani<sup>1,2</sup>, Filippo Caminati<sup>3</sup>, Tiku Zalla<sup>2</sup>, Marco Calussi<sup>4</sup>, Paolo Dreoni<sup>1,2</sup>, Giuseppina Talamo<sup>1</sup>, Stefano Cantafio<sup>2</sup>, Francesco Feroci<sup>2</sup>, Marco Scatizzi<sup>5</sup>.

1. SOSD Proctologia – USL Toscana Centro
2. SOC Chirurgia Generale, Ospedale Santo Stefano (Prato) - USL Toscana Centro
3. Libero Professionista
4. UOC Chirurgia Generale, Ospedale La Gruccia (Montevarchi) - USL Toscana Sud Est
5. SOC Chirurgia Generale, Ospedale Santa Maria Annunziata (Firenze) - USL Toscana Centro

INTRODUZIONE

L'obiettivo è di confrontare la Classificazione di Goligher con la Single Pile Hemorrhoid Classification (SPHC) col fine di evidenziare le deficienze ed i limiti legati all'uso della Classificazione di Goligher ed i possibili vantaggi derivanti dall'impiego di questa nuova classificazione.

METODI

SPC considera il numero di pile patologici (N), il Grado di ciascun pile interno patologico e l'eventuale presenza di:  
(F) - Pile fibroso anelastico o ridondante  
(E) - Eversione della linea dentata o congestione del pile  
(S) - Marische non tollerate dal paziente

RISULTATI

Nel periodo compreso tra settembre 2010 e dicembre 2012, sono stati valutati 197 pazienti consecutivi. Nel contesto dei pazienti definiti di III grado secondo Goligher l'80.5% dei pile appartenevano al III grado mentre tra i pazienti definiti di IV grado solo il 40.3% dei pile patologici erano di IV grado ( $p < 0.001$ ).  
Riguardo ai parametri anatomico-clinici F, E ed S secondo SPHC, F era presente nel 18.3%, ES nel 46.2% dei casi.

DISCUSSIONE

La classificazione di Goligher ha dimostrato di essere uno strumento inadeguato per valutare i risultati di una procedura chirurgica in particolare nel caso vengano considerati pazienti appartenenti ai gradi III e IV. Di contro SPHC ha evidenziato essere uno strumento sia descrittivo che di confronto estremamente valido dei pazienti affetti da patologia emorroidaria.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

75

Speaker

ELBETTI                      CLAUDIO

ARGOMENTO

Chirurgia Colo-Rettale

**TITOLO DEL LAVORO****Symptomatic pile tailored procedure: una nuova prospettiva di trattamento della patologia emorroidaria.**

AUTORI

Claudio Elbetti<sup>1</sup>, Iacopo Giani<sup>1,2</sup>, Filippo Caminati<sup>3</sup>, Tiku Zalla<sup>2</sup>, Marco Calussi<sup>4</sup>, Paolo Dreoni<sup>1,2</sup>, Giuseppina Talamo<sup>1</sup>, Eugenio Novelli<sup>3</sup>, Jacopo Martellucci<sup>5</sup>, Stefano Cantafio<sup>2</sup>, Francesco Feroci<sup>2</sup>, Marco Scatizzi<sup>6</sup>.

1. SOSD Proctologia – USL Toscana Centro
2. SOC Chirurgia Generale, Ospedale Santo Stefano (Prato) - USL Toscana Centro
3. Libero Professionista
4. UOC Chirurgia Generale, Ospedale La Gruccia (Montevarchi) - USL Toscana Sud Est
5. Chirurgia d'Urgenza AOU Careggi (Firenze)
6. SOC Chirurgia Generale, Ospedale Santa Maria Annunziata (Firenze) - USL Toscana Centro

INTRODUZIONE

Obiettivo del presente lavoro è stato di valutare il ruolo di un approccio tailored ai singoli pile patologici e l'impatto sui risultati chirurgici.

METODI

La strategia tailored, oggetto della valutazione di questo lavoro, ha l'obiettivo di trattare solo i pile patologici, ciascuno con tecniche chirurgiche scelte sulla base della Single Pile Hemorrhoid Classification (SPHC) considerando quindi il Grado di Goligher, la presenza di una componente fibrosa, anelastica o ridondante (F), la presenza di una componente esterna patologica (congestione del pile esterno oppure eversione della linea dentata-E) e la presenza di marischi non tollerate dal paziente (S).

Abbiamo trattato i pile di II e III grado senza F o ES con una semplice Emorroidopessi; con Emorroidopessi associata ad escissione della componente esterna i pazienti sempre di II e III grado con E o S; con una Emorroidectomia secondo Ferguson semichiusa i pile di III grado con F ed i pile di IV grado.

Obiettivo principale è stata la valutazione del dolore post operatorio misurato mediante il conteggio dei giorni di auto somministrazione di analgesici da parte dei pazienti (painkiller days-PKD).

Obiettivi secondari sono state la valutazione delle complicanze precoci (48h) e tardive (2-15 giorni), i giorni di ricovero, la riammissione per complicanze e le recidive.

RISULTATI

157 pazienti sono stati trattati in accordo alla Symptomatic pile tailored procedure. Nessuna differenza è stata evidenziata in termini di giorni di degenza tra le 3 procedure adottate. Il PKD è risultato aumentato in maniera proporzionale al numero di pile trattati ( $r=0.227$ ,  $p=0.006$ ).

Abbiamo registrato il 10.2% di complicanze precoci (tutte secondarie a ritenzione urinaria) ed il 7% di complicanze tardive con un solo caso di reintervento per sanguinamento. Ad un follow up medio di 16 mesi non vi è stata alcuna recidiva clinica.

DISCUSSIONE

Un approccio tailored ha dimostrato di essere efficace sia in termini di complicanze precoci che tardive ma soprattutto in termini di recidiva. La Single pile tailored treatment è risultata in conclusione un ottimo strumento per la pianificazione della migliore strategia da adottare non solo sul singolo paziente ma soprattutto sul singolo pile patologico.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

90

Speaker

FAGNI FRANCESCO

ARGOMENTO

Chirurgia Endocrina

**TITOLO DEL LAVORO**

**L'utilità del dosaggio del PTH intraoperatorio nell'iperparatiroidismo primario in base alla diagnosi preoperatoria e alla scelta chirurgica.**

AUTORI

FEROCI FRANCESCO, FAGNI NICCOLO', SCIPIONI FEDERICA, GUAGNI TOMMASO, PERINI DAVINA, GENZANO CHIARA, CALUSSI MARCO, VELLEI SAMANTHA, COPPOLA ANGELA, PETRUCCI ALVARO, SARNO ANTONIO, SCATIZZI MARCO, CANTAFIO STEFANO.

INTRODUZIONE

Lo scopo di questo studio è di valutare l'utilità del dosaggio del PTH intraoperatorio (Miami ioPTH) nei pazienti sottoposti a paratiroidectomia per iperparatiroidismo primitivo in base alla concordanza preoperatoria e alla strategia chirurgica

METODI

Sono stati analizzati 47 pazienti sottoposti a quattro tipi di intervento chirurgici: paratiroidectomia mini-invasiva open o video assistita, esplorazione del collo monolaterale o bilaterale. La strategia di intervento è stata modificata rispetto all'intervento programmato, in base al mancato calo del ioPTH quando eseguito o alla non soddisfazione ispettiva dell'operatore.  
I pazienti sono stati suddivisi in quattro gruppi in base alla concordanza preoperatoria fra almeno due esami di imaging ed all'utilizzo o meno del IOPTH

1. Concordanza preoperatoria + IOPTH: 16 pazienti
2. Concordanza preoperatoria e non IOPTH: 7 pazienti
3. Non concordanza preoperatoria + IOPTH: 12 pazienti
4. Non concordanza preoperatoria e non IOPTH: 12 pazienti

RISULTATI

Eccetto per la durata del ricovero non si evidenziano differenze statisticamente significative tra i gruppi esaminati. A distanza di 6 mesi si considerano non guariti 6 (12.7%) pazienti in cui i valori di calcemia e paratormone sono sopra al range di normalità. Nel gruppo 1 la percentuale di guarigione è stata del 87.5%, nel gruppo 2 del 71.4%, nel gruppo 3 del 83.3% e nel gruppo 4 del 100%

DISCUSSIONE

Indipendentemente dalla concordanza di imaging preoperatoria, utilizzando l'ioPTH, non si è riscontrato alcun vantaggio significativo né nella percentuale di cambio di strategia intraoperatoria né nel tasso di cura.  
Essenziale appare pertanto solamente la presenza di un team esperto nel valutare aspetto, taglia e localizzazione delle ghiandole patologiche.

BIBLIOGRAFIA

Nel corso del tempo l'ecografia è passata da avere un ruolo puramente diagnostico, appannaggio dei radiologi, a strumento indispensabile anche per il chirurgo senologo. In particolare, nella fase preoperatoria consente uno studio più approfondito delle caratteristiche mammarie e del rapporto neoplasia/mammella per guidare la strategia chirurgica. Nella fase intraoperatoria risulta utile per una maggiore precisione sulla localizzazione del nodulo anche se palpabile, consentendo una exeresi mammaria calibrata senza compromettere la radicalità oncologica<sup>1</sup>. Dalla letteratura si evince che l'ecografia intraoperatoria permette anche di ottenere un maggior numero di resezioni con free margins e ridurre quindi i reinterventi<sup>2</sup>.

Presso l'U.O. di Chirurgia Senologica della Breast Unit dell'Ospedale Bellaria di Bologna abbiamo a disposizione l'ecografo presso tutti i nostri ambulatori ed in sala operatoria da molti anni. L'equipe chirurgica ha acquisito il Diploma Siumb e SiS di ecografia mammaria. Abbiamo così potuto introdurre l'uso dell'ecografia nel planning preoperatorio, in sala operatoria e nel post-operatorio. Il planning pre-operatorio eseguito con supporto ecografico viene definito sulla base dell'esatta localizzazione della neoplasia e delle sue dimensioni e condiviso con la donna. Ciò acquista un valore rilevante quando si decide di eseguire un intervento oncoplastico con utilizzo di lembi di rotazione, ricentralizzazione del CAC o simmetrizzazione controlaterale. In sala operatoria l'ecografo viene sistematicamente utilizzato negli interventi con IORT dove il calcolo di tempo/dose RT è definito dal fisico e radioterapista sulla base dello spessore ghiandolare. Viene inoltre utilizzato spesso in tutti gli interventi dove si vuole verificare l'effettiva asportazione della lesione ed i suoi margini nel pezzo anatomico asportato.

Dal 01/01 al 31/12/2018 abbiamo trattato chirurgicamente 822 nuovi casi di carcinoma mammario. 489 pazienti sono state sottoposte ad interventi conservativi. Fra queste, 409 (84%) erano lesioni non palpabili (focalità o microcalcificazioni patologiche biopsiate per diagnosi con clip post-biopsica) mentre 80 (16%) erano lesioni il cui rapporto diametro neoplasia/volume seno ha richiesto una tecnica di chirurgia oncoplastica maggiore. L'ecografia chirurgica nel planning e durante l'intervento si è dimostrata particolarmente utile in questi due gruppi di pazienti. Nel post-operatorio invece il maggior vantaggio dell'uso ecografico risiede nella diagnosi e trattamento di sieromi e/o raccolte ascellari o intramammarie.

La presenza dell'ecografo ed il suo utilizzo nel contesto chirurgico senologico cambia profondamente la modalità di approccio al planning operatorio e la conduzione dell'intervento. Questo si traduce da un lato in una maggiore sicurezza del chirurgo che assieme alla esperta manualità associa l'immagine ecografica e dall'altra una maggiore consapevolezza della donna del tipo di trattamento ed incisione. Questo si traduce infine in un maggior grado di soddisfazione delle donne ed una riduzione del tasso di reinterventi.

1. Intraoperative ultrasound guidance in breast-conserving surgery improves cosmetic outcomes and patient satisfaction: results of a multi center randomized controlled trial (COBALT) M. Hauloua, et Al., Ann Surg Oncol (2016)
2. Intraoperative ultrasound reduces the need for re-excision in breast-conserving surgery H. Karanlik, et Al., World Journal of Surgical Oncology (2015)

ID ABSTRACT	251
Speaker	FENOCCHI SARA
ARGOMENTO	Chirurgia Senologica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Analisi nella nostra casistica dell'incidenza di carcinoma intraduttale nelle donne giovani screen-detected.</b>
AUTORI	Peroò S. *, Fenocchi S. *, La Tessa C. *, Ferrarini R. *, Cucchi M. C. * *U.O.S.D. di Chirurgia Senologica, Ospedale Bellaria, AUSL di Bologna - Dir. MC Cucchi
INTRODUZIONE	Negli ultimi anni abbiamo assistito all'aumento dell'adesione femminile al programma di screening mammografico. Inoltre, in alcune regioni come l'Emilia Romagna, è stata allargata la fascia di età (dai 45 ai 74 anni), ampliando notevolmente il numero di donne da arruolare. In ambito terapeutico abbiamo riscontrato un aumento di interventi per diagnosi di carcinoma intraduttale in situ (DIN1C-DIN2-DIN3) più spesso su lesioni microcalcifiche. Lo scopo di questo studio è valutare l'incidenza del DIN in relazione alle fasce di età inserite nel programma di screening.
METODI	Nella Breast Unit Bellaria di Bologna è stata condotta un'analisi su 680 biopsie mammarie eseguite su donne screen-detected; successivamente sono state stratificate in relazione all'età delle donne (3 fasce: <50, 50-69, 70-74) e diagnosi (DIN1c-DIN2-DIN3).
RISULTATI	Sono state analizzate 680 biopsie con le seguenti caratteristiche: - fascia <50 anni: 68,4% DIN (30,6% DIN1 e 69,4% DIN2-3) e 31,6% CDI su 158 biopsie; - fascia 50-69: 53,49% DIN (15,46% DIN1 e 84,54% DIN2-3) e 46,51% CDI su 387 biopsie; - fascia 70-74: 43,7% DIN (10,2% DIN1 e 89,8% DIN2-3) e 56,3% di CDI su 135 biopsie.
DISCUSSIONE	L'adesione al programma di screening delle donne più giovani (< 50 anni) ha elevato il numero di interventi chirurgici per carcinoma intraduttale, la cui percentuale maggiore è rappresentata da forme di alto grado. Secondo Tot, il DIN è una malattia dei dotti che interessa generalmente l'intero lobo mammario; nei casi di DIN3 alla mammografia si osserva infatti una distribuzione delle microcalcificazioni che ricalca l'anatomia dei dotti lobari. Seguendo la strategia del "sick lobe" è possibile quindi proporre alle pazienti un intervento sia conservativo che oncologicamente radicale.
BIBLIOGRAFIA	

ID ABSTRACT

14

Speaker

FESTA GIOVANNI

ARGOMENTO

Open Abdomen

**TITOLO DEL LAVORO****Open abdomen dalla bogota bag alla VAC con drape anastomotic protection. Nostra esperienza su 60 casi.**

AUTORI

SC. CHIRURGIA GENERALE ALTAMURA BARI Dir.Inc. Angelastri  
G.Festa;P.Falcicchio;M.Lauriero;F.Petralesa;F.Tartaro;F.Angelastri.

INTRODUZIONE

L'addome aperto è una valida possibilità di damage control di pazienti settici e non. Nella nostra esperienza su 60 casi trattati abbiamo utilizzato le svariate tecniche di confezionamento dalla Bogota-bag alla Vac, con una mortalità globale del 27%. Inoltre la Vac è stata applicata anche in presenza di anastomosi mediante una tecnica da noi messa a punto.

METODI

Dal giugno 2009 a Dicembre 2018, abbiamo impiegato l'open abdomen in 60 casi, le tecniche sono state diverse, Bogota-Bag Mattox, Barker, Hinge laparostomy e Vac Therapy. Le indicazioni sono state quelle classiche, ma anche in 1 caso di ileo paralitico per Pressione di Perfusionione addominale < 50 mmHg. Nelle peritoniti è stato utilizzato il Mannheim peritonitis index, come score per valutare la gravità della peritonite. Inoltre in 8 casi abbiamo applicato la Vac anche in pazienti con anastomosi intestinali mediante una tecnica messa appunto da noi.

RISULTATI

I risultati sono in linea con la letteratura ma migliori nelle peritoniti. Le complicanze del 21% ossia 3 fistole enteroatmosferiche, 2 emorragie, 3 deiscenze di ileoraffie, 1 necrosi post Ramirez. La chiusura della parete è avvenuta con protesi in 12 pz, 3 con protesi biologica su Ramirez e 9 con protesi Dual-mesh. La chiusura diretta in 33 pz (73%). Nelle peritoniti l'MPI ci ha permesso di ridurre la mortalità attesa, utilizzando l'open abdomen da un valore di 26 in poi, riducendo la mortalità attesa dal 70 al 33% ossia 9 pazienti su 27. Inoltre la novità è stata l'impiego della VAC Therapy in pazienti con anastomosi intestinali. Infatti in questi casi abbiamo messo appunto una tecnica di isolamento delle anastomosi, mediante un particolare Drape, denominata Drape anastomotic protection. In 8 casi attuata nessun paziente ha avuto complicanze anastomotiche.

DISCUSSIONE

anastomotiche La nostra esperienza sull'open abdomen su 60 pazienti, ha confermato la validità della tecnica nella gestione di pazienti complessi. Inoltre l'utilizzo dell'MPI nelle peritoniti ha ridotto la mortalità attesa. Nonché la Drape anastomotic Protection, ha aperto un strada sulla possibilità di impiego della VAC anche in presenza di anastomosi.

BIBLIOGRAFIA



ID ABSTRACT

179

Speaker

FRANCHI CATERINA

ARGOMENTO

Chirurgia d'Urgenza

**TITOLO DEL LAVORO**

**Gestione del trauma pancreatico.**

AUTORI

Franchi C, Romanzi A, Iori V, Carrano FM, Zani E, Annoni M, Pappalardo V, letto G, Latham L, Soldini G, Carcano G.

Chirurgia d'Urgenza e dei Trapianti, Ospedale di Circolo di Varese, Università degli studi dell'Insubria

INTRODUZIONE

Il trauma pancreatico è un'evenienza rara, gravata tuttavia da elevati tassi di mortalità e morbilità. Riportiamo la nostra esperienza nella gestione di un'avulsione completa della coda pancreatica post-traumatica.

METODI

Vi presentiamo il caso di un uomo di 40 aa, a seguito di impatto ad alta energia, riportava un trauma chiuso addominale. Durante le manovre ATLS, il paziente sviluppava ipotensione non responsiva. L'Eco-FAST dimostrava liquido libero all'angolo spleno-renale, nel Morrison e nel Douglas. RX-torace e bacino risultati neg. Si effettuava quindi damage control surgery e packing sistematico di tutti i quadranti, ottenendo stabilità emodinamica. Dopo sutura delle fonti di sanguinamento del meso-colon, a seguito di Cattell-Braasch e Mattox si evidenziava avulsione della testa pancreatica e lesione sanguinante del polo splenico inferiore. Si eseguivano spleno-pancreasectomia distale, packing addominale e laparostomia.

RISULTATI

Raggiunta la stabilità emodinamica veniva eseguita TC total body, che confermava assenza di sanguinamenti attivi e mostrava un'infrazione del processo trasverso di L1 e una frattura composta di femore sinistro. Dopo l'intervento ortopedico veniva quindi trasferito in Terapia Intensiva e sottoposto 24h dopo a rimozione del packing e chiusura della laparostomia. In XII giornata post-operatoria, il paziente sviluppava una fistola pancreatica a bassa portata trattata conservativamente e in XX giornata veniva dimesso.

DISCUSSIONE

Il trauma chiuso isolato del pancreas è infrequente e associato ad alta mortalità e morbilità. Nell'impossibilità di eseguire uno studio TC pre-operatorio, è mandatorio un approccio sistematico di damage control surgery per individuare lesioni pancreatiche altrimenti misconosciute.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

32

Speaker

FRANSVEA PIETRO

ARGOMENTO

Chirurgia d'Urgenza

**TITOLO DEL LAVORO****Perioperative outcomes of laparoscopic repair of perforated peptic ulcer in the elderly: result of Frailese Study.**

AUTORI

Pietro Fransvea<sup>1,2</sup> M.D., Gianluca Costa<sup>1</sup> M.D. PhD, Angelo Serao<sup>2</sup> M.D., Ferdinando Agresta<sup>3</sup> M.D., Genoveffa Balducci<sup>1</sup> Prof, Pierluigi Marini<sup>4</sup> Prof. and ERASO (Elderly Risk Assessment and Surgical Outcome) Collaborative Study Group

1 Faculty of Medicine and Psychology, "Sapienza" University of Rome - St. Andrea's Hospital

2 Chirurgia Generale - Nuovo Ospedale dei Castelli - Roma

3 Chirurgia Generale - Adria

4 General and Emergency Surgery - St Camillo Forlanini's Hospital, Rome

INTRODUZIONE

European population is aging rapidly. With this aging population, the number of elderly patients requiring emergency surgical intervention has risen dramatically. Perforated peptic ulcer (PPU) is typically seen in adult patients with well-defined risk factors and a "classic" pattern of clinical presentation. Although the number of patients with ulcer is decreased to less than one third, there was no marked decrease in the number of deaths from ulcer and perforation, perforation is associated with increased mortality, accounting for 37% of all peptic ulcer-related deaths. The aim of this study was to evaluate the feasibility, safety and outcome of laparoscopic gastric repair in the elderly using the database of the FRAILESEL study.

METODI

This is a subset retrospective analysis performed on data of the FRAILESEL (Frailty and Emergency Surgery in the Elderly) prospective multicenter observational study (ClinicalTrials.gov identifier: NCT02825082). Emergent repairs of gastric perforation were selected from the dataset using the International Classification of Diseases versions 10 (ICD-10™). Laparoscopic resection included all patients who underwent an attempted pure laparoscopic, robotic-assisted resections. An open conversion was defined as when a resection was attempted via the laparoscopic but required an open incision to complete the procedure. In general, there were not standardized techniques including the type of laparoscopic instruments according to the multicenter nature of the database.

RISULTATI

A total of 65 consecutive elderly (>65 years) patients who underwent Laparoscopic Gastric Repair (LGR) was the focus of this study. This patient cohort was compared with 60 elderly patients who underwent Open Gastric Repair (OGR). Comparison between the two Groups demonstrated that OGR patients were significantly more likely to have cardiac disease, pulmonary disease and low haemoglobin level. They were also significantly more likely to have 2 or more comorbidities, American Society of Anaesthesiologists (ASA) score >2E. LGR were have significantly less blood loss, significantly shorter operation time, decreased need for blood transfusion and shorter postoperative stay. After 1:1 propensity-score matching, the baseline characteristics of both groups were well matched. Nonetheless, comparison between LGR and OGR in elderly patients demonstrated the same differences in outcomes.

DISCUSSIONE

The present study demonstrated that LGR is safe and feasible in elderly patients with perforation due to peptic ulcer. In general, LGR in elderly patients was associated with better perioperative outcomes such as shorter hospital stay, lower morbidity rate compared to open procedure. However, patient selection and preoperative frailty evaluation in the elderly population is the key to achieve better outcomes.

BIBLIOGRAFIA



ID ABSTRACT

214

Speaker

GEMINI ALESSANDRO

ARGOMENTO

Tumori rari e Sarcomi

**TITOLO DEL LAVORO****Sarcoma retroperitoneale con metastasi epatiche. Nostra esperienza e stato dell'arte**

AUTORI

Sarcoma retroperitoneale con metastasi epatiche. Nostra esperienza e stato dell'arto.

INTRODUZIONE

I sarcomi dei tessuti molli rappresentano l'1% dei tumori maligni: di questi i sarcomi retroperitoneali costituiscono il 10-15%. Il liposarcoma è l'isto-tipo che più frequentemente si riscontra nel retroperitoneo. Riportiamo un caso trattato presso la Nostra Struttura in relazione alle linee guida 2018 dell'ESMO e alla letteratura internazionale.

METODI

Paziente di sesso maschile di 33 anni giunto alla Nostra osservazione in urgenza per dolori addominali. Alla TC si evidenziava formazione solida in sede para-aortica retroperitoneale destra dotata di contrast-enhancement e abbondante quota di tessuto solido nel contesto dei diametri di 7,2 x 6,5 x 13 cm. Il paziente è stato sottoposto a chirurgia dopo valutazione multi-disciplinare del GOM del nostro Istituto. Si è proceduto con un intervento di asportazione in blocco della neoformazione, provvedendo al suo distacco dalla vena cava inferiore e contemporaneamente alla wedge resection di entrambe le metastasi epatiche.

RISULTATI

L'esame istologico ha mostrato trattarsi di un liposarcoma del retro-peritoneo con metastasi epatiche. Il decorso è stato regolare ed il paziente è stato dimesso in 5° giornata p.o.

DISCUSSIONE

Il trattamento di scelta delle neoplasie retroperitoneali è attualmente la resezione macroscopicamente completa con eventuale asportazione en bloc delle strutture adiacenti, anche se non chiaramente infiltrate, considerata l'estensione del tumore, la sua biologia e le caratteristiche del paziente. Nel Nostro caso abbiamo rimosso l'intera massa tumorale, preservando gli organi vicini non macroscopicamente infiltrati e asportando le due metastasi contemporaneamente.

BIBLIOGRAFIA

Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO–EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. P. G. Casali, N. Abecassis, S. Bauer, et al. (Supplement 4), 2018, Annals of Oncology , Vol. 29, p. iv51–iv67.

La diverticolite è una rara fonte di accessi epatici. Gli accessi epatici piogenici si presentano spesso con dolore addominale e febbre rappresentano un problema clinico significativo nel mondo occidentale e una complicanza grave e pericolosa per la vita, con un'incidenza annuale di 1,1-2,3 su 100.000 e tassi di mortalità fino al 12% nei paesi sviluppati.

Nella maggior parte dei casi sono causati da patologie del tratto biliare, ma a volte l'origine rimane di difficile identificazione.

In letteratura il gruppo degli enterococchi è stato spesso identificato come gruppo patogeno predominante. Sebbene gli enterococchi siano tradizionalmente considerati di bassa virulenza, le infezioni da enterococco sono state associate ad un più alto rischio di fallimento del trattamento antibiotico, questo per l'elevata resistenza agli antibiotici ad ampio spettro più comunemente somministrati (ad es. Piperacillina / tazobactam, imipenem e cefalosporine)

Presentiamo un caso di un paziente di 32 anni con diverticolite perforata tamponata della flessura splenica dopo trattamento antibiotico ad ampio spettro si è osservato un miglioramento della sintomatologia addominale ma un peggioramento degli indici di flogosi e della sepsi. Il paziente è stato quindi sottoposto a laparoscopia esplorativa e resezione selettiva della flessura splenica.

All'esplorazione della cavità addominale sono stati riscontrati contestualmente multiple lesioni epatiche bilobarie da 2 a 6 mm che non erano state identificate alla TC eseguita preoperatoriamente. La diagnosi eziologica è stata effettuata mediante macrobiopsia di una di queste lesioni a carico del secondo segmento epatico in corso d'intervento.

Gli accessi epatici sono stati trattati inizialmente con antibiotico terapia empirica e poi successivamente con terapia mirata in base ai colturali, nel decorso post operatorio si è reso necessario posizionare due drenaggi percutanei per colliquazione di un gruppo di queste lesioni e formazione di un ascesso peritoneale. Il decorso post operatorio ha previsto un iniziale isolamento con precauzioni per infezioni da contatto e via aerea sino al definitivo isolamento del patogeno. Sono stati eseguiti test per indagare l'eventuale infezione da HIV o TBC è inoltre stata esclusa la presenza di sarcoidosi. Il paziente è stato dimesso in 20 giornata post operatoria.

Il processo patogenetico prevede la formazione di emboli settici che attraverso il sistema portale causino la disseminazione di accessi epatici piogenici, è importante essere consapevoli che la diverticolite è una possibile causa di accessi epatici disseminati che possono simulare tumori primitivi o secondari del fegato. Questo potrebbe ritardare o fuorviare la gestione terapeutica.

Un trattamento adeguato prevede il trattamento della diverticolite e la somministrazione di antibiotici mirati sulla base delle colture ottenute chirurgicamente.

ID ABSTRACT

122

Speaker

GHIGLIONE FRANCESCO

ARGOMENTO

Chirurgia d'Urgenza

**TITOLO DEL LAVORO****Una rara causa di addome acuto: volvolo della colecisti. Case report di due casi trattati con colecistectomia laparoscopica.**

AUTORI

F. Ghiglione, A. Borasi, L. Elia, B. Galosi, M. P. Bellomo, R. Leli  
Humanitas Gradenigo C.so Regina 8 Torino

INTRODUZIONE

Il volvolo della Colecisti, è una rara emergenza chirurgica che si presenta con un quadro di addome acuto con un'incidenza di 1 su 365.520 ricoveri ospedalieri per colecistopatie, è caratterizzato dalla rotazione della colecisti sul suo mesentere lungo l'asse del dotto cistico e dell'arteria cistica. E' più frequente nelle donne anziane, per di più, è associato ad una mortalità del 6%.

METODI

Nella nostra esperienza abbiamo trattato due casi di volvolo della colecisti negli ultimi 3 anni.

Il nostro approccio è stato mirato a identificare la causa dell'addome acuto. In entrambi i casi agli esami ematochimici si è riscontrata leucocitosi neutrofila ed incremento della PCR non risultavano alterati enzimi di citolisi e colestasi mentre si riscontrava un incremento dei valori di amilasemia e bilirubinemia. I pazienti sono stati sottoposti a ecotomografia dell'addome e colangiogrammi con evidenza di una colecisti sovradistesa, con spiccato ispessimento delle pareti disomogenee pluristratificate e con vallo ipoecogeno in corrispondenza del fondo e del letto colecistico. Non si apprezzavano formazioni litiasiche né versamento libero addominale. In considerazione della sintomatologia dolorosa scarsamente controllabile. I pazienti sono stati candidati a laparoscopia esplorativa nel sospetto di una colecistite acuta.

RISULTATI

Il reperto intraoperatorio è quello di una colecisti distesa necrotica con una torsione del proprio peduncolo che può essere incompleta o più frequentemente completa come nel nostro caso. La torsione completa pur essendo l'eventualità più frequente è anche quella più pericolosa viene infatti compromesso l'afflusso di sangue alla cistifellea con un rischio di rapida progressione verso un quadro di colecistite gangrenosa e alla perforazione con successiva peritonite diffusa. Inoltre la torsione determina una sofferenza delle strutture biliari principali.

Entrambe le colecistectomie sono state completate per via laparoscopica con tempo medio di circa 55 minuti. I pazienti sono stati dimessi in seconda giornata post operatoria. Non si sono riscontrate complicanze.

DISCUSSIONE

Una corretta diagnosi pre-operatoria di volvolo della colecisti è molto impegnativa, in letteratura sono riportati meno di una dozzina di casi in cui la diagnosi è stata posta preoperatoriamente.

I pazienti che si presentano al chirurgo lamentando dolore addominale acuto a destra comportano una miriade di diagnosi differenziali. Il volvolo della colecisti continua a rimanere una complessa sfida diagnostica. Un tempestivo trattamento è fondamentale per evitare complicanze e garantire una rapida ripresa. La diagnosi preoperatoria quando ottenibile ma soprattutto l'indicazione ad una rapida laparoscopia esplorativa sono essenziali.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

61

Speaker

GIORDANO ALESSIO BIAGIO FILIPPO

ARGOMENTO

Upper G-I Tract

**TITOLO DEL LAVORO****Full thickness resection device (FTRD) of a submucosal gastric tumor: a novel resection technique.**

AUTORI

Damiano Bisogni, Roberto Manetti, Luca Talamucci, Alessio Giordano, Massimiliano Ardu, Alessio Minuzzo, Annamaria Di Bella, Veronica Iacopini, Andrea Valeri, Riccardo Naspetti.

AOU Careggi, Firenze

INTRODUZIONE

A 83-year-old patient underwent an endoscopic full thickness resection (EFTR) with the Over-The-Scope system (OVESCO) for a submucosal lesion of the gastric fundus. The histological exam revealed a well differentiated gastro-intestinal stromal tumor (GIST). The patient had no complication

METODI

We report the case of a 83-year-old man referring to Our attention for a nonlifting submucosal lesion of the gastric fundus. The lesion, found out incidentally, was located along the greater curvature in the gastric fundus; its size was approximately 30 X 20 mm. No malignant characteristics were macroscopically seen on Narrow-Band Imaging (NBI); an endoscopic ultrasound (EUS) was performed, in order to visualize the gastric wall, thus revealing only a submucosal layer involvement.

The patient was evaluated by a multidisciplinary team, in order to establish the best therapeutic approach: since the patient had several comorbidities (hypertension, COPD, previous coronary artery bypass graft) and considering the only submucosal involvement of the lesion, the surgical operation was primarily excluded, proposing an endoscopic full-thickness resection with an upper gastrointestinal FTRD.

RISULTATI

The patient was positioned in left lateral decubitus and a general anesthesia with ketamine and propofol was performed. The patient underwent an initial EGDS with a standard instrument (Olympus) in order to delineate exactly the lesion using coagulation marking probe.

Subsequently the operative endoscope together with the mounted upper gastrointestinal FTRD was inserted; after finding the marked lesion, EFTR with the use of the incorporated tissue grasper and gently suctioning was done.

The resection was macroscopically complete, including the gastric wall till the muscular layers, whereas the serosa was preserved.

The patient was discharged in a couple of days without any post-procedural complication.

Histopathological examination revealed a well differentiated GIST with Ki 67<5% and a low mitotic index; lateral and deep margins were free from neoplastic tissue and the muscularis layer were confirmed.

DISCUSSIONE

Upper gi FTRD-OVESCO is a novel full thickness resection technique introduced in 2018. One of the indications is non-lifting submucosal lesions of the stomach or duodenum. In Our case the surgical operation was avoided. The six months EGDS control showed the scar without any recurrence of disease.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

38

Speaker

GIORDANO ALESSIO BIAGIO FILIPPO

ARGOMENTO

Chirurgia d'Urgenza

**TITOLO DEL LAVORO****Diagnostic and therapeutic role of laparoscopy in perforated ulcer peptic in the elderly patients.**

AUTORI

Alessio Giordano, Giovanni Alemanno, Paolo Prospero, Carlo Bergamini, Annamaria Dibella, Veronica Iacopini, Massimiliano Ardu, Andrea Valeri

Azienda ospedaliera universitaria Careggi, Firenze

INTRODUZIONE

Perforated peptic ulcer (PPU) is a common abdominal disease that is treated by surgery. Although the incidence of PPU drastically decreased after the identification of *Helicobacter pylori* as the prime cause with the subsequent introduction of proton pump inhibitor therapy in clinical practice, the diagnosis of PPU has been increasing over the past decade possibly due to the larger-scale use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (FANS). The development of laparoscopic surgery has changed the way to treat such abdominal surgical emergencies. The potential advantages of laparoscopy, both in terms of diagnosis and therapy, are clear and the major advantages may be observed in cases with peritonitis secondary as PPU where laparoscopy allows the confirmation of the diagnosis, the identification of the position of the ulcer and repair with effective peritoneal washout. This is complemented by the common advantage of laparoscopy versus open treatment as the faster recovery, less postoperative pain, early mobilization. In the elderly the risk of comorbidities increases multi disease syndrome. Elderly patients suffer from frailty syndrome and many body functions become impaired. All these factors make the elderly patient a major challenge for a laparoscopic treatment.

METODI

In the last 3 years our emergency general surgery division (Careggi University Hospital, in Florence, Italy), had performed 11 laparoscopic repair of PPU in elderly patients (patients over 65 years of age). 6 cases of perforated gastric ulcer and 5 of perforated duodenal ulcer (6 females and 5 males; the mean age was 73 years). All patients had risk factors for peptic ulcer (FANS), or it had been affected in the past. They were evaluated by CTscan but in 4 cases showed no signs of bowel perforation. In all these cases the perforated ulcer suture, omentoplasty with the aid of fibrin glue and peritoneal lavage were performed. They were used, according to necessity, 3/4 trocars. They were positioned 1 or 2 drainages.

RISULTATI

In none of these cases it was necessary conversion. The mean operative time was 90 minutes (45-160 min). We didn't observe any post-operative complications or mortality. In all patients we recorded good control of postoperative analgesia with suspension of analgesic therapy during the second day. The median hospital stay was 5 days. The follow through X-ray with Gastrografin made in the fourth postoperative day showed no alteration, so it was removed the nasogastric tube aspiration and the patient had started to eat. The proton pump inhibitor therapy was continued in all patients for 30 days and the next endoscopic control didn't show any alteration of the gastric or duodenal mucosa.

DISCUSSIONE

Laparoscopy is a possible alternative to open surgery in the treatment of PPU because in some cases has diagnostic value as well as therapeutic, is associated to the reduction of pain and postoperative hospital stay and overall to reduction of complications with great benefits for the elderly patient.

BIBLIOGRAFIA



ID ABSTRACT

78

Speaker

GIRARDI VALERIO

ARGOMENTO

Chirurgia Bariatrica

**TITOLO DEL LAVORO****Enhanced Recovery after Bariatric Surgery (ERABS). Dati preliminari della casistica dell'ASST GOM Niguarda di Milano. Controversie attuali e prospettive future.**

AUTORI

Girardi V., Barone G., Branca A., Gualtierotti M., Forgiione A., De Martini P., Ferrari G. ASST GOM Niguarda Milano

INTRODUZIONE

Dal 2017 l'ERABS è una realtà ben consolidata a cui si fa spesso riferimento durante i congressi e che diventa paradigma a cui puntare, nell'ottica di una "best practice". Molti punti di forza, basati sull'evidenza, fanno di questo approccio al paziente, un approccio vincente, ma che comunque deve essere mediato dall'occhio critico del sanitario per non finire ad essere un approccio dogmatico. Nella pratica clinica quotidiana, soprattutto nelle prime fasi di applicazione del protocollo, molte sono le difficoltà e gli ostacoli da superare. Viene riportata la casistica del protocollo ERAS, applicato alla chirurgia bariatrica dell'ASST GOM Niguarda nel 2018.

METODI

Dal 2008 al 2018 sono stati sottoposti a Chirurgia Bariatrica presso la nostra struttura 275 pazienti. Tuttavia, l'applicazione del protocollo ERAS è stata avviata soltanto dal Gennaio 2018, coinvolgendo, nell'anno solare 2018, 50 pazienti, di cui 18 gastric bypass, 31 sleeve gastrectomy e 1 pouch resizing in esiti di bypass. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a counselling preoperatorio, dietologico, chirurgico e anestesiologicalo, con incentivazione all'attività fisica e cessazione del fumo.

RISULTATI

La durata media della degenza è stata di 5.4 giorni. Nel 3% dei pazienti (6) è stato mantenuto il sondino naso-gastrico e nel 54% di essi il catetere vescicale nelle prime 24 ore postoperatorie; in 22 pazienti è stato posizionato il drenaggio, rimosso tra la I e la II giornata postoperatoria. In termini di complicanze, sono stati registrati due episodi febbrili, regrediti dopo impostazione di terapia antibiotica empirica, in assenza di complicanza chirurgica in atto, e 2 sanguinamenti, di cui uno a carico della entero-entero anastomosi in bypass gastrico, trattato conservativamente, e 1 dalla trancia gastrica in sleeve gastrectomy, sottoposto a revisione chirurgica. L'alimentazione per os è stata avviata con liquidi chiari in media tra le 6 e le 24 ore dopo l'intervento, con dieta semiliquida entro le prime 48 ore nella quasi totalità dei pazienti (98%).

DISCUSSIONE

Nonostante la letteratura sul protocollo ERAS bariatrico sia ad oggi ancora limitata, le linee guida ufficiali redatte dall'ERAS Society rappresentano un importante caposaldo per la gestione perioperatoria del paziente bariatrico, con risultati soddisfacenti. Tuttavia, la loro applicazione pratica incontra ancora delle difficoltà che, seppur poche o nulle nella fase preoperatoria del percorso, si concentrano soprattutto nell'immediato postoperatorio. La nostra esperienza ne è un esempio. Se da un lato abbiamo abbracciato in toto il protocollo nella fase preoperatoria, l'uso di presidi chirurgici, l'avvio ritardato dell'alimentazione precoce e la gestione del dolore opioid free rappresentano ancora punti critici nel management dell'immediato postoperatorio. I motivi sono molteplici: a partire da una complessità del malato importante, passando per problematiche intraoperatorie, senza contare le implicazioni medico-legali che non hanno nessuna valenza clinica, ma che pesano. Un'evidenza scientifica e una casistica maggiori, associati comunque ad un giudizio clinico di base oggettivo, sono elementi fondamentali per una più concreta e completa applicazione del percorso ERABS.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

88

Speaker

GIUDICISSI ROSINA

ARGOMENTO

Upper G-I Tract

**TITOLO DEL LAVORO****Il ruolo della dissezione linfonodale nel cancro gastrico: linfadenectomia D1 plus vs D2; risultati di sopravvivenza di un'analisi retrospettiva con il propensity score matching**

AUTORI

Rosina Giudicissi(a), Laura Lorenzon(b), Marco Scatizzi(c), Genoveffa Balducci(d), Stefano Cantafio(a), Alberto Biondi(b), Iacopo Giani(a), Marco Calussi(a), Luca Romoli(a), Tiku Zalla(a), Domenico D'Ugo(b)

a Chirurgia generale e Oncologica, Ospedale Santo Stefano, Prato  
 b Chirurgia Generale, Fondazione Policlinico-Universitaria A. Gemelli, Università Cattolica, Roma  
 cChirurgia Generale, Ospedale Santa Maria Annunziata, Firenze  
 dDipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale, Ospedale Sant'Andrea, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università La Sapienza, Roma

INTRODUZIONE

La linfadenectomia gioca un ruolo importante per la strategia chirurgica nel cancro gastrico. L'estensione della dissezione linfonodale è stata per lunghi anni, e lo è tutt'ora, oggetto di discussione. Le linee guida della Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines hanno stabilito la linfadenectomia D2 come gold standard dal 1960. Dalla carenza di letteratura sul confronto tra linfadenectomia D1 plus e D2, nasce il progetto alla base di questo studio retrospettivo.

METODI

Lo studio si basa sui dati clinici provenienti da tre Ospedali italiani: l'Ospedale Universitario di Sant'Andrea (Roma), la Fondazione Policlinico Universitaria A. Gemelli (Roma) e l'Ospedale di Santo Stefano (Prato). I criteri di inclusione per lo studio sono stati i seguenti: pazienti sottoposti a chirurgia elettiva R0 per adenocarcinoma gastrico osservati nel periodo Gennaio 2000-Ottobre 2016. Lo strumento statistico utilizzato per uniformare i due gruppi a confronto è stato il propensity score matching (PSM).

RISULTATI

Dall'analisi con il PSM sono risultate due coorti di 142 pazienti omogenei (linfadenectomia D1 plus vs D2). Le curve di Kaplan-Meier non hanno descritto differenze statisticamente significative tra le sopravvivenze globali nelle due coorti di pazienti. Nei pazienti del gruppo D2 è stato osservato un lymph node harvest (LNH) superiore rispetto ai pazienti del gruppo D1 plus (media LNH 31.8 versus 28.0, p 0.0066).

DISCUSSIONE

La media di linfonodi asportati nella D1 plus, ossia 28, risulta essere vicinissima al cut off di 29 stabilito da Woo nel 2014; allo stesso tempo la media di linfonodi asportati con la tecnica D2, ovvero 31, non comporta un aumento statisticamente significativo della sopravvivenza.

In questo acceso dibattito, si colloca in maniera significativa la linfadenectomia D1 plus che dimostra risultati in termini di sopravvivenza sovrapponibili alla linfadenectomia D2 garantendo un numero di linfonodi asportati in linea con i più recenti dettami internazionali.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT	126
Speaker	GRASSI ANTONIO GIUSEPPE
ARGOMENTO	Open Abdomen
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>L'utilizzo della rete semiriassorbibile nel trattamento dei grandi laparoceli con tecnica di Rives-Stoppa</b>
AUTORI	Fernando Talarico, Antonio Grassi, Domenico Iusco , Serena Bonomi, Luca Vallieri , Stefano Sacco , Marcello Jannaci, Marco Casali , Daniele Capizzi
INTRODUZIONE	Si valuta la tecnica di Rives-Stoppa, considerata il gold standard per il trattamento dei grandi laparoceli, utilizzando una rete semiriassorbibile .
METODI	Da gennaio 2015 a dicembre 2018 65 pazienti con voluminoso laparocele mediano sono stati sottoposti ad intervento chirurgico con tecnica di Rives-Stoppa utilizzando la rete semiriassorbibile . Sono state prese in considerazione il sesso, l'età, il BMI, e l'estensione del laparocele e valutate le complicanze, maggiori e minori, avvenute entro il 30 giorno post-operatorio e le recidive.
RISULTATI	Dei 65 pazienti, 28 erano maschi e 37 femmine. Non abbiamo registrato mortalità, la morbilità è stata del 23% (15 pz 12 di grado II ed 3 di grado IVa secondo la classificazione di Dindo Clavien) e non sono stati necessari re interventi addominali. L'unica grave complicanza che ha necessitato un intervento chirurgico di tipo ortopedico è stato un ematoma midollare dopo rimozione di catetere peridurale trattato con intervento di svuotamento dello stesso. Al follow up medio di 16 mesi (range 3-61) non si sono riscontrate recidive erniarie.
DISCUSSIONE	La rete semiriassorbibile è ben tollerata dai pazienti e quando utilizzata con la tecnica di Rives-Stoppa garantisce buoni risultati. Le complicanze riscontrate sono attribuibili alla tecnica chirurgica utilizzata.
BIBLIOGRAFIA	

L'utilizzo dell'ICG in molti campi della chirurgia addominale è ormai considerato routinario e ha permesso di modificare diverse tecniche chirurgiche. La sua applicazione in diversi campi della chirurgia addominale è considerato a oggi fondamentale per ridurre al minimo il rischio di complicanze o lesioni iatrogene.

In chirurgia coloretale l'ICG trova il suo uso principale nel controllo della vascolarizzazione dei monconi colici da anastomizzare per ridurre il rischio di leak da ischemia tissutale.

La deiscenza anastomotica colo-rettale è una complicanza che può avere effetti devastanti dal punto di vista funzionale e prognostico l'uso dell'ICG per via intra-addominale è ormai considerato routinario in molte realtà e ha contribuito a ridurre le percentuali di deiscenze.

Il controllo transanale ha come obiettivo quello di aggiungere un ulteriore controllo endoluminale utile per ridurre le complicanze misconosciute durante un intervento laparoscopico. Tra queste si possono annoverare i sanguinamenti della sutura che possono portare ad alterata guarigione dell'anastomosi o emorragie postoperatorie, i difetti della rima anastomotica e lo scarso afflusso a livello della sutura circolare soprattutto sul versante rettale.

L'obiettivo è valutare la fattibilità del doppio controllo con ICG e suoi eventuali vantaggi. Valutare l'effetto sui tempi operatori e l'eventuale incidenza dal punto di vista economico. In ultimo confrontare le incidenze di morbidità perioperatoria e leak anastomotico in pazienti sottoposti a emicolectomia sinistra e resezione anteriore del retto per via laparoscopica.

I pazienti verranno suddivisi in tre gruppi: A (nessun controllo con ICG), B (esclusivo controllo intraddominale), C (controllo combinato intraddominale e transanale).

Verranno inclusi nello studio 150 pazienti equamente suddivisi nei tre gruppi.

Nel gruppo C il controllo transanale viene effettuato dal chirurgo operatore attraverso l'utilizzo di trocar apposito che permette, se necessario, eventuali manovre chirurgiche (rinforzo anastomosi, emostasi).

La creazione di un pneumoretto durante il controllo transanale permette, allo stesso tempo, l'esecuzione di un'efficace prova idropneumatica dell'anastomosi

Verranno inclusi nello studio i pazienti con anastomosi coloretali tra 25 e 5 cm dal margine anale e pertanto esclusi i pazienti con resezioni ultrabasse e anastomosi colo-anali

Lo studio, prospettico, è tutt'ora in corso e la fase di arruolamento dei pazienti non è ancora completo, soprattutto per quanto riguarda il gruppo C.

Lo studio nella sua fase iniziale ha già dimostrato l'efficacia della somministrazione intra-addominale di ICG nel ridurre la percentuale di leak anastomotici senza aumentare i tempi chirurgici.

Al momento, nei pochi casi arruolati nel gruppo C, non si è evidenziata una differenza per quanto riguarda i tempi operatori.

L'utilizzo dell'ICG transanale ha permesso all'equipe chirurgica di eseguire il controllo anastomotico senza ricorrere all'aiuto di colleghi endoscopisti, e questo può essere un importante punto di svolta soprattutto negli ospedali dove non esiste la possibilità di lavorare a stretto contatto con tali figure senza rinunciare ai benefici di un controllo endoscopico dell'anastomosi.

#### DISCUSSIONE

Lo studio mira a dimostrare che il controllo transanale con ICG è fattibile, sicuro e di semplice esecuzione.

Assicura un ulteriore livello di sicurezza dell'anastomosi colo-rettale e permette al chirurgo di porre rimedio, sin dalle fasi intraoperatorie, a potenziali complicanze anastomotiche come la deiscenza e il sanguinamento.

#### BIBLIOGRAFIA

**TITOLO DEL LAVORO****Seminoma retroperitoneale incidentale: un caso clinico.**

## AUTORI

Eleonora Guaitoli (DM Chirurgia generale Perrino, Brindisi), Giangabriele Calò (DM Chirurgia generale Perrino, Brindisi), Luca Vitale (DM Chirurgia generale Perrino, Brindisi), Pasquale Di Fronzo (DM chirurgia generale Perrino, Brindisi), Giuseppe Manca (Direttore Chirurgia generale Perrino, Brindisi)

## INTRODUZIONE

I tumori a cellule germinali extragonadici (TCGE) sono rari, rappresentando circa il 5% di tutti i TCGE maschili. Sono più frequenti tra i 35 e i 39 anni. Numerosi sono i fattori di rischio, ma tra i principali vi è una storia personale di tumore testicolare o criptorchidismo.

Questi tumori esordiscono generalmente con una sintomatologia che dipende dalla sede d'insorgenza. Generalmente il disturbo più frequente è il dolore addominale (29%) seguito da dolore lombare (14%), perdita di peso (9%), trombosi venosa (9%), febbre (8%) e massa palpabile (6%). Un tumore retroeritoneale può presentarsi con compressione della vena cava o invasione della stessa causando trombosi. L'approccio endovascolare con posizionamento di stent cavale è il trattamento di scelta in questi casi. La diagnosi può risultare difficoltosa quando non si abbia un sospetto di primitivo testicolare.

Dopo la localizzazione mediastinica (35-54%) il retroperitoneo è la seconda sede in ordine di frequenza (35-54%) per quanto riguarda i TCGE.

Una biopsia preoperatoria può essere d'aiuto nella fase diagnostica.

## METODI

Presentiamo il caso clinico di un uomo di 52 anni sportivo con anamnesi remota muta. Durante un'ecografia addominale eseguita per screening riscontro di una massa incidentale retroperitoneale. Giunto alla nostra osservazione ha eseguito una TC addome che deponeva per due neoformazioni retroperitoneali, l'una di 18 x 7 x 8 cm anteriore alla vena cava e l'altra di 4x4x7 cm a livello dell'ilo renale destro.

Il paziente era completamente asintomatico. I livelli sierici di LDH e AFP erano elevati (327 U/l, 29.6 ng/ml). Altri marker sierici tumorali come BhCG, CEA, CA19-9, erano nella norma. (1.1 mIU/ml, 2.7 ng/ml, 27.9 U/ml rispettivamente)

## RISULTATI

Il paziente è stato sottoposto ad asportazione con capsula integra delle due neoformazioni con biopsia di linfonodi paracavali. L'esame istologico definitivo deponeva per tumore a cellule germinali seminomatoso PLAP+, CD 117+, BHCG-; linfonodi integri da ripetizioni metastatiche.

Il paziente è stato inviato quindi a visita specialistica oncologica ed urologica per il proseguo dell'iter terapeutico.

I tumori seminomatosi e non seminomatosi possono essere di difficile diagnosi differenziale ma la prognosi risulta completamente diversa. All'esame microscopico il seminoma può essere difficile da distinguere dal Carcinoma embionale. Studi hanno dimostrato con il CD30 è un buon marker del carcinoma embionale mentre il c-Kit lo è del seminoma.

Con i moderni trattamenti oncologici la prognosi dei seminomi è eccellente anche in casi metastatici. Dipende ovviamente dallo stadio, dai markers sierici, il tipo istologico e l'invasione linfovaskolare.

## DISCUSSIONE

i TCGE sono rari ma dovrebbero essere sempre considerati nella diagnosi differenziale delle masse retroperitoneali anche con testicoli normali. Il seminoma è una rara patologia dell'uomo adulto con prognosi eccellente soprattutto quando diagnosticata in fase iniziale. La migliore scelta terapeutica dipende dalla presentazione clinica e dallo stadio pertanto il riconoscimento preoperatorio è fondamentale per l'iter terapeutico. Negli stadi avanzati il trattamento include Radio e chemioterapia associate all'approccio chirurgico.

ID ABSTRACT

195

Speaker

GULINO FABRIZIO

ARGOMENTO

Chirurgia Bariatrica

**TITOLO DEL LAVORO****EFFICACIA DEL MINI BYPASS GASTRICO VL COME ALTERNATIVA AL BYPASS GASTRICO VL SEC. ROUX-EN-Y: ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO DOPO 877 PAZIENTI CONSECUTIVI**

AUTORI

F. Gulino, A. Giarrizzo, M. Iudica, E. Trusso Zirna, M. Patanè, G. Veroux, S. Sarvà, A. Pappalardo, A. Bellia, F. Ferrara, C. Di Stefano, L. Piazza

INTRODUZIONE

L'obiettivo di questo lavoro è di validare mediante analisi dei dati l'efficacia del Mini bypass gastrico VL (OAGB) come alternativa del Bypass Gastrico VL sec. Roux-en-y nel determinare decremento ponderale, risolvere comorbidità associate all'obesità e mantenere la perdita di peso nel tempo.

METODI

Sono stati presi in esame 877 pazienti consecutivi operati di Mini Bypass Gastrico Videolaparoscopico presso il nostro centro tra Gennaio 2005 e Dicembre 2017. Follow-up a 6, 12, 24, 60 mesi. L'età media era di 41.89 (18-70) anni. Il peso medio preoperatorio era di 126.69 (77-195). Il BMI medio preoperatorio era di 49.4 (34.67-67.65). Il 71.6% di sesso femminile (n=628). Comorbidità associate: DM tipo II nel 37.2 %, Ipertensione nel 52.8 %, Dislipidemia nel 46.7% e Apnee Ostruttive del sonno nel 43.2%. Tempo medio operatorio: 100 ± 16 minuti. Tempo medio di degenza: 3.3 giorni.

RISULTATI

L'Excess Weight Loss % (EWL%) medio a 6, 12, 24, 60 mesi è stato rispettivamente del: 33.45, 53.81, 68.75, 68.80. Il massimo valore di EWL% di 109.76% è stato raggiunto a 48 mesi. L'EWL% medio >= 50% è stato raggiunto nei primi 12 mesi. In tre casi è stato eseguito intervento di conversione (Roux-en-Y) per malassorbimento. In un caso vi è stata conversione a chirurgia Open. In otto casi si è verificato Weight Regain: 5 casi per dilatazione della tasca gastrica, 3 casi per fistola gastrogastrica, tutti trattati con resizing laparoscopico della pouch gastrica. La risoluzione delle comorbidità è stata rispettivamente: DM tipo II 91.4 %, Ipertensione 93.7%, Dislipidemia 90.3% e Apnee Ostruttive del sonno 93.7%.

DISCUSSIONE

Nella nostra esperienza il Minibypass Gastrico VI è risultato essere una valida alternativa al Bypass Gastrico VL sec. Roux-en-y nel trattamento dell'obesità patologica e delle comorbidità a essa associate.

BIBLIOGRAFIA

Iachetta RP.<sup>1</sup>, Cola A<sup>1</sup>, Digaetano M<sup>2</sup>, Rogati C<sup>2</sup>, Mussini C<sup>2</sup>, Farinetti A<sup>2</sup>, Reggiani Bonetti L.<sup>2</sup>, Pecorari M<sup>2</sup>, Gelmini R. <sup>2</sup> Spatafora F<sup>2</sup>, Villani RD.<sup>1</sup>,  
 1) Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo  
 2) Policlinico di Modena- Università e gli Studi di Modena e Reggio Emilia

Il carcinoma a cellule squamose dell'ano (SCCA) è una delle neoplasie più comuni tra le persone con infezione da HIV con una massima incidenza nei soggetti omosessuali HIV positivi. Al momento non esiste un metodo di screening standardizzato per questa neoplasia che risulta in continuo aumento in termini di incidenza. L'esistenza di un agente eziologico virale responsabile della SCCA e la possibilità di riconoscere lesioni pre-neoplastiche costituiscono il razionale per lo sviluppo di programmi di screening. Scopo di questo elaborato è riportare i primi dati analizzati retrospettivamente del percorso di screening iniziato in pazienti HIV positivi omosessuali di sesso maschile (MSM) in assenza di lesioni anali macroscopiche

È stata condotta una valutazione retrospettiva su dati raccolti in un database gestito prospettivamente presso l'Ospedale Universitario di Modena e l'Unità di Chirurgia Proctologica dell'Ospedale di Sassuolo. Lo studio ha coinvolto 121 pazienti ambulatoriali seguiti dalle malattie infettive invitati a partecipare a un programma di screening che consiste nell'eseguire, in assenza di lesioni anali macroscopiche, un Pap test anale, la genotipizzazione HPV e una possibile successiva valutazione con anosopia ad alta definizione (HRA). Il Pap test è eseguito con la tecnica Cytobrush, I risultati citologici sono stati interpretati usando la terminologia del sistema Bethesda del 2001. Inoltre, i campioni sono stati sottoposti alla genotipizzazione HPV .  
 I pazienti con evidenza di cellule squamose atipiche a significato incerto (ASCUS) o displasia di grado superiore e in tutti i casi in cui è stato rilevato un genotipo HPV ad alto rischio (HRHPV) anche in assenza di displasia, sono stati considerati positivi al primo livello di screening e sono quindi invitati a sottoporsi ad anosopia ad alta definizione (HRA)  
 Le HRA sono state eseguite utilizzando un colposcopio Olympus OCS 500. Lesioni confermate come displasia di alto grado (HSIL) o carcinoma in situ (CIS) all'esame istologico vengono completamente rimosse rispettivamente mediante diatermocoagulazione o escissione chirurgica . Poiché ASCUS o le displasie di basso grado (LSIL) non sono considerate lesioni precancerose, i pazienti che presentano questa diagnosi istologica sono stati inviati a successivi controlli . Il follow-up di HSIL/CIS trattati chirurgicamente è consistito in un controllo proctologico a 1 mese e a 4 mesi con una nuova HRA.

50 Pap test (41,3% dei 121 arruolati) sono risultati positivi per le lesioni correlate all'HPV. Dei restanti 71, 29 riportano almeno un HPV ad alto rischio. 79 (65,3%) dei pazienti sottoposti a screening erano eleggibili per HRA. Tra 42 HRA eseguite, HSIL (lesione intraepiteliale squamosa di alto grado) è stata trovata in 8 casi (19%), LSIL (lesione intraepiteliale squamosa di basso grado) in 21 casi (50%). Le lesioni HSIL sono state trattate mediante diatermocoagulazione mentre le LSIL , non essendo considerate lesioni precancerose, sono state inviate a controllo a distanza. Nei primi dati del follow-up in due pazienti è stato evidenziato un aumento del grado di displasia (da LSIL a HSIL e da Negativo a LSIL). Un caso positivo per carcinoma in situ (CIS) è stato trovato durante il follow-up di uno dei pazienti trattati con DTC per H-SIL e successivamente esciso chirurgicamente.. Secondo un'analisi univariata, l'unica caratteristica statisticamente correlata all'ammissibilità all'esecuzione del HRA era la storia di condilomatosi pregressa



( $p = 0.0006$ ). In merito ai risultati di genotipizzazione HPV. HPV16 è stato trovato in 15 pazienti (5 dei quali con Pap test negativo) ed era il genotipo più frequentemente identificato nei positivi citologici. HPV18 è stato trovato in 8 pazienti (6 dei quali negativi per il pap test).

## DISCUSSIONE

Nel nostro studio si evince con chiarezza che una valutazione di screening su una popolazione HIV+ che non presenta lesioni macroscopiche alla prima visita risulta essere clinicamente rilevante. Valutando i nostri risultati e in conformità con le più recenti linee guida per la gestione dell'HIV, la decisione di esaminare questi soggetti HIV positivi ad alto rischio di incidenza per SCCA dovrebbe essere considerata una priorità per i medici che hanno in cura questi pazienti poiché a basso costo, ripetibile, in assenza di complicanze e con buona sensibilità nell'individuare le lesioni precancerose. Nella nostra coorte c'è stata una progressione della malattia al carcinoma in situ da precedente H-SIL trattato con diatermocoagulazione e una progressione di LSIL a HSIL in pazienti che hanno ripetuto l'HRA in follow-up. Ciò solleva dubbi, per esempio sull'adeguatezza della diatermocoagulazione per il trattamento di queste lesioni. Non ci sono linee guida di riferimento sulle strategie terapeutiche da attuare e i vari centri usano arbitrariamente laser, diatermocoagulazione, immunomodulazione, terapia topica o escissione chirurgica. Nella specifica situazione italiana devono essere quindi definite ancora meglio: opportunità dell'effettuazione dello screening per lesioni precancerose in termini di costi - benefici, tramite la conoscenza (attraverso casistiche adeguate) della incidenza, mortalità e trend del carcinoma anale squamoso; definizione degli intervalli di screening; definizione del corretto trattamento e follow up delle lesioni; individuazione dei referenti per il II livello di screening-diagnosi-trattamento; formazione e controllo di qualità in anosopia ad alta definizione.

## BIBLIOGRAFIA

I sarcomi uterini comprendono meno dell'1% delle neoplasie ginecologiche e rappresentano circa il 3% -7% di tutti i cancri uterini. La loro rarità e la diversità istopatologica ha contribuito alla mancanza di consenso sui fattori di rischio e a definirne l'ottimale trattamento.

Istologicamente, i sarcomi uterini sono stati classificati inizialmente in carcinosarcomi, che rappresentano il 50% di casi, leiomiomasarcomi (30%), sarcomi dello stroma endometriale (15%), e sarcomi indifferenziati (5%)

I carcinosarcomi fanno parte dei tumori "epiteliali e mesenchimali misti" sec la classificazione 2014 dell'OMS. Il carcinosarcoma, noto anche come "tumore misto mülleriano maligno"(MMT), è una neoplasia bifasica composta da elementi epiteliali e mesenchimali misti, con un decorso clinico molto aggressivo. L'età media dei pazienti con carcinosarcoma è nella settima decade, ma la fascia di età va dal quarto al nono decennio. La malattia si presenta solitamente come un tumore endometriale con sanguinamento vaginale. Un'altra tipica presentazione di carcinosarcoma è nella forma di una massa polipoide che sporge attraverso la cervice. Fattori predisponenti possono essere esposizione a terapia con tamoxifene, terapia con estrogeni e pregressa radioterapia pelvica. È stato riconosciuto che i più importanti fattori prognostici sono lo stadio della malattia e la profondità dell'invasione miometriale. Tassi di sopravvivenza di due anni sono stati segnalati al 50% in stadio I (limitato al corpus uterino) e 8,5% per gli stadi II (invasione della cervice uterina) e III (metastasi pelviche). Benché sia l'utero la sede d'origine nella stragrande maggioranza dei casi, sono stati descritti anche quelli originati dalle ovaie, tube di Falloppio e vagina.

Presentiamo un caso di MMT uterino ad esordio atipico con dolore addominale da sofferenza ischemica e subocclusione da duplice invaginazione intestinale senza sanguinamento vaginale

Donna di 68 anni, diabetica, si ricovera per astenia, diarrea e dolore pelvico. Tale sintomatologia era insorta qualche mese prima del ricovero. All'EO l'addome era globoso con utero aumentato di volume, bozzuto e che raggiungeva l'ombelicale trasversa. Una visita Ginecologica e da una Ecografia Addome e Transvaginale pongono diagnosi di utero fibromiomasatoso. Per la sintomatologia dolorosa addominale pratica una TC ADDOME E PELVI CON MDC che confermava la presenza di una massa solida prolapsata in cavità uterina, compatibile con una neoplasia endometriale, associato a segni di ischemia transitoria del grosso intestino con edema della parete e iperemia della sottomucosa. A causa di un peggioramento delle condizioni cliniche fu effettuata, due giorni dopo, una nuova TC la quale evidenziava in aggiunta al quadro radiologico precedentemente descritto, una occlusione da invaginazione di ansa ileale, di dubbia natura, al fianco sinistro. Migliorato il quadro clinico, dopo terapia parenterale e SNG, fu praticata una Entero TC che mostrò la scomparsa dell'invaginazione, ed evidenziava una lesione espansiva solida di 46 x 67 mm nel lume dell'ansa precedentemente invaginata che determinava una subocclusione con linfadenopatia del mesentere. Fu praticata una isteroscopia con biopsie endometriali multiple per la tipizzazione istologica della neoplasia uterina. Alla luce di quanto emerso è stato deciso di sottoporre la paziente ad intervento di esplorazione laparotomica della cavità addominale. Si è proceduto quindi ad istero-annessiectomia bilaterale associata ad una resezione segmentaria di tenue comprendente i tratti invaginati e la lesione esofitica situata più a monte associata a linfadenectomia della radice mesenterica e seguita da anastomosi ileo-ileale T-T.

## RISULTATI

Il quadro istopatologico di tutti i campioni esaminati depone per una neoplasia maligna poco differenziata di aspetto sarcomatoide. Lo studio immuno-istochimico che mostrava positività per Pancitocheratina, Vimentina, Desmina e mioglobina orientava per un tumore misto maligno mulleriano.

Il sarcoma uterino mulleriano è un tumore che interessa le donne in età post-menopausale. Nell'80-90% dei casi si manifesta con un sanguinamento vaginale in post-menopausa. In fase avanzata il tumore si presenta con dolore, distensione addominale e atipico spotting/perdite vaginali sintomi urinari per l'effetto massa, anemia. I MMT si caratterizzano quindi non solo per la loro rarità, ma anche per la loro eterogeneità.

Come gli altri sarcomi dei tessuti molli, il corretto inquadramento diagnostico e il trattamento multidisciplinare sono cruciali per affrontare queste patologia.

Il caso clinico descritto è atipico per la mancanza del sanguinamento vaginale nel corredo sintomatologico, nonostante le notevoli dimensioni del tumore. Così come la localizzazione metastatica endolumine nell'intestino tenue, causa di invaginazione, è un evento molto raro descritto in letteratura. Sono invece stati descritti dei casi di diffusione neoplastica all'omento. La eziopatogenesi di tali localizzazione potrebbe essere spiegata seguendo la disseminazione per via ematica e/o linfatica.

Nel nostro caso, invece, le metastasi intestinali, specie quell endolumine rappresentano un eventualità molto rara considerando l'assenza di carcinosi peritoneale.

## DISCUSSIONE

Esistono ,tuttora, molte controversie sia in termini di classificazione che di gestione e terapia riguardanti i MMT. L'ottimale gestione dei MMT rimane da definire, dati i risultati discrepanti ottenuti dalla linfadenectomia, chemioterapia e radioterapia. I vari protocolli chemioterapici hanno ottenuto risultati variabili e non omogenei data l'eterogeneità cellulare del tumore, senza aumentare le percentuali di sopravvivenza a 5 anni rispetto alla sola chirurgia. Nonostante ciò la chemioterapia viene preferita rispetto alla radioterapia.

L'approccio chirurgico rappresenta quindi il trattamento di elezione nei sarcomi uterini negli stadi iniziali. Il trattamento più utilizzato è l'isterectomia totale con annessiectomia bilaterale, infatti non è dimostrata la validità di una linfadenectomia pelvica supplementare.

Tale approccio terapeutico è stato adottato anche nel nostro caso. La resezione intestinale era necessaria per rimuovere sia il segmento ileale infiltrato che le due invaginazioni da metastasi intraluminale, mentre la linfettomia della radice mesenterica può essere adottata soltanto a scopo citoriduttivo.

I tumori misti mulleriani (MMT) uterino sono neoplasie rare, altamente aggressive, a rapida evoluzione associata ad una prognosi infausta che non è significativamente migliorata negli ultimi trent'anni malgrado i notevoli progressi nel campo della radiodiagnostica e della chemioterapia. La chirurgia rimane tuttora, specie negli stadi iniziali, l'indicazione elettiva. Nell'ambito di studi multicentrici, vista la rarità della malattia ,in attesa di nuovi trattamenti oncologici, che dimostrino una maggiore efficacia, la terapia chirurgica è l'unico approccio con intento curativo che viene adottato.

## BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

194

Speaker

IUDICA MARIANNA

ARGOMENTO

Chirurgia Bariatrica

**TITOLO DEL LAVORO**

**OUTCOMES NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2: MINIBYPASS GASTRICO VS SLEEVE GASTRECTOMY, LA NOSTRA ESPERIENZA A 5 ANNI**

AUTORI

M. Iudica, A. Giarrizzo, F. Gulino, G. Veroux, M. Patanè, E. Trusso Zirna, S. Sarvà, A.G. Pappalardo, A. Bellia, F. Ferrara, C. Di Stefano, L. Piazza

INTRODUZIONE

L'obiettivo di questo lavoro è valutare l'efficacia tra il Minibypass gastrico e la Sleeve gastrectomy nel trattamento del diabete mellito di tipo 2, mettendo a confronto una tecnica malassorbitiva con una di tipo restrittivo.

METODI

Da gennaio 2013 a Dicembre 2017 sono stati esaminati 729 pazienti, dei quali 344 sottoposti a Minibypass gastrico (71.6% donne e 28.4% uomini) e 385 a Sleeve Gastrectomy (69.7 % donne e 30.3% uomini) con un'età media di 42.58 tra 18 e 72 anni. Il 37.2% dei pazienti sottoposti a MBG (BMI medio 46.5) presentava al ricovero DM2 con valori di HbA1c medi di 7.8 e il 12.64 % dei pazienti operati di Sleeve Gastrectomy (BMI medio 43.38) era affetto da DM2 con valori di medi di HbA1c di 7.6 .

RISULTATI

Il follow up dei pazienti sottoposti a SG a 6,12,24 mesi e 5 anni è stato rispettivamente del 73%, 63%, 60% e 54%. Tra i pazienti con MBG il 73%, 60%, 51% e 55% ha aderito al follow up post operatorio. L'EWL medio a 5 anni è stato del 68% nel MBG e del 56.6 % nella Sleeve. Nei pazienti sottoposti a MBG la risoluzione del diabete a 5 anni si è verificata nel 91.4 % e nell'83.4 % dei pazienti sottoposti a Sleeve gastrectomy.

DISCUSSIONE

Nella nostra esperienza clinica entrambi gli interventi hanno raggiunto degli outcomes sovrapponibili, sebbene il Minibypass gastrico abbia dimostrato una maggiore efficacia nel mantenimento dei valori di HbA1c .

BIBLIOGRAFIA

L'escissione totale del mesoretto per via transanale (TaTME) è una tecnica mini invasiva proposta per superare le difficoltà della dissezione pelvica "dall'alto verso il basso" mediante un approccio alternativo "dal basso verso l'alto" in pazienti con cancro del retto medio e basso. Scopo di questo studio è quello di valutare i risultati della iniziale esperienza dopo l'introduzione di questa tecnica nella nostra unità operativa.

Dal Marzo 2017 ad Agosto 2018 11 pazienti affetti da cancro del retto medio e basso sono stati sottoposti a TaTME nella nostra U.O. di Chirurgia Generale. Abbiamo retrospettivamente raccolto le informazioni sulle caratteristiche dei pazienti, sull'istologia, sulle complicanze peri e postoperatorie.

Il gruppo consisteva in 7 pazienti (64%) affetti da cancro del retto medio e 4 (35%) affetti da cancro del retto basso. La durata media dell'intervento è stata di  $366 \pm 57,17$  min (range 295 - 456). La degenza media è stata di  $20,6 \pm 9,8$  days (range 9 - 40). Non sono state registrati decessi o complicanze intraoperatorie. Sono state osservate complicanze postoperatorie precoci (< 30 giorni) in 7 pazienti (63%) (2 di grado IIIb, 3 di grado II, e 2 di grado I secondo la classificazione di Clavien Dindo). L'esame istopatologico ha confermato la presenza di adenocarcinoma ed ha evidenziato mesoretto intatto in tutti i casi. Il numero medio di linfonodi esaminati è stato di  $14,27 \pm 7,34$  (range 3 - 31).

I margini distali e circonfenziali sono stati rispettivamente di  $21,4 \pm 9,7$  mm (range 4 - 40 mm) e  $19,81 \pm 16,76$  mm (range 1 - 50 mm).

La comparazione tra due gruppi composti dai primi cinque e gli ultimi sei casi ha mostrato una differenza statisticamente significativa nella durata media dell'intervento ( $p=0,011$ ). Nessuna differenza significativa è stata evidenziata nei due gruppi per quel che riguarda le complicanze intraoperatorie e postoperatorie precoci e tardive, degenza media, numero di linfonodi esaminati, qualità del mesoretto e distanza con il margine distale e circonfenziale.

La nostra esperienza sebbene iniziale conferma, in attesa di maggiori evidenze che supportino sull'uso di questa tecnica rispetto a quella classica laparoscopica. la sicurezza e la riproducibilità della TaTME.

La nostra ipotesi è che le resezioni epatiche maggiori associate a chirurgia combinata coloretale con intento curativo per sCLM siano fattibili e sicure in una determinata categoria di pazienti.

L'obiettivo di questo studio retrospettivo è quello di analizzare, in soggetti con sCLM, i risultati a breve e lungo termine del trattamento chirurgico simultaneo confrontando gli outcome postoperatori a 90 giorni ed i tassi di sopravvivenza in due gruppi di pazienti: quelli sottoposti a resezione epatica minore e quelli sottoposti ad epatectomia maggiore in combinazione con interventi di chirurgia coloretale a scopo curativo.

Dai registri operatori aziendali digitali grazie alla ricerca per codice ICD-9CM, sono stati individuati pazienti sottoposti a chirurgia sincrona su colon e fegato presso la U.O.C di Chirurgia A del P.O. Maggiore dell'AUSL Bologna nel periodo che va da Gennaio 2005 a Marzo 2018.

Di questi soggetti sono stati presi in considerazione solo quelli affetti da adenocarcinoma del colon-retto metastatico esclusivamente al fegato, discussi al Disease Management Team (DMT) aziendale o, quando ancora non istituito in azienda, valutati da un chirurgo epatobiliare del nostro Team, e che, dopo valutazione di resecabilità R0 sono stati candidati ad intervento chirurgico combinato a scopo curativo. Eliminati pazienti candidati a trattamento di recidive coliche e pericoliche con metastasi metacrone o nei quali la presenza di malattia a localizzazione epatica è stato un riscontro intraoperatorio o sottoposti ad intervento chirurgico in regime d'urgenza per complicanze del tumore primitivo alcuni dei quali già sottoposti a procedure terapeutiche endoscopiche come "bridge-to-surgery". Si è scelto di eliminare dall'analisi i pazienti sottoposti a resezione addominoperineale per il trattamento della sede primitiva. L'outcome principale è stata la differenza nei tassi di complicanze post-operatorie a 90 giorni, nella durata mediana della degenza post-operatoria, nella mortalità a 90 giorni in pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di resezione coloretale associata ad epatectomia maggiore o minore. L'analisi degli outcomes chirurgici è stata condotta escludendo i pazienti con margine di resezione macroscopicamente infiltrato da malattia (R2, residuo di malattia), perché in questi soggetti l'estensione della resezione epatica è stata in tutti i casi minore, o per intento non curativo (biopsia escissionale wedge o agobiopsia) o perché parte di procedure in due tempi (ove il secondo tempo non sia mai stato realizzato). L'analisi statistica è stata condotta con Stata v11

Dal Gennaio 2005 al Marzo 2018 presso la U.O.C. di Chirurgia A dell'Ospedale Maggiore dell'AUSL di Bologna 94 pazienti con sCLM senza malattia extraepatica, sono stati sottoposti ad intervento chirurgico combinato di resezione epatica e colo-rettale con intento curativo. Di questi, 65 pazienti (69%) sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di epatectomia minore e 29 (31%) di epatectomia maggiore.

Nei pazienti, di cui abbiamo il dato a disposizione (85/94), l'intervento coloretale ha garantito un margine esente da infiltrazione neoplastica (R0) nel 100% dei casi.

I due gruppi differivano significativamente per l'età, ma non per le altre variabili demografiche (sesso), cliniche (BMI, ASA score, sede del tumore primitivo, stadio T del TNM secondo AJCC) e chirurgiche (resezione colica/resezione rettale) prese in analisi. L'analisi della durata della degenza media non ha evidenziato differenze significative

(p=0.149)  
Il tasso di complicanze severe nei due gruppi non è risultato significativamente differente (p=0.881)  
E' risultato significativamente differente la durata della procedura chirurgica, più lunga nel gruppo delle epatectomie maggiori (p<0.001).  
In due soggetti si è verificato il decesso come complicanza della procedura chirurgica. Entrambi appartenevano al gruppo delle epatectomie maggiori, pur non esistendo differenza significativa fra i due gruppi analizzati (p=0.092).  
Il margine di resezione chirurgica libero da malattia (R0) non è stato influenzato dall'estensione della malattia (p = 0.674).  
L'analisi univariata e multivariata del tasso di complicanze severe non ha evidenziato associazioni con nessuna delle variabili cliniche e demografiche prese in esame (età, ASA score, BMI, sesso, chirurgia rettale, trasfusioni intraoperatorie, durata dell'intervento chirurgico)

#### DISCUSSIONE

Nella nostra esperienza, offrire chances curative a pazienti affetti da sCLM proponendo un trattamento chirurgico upfront, non espone questi soggetti a maggiori rischi di complicanze severe post-operatorie o di trattamento incompleto (R1); in più non comporta un significativo aumento della durata della degenza post-operatoria, ma migliora l'esperienza del paziente ospedalizzato (perché non ripetuta), riduce i rischi legati all'esecuzione di due procedure chirurgiche considerate comunque "maggiori", garantendo un buono standard negli outcomes oncologici, pur esponendo ad un tasso di complicanze generale non basso (25-30%) ma accettabile.

#### BIBLIOGRAFIA

Prova

ID ABSTRACT

245

Speaker

LA TESSA CRISTINA

ARGOMENTO

Chirurgia Senologica

**TITOLO DEL LAVORO****Chirurgia ascellare dopo chemioterapia neoadiuvante nelle neoplasie mammarie con metastasi linfonodali.**

AUTORI

La Tessa Cristina\*, Peroò Sabrina\*, Fenocchi Sara\*, Cucchi Maria Cristina\*  
\*U.O.S.D. di Chirurgia Senologica, Ospedale Bellaria, AUSL di Bologna - Dir. MC Cucchi

INTRODUZIONE

Le linee guida indicano l'utilizzo della biopsia del linfonodo sentinella (BLS) dopo chemioterapia neoadiuvante (NACT) in pazienti con stadiazione linfonodale negativa all'esordio (cN0). Resta dibattuta l'indicazione a BLS in pazienti con evidenza di interessamento linfonodale pre-NACT (cN+) negativizzate agli esami strumentali post-terapia (ycN0).

METODI

E' stata eseguita un'analisi retrospettiva su 160 pazienti sottoposte a chirurgia post-NACT presso la Breast Unit dell'Ospedale Bellaria dal 2007 al 2017. La stadiazione ascellare pre e post-trattamento è stata effettuata con: valutazione clinica, ecografica e RMN. In caso di linfadenopatie sospette all'imaging è stato eseguito un ago aspirato eco guidato. L'identificazione del/i linfonodo/i sentinella (LS) all'intervento è stata eseguita con doppio tracciante. Il LS è stato studiato con esame estemporaneo: in caso di micro/macrometastasi si è proceduto a linfadenectomia (LA) mentre con una diagnosi intraoperatoria o definitiva di cellule tumorali isolate la LA non è stata eseguita.

RISULTATI

88 pazienti (55%) sono risultate cN+ alla stadiazione preoperatoria. La valutazione post-NACT ha mostrato: 62 casi ycN+ sottoposte a LA d'emblee di cui 16(25%) risultate ypN0 mentre 46(75%) avevano almeno una metastasi linfonodale; 26 casi cN+/ycN0 sono stati sottoposti a BLS di cui 20(77%) risultate ypN0 e 6(23%) ypN+ (dati sovrapponibili a quello dei cN0 pre-NACT).  
L'analisi globale della correlazione fra risposta patologica mammaria e stato linfonodale sulle 160 pz ha mostrato che: 53 casi con pRC o pRQC a livello mammario (prevalentemente Her2+ e TN), hanno avuto il 93% di ypN0 (BLS o LA); le 107 pazienti con pRP o pMS (soprattutto Luminal A e B), sono risultate yN0 solo nel 37% dei casi.

DISCUSSIONE

Riteniamo che, con una attenta selezione delle pazienti e stadiazione ascellare pre e post-NACT, l'utilizzo del BLS nei casi cN+/yN0 sia una tecnica sicura, soprattutto negli istotipi più chemiosensibili (quali Her2+ e TN) che mostrino una pCR o pQCR.

BIBLIOGRAFIA



L'utilizzo della chemioterapia neoadiuvante (NACT) nelle neoplasie mammarie ha subito un notevole incremento nel corso degli anni. Fra gli scopi principali vi sono quello di ridurre le dimensioni della neoplasia, per consentire interventi più conservativi, e permettere un trattamento chirurgico in neoplasie all'esordio inoperabili.

E' stata eseguita un analisi retrospettiva su 160 pazienti sottoposte a chirurgia mammaria post-NACT presso la Breast Unit dell'Ospedale Bellaria dal 2007 al 2017. Le caratteristiche delle neoplasie analizzate sono state le seguenti: 135 pazienti (84%) presentavano un tumore T2-T3, 16 (10%) un T1 e 9 (6%) un T4. In relazione allo stato biologico abbiamo preso in esame: 61 neoplasie HR+Her2- (di cui 22 Luminali A e 39 Luminali B), 62 HER2+HR± e 37 triplo negative.

Sono state eseguite 88 (55%) mastectomie (di cui 45 (51%) con ricostruzione immediata) e 72 (45%) interventi conservativi che in 3 casi è stato necessario convertire in mastectomia di radicalizzazione con consensuale ricostruzione. Il tasso di mastectomie versus quadrantectomie è stato diverso a seconda delle caratteristiche biologiche delle neoplasie e della risposta patologica alla NACT: nelle neoplasie HR+HER2- abbiamo effettuato 37 mastectomie (61%) e 24 interventi conservativi (39%) di cui 2 successivamente radicalizzati a mastectomia; nelle neoplasie HER2+HR± abbiamo effettuato 29 mastectomie (46%) e 33 interventi conservativi (54%) di cui 1 successivamente radicalizzato; nelle neoplasie triplo negative abbiamo effettuato 22 mastectomie (60%) e 15 interventi conservativi (40%).

Il tasso globale di conversione da mastectomia a quadrantectomia è stato del 17% per arrivare fino al 24% nelle pazienti con neoplasie maggiormente chemiosensibili come le Her2 e le TN. Il tasso di reinterventi di radicalizzazione per margini interessati è stato del 4%; va sottolineato che queste 3 pazienti presentavano rispettivamente una neoplasia HER2+HR+, una Luminal A ed una Luminal B e che non avevano mostrato una buona risposta alla terapia.

La scelta del tipo di trattamento chirurgico post-NACT dipende da numerosi fattori: imaging, focalità e centricità tumorale, scelta delle pazienti in relazione all'esito estetico e, attualmente, possiamo affermare che anche la biologia della neoplasia e la sua chemiosensibilità giocano un ruolo fondamentale.

Nonostante alcune metanalisi riportino un aumento del rischio di recidiva, in letteratura sono documentati incrementi della chirurgia conservativa post-NACT con valori dal 16 al 27% che non impattano sulla DFS o OS; questo dato è particolarmente evidente nelle neoplasie più chemiosensibili come le HER2+ e le TN.

**È il doppler imprescindibile nella realizzazione della dearterializzazione e mucopessia transanale nella malattia emorroidaria sintomatica di II- III grado? Valutazione dell'outcome, sicurezza ed efficacia confrontando 3 procedure su 91 pazienti.**

Autori: R. Laforgia, F. Perrone; M. Di Salvo, N. Musa, P. Sallustio; G. Balducci; G. Carbotta; P. Lobascio – Chirurgia Generale Universitaria e d'Urgenza "V. Bonomo" – Policlinico di Bari

Introduzione: La mucopessia con dearterializzazione emorroidaria è una tecnica mini-invasiva per il trattamento della malattia emorroidaria sintomatica. Il nostro studio retrospettivo si propone di confrontare l'efficacia, la sicurezza e l'outcome di 3 tecniche sospensive con e senza l'uso del doppler.

Materiali e metodi: 2016-2018: trattati 91 pazienti (pz) con diagnosi di prolasso mucoemorroidario (PME) II e III grado. Tecnica: confezionamento di 6 plicature mucose longitudinali alle ore dispari in vicryl. In base alla procedura effettuata, i campioni sono stati suddivisi in tre bracci. Gruppo A: 24 Transanal Haemorroidal Dearterialisation (THD), Gruppo B: 17 THD senza ausilio del doppler (TND); Gruppo C: 50 mediante device E.R.O.De – Sapimed (senza uso del doppler e con anoscopio differente). Durata procedure (range 20-105 minuti): THD 65,7'; THD SENZA DOPPLER 60,3'; ERODE 36,3'. Ai pz è stato consegnato un Daily Diary per valutare dolore, sanguinamento, uso di analgesici, tenesmo, urgenza defecatoria e ripresa attività quotidiane. E' stato eseguito follow up stretto.

Risultati: Il primo follow-up ha evidenziato Dolore (THD 4.3; TND 6.12; Erode 5.11); Sanguinamento (THD 14; TND 12; Erode 35); Tenesmo (THD 21; TND 13; Erode 41). Complicanze: 1 (1.08%) emorragia maggiore; 1 (1.08%) ascesso sottomucoso; 3 (3.29%) trombosi emorroidarie; 7 Recidive (7.6%): THD 8.33%; TND 11.76%; Erode 5.88%.

CONCLUSIONI : La mucopessia con dearterializzazione emorroidaria si può ritenere procedura sicura ed efficace, ben tollerata dal paziente e con outcome soddisfacente. L'analisi statistica non ha evidenziato differenze significative fra le 3 procedure eseguite. L'utilizzo del doppler quindi, non ha modificato l'outcome in termini di complicanze e/o recidiva. Inoltre l'utilizzo del device Erode è da preferire avendo un costo nettamente inferiore ed avendo una maggiore ergonomia facilitando così, maggiore (più agevole) manualità da parte dell'operatore.



- comparison with standard laparoscopy. Sourrouille I1, Dumont F, Goéré D, Honoré C, Elias D. *Dis Colon Rectum*. 2013 Nov;56(11):1203-10.
3. Single incision laparoscopic colectomy for colorectal cancer: comparison with conventional laparoscopic colectomy. Sang Woo Lim, Hyeong Rok Kim, and Young Jin Kim *Ann Surg Treat Res*. 2014 Sep; 87(3): 131–138
4. Assessment of treatment options for rectosigmoid cancer: single-incision plus one port laparoscopic surgery, single-incision laparoscopic surgery, and conventional laparoscopic surgery. Ruoyan Liu, Yanan Wang, Ze Zhang, Tingting Li, Hao Liu, Liying Zhao, Haijun Den *Surgical Endoscopy* June 2017, Volume 31, Issue 6, pp 2437–2450
5. Single-incision laparoscopic surgery for rectal cancer: early results and medium-term oncological outcome. Gash K, Bicsak M, Dixon A *Colorectal Dis*. 2015 Dec;17(12):1071-8
6. Single-incision versus standard multi-incision laparoscopic colectomy in patients with malignant or benign colonic disease: a systematic review, meta-analysis and assessment of the evidence. Anne Catharina Brockhaus, Stefan Sauerland, and Stefan Saad *BMC Surg*. 2016; 16: 71. Published online 2016 Oct 18
7. Conventional laparoscopic versus single-incision laparoscopic right hemicolectomy: a case cohort comparison of short-term outcomes in 144 consecutive cases. Chew MH, Change MH, Tan WS, Wong MT, Tang CL *Surg Endosc*. 2013;27(2):471–7.
8. Feasibility and safety of single-incision laparoscopic colectomy: a systematic review. Makino T, Milsom JW, Lee SW. *Ann Surg* 2012;255:667-76.
9. Single-incision laparoscopic surgery (SILS) in complex colorectal surgery: a technique offering potential and not just cosmesis. C

ID ABSTRACT	201
Speaker	LOSACCO LUIGI
ARGOMENTO	Chirurgia Colo-Rettale
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>ANAL FISTULA REPAIR: TREATMENT WITH DERMAL MATRIX PLUG</b>
AUTORI	Luigi Losacco, Andrea Legnaro, Michele Longo, Francesco Pietrangeli, Enzo Facci  U.O.S. Coloproctologia Azienda ULSS 5 Polesana - Veneto Ospedale di Rovigo e Trecenta viale 3 Martiri, 45100, Rovigo
INTRODUZIONE	This study was designed to evaluate the outcomes using a matrix plug for the correction of anal fistulas repair. The three dimensional structure ensure the stability of the device, the sharp edges of the wedge provides the incorporation into the host tissue with lower inflammatory responses and primary stability.
METODI	The study was conducted at the Unit of Coloproctology, Rovigo Hospital, from January 2014 to December 2018 and comprises data of 26 patients, 14 male and 12 female treated for anal fistula repair with plug (Pressfit). The median age was 53 years (range:29-80 years). Patients were previously treated with a loose seton to promote drainage of the fistula (range 3-12 months). After removed seton and courettage, plug is inserted the larger part in the internal opening that will be sutured; then close the internal orifice with a good thickness flap. The truncated pyramid frustum creates an intimate contact to promote tissue regeneration.
RISULTATI	Only complex anal fistula were enrolled in the study. Mean operative time was 30 min. No major complications, active sepsis or mortality were observed. Success rate with a mean follow up of 28 months (range:1-52 months) was 76% of patients (21/26). The mean recurrence was 24%. Mean time for recurrence was 3-6 months. Two recurrent patients were successfully treated with a new plug procedure (2/21), and five were treated with other surgical techniques, No patient experienced any change incontinence.
DISCUSSIONE	Fistula plug treatment with dermal matrix is a safe and viable surgical option that should be offered to anal fistula patients. The procedure is safe, simple and has low risk of morbidity. A longer follow-up period and a larger sample size remain to be explored.
BIBLIOGRAFIA	Keywords: Anal fistula Plug, perianal abscess, incontinence

Claudio Luciani 1,2; Antonello Buondonno 1,2; Dino Dall'Olio 1,2; Alessio Maurelli 2; Giancarlo Di Marzo 1,2; Giuseppe Cecere 2.

1 UOS Chirurgia Toracica, Ospedale "A. Cardarelli" Campobasso, ASReM.

2 UOC Chirurgia Generale, Ospedale "A. Cardarelli" Campobasso, ASReM.

L'empiema pleurico si presenta spesso con implicazioni terapeutiche che configurano una sfida chirurgica, associato ad un elevato tasso di morbilità e mortalità. Nella maggior parte dei casi rappresenta una conseguenza di una suppurazione batterica in esito a processi broncopneumici. L'obiettivo è l'utilizzo della V.A.C. Therapy nell'empiema pleurico, dopo procedura VATS, in sostituzione del drenaggio toracico tradizionale.

Paziente maschio di 71 anni, ex fumatore, con insufficienza respiratoria cronica, recentemente sottoposto a trattamento antibiotico per broncopneumite basale destra, affetto da morbo di Alzheimer, con cardiopatia ischemica, ha subito un intervento di rivascolarizzazione miocardica. Al momento del ricovero presenta dispnea, tosse, assenza di MV sui campi polmonari medio-basale destro; SO<sub>2</sub> 86% in aria ambiente; la TC del torace con mdc mostra abbondante versamento pleurico a destra con aspetto saccato, evidenza, inoltre, collasso da compressione dell'intero polmone omolaterale. Viene sottoposto ad intervento VATS bi-portal con toilette-debridement del cavo pleurico e, in seguito ad un controllo della riespansione polmonare, a posizionamento di due drenaggi toracici. Controlli radiologici in IV E VI giornata p.o. evidenziano la presenza di raccolta fibrino-purulenta medio basale residua. A fronte di tale quadro radiologico ed in considerazione delle condizioni del paziente, delle problematiche cardiovascolari e dell'elevato rischio chirurgico legato a reintervento, si dispone per il posizionamento di V.A.C. therapy. Si pratica "Open Window Thoracostomy" sul pregresso accesso Videotoracoscopico, con posizionamento del dispositivo V.A.C. therapy trans-intercostale (VI spazio intercostale) a 75 mmHg per una durata di otto giorni.

Il trattamento con V.A.C. ha consentito la rimozione di 750 cc di materiale corpuscolato denso, mantenendo parametri vitali stabili (SO<sub>2</sub> 95% in maschera, F.C. 98 bpm), in assenza di complicanze, quali emorragie, tachicardia, lacerazioni polmonari. La Tc di controllo evidenzia una totale scomparsa del versamento saccato parietale.

Molti autori sostengono che l'approccio VATS rappresenta il trattamento di prima scelta nell'empiema pleurico nello stadio I - II, consentendo, attraverso una metodica mini invasiva, di effettuare un'accurata toilette-debridement del cavo pleurico e, nel contempo, di valutare una valida riespansione polmonare. Il drenaggio toracico post VATS spesso risulta inadeguato nel rimuovere le secrezioni purulente fibrinose dense caratteristiche di questo quadro patologico. La V.A.C. therapy, invece, potrebbe rappresentare la metodica più appropriata al fine di realizzare un drenaggio completo dell'empiema, perché caratterizzata da una maggiore efficacia nel rimuovere sia la componente liquida che quella corpuscolata che può residuare dopo trattamento VATS. La rapidità con cui ciò avviene, permette sia il raggiungimento della guarigione che la riduzione dell'ospedalizzazione. La realizzazione di un co-intervento precoce ed efficace determina una riduzione della possibilità di cronicizzazione dell'empiema pleurico e, di conseguenza, la riduzione delle complicanze settiche.

Claudio Luciani 1,2; Antonello Buondonno 1,2; Dino Dall'Olio 1,2; Alessio Maurelli 2; Giancarlo Di Marzo 1,2; Giuseppe Cecere 2.

1 UOS Chirurgia Toracica, Ospedale "A. Cardarelli" Campobasso, ASReM.

2 UOC Chirurgia Generale, Ospedale "A. Cardarelli" Campobasso, ASReM.

I traumi toracici e le complicanze ad essi collegati sono responsabili di un elevato tasso di mortalità.

Le fratture costali multiple, associate o meno a emotorace, sono le lesioni di più comune riscontro nei pazienti vittime di trauma toracico chiuso.

Secondo le linee guida EAST tutti gli emotoraci, indipendentemente dall'entità, dovrebbero essere trattati con drenaggio pleurico. Nei casi di emotorace persistente o residuo, in aggiunta al drenaggio, al fine di ridurre il rischio di infezione e l'evoluzione in fibrotorace, sarebbe utile prendere in considerazione l'esecuzione di una videotoracosopia da eseguire tra la terza e la settima giornata post-trauma.

Negli ultimi anni, il tradizionale "multiport approach" è stato modificato in un approccio uniportale, che possiede gli stessi vantaggi della toracotomia, utilizzando una singola piccola incisione in assenza di dilatazione costale.

Negli ultimi 18 mesi, presso la nostra U.O.S., sono state eseguite 38 procedure Uniportal VATS per patologie polmonari diverse. Di queste, negli ultimi tre mesi, tre sono state eseguite in urgenza in pazienti con emotorace post-traumatico. Tutti i pazienti, in decubito laterale sinistro o laterale destro, sono stati intubati con un tubo a doppio lume e ventilati con ventilazione monopolmonare. L'approccio uniportale consiste in una singola incisione (3-4 cm) nel quinto spazio intercostale o nell'incisione del tubo toracico. È stata utilizzata un'ottica di 30° e sono stati impiegati gli strumenti opportunamente progettati, dotati di articolazioni prossimali e distali. La fonte del sanguinamento è stata identificata e trattata nel corso dell'intervento, al termine del quale è stato posizionato un tubo toracico (28 Ch.).

In tutti i casi esaminati, l'indicazione al trattamento è stata la presenza di un emotorace con emorragia attiva. L'approccio Uniportal Vats è stato effettuato dopo aver attentamente valutato tutti i fattori clinici e i rischi legati a questa particolare procedura. La posizione, l'estensione e la gravità delle lesioni sono state diagnosticate e trattate intraoperatoriamente. Il tasso di conversione è stato pari allo zero. La Vats può fornire un'eccellente visualizzazione della cavità pleurica, più utile per l'evacuazione dell'emotorace rispetto all'utilizzo del drenaggio pleurico. Le funzioni principali dell'Uniportal Vats comprendono la valutazione e il controllo del sanguinamento continuo, l'evacuazione precoce di un emotorace persistente, la decorticazione di empiemi post-traumatici e la valutazione delle lesioni mediastiniche.

Con un solo spazio intercostale coinvolto, senza l'utilizzo di un trocar o della dilatazione costale, l'irritazione e la lesione dei nervi intercostali sono ridotte o del tutto assenti. La tecnica, inoltre, presenta importanti vantaggi sia per i chirurghi, garantendo una visione diretta del target e una strumentazione più confortevole, che per il paziente, riducendo il dolore postoperatorio e fornendo un risultato estetico migliore. L'Uniportal VATS è adatta per la diagnosi, l'ispezione e l'esplorazione. In caso di emergenza, l'incisione uniportale può essere ingrandita in una toracotomia laterale molto rapidamente e con meno traumi della parete toracica rispetto ad altre incisioni multiportali.

Nell'ambito della chirurgia toracica, teoricamente l'Uniportal Vats è indicata in tutti i casi di urgenze, come il trauma da arma da taglio, lo pneumotorace o come nel controllo del sanguinamento o nella rimozione di corpi estranei. Offre una valida alternativa alla tecnica convenzionale multiportale, migliorando potenzialmente l'impatto sul dolore

post-operatorio o a lungo termine, limitando gli esiti di parestesie, riducendo i tempi di degenza e permettendo, quindi, al paziente un rapido ritorno alla quotidianità. In base ai nostri risultati preliminari, l'Uniportal Vats sembra essere un approccio sicuro e fattibile per la gestione dell'emergenza toracica.

## BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

34

Speaker

MANCINI RAFFAELLO

ARGOMENTO

ERAS

**TITOLO DEL LAVORO**

**Metodologia ERAS in chirurgia coloretale mininvasiva laparoscopica e robotica.**

AUTORI

Mancini R, Ioni L, Pernazza G  
UOSD Chirurgia Generale Robotica  
AO San Giovanni Addolorata - Roma

INTRODUZIONE

Obiettivo dello studio è stato di osservare l'impatto dell'applicazione del protocollo ERAS sulla riduzione della degenza postoperatoria e delle complicanze nei pazienti sottoposti a chirurgia colo-rettale.

METODI

Da Gennaio a Novembre 2018 nella Uosd di Chirurgia Robotica dell'A.O. San Giovanni-Addolorata di Roma, 62 pazienti sono stati sottoposti ad intervento chirurgico per patologia colo-rettale e il decorso postoperatorio condotto secondo la metodologia ERAS. Il numero degli ITEMS previsti dal protocollo per ogni paziente è stato di 18 e di questi è stato calcolato il numero di quelli rispettati per ogni paziente e il numero mediano dell'intera casistica con la percentuale di aderenza totale.

RISULTATI

Dei 62 casi, 28 (45,1%) sono stati i maschi, 17 (27,4%) i retti, 59(95,6%) le procedure mini-invasive di cui 31 robotiche.  
In 8 (12,9%) pazienti tutti gli ITEMS sono stati rispettati, in 46 casi (74,2%) dai 14 ai 16 ITEMS sono stati soddisfatti, in 3 casi gli ITEMS seguiti sono stati tra i 10 e i 14 mentre nei restanti 5 pazienti sono state seguite meno di 10 raccomandazioni. Il numero mediano di Items rispettati è stato di 15, la percentuale di coloro hanno mostrato aderenza superiore ai 14 è stata dell'87%.  
La degenza mediana è stata di 4,87 giorni, quella postoperatoria di 3,15, la morbilità complessiva del 30,6% (19 pz) di cui 10,5% (2 pz) di Grado 3 sec. Dindo-Clavien, la percentuale di riammissione entro 30 giorni è stata del 4,8% (3 pz.) I pazienti con aderenza sopra i 14 ITEMS hanno mostrato una degenza mediana postoperatoria di 3,15 giorni mentre nel sottogruppo di pazienti con meno di 10 items soddisfatti la degenza mediana è stata di 7 giorni come pure il numero di eventi riguardanti la morbilità è stato superiore.

DISCUSSIONE

L'aderenza al protocollo ERAS nei pazienti sottoposti a chirurgia colo-rettale ha mostrato benefici in termini di riduzione della degenza postoperatoria ed incidenza di complicanze.

BIBLIOGRAFIA



A. Marano\*, M. Ippolito, S. Serio e A. Borriello  
 \*Chirurgia Senologica  
 Chirurgia Plastica e Ricostruttiva  
 P. O. Pellegrini - ASL Napoli 1 Centro  
 Napoli

I tumori filloidi della mammella sono rari, attestandosi in meno dell'1% dei tumori della mammella. Il termine filloide deriva dal greco ("fullon":foglia) ed è legato al caratteristico aspetto a "foglia" assunto dal pattern cellulare di cui è composto. La classificazione prevede una forma benigna, una borderline fino ad una forma maligna che lo assimila, dal punto di vista clinico, ai sarcomi (Cistosarcoma filloide). Il trattamento è principalmente chirurgico e può andare dall'asportazione con ampio margine di sicurezza, data la tendenza a recidivare, fino alla mastectomia. Le forme maligne, essendo assimilabili ai sarcomi, non sono linfotrope per cui non è generalmente indicata la stadiazione ascellare.

CASO CLINICO: paziente di anni 35, operata in altra sede circa 2 anni prima di asportazione di un fibroadenoma del QSE della mammella sinistra. La diagnosi istologica aveva evidenziato un fibroadenoma di tipo FILLOIDE a basso indice mitotico, ma la neoplasia era recidivata nella stessa sede un anno dopo. La paziente veniva pertanto rioperata e la diagnosi istologica ancora una volta evidenziava un FILLOIDE a basso indice mitotico. A 4 mesi da tale intervento la paziente giunse alla nostra osservazione per una nuova recidiva, questa volta di tipo gigante per le dimensioni superiori a 6 cm. Una nuova stadiazione preoperatoria, effettuata con RMN con mdc e CORE biopsy della lesione, ha evidenziato un tumore fibroepiteliale bifasico con indice di proliferazione (Ki-67) >15%; dimensioni di quasi 8 cm. È stata pertanto posta indicazione a mastectomia con conservazione del complesso areola-capezzolo (NSM)

La scelta chirurgica è stata quella di riduzione dell'eccesso di cute mediante incisione inferiore a T rovesciata come per mastoplastica riduttiva e reimpianto del NAC per evitare differenze di posizione rispetto al controlaterale. Effettuata la mastectomia, la scelta ricostruttiva è stata con protesi diretta retromuscolare. Il decorso post-operatorio è stato segnato da una lieve sofferenza del bordo inferiore del NAC e della porzione inferiore della cicatrice verticale, risolta quest'ultima con escarectomia.

Il tumore FILLOIDE maligno della mammella, pur rappresentando una percentuale bassa delle neoplasie mammarie, deve essere sempre sospettato nei casi di precoci recidive di lesioni fibroadenomatose che si manifestano con rapida crescita. In tali casi, sarebbe auspicabile prima dell'intervento chirurgico eseguire sempre una CORE biopsy per tipizzare con precisione la lesione e modulare l'estensione dell'exeresi chirurgica, sempre generosa nei casi maligni.

La Biopsia del Linfonodo Sentinella (BLS) nonostante oggi sia considerato il Gold Standard nel trattamento dell'EBC, resta una tematica ancora molto dibattuta. Gli argomenti ancora in discussione riguardano soprattutto cosa fare in caso di positività del LS e la necessità o meno di effettuare l'esame istologico estemporaneo (EIE). Alcuni trial ancora in corso, inoltre, stanno valutando l'effettiva necessità di "stadiare l'ascella" in casi selezionati (SOUND, BOOG 2013-08). Alla luce di tali considerazioni si è valutata retrospettivamente la casistica di un centro a "medio volume di interventi", ponendo l'attenzione sulla metodica per eseguire l'EIE.

Dal gennaio 2011 al dicembre 2018 sono state trattate per cancro della mammella 451 pazienti, di età compresa tra 29-89 anni. 366 di esse (81,1%) sono state sottoposte a BLS. In 7 casi (1,9%) non è stato evidenziato il LS per cui è stata eseguita una ALND. Le restanti 85 ALND (18,8%) sono state eseguite per sospetto clinico di interessamento linfonodale e/o in caso di CHT neoadiuvante. I LS sono stati analizzati intraoperatoriamente con la tecnica di "apposizione e scraping citologico". Il linfonodo è stato considerato positivo in presenza di cellule epiteliali con atipie citologiche; in tal caso è stata eseguita una ALND; dal 2013 in caso di micrometastasi all'EIE la decisione se eseguire una ALND è stata rinviata all'esame istologico definitivo

79/359 BLS (22%) sono risultati positivi all'EIE, di questi 5 identificati come micrometastasi; in uno di questi (precedente al 2013) si è proceduto a ALND diretta, risultata poi all'esame definitivo macrometastatica con 9 linfonodi positivi (N2+). 1 caso diagnosticato come macrometastasi all'EIE è risultato micrometastasi all'esame completo. In definitiva dei 79 casi "positivi", 1 caso può definirsi come vero "FALSO POSITIVO" (1,26%). Il tasso, invece, di "FALSI NEGATIVI" è stato del 12,8% (36/280). Di questi, però, solo 12 (4,2%) erano macrometastasi e sono poi state sottoposte a ALND, mentre 24 (8,4%) erano invece micrometastasi che, dal 2013 in poi, non sono state ulteriormente trattate. Infine, delle totali 93 pazienti sottoposte ad ALND post-BLS 13 (13,9%) sono risultate avere linfonodi metastatici >4 e sottoposte ad ulteriore RT adiuvante

La BLS è oggi la metodica di scelta nella stadiazione dell'ascella negli EBC; l'EIE permette di ridurre i reinterventi oltre a consentire maggiore sicurezza terapeutica in caso di mastectomia; l'EIE effettuato con la tecnica dello "scraping" citologico può ritenersi valido, semplice e rapido nell'identificare soprattutto le macrometastasi, consentendo inoltre di evitare sottostadiazioni. La scarsa sensibilità per le micrometastasi non costituisce un limite nella metodica considerato che le recenti evidenze hanno drasticamente ridotto le indicazioni alla ALND. Ulteriori trial in corso (SOUND, SINODARONE, BOOG 2013-08) e l'eventuale validazione di NOMOGRAMMI e SCORE sono necessari per identificare casi a rischio basso in cui omettere la ALND e/o la stessa BLS

- Galimberti V, Cole BF, Zurrada S, et al. Axillary dissection versus no axillary dissection in patients with sentinel-node micrometastases (IBCSG 23-01): a phase 3 randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2013; 14: 297-305.
- Giuliano AE, Kelly KH, et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis. A randomized clinical trial. *J Am Med Assoc* 2011;305(6):569e75.
- Giuliano AE, Ballman KV, et al. Effect of Axillary Dissection vs No Axillary Dissection on

10-Year Overall Survival Among Women With Invasive Breast Cancer and Sentinel Node Metastasis: The ACOSOG Z0011 (Alliance) Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2017 Sep 12;318(10): 918–926. doi: 10.1001/jama.2017.11470

4) Gentilini O, Veronesi U. Abandoning sentinel lymph node biopsy in early breast cancer? A new trial in progress at the European Institute of Oncology of Milan (SOUND: sentinel node vs Observation after axillary UltraSound). *Breast* 2012;21:678e81.

5) van Roozendaal LM, Vane MLG, van Dalen T, et al. Clinically node negative breast cancer patients undergoing breast conserving therapy, sentinel lymph node procedure versus follow-up: a Dutch randomized controlled multicentre trial (BOOG 2013-08). *BMC Cancer*. 2017;17(1):459.

6) Cox C, Centeno B, et al. Accuracy of intraoperative imprint cytology for sentinel lymph node evaluation in the treatment of breast carcinoma. *Cancer*. 2005 Feb 25;105(1):13-20.

7) G. Curigliano, H. J. Burstein et al.: De-escalating and escalating treatments for early-stage breast cancer: the St. Gallen International Expert Consensus Conference on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2017. *Annals of Oncology* 28: 1700–1712, 2017

8) Lombardi A1, Nigri G2, Maggi S1, Stanzani G1, Vitale V1, Vecchione A3, Nania A1, Amanti C1. Role of frozen section in sentinel lymph node biopsy for breast cancer in the era of the ACOSOGZ0011 and IBCSG 23-10 trials. *Surgeon*. 2018 Aug;16(4):232-236.



ID ABSTRACT

281

Speaker

MARTE GIANPAOLO

ARGOMENTO

Upper G-I Tract

**TITOLO DEL LAVORO**

**Anomalie e varianti vascolari riscontrate in 132 gastrectomie laparoscopiche con dissezione linfonodale per cancro. Epidemiologia, analisi dei dati, revisione della letteratura e gestione intraoperatoria.**

AUTORI

Marte G, Steccanella F, Papis D, Abete R, Rispoli C, Maida P.  
PO Ospedale del Mare, Napoli, UOC di Chirurgia Generale e d'Urgenza

INTRODUZIONE

Le varianti anatomiche dei vasi sanguigni paragastrici sono raramente menzionate nei manuali di chirurgia standard, ma la conoscenza delle anomalie del tripode celiaco e dei suoi rami, come anche dei vasi venosi dà un grande vantaggio pratico al chirurgo durante gli interventi oncologici gastrici. La presenza di qualsiasi anomalia vascolare potrebbe essere la ragione di complicanze durante le procedure chirurgiche soprattutto se associate a linfadenectomia. Alcune anomalie (arteria epatica, gastroduodenale o arteria gastrica posteriore) potrebbero essere causa di una necrosi viscerale ischemica. In fase preoperatoria, un'anomalia vascolare non riconosciuta all'imaging porta a prolungamento imprevisto dei tempi operatori ed un aumento del rischio di complicanze peri-operatorie.

METODI

Questo è uno studio prospettico che comprende 132 casi consecutivi di gastrectomia totale e sub-totale laparoscopica compresi nel periodo tra Gennaio 2009 e Gennaio 2018. Abbiamo riportato in un nostro database tutti i dati relativi ai pazienti e le varianti anatomiche riscontrate in preoperatorio alla TC ed intraoperatorie, sia arteriose che venose, classificate secondo la classificazione di Michels quando possibile. Abbiamo infine confrontato, i tempi operatori, le perdite ematiche, le complicanze peri e post-procedurali tra i sotto gruppi con anomalie arteriose e venose con il gruppo con anatomia standard.

RISULTATI

In accordo con la letteratura la variante anatomica più diffusa è la presenza di un'arteria di Hyrtl (arteria epatica di sinistra che nasce dall'arteria coronaria stomacica), riscontrata nella nostra serie nel 12.2% di casi, meno frequenti le anomalie del tripode celiaco e dell'arteria epatica comune nel 4.5% ed anomalie dell'arteria gastroduodenale nel 1.5%. Abbiamo inoltre analizzato come il tipo di arteria splenica possa influire sulla linfadenectomia della stazione 10 e le arterie infrapiloriche su quella della stazione 6. Per quanto concerne la distribuzione anatomica delle vene gastrica di destra e di sinistra, la conoscenza delle varianti ha mostrato impatto sui tempi operatori e sulle perdite ematiche.

DISCUSSIONE

La conoscenza delle varianti anatomiche dei vasi gastrici e dei vasi che interessano la dissezione linfonodale D2 per il cancro gastrico, è senza dubbio mandatoria al fine di abbattere il tasso di complicanze peri-procedurali ed i tempi operatori. La chirurgia laparoscopica del cancro gastrico consente un'adeguata identificazione di tali varianti, seppure uno studio pre-operatorio angiografico è sempre consigliato quando si affrontano tali interventi in cui l'anatomia vascolare guida la dissezione chirurgica.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

5

Speaker

MATOLA CARMINE

ARGOMENTO

Chirurgia Senologica

**TITOLO DEL LAVORO****Strain elastography delle lesioni mammarie: una metodica diagnostica valida sulle strategie diagnostiche delle lesioni mammarie.**

AUTORI

Autori:

° DOTT. CARMINE MATOLA CHIRURGO ONCOLOGO/ SENOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA

ISTITUTO CLINICO MEDITERRANEO ( NEUROMED ) AGROPOLI (SA)

° DOTT. ANTONIO DE SANTIS CHIRURGO GENERALE / RESPONSABILE CHIRURGIA ISTITUTO

CLINICO MEDITERRANEO ( NEUROMED ) AGROPOLI (SA)

° DOTT.SSA ALESSIA CALEO ANATOMO-PATOLOGO AZ. OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SALERNO

° DOTT.SSA CHIARA IDA PANDELLI BIOLOGA/PATOLOGA CLINICA

Istituzioni:

ISTITUTO CLINICO MEDITERRANEO / NEUROMED AGROPOLI (SA)

CENTRO DIAGNOSTICO BATTIPAGLIESE - BATTIPAGLIA ( SA )

INTRODUZIONE

L'ELASTOSONOGRAFIA E' UNA NUOVA METODICA ECOGRAFICA CHE SI PREFIGGE DI EFFETTUARE UNA CARATTERIZZAZIONE TISSUTALE IN REAL TIME : E' QUINDI CORRETTO PARLARE DI UNA VERA E PROPRIA INNOVAZIONE DIAGNOSTICA . QUESTA METODICA CONSENTE DI INTEGRARE DIRETTAMENTE ED IN REAL TIME , LE INFORMAZIONI DEL B-MODE .IN PRATICA L'ELASTOSONOGRAFIA MAMMARIA EVIDENZIA CON SCALA CROMATICA LE MODIFICAZIONI DELLA ELASTICITA' DELLA STRUTTURA IN ANALISI ; PER OTTENERE CIO' SI UTILIZZA LA NORMALE SONDA ECOGRAFICA E SI APPLICA UNA COMPRESSIONE VERTICALE AI TESSUTI , IN QUESTO MODO ESSI SUBISCONO UNA DEFORMAZIONE PIU' O MENO RILEVANTE IN RAPPORTO ALLA LORO ELASTICITA' , E RESTITUISCONO SEGNALI DIVERSI . L'IMMAGINE ELASTOSONOGRAFICA E' QUINDI LA CONSEGUENZA DELLE ANALISI DELLE PROPRIETA' MECCANICO-ELASTICHE DEL TESSUTO PERCORSO DAGLI ULTRASUONI E SOTTOPOSTO AD UNA PRESSIONE PERPENDICOLARE . LE DIVERSITA' DEI COEFFICIENTI ELASTICI PERMETTE DI OTTENERE UNA ANALISI DIFFERENZIALE DEI TESSUTI .

METODI

L'ESAME ELASTOSONOGRAFICO VIENE CONDOTTO CON UN NORMALE ECOGRAFO CON SONDA LINEARE ( 7,5-13 MEGAERTZ ) CON SOFTWARE DEDICATO . PER LA METODICA E' PREFERIBILE USARE UNA MODALITA' DUAL PER OTTENERE NELLO STESSO ISTANTE SUL MONITOR DELL'ECOGRAFO SIA LA SCANSIONE ELASTOSONOGRAFICHE CHE LA CORRISPETTIVA B-MODE , IN MODO TALE DA POTER CONTROLLARE IN TEMPO REALE LA POSIZIONE DELLA LESIONE RISPETTO AL PIANO DI SCANSIONE . DURANTE LA SCANSIONE ELASTOSONOGRAFICA , L'OPERATORE DEVE ESERCITARE CON IL TRASDUTTORE DEI MOVIMENTI RITMICI DI COMPRESSIONE E RILASCIAMENTO; LA PRESSIONE APPLICATA DURANTE LA FASE DI COMPRESSIONE DEVE ESSERE COSTANTE E SOPRATTUTTO PERPENDICOLARE RISPETTO SIA AL PIANO PROSSIMALE DELLA LESIONE CHE AL PIANO TORACICO ; VANNO EVITATI MOVIMENTI LATERALI IN QUANTO POSSONO PRODURRE ARTEFATTI . LA VELOCITA' E L'INTENSITA' DEI MOVIMENTI DI COMPRESSIONE E RILASCIAMENTO DEVONO ESSERE MODULATE , CASO PER CASO , IN RAPPORTO ALLA PROFONDITA' DEL NODULO , ALLE DIMENSIONI DELLA MAMMELLA ED ALLA CONSISTENZA DEI TESSUTI MAMMARI . DEVONO ESSERE OTTENUTE ALMENO DUE ACQUISIZIONI ELASTOSONOGRAFICHE NELLE DUE PROIEZIONI ORTOGONALI , UTILIZZANDO UN TEMPO DI ACQUISIZIONE DI ALMENO 5 SEC. . PER LA CLASSIFICAZIONE FACCIAMO RIFERIMENTO AGLI SCORE ELASTOSONOGRAFICI E PER QUANTO CONCERNE QUESTI ULTIMI FACCIAMO RIFERIMENTO AD UNA SCALA CROMATICA .LA SCALA CROMATICA UTILIZZATA IN QUESTO STUDIO ASSOCIA IL COLORE BLU AI TESSUTI PIU' RIGIDI ED IL COLORE

ROSSO/VERDE AI TESSUTI PIU' ELASTICI . GLI SCORE ELASTOSONOGRAFICI VANNO DA SCORE 1 A SCORE 5 ( DAL PIU' ELASTICO AL PIU' RIGIDO ) E QUINDI AVREMO SCORE 1 ( CON ASPETTO DI TRISTRATIFICAZIONE CROMATICA, BLU-VERDE,ROSSO ) CHE SI RISCONTRA NELLE FORME PREVALENTEMENTE LIQUIDE; SCORE 2 E SCORE 3 ( CON VARIO ASPETTO BLU-VERDE ) CHE SI RISCONTRA PREVALENTEMENTE NELLE FORME ELASTICHE E QUINDI BENIGNE ED INFINE

## RISULTATI

ABBIAMO SELEZIONATO NEL NOSTRO STUDIO 60 (SESSANTA ) PAZ. SENOLOGICHE ALLE QUALI , FERMO RESTANDO L'ESECUZIONE DI ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI QUALI L'ECOGRAFIA , LA MAMMOGRAFIA , LA RNM MAMMARIA , ABBIAMO ESEGUITO UNA STRAIN ELASTOGRAPHY DI UNA LESIONE SOSPETTA , EVIDENZIATA DALLE PRECEDENTI VALUTAZIONI DIAGNOSTICHE STRUMENTALI MAMMARIE , ED ABBIAMO VALUTATO LO SCORE ELASTOSONOGRAFICO RISULTANTE . SUCCESIVAMENTE , PER OGNI LESIONE SOSPETTA , SOTTOPOSTA A VALUTAZIONE ELASTOSONOGRAFICA , SI E' PROCEDUTO PER OTTENERE CONFERMA DIAGNOSTICA CITOLOGICA ED ISTOLOGICA , A PROCEDURE DIAGNOSTICHE INVASIVE , QUALI LA FNAB E LA CORE-BIOPSY , NONCHE' A BIOPSIE ESCISSIONALI CHIRURGICHE , QUANDO DI NECESSITA' . INFINE , ABBIAMO CONFRONTATO I RISULTATI DELLE ELASTOSONOGRAFIE CON LE EQUIVALENTI RISPOSTE CITOISTOLOGICHE E NE ABBIAMO VALUTATO LA CONGRUITA' . ABBIAMO , IN DEFINITIVA ESEGUITO 60 (SESSANTA ) STRAIN ELASTOGRAPHY MAMMARIE E , DI QUESTE , 30 (TRENTA ) SONO STATE SOTTOPOSTE A PRELIEVI CITOLOGICI , MICROISTOLOGICI ED ISTOLOGICI IN QUANTO NECESSITAVANO DI APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO . I RISULTATI SONO STATI SOVRAPPONIBILI NEL 100 % DEI CASI ( SONO STATI DIAGNOSTICATE LESIONI BENIGNE , NEOPLAIE BENIGNE E DUE NEOPLASIE MALIGNI ) .

## DISCUSSIONE

E' EVIDENTE , QUINDI , CHE L'ELASTOSONOGRAFIA MAMMARIA PUO' , A RAGIONE , ESSERE CONSIDERATA COME UNA NUOVA TECNICA ECOGRAFICA IN GRADO DI FORNIRE INFORMAZIONI AGGIUNTIVE PRIMA NON DISPONIBILI . L'ELASTICITY IMAGING E' UNA METODICA CHE VALUTA LA RIGIDITA' DEI TESSUTI ANZICHE' LA MORFOLOGIA TISSUTALE ; IN DEFINITIVA , LE IMMAGINI MOSTRANO LA DIFFERENZA RELATIVA DI RIGIDITA' TRA I VARI TESSUTI ED E' IMPORTANTE NOTARE COME TALE METODICA HA LA POTENZIALITA' DI QUANTIFICARE LA RIGIDITA' DI UNA LESIONE , CARATTERISTICA CHE IN PRECEDENZA VENIVA VALUTATA SOLO SULLA BASE DELL'ESAME FISICO . E' CHIARO QUINDI CHE , IN VIVO , ESISTE UN CONTRASTO ELASTOGRAFICO SIGNIFICATIVO ED EVIDENTE TRA LESIONI MAMMARIE CANCEROSE E NON , E CIO' EVIDENZIA COME L'ELASTOSONOGRAFIA MAMMARIA RAPPRESENTI UNA TECNICA ECCELLENTE PER LA CARATTERIZZAZIONE DELLE LESIONI MAMMARIE COME BENIGNE E MALIGNI . INFINE , MA NON PER ULTIMO , VA SOTTOLINEATO COME L'ELASTOSONOGRAFIA RIDUCE DI ALMENO UN 50% LE BIOPSIE ESCISSIONALI E RIDUCE ANCHE , IN MODO SIGNIFICATIVO , IL RICORSO , A SCOPO DIAGNOSTICO , DI FNAB E CORE- BIOPSY ( SE VALUTIAMO UNA LESIONE CON L'ELASTOSONOGRAFIA E LO SCORE E' UGUALE AD 1 , POSSIAMO , DOPO AVER VALUTATO ANCHE LE ALTRE INDAGINI DIAGNOSTICHE STRUMENTALI DELLA LESIONE IN ESAME , PROCEDERE AD UNO STRETTO FOLLOW- PER MONITORARE LA LESIONE STESSA ) .

## BIBLIOGRAFIA

° RICHARD G. BARR --- ELASTOSONOGRAFIA MAMMARIA --- ED. EDRA

C. MAZZEI, M. DELLA CORTE, F. GIGLIO, G. ORIO E M. F. ARMELLINO.  
 AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "S. GIOVANNI DI DIO E RUGGI D'ARAGONA" -  
 SALERNO  
 U.O.C. DI CHIRURGIA D'URGENZA E DELLE URGENZE DIFFERITE  
 DIRETTORE: DOTT. MARIANO FORTUNATO ARMELLINO

Tra le cause rare di emoperitoneo non traumatico sono descritti in letteratura alcuni casi di rottura spontanea dell'arteria gastrica sinistra a seguito di conato di vomito o di sforzi prolungati di vomito. Descriviamo un raro caso di emoperitoneo a seguito di conato di vomito in una adolescente da lacerazione del peritoneo parietale allo iato diaframmatico senza lesione arteriosa.

**CASE REPORT**

Adolescente di anni 16 giunge di notte in PS per vomito e dolore addominale dal mattino. Anamnesi negativa per patologie di rilievo e/o allergie. All'esame obiettivo l'addome trattabile ma dolente alla palpazione profonda, specie ai quadranti di dx, segno di Mc Burney presente, Blumberg assente.

Al ricovero gli esami di laboratorio mostravano: leucocitosi neutrofila (G B 17.570) con Hb. 9.5 gr/dl. Eco Addome negativa. Viene iniziata una terapia antibiotica, reidratante e gastro-protettiva e tenuta in osservazione.

Al mattino successivo, per la comparsa di pallore, tachicardia, anemizzazione (emoglobina 7.2 gr/dl) e difesa addominale si decide di effettuare una laparoscopia diagnostica per sospetto addome acuto di n. d. d.

Alla Videolaparoscopia diagnostica si evidenzia un abbondante emoperitoneo in tutti i recessi; dopo aver aspirato circa 1.800 ml di sangue si evidenzia un rifornimento ematico dall'ipocondrio sinistro, fra stomaco e milza (quest'ultima appare indenne); attraverso il ligamento gastrocolico si evidenzia, per trasparenza, un enorme coagulo verosimilmente allocato nella retrocavità degli epiploon e che solleva e disloca lo stomaco. Si converte in laparotomia e, aperta la retrocavità e rimossi i coaguli, si evidenzia un sanguinamento venoso da una piccola lacerazione del retro-peritoneo, lateralmente e caudalmente alla emergenza dell'arteria gastrica di sinistra, tra pilastro diaframmatico sinistro e diaframma da un ramo della vena frenica inferiore sinistra. Viene praticata una arteriografia intraoperatoria: negativa per altre lesioni vascolari. L'emostasi della lesione retroperitoneale era ottenuta con emostatici a base di trombina.

Nel decorso postoperatorio è stato monitorizzato l'emocromo e la coagulazione ed effettuata una angioTC in seconda giornata, per una anemizzazione, che escludeva ulteriori perdite. La paziente è stata dimessa in VIII giornata. Al Follow up a 8 mesi non si sono riscontrati problemi.

In letteratura sono descritte varie cause di emoperitoneo spontaneo: ginecologiche (gravidanza ectopica, endometriosi) neoplastiche (GIST, HCC) rottura di aneurismi. Tra le cause rare di emoperitoneo non traumatico sono stati pubblicati quindici casi di lacerazione della arteria gastrica sinistra dopo vomito incoercibile in giovani (età media 23 anni, range 14 – 36), per lo più di sesso maschile (14 uomini e 1 donna), in alcuni casi all'anamnesi storia di alcoolismo o di assunzione di cocaina.

Il caso da noi osservato è il secondo caso occorso ad una donna ed ha delle similitudini con questi casi per il meccanismo patogenetico che è sempre da correlare al vomito che verosimilmente ha determinato una trazione improvvisa sulla regione iatale determinando una lacerazione dei vasi in tale sede. Ma mentre nei casi descritti in letteratura si è avuta una lesione dell'arteria gastrica sinistra, nel caso da noi osservato si è verificata solo una lesione dei vasi venosi. Infatti né l'arteriografia intraoperatoria, né



l'angiogramma nel postoperatorio hanno evidenziato lesioni arteriose e/o malformazioni vascolari. In letteratura non sono state trovate segnalazioni di lesioni analoghe al caso da noi osservato.

DISCUSSIONE

In conclusione in pazienti giovani con dolori addominali ed anemia dopo episodi di vomito, bisogna considerare nella diagnosi differenziale questa causa rara di emoperitoneo spontaneo.

BIBLIOGRAFIA

1. Pabir FI1, Skeik N. Short gastric artery apoplexy after gagging. *J Med Liban*. 2012 Jul-Sep;60(3):173-5.
2. Stawiarski K, Costantino A Jr, Gourineni VC, Andres P. Spontaneous Intraoperative Hemorrhage (SIPOH): A New Differential Diagnosis for Complications Due to Prolonged Vomiting. *Conn Med*. 2016 Sep;80(8):471-473.
3. Hong SW, Chang YG, Lee B, Lee WY. Spontaneous Bleeding from a Short Gastric Artery after Vomiting Successfully Treated without Surgery. *Korean J Gastroenterol*. 2016 Sep 25;68(3):152-5. doi: 10.4166/kjg.2016.68.3.152.
4. García-García Ma, Miguel-Perelló J, García-Marín JA, et al. Spontaneous hemoperitoneum due to rupture of short gastric artery after vomiting. *Rev Esp Enferm Dig*. 2012 Sep;104(9):499-501.
5. Kaplan JL, Hausmann MG. Hemoperitoneum secondary to avulsed short gastric arteries after vomiting: the first documented case in . *Curr Surg* 2005;62:57-8.
6. Hayes N, Waterworth PD, Griffin SM. Avulsion of short gastric arteries caused by vomiting. *Gut* 1994;35:1137-8.
7. Piccagliani L, D'Arienzo M, Manco G, Luppi D, Rossi A. Haemoperitoneum secondary to avulsed short gastric arteries after vomiting. *Chir Ital* 2009;61:237-40.
8. Ho MP, Chang CJ, Huang CY, Yu CJ, Tsai KC, Chen HA, et al. Spontaneous rupture of the short gastric artery after vomiting. *Am J Emerg Med* 2012;30:513 e1-3.
9. Lucey BC, Varghese JC, Soto JA. Spontaneous hemoperitoneum: causes and significance. *Curr Probl Diagn Radiol* 2005;34:182-95.

Il cancro del pancreas è una delle principali causa di morte per tumore con sopravvivenza a 5 anni del 6%.

La migliore possibilità di cura è ancora rappresentata dalla chirurgia a intento radicale, con una sopravvivenza 5 anni del 30% circa nei pazienti operati.

Con i progressi delle tecnologie degli ultimi dieci anni, vi è stato un impiego sempre più frequente di tecniche chirurgiche mininvasive per il trattamento delle patologie del pancreas che si è progressivamente esteso anche a interventi chirurgici più complessi quali le resezioni distali del pancreas e la duodenocefalopancreasectomia. Mentre la resezione laparoscopica distale del pancreas è stata più facilmente accettata dal mondo chirurgico, la dcp laparoscopica ha ottenuto finora una diffusione marginale per tre ragioni fondamentali: complessità tecnica (legata principalmente al confezionamento delle anastomosi e alla lunga durata dell'intervento), dubbi sulla radicalità oncologica, alto numero di complicanze postoperatorie.

Dalle iniziali esperienze riportate in letteratura, la DCP laparoscopica sembra fattibile e sicura, sebbene persistano ancora molti aspetti dibattuti che ne limitano la diffusione.

A partire dal gennaio 2017, presso la S.C. di Chirurgia Generale Oncologica e Mininvasiva dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano, si è iniziato a eseguire la DCP per via totalmente laparoscopica. Tale approccio è stato eseguito su tutti i pazienti consecutivi con indicazione a DCP, a eccezione di quelli con coinvolgimento alla TC e all'ecoendoscopia preoperatoria dell'arteria e della vena mesenterica superiore, nonché i borderline resectable.

Sia la fase demolitiva che quella ricostruttiva sono state eseguite per via laparoscopica. L'anastomosi pancreatico-digiunale è stata confezionata in doppio strato, utilizzando 6 punti staccati in polidossanone 5/0 per la Wirsung-digiuno anastomosi, e una sutura continua in polipropilene 4/0 per gli strati anteriore e posteriore. L'anastomosi bilico-digestiva è stata confezionata con PDS 4 o 5/0, in continua o punti staccati, in relazione allo spessore della parete e al calibro del dotto epatico. L'anastomosi gastro-digiunale è sempre stata eseguita mediante una endogia 60 mm. Al termine 2 drenaggi sono sempre stati posizionati.

In questo studio retrospettivo monocentrico, basato su un database compilato prospetticamente, sono state inoltre valutate le principali caratteristiche dei pazienti (età, sesso, BMI, ASA score e le principali comorbidità), i risultati a breve termine (morbilità e mortalità post-operatoria), il tasso di conversione, la lunghezza dell'ospedalizzazione, nonché le caratteristiche istologiche.

Tra gennaio 2017 e aprile 2018 sono state eseguite 20 DCP per via laparoscopica pura sec. Whipple e con ricostruzione sec. Child modificata. L'età media dei pazienti è risultata di 65,2 anni, in 9 pazienti di sesso maschile e 11 di sesso femminile. Si trattava di pazienti con un BMI medio di 24,39; l'ASA score era di 1 in 4 casi, di 2 in 12 casi e di 3 in 4 casi. Il tempo operatorio medio è stato di 557,7 minuti. La conversione laparotomica è stata necessaria in 1 caso (5%), il primo della serie, per infiltrazione neoplastica dell'arteria mesenterica superiore, non segnalata agli esami pre-operatori. Le perdite ematiche medie sono state di 360,7 cc (con un range tra i 100 e i 1300 cc). Non è stata riscontrata mortalità intraoperatoria. Si sono verificate due complicanze intraoperatorie di tipo emorragico, senza sequele. NSi è verificato il seguente tasso di complicanze maggiori: 5 di grado III (25%), 2 di grado IV (10%), 1 di grado V (5%). Tre

pazienti (15%) hanno necessitato di reintervento, che in tutti i casi è stato eseguito per via laparoscopica.

Si sono verificati 6 casi di biochemical leak (30%), e 4 casi di POPF (20%); in 7 pazienti (35%) è stato invece osservato un DGE (5 casi di grado A, 1 di grado B ed 1 di grado C). Le emorragie post-operatorie sono state tre; in due casi è stato necessario il reintervento; si trattava quindi di emorragie di tipo C, severe, tardive ed extraluminari. Non si è verificato nessun caso di leak biliare o gastrodigiunale.

La degenza post-operatoria mediana è stata di 15 giorni (con un range tra un minimo di 10 giorni ed un massimo di 44). Non si sono verificati casi di riospedalizzazione.

Il numero medio dei linfonodi asportati è stato di 26,5 (range, 11-39).

L'esame istologico definitivo è stato il seguente: PDAC in 11 casi, IPMN in 2, NET in 3, adenocarcinoma ampollare in 2 (10%), melanoma del duodeno in 1 (5%), pancreatite cronica in 1.

## DISCUSSIONE

Sebbene la prima DCP laparoscopica fu descritta nel 1994 da Gagner, a distanza di oltre 20 anni, a differenza della pancreasectomia distale laparoscopica che è stata ampiamente adottata nel trattamento delle patologie del corpo-coda del pancreas, rimane tema di discussione e viene eseguita soltanto in pochi centri di chirurgia pancreatico e mini-invasiva avanzata e quando eseguita al di fuori di tali centri è gravata da tassi elevati di morbilità e mortalità post-operatoria.

Si tratta di una procedura poco standardizzata e con una lunga curva di apprendimento e questo ha costituito un ostacolo alla sua diffusione; infatti in letteratura è stato proposto di iniziare con tecniche ibride, selezionando casi più semplici all'inizio dell'esperienza. In letteratura sono riportati anche casi di resezioni vascolari e/o multiviscerali per via laparoscopica, senza che questo comporti tassi di complicanze superiori alla tecnica open.

Dal confronto in letteratura tra DCP laparoscopica e open si evince come l'approccio laparoscopico sia fattibile e sicuro e seppur gravato da tempi operatori più lunghi, sembrerebbe determinare risultati migliori in termini di perdite ematiche intraoperatorie, controllo del dolore post-operatorio e durata della degenza, con risultati sovrapponibili in termini di morbilità e mortalità a 30 giorni. Anche dal punto di vista della radicalità oncologica (valutata basandosi soprattutto sul numero di linfonodi asportati e sul tasso di R0, ma anche sul più rapido inizio della terapia adiuvante) emerge come la DCP laparoscopica sembrerebbe avere risultati migliori. I risultati presentati, sebbene esperienza di una esperienza iniziale, sembrano confermare fattibilità e sicurezza della tecnica

## BIBLIOGRAFIA

Il virus di Epstein Barr (EBV) viene in contatto con il 95% della popolazione mondiale e l'infezione rimane il più spesso delle volte asintomatica. La percentuale con forme clinicamente manifeste si aggira intorno allo 0,5 %, raggiungendo valori più alti nella popolazione giovane di età compresa fra 15 e 24 anni con valori che vanno dallo 0.9 allo 4.8 %. La manifestazione clinica, la Mononucleosi Infettiva (MI), è il risultato finale di una risposta immunitaria in cui l'abnorme proliferazione dei Linfociti T può potenzialmente infiltrare qualsiasi organo, tessuto o linfonodo causando iperplasia ghiandolare e follicolare.

Un periodo di incubazione di 2-7 settimane viene seguito da sintomi prodromici quali fatigue, anoressia e malessere generale. Seguono gola arrossata, febbre, ipertrofia tonsillare, linfadenopatia, petecchie del palato. Più raramente può andare incontro a complicanze gravi determinate dall'interessamento di altri organi ricchi in tessuto linfatico, talvolta fatali, come la rottura della milza, encefalopatie, insufficienza respiratoria fino ad una vera e propria ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome), insufficienza epatica e ancora miocarditi. L'interessamento del tratto gastro-enterico, nonostante la ricca componente linfatica, viene interessato raramente e solo rarissimi casi colpiscono elettivamente l'appendice ma con un quadro piuttosto tipico di gangrena.

Nel presente lavoro verrà presentato e analizzato un caso di Appendicite Acuta (AA) con gangrena della base appendicolare e peritonite consensuale secondaria ad infezione da Epstein-Barr Virus.

Un uomo di 54 anni viene ricoverato per febbre e dolori addominali, associati ad astenia, apatia e malessere generale. Non presenta linfadenopatie, problemi a carico del cavo orale né altri segni o sintomi degni di nota. Si associa leucocitosi (GB 22.500 - PCR 1.20) e febbre (38.0 °C). Il quadro obiettivo depone per una appendicite acuta e la TC conferma il sospetto, per cui viene sottoposto ad appendicectomia laparoscopica con un quadro di peritonite da appendicite acuta gangrenosa perforata con ascesso localizzato.

Nel post-operatorio persiste febbre (> 38 gradi) e leucocitosi (> 15.000 globuli bianchi con neutrofilia) nonostante terapia antibiotica con piperacillina + tazobactam 4gr x3/die e obiettività clinica negativa. Il paziente si alimenta dalla II g.p.o. Un esame RX Torace eseguito in VI g.p.o. evidenzia la presenza di un focolaio flogistico polmonare dx, si aggiorna la terapia antibiotica in varie e successive associazioni (Gram+/Gram-, anaerobi, MRSA). Visto il perdurare della febbre in IX g.p.o. esegue TC Addome con mdc che risulta nella norma (non ascessi endoaddominali, nessun altro problema a carico degli organi endoaddominali) e data l'assenza di sostanziali miglioramenti, persistendo febbre e leucocitosi ma anche malessere generale e astenia, viene prelevato per TORCH che conferma la positività alle IgG/Epstein Barr Virus (VCA IgG) e quindi il quadro di Mononucleosi Infettiva in fase acuta. L'esame istologico confermerà poi la presenza di iperplasia follicolare a carico dell'appendice con incremento dei linfociti e ricca componente di immunoblasti associato a incremento della lamina propria interfollicolare.

Appare chiaro quindi che l'appendicite acuta può rappresentare, seppur raramente, la complicanza di una Mononucleosi Infettiva. Nel caso riportato il paziente ha presentato fin dall'inizio una condizione clinico-strumentale piuttosto chiara, confermata anche al tavolo operatorio, di appendicite acuta gangrenosa con perforazione del viscere. La persistenza nel post-operatorio della febbre e della leucocitosi, peraltro non

riconducibili a complicanze post-operatorie endoaddominali, sono state attribuite poi ad un focolaio flogistico polmonare. Il paziente si alimentava regolarmente con normale canalizzazione, obiettività addominale nella norma ma persisteva febbre e leucocitosi e inoltre fatigue\* (stanchezza cronica), tipica nella MI. Tale sintomo non è stato però percepito in maniera adeguata come elemento di diagnostica differenziale nel momento stesso in cui veniva lamentato durante il ricovero. Solo in un secondo momento sono stati eseguiti i test per il TORCH che hanno quindi confermato che il paziente si trovava nel corso di una infezione acuta da EBV.

\* La fatigue (CFS – Chronic Fatigue Syndrome) in soggetti di 16-65 anni è stata dimostrata persistere in alcuni casi fino a 6 mesi dopo la prima infezione associata a eccessiva sonnolenza. Talvolta si complica con una sindrome depressiva.

## DISCUSSIONE

L'Appendicite Acuta è una rara complicanza della Mononucleosi Infettiva. Le manifestazioni cliniche rendono estremamente difficile la diagnosi differenziale. In base ai sintomi prodromici e anche di fronte ad un quadro di appendicite acuta al tavolo operatorio, non si hanno sempre elementi sufficienti per poter distinguere le due entità nosologiche. Al ricovero il paziente presentava segni e sintomi che difficilmente potevano far pensare ad una mononucleosi intercorrente. Febbre, dolori addominali, leucocitosi e astenia (in realtà era una fatigue!) sono sovrapponibili. Nel contempo non erano presenti linfadenomegalie evidenti, nessuna patologia del cavo orale, non faringodinia, sintomi questi peculiari di una MI. Alcuni Autori peraltro sottolineano che considerare l'appendicite acuta come una patologia concomitante piuttosto che una complicanza di una Mononucleosi Infettiva non è determinante, sempre che la MI sia stata individuata e chiaramente diagnosticata prima o durante l'evento chirurgico. Nel nostro caso la diagnosi è stata fatta durante il ricovero, solo dopo l'intervento chirurgico e per esclusione, vista anche la concomitante presenza di un processo flogistico polmonare. Gli indici di flogosi (GB e PCR) e la febbre nonostante adeguata terapia antibiotica sono rimasti una costante e questo ha concorso al ritardo diagnostico da una parte ma dall'altra ha spiegato febbre e leucocitosi. Soltanto la ricerca degli anticorpi specifici per EBV (IgM-EBV) ha confermato la diagnosi che è stata poi ratificata dall'esame istologico sul pezzo operatorio.

Ci chiediamo come mai il Virus di Epstein-Barr, elettivo patogeno dei linfociti, non determini un numero maggiore di appendiciti rispetto all'esiguo numero presente in letteratura. E' difficile stabilire quante siano realmente le appendiciti secondarie ad una MI. Gli Autori descrivono percentuali estremamente basse che vanno dal 5,4% al 1-2% (Adenovirus, non specificato EBV) nei pazienti con MI in fase acuta.

Sono nece

## BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

294

Speaker

MEMEO RICCARDO MEMEO

ARGOMENTO

Chirurgia Epato-Bilio-Pancreatica

**TITOLO DEL LAVORO****Resezione epatica laparoscopica vs open vs termoablazione per epatocarcinoma singolo di meno di 5 cm in pazienti anziani cirrotici: studio multicentrico.**

AUTORI

R. Memeo, F. Ratti, M. Gelli, Z. Cherkaoui, P. Magistri, F. Fleres, F. P, N. de'Angelis, F. Cipriani, V. Louis, D. Sommacale, R. Adam, T. Piardi, F. Di Benedetto, P. Pessaux, D. Cherqui, L. Aldrighetti

INTRODUZIONE

Il management del carcinoma epatocellulare è ancora dibattuto nei pazienti cirrotici anziani (>70 anni). Lo scopo di questo studio è quello di confrontare le tre tecniche per un nodulo singolo di meno di 5 cm.

METODI

Per poter valutare il miglior approccio terapeutico nei pazienti anziani, radiofrequenza (RFA), resezioni epatiche open (OLR) e laparoscopiche (LLR) sono state confrontate per pazienti con un nodulo Massimo di 50 mm di diametro. Un totale di 601 pazienti sono stati analizzati da un database multicentrico, con 202 pazienti sottoposti a resezione open, 169 laparoscopici e 230 radiofrequenza.

RISULTATI

Le complicanze postoperatorie era più frequenti nel Gruppo OLR, rispetto a LLR ed RFA (48% vs 31% vs 31%,  $p=0.0002$ ) con più Dindo Clavien grade III-IV nel Gruppo OLR, rispetto a LLR ed RFA (11% vs 7% vs 8%,  $p=0.001$ ). Il decorso postoperatorio era più lungo nel Gruppo OLR rispetto a LLR ed RFA (10.6 giorni vs 6.9 vs 3.3,  $p=0.0001$ ). Cinque decessi postoperatori sono descritti nel Gruppo OLR (2.5%,  $p=0.001$ ). Le trasfusioni erano più frequenti nel Gruppo OLR, rispetto a LLR ed RFA (16% vs 11% vs 0%,  $p=0.0003$ ). Il Gruppo LLR ha una sopravvivenza migliore a 5 anni rispetto ad OLR ed RFA (78% vs 71% vs 47%,  $p=0.0001$ ) così come la sopravvivenza libera da malattia a 5 anni (59% vs 54% vs 45%,  $p=0.03$ )

DISCUSSIONE

Le resezioni laparoscopiche sono fattibili e sicure in pazienti con nodulo singolo inferiore ai 5 cm, con un migliore decorso postoperatorio e una migliore sopravvivenza

BIBLIOGRAFIA

Per acquisire le abilità necessarie ad approcciarsi alla chirurgia laparoscopica avanzata sempre più frequentemente gli specialisti in formazione si avvalgono di strumenti digitali, la cui fonte maggiore è YouTube. Lo scopo di questo studio è di valutare se la qualità formativa dei video su youtube, percepita dallo specialista in formazione corrisponda ad una effettiva qualità e competenza valutata da un senior esperto sul soggetto, analizzando i 14 video più visti di Youtube riguardanti la lobectomia sinistra laparoscopica. La conformità dei video è stata valutata in base alle linee guida presenti in letteratura LAP-VEGaS.

I 14 video caricati su YouTube più visti riguardanti la lobectomia sinistra laparoscopica sono stati selezionati basandosi sul numero delle visualizzazioni. E' stata valutata la tecnica chirurgica (GOALS score), la critical view of safety della lobectomia sinistra laparoscopica (individuando come tempi chirurgici principali ai fini didattici la mobilitazione del lobo sinistro, l'incisione della glissoniana, la dissezione e la legatura dei peduncoli epatici per il II e III segmento, la sezione della vena sovraepatica sinistra ed infine la sezione della trancia epatica), la qualità e l'utilità generale del video.

: La qualità dell'immagine è stata giudicata bassa per 9 video (36%), buona per 9 video (36%) e in alta definizione per 7 video (28%). I contenuti didattici ( audio o video descrizione della procedura chirurgica) sono raramente presenti. Gli specializzandi hanno assegnato agli aspetti tecnici della procedura chirurgica visibili nei video un GOALS SCORE maggiore rispetto ai chirurghi specialisti con una media di 23,32 vs 20,18, rispettivamente. In 14 video (60%) la critical view of safety ha raggiunto un buon livello con score  $\geq 5$ . Per quanto concerne la qualità generale dei video l'accordo tra esperti è maggiore (Alpha di Cronbach 0,897) rispetto a quello tra specializzandi (Alpha di Cronbach 0,731). La media sulla valutazione dell'utilità dei video (Scala di Likert, da 1 a 5) è stata 1.92 (SD: 0.88) per gli esperti, e 3.24 (SD: 1.02) per gli specializzandi. Giudicata debole la conformità alle linee guida LAP-VEGaS, con un valore mediano di 8.1% (range: 5.4% – 18.9%).

I video di chirurgia laparoscopica rappresentano uno strumento utile ed appropriato per la curva di apprendimento ma non sono sufficienti per quanto concerne l'ottenimento di uno standard di qualità. Uno sforzo maggiore ed unanime dovrebbe essere fatto per migliorare il valore didattico dei video caricati, iniziando dall'applicazione delle linee guida LAP-VEGaS disponibili ad oggi in letteratura.

- Giovanni Merola; AUOP Federico II di Napoli Dipartimento di Gastroenterologia, Endocrinologia e Chirurgia endoscopica  
 - Jacopo Andreuccetti; Ospedale San Camillo di Trento Dipartimento di Chirurgia generale e Mininvasiva  
 - Giusto Pignata; Spedali civili di Brescia UOC Chirurgia Generale II  
 - Cesare Stabilini; Università degli studi di Genova Dipartimento di Scienze Chirurgiche  
 - Iorio Olga; Università degli studi La Sapienza di Roma Dipartimento di Chirurgia "P. Valdoni"  
 - Iossa Angelo; Università degli studi La Sapienza di Roma Dipartimento di Chirurgia "P. Valdoni"  
 - Giuseppe Cavallaro; Università degli studi La Sapienza di Roma Dipartimento di Chirurgia "P. Valdoni"  
 - Umberto Bracale; AUOP Federico II di Napoli Dipartimento di Gastroenterologia, Endocrinologia e Chirurgia endoscopica

L'ernioalloplastica inguinale rappresenta una delle prime procedure eseguite da ogni chirurgo in formazione. Nonostante sia una delle procedure più eseguite al mondo, ciò non significa che sia una procedura scevra da complicanze. In un nostro pregresso lavoro [1] per la definizione dei centri di eccellenza per la chirurgia erniaria non abbiamo trovato in letteratura alcuna definizione della learning curve per l'ernioalloplastica inguinale open. Lo scopo di questo studio multicentrico è di valutare la learning curve per l'ernioalloplastica inguinale sec. Lichtenstein.

Da Gennaio 2014 a Dicembre 2017 sono state raccolte in un database elettronico prospettico tutte le ernioalloplastiche inguinali sec. Lichtenstein eseguite presso i 3 centri afferenti allo studio (AUOP Federico II di Napoli Dipartimento di Gastroenterologia, Endocrinologia e Chirurgia endoscopica, Ospedale San Camillo di Trento Dipartimento di Chirurgia generale e Mininvasiva, Università degli studi La Sapienza di Roma Dipartimento di Chirurgia "P. Valdoni"). Da queste sono stati estratte le prime cento procedure di tre chirurghi in formazione e comparate con altri 100 casi di due chirurghi esperti nel trattamento della patologia erniaria, per un totale di 500 procedure. Sono stati raccolti tutti i dati biometrici, intra e post-operatori per ogni paziente. Rifacendoci alla metodologia di un nostro precedente studio [2] la curva di apprendimento è stata valutata con il test CUSUM sui tempi dei chirurghi in formazione. Le variabili continue sono state espresse come media  $\pm$  deviazione standard e confrontate con t di student. Il test ANOVA multivariata è stato utilizzata per valutare l'esistenza di differenze statisticamente significative tra i gruppi. Le variabili dicotomiche sono state espresse come numeri assoluti e percentuali e confrontate con test chi2. È stata considerata statisticamente significativa una  $p < 0.05$ . Tutte le procedure sono state ernioalloplastiche sec. Lichtenstein, i chirurghi in formazione sono stati sempre tutorati da un chirurgo esperto (nei primi 10 casi direttamente al campo operatorio).

Sono stati analizzati i risultati di 500 procedure di Lichtenstein. Non è stata rilevata una differenza statisticamente significativa per quanto concerne i tempi operatori e la degenza tra i 5 gruppi. Non sono state riscontrate complicanze intra-operatorie in nessun gruppo. Sono stati registrati 18 casi di sieroma (12 nei gruppi dei chirurghi in formazione), 6 casi di dolore cronico (di cui 4 nei gruppi dei chirurghi in formazione), 24 casi di disestesia della regione inguino scrotale (17 nei gruppi dei chirurghi in formazione) tutti risolti con terapia medica. A circa un anno di follow-up medio per tutti i gruppi sono state evidenziate 5 recidive (3 nei gruppi dei chirurghi in formazione). Dall'analisi dei tempi operatori con test CUSUM il raggiungimento della learning curve si



è ottenuto rispettivamente dopo la 37°, 39° e 40° procedura.

DISCUSSIONE

In conclusione è possibile affermare che dopo circa 40 procedure il chirurgo in formazione diventa padrone della tecnica chirurgica.

BIBLIOGRAFIA

1) Defining the characteristics of certified hernia centers in Italy: The Italian society of hernia and abdominal wall surgery workgroup consensus on systematic reviews of the best available evidences.

Stabilini C, Cavallaro G, Bocchi P, Campanelli G, Carlucci M, Ceci F, Crovella F, Cuccurullo D, Fei L, Gianetta E, Gossetti F, Greco DP, Iorio O, Ipponi P, Marioni A, Merola G, Negro P, Palombo D, Bracale U.

Int J Surg. 2018 Jun;54(Pt A):222-235. doi: 10.1016/j.ijssu.2018.04.052. Epub 2018 May 4. Review.

PMID: 29730074.

2) Achieving the Learning Curve in Laparoscopic Inguinal Hernia Repair by Tapp: A Quality Improvement Study. Bracale U, Merola G, Sciuto A, Cavallaro G, Andreuccetti J, Pignata G.

J Invest Surg. 2018 Jun 14:1-8. doi: 10.1080/08941939.2018.1468944. [Epub ahead of print]

PMID: 29902096.

Umberto Bracale<sup>1</sup> UB; Giovanni Merola<sup>1</sup> GM, Giusto Pignata<sup>2,3</sup> GP, Francesco Corcione<sup>1,4</sup> FC, Felice Pirozzi<sup>5</sup> FP; Maurizio Sodo<sup>6</sup> MS, Diego Cuccurullo<sup>4</sup> DC, Giovanni Domenico De Palma<sup>1</sup> GDDP, Elisa Cassinotti<sup>7</sup> EC, Antonio Sciuto<sup>5</sup> AS and Luigi Boni<sup>7</sup> LB

1. Department Gastroenterology, Endocrinology and Surgical Specialities, University Federico II of Naples, Italy

2. Department of General Surgery II; Spedali Civili of Brescia, Italy

3. Department of General and Mininvasive surgery, San Camillo Hospital of Trento, Italy

4. Department of General Surgery, Azienda Ospedaliera Dei Colli, Monaldi Hospital, Naples, Italy.

5. Department of General Surgery, Santa Maria delle Grazie Hospital, Pozzuoli, Italy

6. Department of Public Health, University Federico II of Naples, Italy

7. Department of General Surgery, IRCCS Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italy

Le neoplasie della flessura splenica rappresentano dal 2 al 5% di tutte le neoplasie coliche. Nonostante l'approccio laparoscopico rappresenti il gold standard per numerose procedure coloretali, questo non è stato adeguatamente investigato per quanto concerne i tumori della flessura splenica, data la variabilità anatomica vascolare e linfatica. Lo scopo di questo studio multicentrico è di valutare la resezione laparoscopica segmentaria con CME dei tumori della flessura splenica.

Sono stati analizzati i dati intra e post-operatori e di follow-up di tutti i pazienti sottoposti a resezione laparoscopica segmentaria con CME per cancro della flessura splenica di tutti i pazienti afferenti a 5 diverse unità operative. La sopravvivenza ed il disease free survival sono state analizzate con curve di KM e regressione di Cox.

Sono stati analizzati i dati di 112 pazienti. Il numero medio di linfonodi asportato è stato di  $19.31 \pm 7.38$ . Recidiva di malattia è stata osservata in 13 (11.6%) pazienti, con una associazione statisticamente significativa per lo stadio IV. Durante il follow-up medio di 43 months (range 12-149), sono state registrati 13 decessi (occorsi in ogni caso in pazienti con malattia in fase di progressione). Le curve di Kaplan Meier non hanno mostrato differenza di sopravvivenza a 5 anni se confrontate con i tumori per altro sito colico.

In conclusione, l'approccio laparoscopico con resezione segmentale CME e legatura centrale dei vasi sembra avere essere una procedura sicura sia dal punto di vista chirurgico che oncologico e potrebbe essere considerata come la procedura di scelta per il trattamento delle neoplasie della flessura splenica.

ID ABSTRACT

246

Speaker

PAOLINI CLAUDIA

ARGOMENTO

Tumori rari e Sarcomi

**TITOLO DEL LAVORO**

**GIST e chirurgia robotica: i vantaggi per la chirurgia a risparmio d'organo nelle "localizzazioni difficili".**

AUTORI

Paolini C, Guerra F, Vaccaro C, Checcacci P, Vegni A, Bencini L, Anecchiarico M, Coratti A

AOU Careggi - Firenze

Chirurgia Oncologica a Indirizzo Robotico (Dir. A. Coratti)

INTRODUZIONE

La chirurgia robotica è stata proposta nelle ultime decadi quale valida opzione di trattamento chirurgico minivasivo in vari campi della chirurgia oncologica del tratto gastroenterico.

Le sue più vantaggiose indicazioni sono rappresentate da quelle procedure chirurgiche che coinvolgono campi operatori ristretti e richiedono estrema precisione, fine dissezione e suture endoscopiche.

Parallelamente alla crescente esperienza e accessibilità di queste nuove tecnologie, negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo aumento dell' applicazione della tecnica minivasiva nella chirurgia resettiva per tumori stromali gastrointestinali (GIST).

Nonostante i conosciuti vantaggi sull'outcome post-operatorio del metodo minivasivo, l'applicazione della laparoscopia può trovare delle difficoltà tecniche nei GIST a sedi anatomiche critiche.

METODI

Gli autori hanno esaminato gli outcomes di una serie consecutiva di 42 pazienti sottoposti a trattamento chirurgico robotico per neoplasia stromale gastrointestinale a varia localizzazione anatomica.

RISULTATI

Sono stati inclusi nello studio 42 pazienti, con una età media di 69 anni. Le localizzazioni anatomiche dei GIST includevano esofago, stomaco, piccolo intestino, retto. I risultati sono stati valutati in funzione degli outcomes chirurgici ed oncologici. La morbilità perioperatoria è risultata pari al 7,42%, in assenza di mortalità post-operatoria. Su 9 pazienti che presentavano sedi anatomiche critiche (gist esofagei, della giunzione esofago-gastrica, della regione antropilorica, del duodeno e del retto) è stato possibile effettuare un trattamento chirurgico organ-preserving. Dal punto di vista degli outcomes oncologici, la resezione R0 con margini liberi è stata ottenuta nel 100% dei casi. Ad un follow up mediano di 18 mesi, 41 pazienti si presentavano liberi da malattia, con un solo caso di decesso per ripresa sistemica di malattia.

DISCUSSIONE

La chirurgia robotica rappresenta una valida opzione nel trattamento chirurgico di GIST a varia localizzazione nel tratto gastroenterico, in termini di outcomes oncologici e chirurgici.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

107

Speaker

PAPINI

PIERMARCO

ARGOMENTO

Tumori rari e Sarcomi

**TITOLO DEL LAVORO**

**Analisi delle complicanze precoci e tardive e valutazione della qualità di vita nei pazienti sottoposti a chirurgia citoriduttiva associata a chemioipertermia intraperitoneale in un nuovo centro italiano.**

AUTORI

P.Papini 1, S.Ricci 2, M.Ferrari 1, B.Musco 1, G.Musettini 2, S.Catanese 2, A.Gadducci 2, P.Faviana 3, A.Falcone 2, G.Masi 2, L.Fornaro 2, P.V.Lippolis 1

1. SD Chirurgia Generale e Peritoneale, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana  
2. UO Oncologia, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana  
3. UO Anatomia Patologica 3, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

INTRODUZIONE

In pazienti ben selezionati, la chirurgia citoriduttiva (CCR) e la chemioipertermia intraperitoneale (HIPEC) rappresentano un trattamento efficace per i pazienti affetti da malattia primitiva peritoneale (NP) e secondaria di origine coloretale (CRC), ovarica (OC), gastrica (GC) o appendicolare (AC). Questa procedura è stata associata a significativa morbilità, lunghe degenze ospedaliere e moderato rischio di mortalità perioperatoria

METODI

Questo studio retrospettivo ha incluso tutti i pazienti consecutivi sottoposti a CCR + HIPEC in un nuovo centro in Italia. Tra novembre 2016 e novembre 2018, 70 pazienti sono stati sottoposti a CCR+HIPEC con tecnica chiusa, eseguita dallo stesso operatore per malattia peritoneale.

RISULTATI

Sono stati posti in studio 70 pazienti, 16 maschi e 54 femmine di età compresa tra 35 e 77 anni (media 60 anni). L'origine della malattia peritoneale trattata è stata la seguente: OC (53%), CRC (26%), GC (14%), NP (6%), AC (1%). Il peritoneal cancer index (PCI) medio è risultato 9.7 (range 1-24). Una citoriduzione completa è stata raggiunta in 63 pazienti (90%). Nei trenta giorni successivi all'intervento il tasso di complicanze è stato del 33%: un paziente ha presentato una complicanza di grado IVb secondo la classificazione di Clavien-Dindo, uno di grado IVa, 6 di grado IIIb, 2 di grado IIIa, 5 di grado II e 8 di grado I. Nel periodo postoperatorio tardivo il tasso di complicanze è stato del 10%. La degenza ospedaliera media è stata di 14 giorni (range 9-41 giorni) e non è stata riscontrata mortalità perioperatoria.

DISCUSSIONE

Questi risultati dimostrano che CCR+HIPEC può essere eseguita in un nuovo centro specializzato con tassi di morbilità e mortalità in linea con quelli di altri interventi di chirurgia oncologica maggiore e di CCR+HIPEC. Le complicanze di grado IIIb sono associate a valori di PCI più elevato. La selezione appropriata dei casi da parte di un team multidisciplinare è fondamentale per ottenere una citoriduzione completa e ridurre i tassi di complicanze.

BIBLIOGRAFIA

**Presa in carico dei polipi cancerizzati colo-rettali pT1 asportati endoscopicamente: analisi dei fattori di rischio istopatologici per metastasi linfonodali. Studio osservazionale retrospettivo multicentrico. POST-1 (Polypectomy Or Surgery for T1)**

Parini D - Rovigo; Saadeh LM - Padova; Zizzo M - Reggio Emilia; Sancho-Muriel J - Valencia; Lorenzon L - Roma; Turati L - Treviglio (Bg); Pedrazzani C - Verona; Tutino R - Palermo; Mellano A - Torino; Gallo G - Catanzaro; Rizzo G - Roma; Rega D - Napoli; Allaix ME - Torino; Conti P - Lentini (Sr); Scilletta R - Lentini (Sr); Zuolo M - Cles (Tn); De Luca R - Bari; Frasson M - Valencia; Scarpa M - Padova  
A nome del Gruppo di Studio POST-1 e di YOUNG-SICO

I programmi di screening per il cancro colo-rettale hanno portato ad un aumento dell'incidenza dei polipi cancerizzati pT1 asportati endoscopicamente. A tutt'oggi non vi sono chiare linee guida riguardo alla loro gestione, a causa delle differenti caratteristiche istopatologiche che possono determinare un coinvolgimento linfonodale precoce. Lo scopo di questo studio è l'analisi retrospettiva dei fattori di rischio istopatologici e la possibile identificazione di quelli predittivi di metastasi linfonodali (N+) nei polipi colo-rettali pT1

Tredici Centri in Italia e Spagna hanno raccolto la documentazione clinica dei pazienti sottoposti a polipectomia endoscopica per polipi colo-rettali maligni T1 tra il 2009 e il 2016. In accordo con la letteratura (1-3), sono stati analizzati 6 fattori di rischio per N+: grado di differenziazione tumorale G3-4, presenza di invasione linfatica, presenza di invasione vascolare, presenza di budding tumorale, coinvolgimento del margine laterale (tessuto sano <1 mm), invasione della sottomucosa >1000 µM (o sm2-3 sec. Kikuchi per i polipi sessili e livello 4 sec. Haggitt per i polipi pedunculati). Per l'identificazione dei possibili predittori di N+ sono state eseguite la regressione logistica univariata e multipla. Questo studio retrospettivo fa parte di un protocollo di studio denominato POST-1, approvato dal Comitato Etico di riferimento e registrato su ClinicalTrials.gov con il N° NCT03588416. La parte prospettica osservazionale e multicentrica dello studio è attualmente in corso

Sono stati analizzati i dati clinici di 630 pazienti: 248 (39.4%) sottoposti solo a polipectomia endoscopica e 382 (60.6%) a resezione chirurgica complementare; tra questi ultimi, 39 (10.2%) hanno riportato la presenza di metastasi linfonodali, in accordo con quanto riportato dalla letteratura. La presenza di invasione vascolare (OR 2.77, 95%CI 1.25-6.11; p=0.01) e di budding tumorale (OR 2.47, 95%CI 0.96-6.32; p=0.05) sono risultati predittori indipendenti di N+ all'analisi univariata, ma entrambi non hanno raggiunto significatività all'analisi multivariata

I nostri risultati hanno evidenziato un rischio di metastasi linfonodali pari al 10.2% nei polipi colo-rettali pT1. Tra i 6 fattori di rischio istopatologici, l'analisi univariata ha evidenziato la presenza di invasione vascolare e di budding tumorale come fattori predittori indipendenti di N+. La parte prospettica dello studio, attualmente in corso, potrà confermare le conclusioni raggiunte con lo studio retrospettivo

1. Mou S, Soetikno R, Shimoda T, et al. Pathologic predictive factors for lymph node metastasis in submucosal invasive (T1) colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc.* 2013;27:2692–2703.
2. Beaton C, Twine CP, Williams GL, et al. Systematic review and meta-analysis of histopathological factors influencing the risk of lymph node metastasis in early colorectal cancer. *Colorectal Dis.* 2013;15:788–797.
3. Wada H, Shiozawa M, Katayama K, et al. Systematic review and meta-analysis of



ID ABSTRACT

230

Speaker

PECCHINI FRANCESCA

ARGOMENTO

Upper G-I Tract

**TITOLO DEL LAVORO****Resezione gastrica robot-assistita versus chirurgia open per cancro gastrico avanzato: nostra esperienza e stato dell'arte**

AUTORI

Pecchini Francesca, Casoni Pattacini Gianmaria, Roli Isabella, Piccoli Micaela. Unità Operativa di Chirurgia d'Urgenza e Nuove Tecnologie, OCSAE, Modena

INTRODUZIONE

La chirurgia mini-invasiva robot-assistita sta trovando sempre maggiore campo di applicazione nella cura della patologia gastrica maligna; nei paesi Asiatici l'approccio laparoscopico rappresenta ormai il gold standard terapeutico per il cancro gastrico in fase iniziale, mentre l'utilizzo di tecniche mini-invasive per il trattamento dei tumori gastrici in stadio avanzato risulta ancora controverso, in termini di radicalità oncologica ed esecuzione di una linfektomia adeguatamente estesa. Scopo dello studio è dimostrare, sulla base della nostra esperienza iniziale e della revisione della letteratura, i vantaggi della chirurgia gastrica robot-assistita rispetto alla tecnica aperta, in termini di fattibilità, sicurezza, outcomes clinici e risultati oncologici a lungo termine.

METODI

È stato condotto uno studio retrospettivo esaminando un campione di 78 pazienti sottoposti, nel periodo compreso tra Gennaio 2015 e Dicembre 2018 presso il centro di Chirurgia Generale d'Urgenza e Nuove Tecnologie, OCSAE (Modena), a intervento chirurgico di gastroresezione per cancro gastrico avanzato. Sono stati selezionati due campioni di pazienti: il gruppo A sottoposto a trattamento chirurgico con tecnica robotica e il gruppo B trattato con chirurgia tradizionale. I dati sono stati raccolti all'interno di un registro informatico dedicato; l'analisi di confronto ha riguardato caratteristiche clinico-patologiche dei pazienti, esiti peri e post-operatori, degenza ospedaliera, tasso e grado delle complicanze, numero di linfonodi asportati e follow up oncologico a distanza. E' stata infine condotta un'attenta ricerca degli studi presenti in letteratura e sviluppata un'analisi di confronto tra i nostri risultati preliminari e quelli riportati da altri Autori.

RISULTATI

Su un campione totale di 78 pazienti sottoposti a gastroresezione, 28 sono i casi trattati con tecnica robot-assistita e 50 quelli con approccio laparotomico. I due gruppi si mostrano simili per caratteristiche anagrafiche e dati clinici pre-operatori. Rispetto al gruppo B, il gruppo A ha riportato in media minori perdite ematiche intraoperatorie (<100 cc vs 250cc), recupero funzionale più rapido e ridotta degenza post-operatoria media (11.5 giorni vs 14.4 giorni); il numero medio di linfonodi asportati tramite tecnica mini-invasiva risulta di 26, tramite tecnica open di 24. Tra i due gruppi non vi sono differenze significative relative al tasso di complicanze post-operatorie e i risultati del follow-up condotto fino a 3 anni di distanza riportano dati sovrapponibili in termini di tasso di recidive e mortalità a lungo termine.

DISCUSSIONE

In base ai risultati preliminari della nostra esperienza e in accordo con i dati della letteratura, l'approccio robotico nel trattamento dei tumori gastrici in stadio avanzato rappresenta una scelta sicura e riproducibile, numerosi sono i vantaggi in termini di outcomes clinici e gli esiti a lungo termine si dimostrano paragonabili a quelli offerti dalla chirurgia aperta. Le caratteristiche tecniche della chirurgia robotica rendono possibile superare alcuni limiti propri anche della tecnica laparoscopica, riducendo inoltre la learning-curve richiesta. Ad oggi la chirurgia gastrica robot-assistita viene adottata tuttavia solo in alcuni centri selezionati ad ampio volume, e ulteriori studi clinici randomizzati sono ancora necessari per valutare in particolare gli outcomes oncologici a lungo termine propri della tecnica mini-invasiva.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT	210
Speaker	PELEGRINO VINCENZO
ARGOMENTO	Chirurgia Epato-Bilio-Pancreatica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Trattamento multimodale dell'epatocarcinoma (HCC): l'esperienza del Team Multidisciplinare di Cosenza.</b>
AUTORI	Vaccarisi S., Pellegrino V., Vallone G., Cufone S., Zanolini A., Sbanò R., Mastroianni C., Guido G., D'Agostino F., Bagnato A., De Stefano R. Team Multidisciplinare HCC - A.O. Cosenza
INTRODUZIONE	HCC è il quinto tumore più diffuso nel mondo e la terza causa di morte per cancro. Insorge generalmente su un quadro di cirrosi epatica (LC) sia a sfondo virale che esotossica. Sono state proposte svariate opzioni di trattamento: Resezioni Epatiche (HR), Trapianto di Fegato (OLTx), Trattamenti Ablativi (RFA), Chemioembolizzazione transarteriosa (TACE) Radioembolizzazione (SIRT Y90). Il trattamento di scelta dipende da alcune variabili: stadio del tumore, performance status del paziente, funzione epatica residua e richiede un approccio multidisciplinare.
METODI	Osp.dell'Annunziata -A.O. CS - Attivato TM HCC- Partecipano:Epatologi, Oncologi, Chirurghi, Radiologi, Radiologi ed Ecografisti Interventisti, Anatomico Patologi, Anestesisti-Rianimatori, Medici Nucleari. Operatività: convocazione settimanale, discussione casi clinici, programma terapeutico in accordo con BCLC Staging e Meld-Na+ Score.
RISULTATI	1 Gennaio 2015 - 31 Dicembre 2018: arruolati 463 paz suddivisi per trattamento: 41 HR (8.8%), 352 RFA (76%), 70 TACE ( 15,2%). Per OLTx è attivo Programma Regionale con Team dedicato. In 41 HR sono state eseguite:21 Resezioni segmentarie (51,2%); 14 Bisegmentectomie (34,2%);6 Trisegmentectomie (14,6%). Mortalità Operatoria =1 per IMA in X^ p.o.(2.4%); Morbilità= 2 casi di biloma (4.8%) trattati con terapia conservativa (drenaggio percutaneo ecoguidato).
DISCUSSIONE	Il Team Multidisciplinare HCC attivo a Cosenza offre tutte le opzioni di cura per HCC, ad eccezione di SIRT che, allo stato, è work in progress; e di OLTx per il quale è operativo apposito programma Regionale. Conseguo risultati in linea con i più qualificati Centri di Eccellenza Nazionali.
BIBLIOGRAFIA	



ID ABSTRACT	46
Speaker	PERINI FRANCESCO
ARGOMENTO	Chirurgia Endocrina
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Noduli tiroidei a citologia indeterminata (TIR 3): ruolo della correlazione citografica nella scelta chirurgica.</b>
AUTORI	F. Feroci, D. Perini, A. Marcantonio, A. Coppola, A. Petrucci, A. Sarno, T. Guagni, N. Fagni, L. Romoli, V. Mirasolo, A. Garzi, S. Cantafio  Istituzione: Ospedale S.Stefano di Prato (PO)
INTRODUZIONE	La classificazione citologica dei noduli tiroidei SIAPEC-IAP 2014 prevede la suddivisione della precedente categoria TIR3 (noduli a citologia indeterminata) in due nuovi gruppi, TIR3A e TIR3B, al fine di ridurre il ricorso alla chirurgia per patologia benigna. Tuttavia, la gestione dei noduli tiroidei a citologia indeterminata rimane ad oggi controversa ed un più accurato strumento diagnostico risulta necessario. Lo scopo di questo studio è stabilire se la correlazione tra citologia e caratteristiche ecografiche (classificazione Thyroid Imaging Reporting And Data System - TI-RADS) è in grado di stratificare i noduli tiroidei a citologia indeterminata, predicendo più accuratamente il rischio di malignità, in modo da proporre un approccio chirurgico sempre più patient-tailored.
METODI	Questo è uno studio monocentrico realizzato raccogliendo prospetticamente in un database 90 pazienti portatori di nodulo TIR3 (A e B), sottoposti ad intervento chirurgico tra Aprile 2016 e Luglio 2018. Sono state calcolate le percentuali di malignità complessiva e quelle relative alle due categorie (TIR3A e TIR3B). Successivamente sono state combinate citologia e caratteristiche ecografiche dei noduli; le percentuali di malignità di queste combinazioni sono state poi calcolate. Sulla base di questi risultati, i pazienti arruolati nello studio sono stati suddivisi in tre gruppi: basso rischio (TIR3A con TI-RADS 3 e TI-RADS 4a; TIR3B con TI-RADS 3), rischio intermedio (TIR3A con TI-RADS 4b e TI-RADS 4c; TIR3B con TI-RADS 4a e TI-RADS 4b) ed alto rischio di malignità (TIR3A con TI-RADS 5; TIR3B con TI-RADS 4c e TI-RADS 5).
RISULTATI	Dei 90 pazienti sottoposti a chirurgia, 65 avevano un referto di TIR3A e 25 di TIR3B. La percentuale di malignità è risultata essere 15.38% tra i TIR3A e 52.00% tra i TIR3B (malignità complessiva: 25.56%). Combinando citologia e caratteristiche ecografiche (TI-RADS) e confrontando i gruppi così ottenuti, sono state osservate percentuali di malignità diverse: 5.36% nei noduli a basso rischio, 45.45% in quelli a rischio intermedio e 81.82% in quelli ad alto rischio, suggerendo dunque approcci terapeutici diversi per ciascuna classe.
DISCUSSIONE	La classificazione SIAPEC-IAP 2014 ha notevolmente implementato l'accuratezza diagnostica dei noduli tiroidei a citologia indeterminata. Inoltre, la sua combinazione con il TI-RADS score risulta essere un fattibile ed affidabile strumento diagnostico, che permette una migliore stratificazione del rischio di malignità. Sulla base di questi risultati, l'approccio chirurgico dovrebbe essere fortemente raccomandato nei pazienti ad alto rischio e attentamente preso in considerazione in quelli a rischio intermedio; nei pazienti a basso rischio, invece, può essere adottato un approccio "wait and see", in modo da ridurre la percentuale di overtreatment per patologia benigna.
BIBLIOGRAFIA	

ID ABSTRACT

40

Speaker

PERINI FRANCESCO

ARGOMENTO

Chirurgia Endocrina

**TITOLO DEL LAVORO****La termoablazione con radiofrequenza nel trattamento del nodulo tiroideo benigno: correlazione fra ecomorfologia e risposta alla procedura.**

AUTORI

F. Feroci, T. Guagni, A. Coppola, A. Petrucci, A. Sarno, A. Marcantonio, D. Perini, N. Fagni, T. Zalla, M. Baraghini, R. Sacchetti, S. Cantafio.

Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano - Prato (PO)

INTRODUZIONE

la termoablazione percutanea con radiofrequenza (RFA) sotto guida ecografica è una tecnica relativamente recente nel management dei noduli tiroidei benigni. Lo scopo di questo studio prospettico è stato quello di verificare che la RFA fosse una procedura sicura ed efficace, investigando nel dettaglio anche le caratteristiche ecomorfologiche dei noduli, al fine di determinare per quali risultasse più indicato tale trattamento.

METODI

32 pazienti con altrettanti noduli singoli, non funzionanti, voluminosi e sintomatici sono stati sottoposti a due agoaspirati tiroidei che ne hanno dimostrato la citologia benigna (TIR 2-SIAPEC 2014). Per ogni nodulo sono state valutate le caratteristiche ecografiche in termini di volume, vascularizzazione, ecostruttura ed elasticità (tramite elastosonografia); sono stati oggettivati da 0 a 10 i sintomi compressivi tramite Visual Analog Scale (VAS), infine si è definito uno score estetico (1-4). La termoablazione è stata eseguita sotto guida ecografica, previa somministrazione di anestetico locale pericapsulare e sottocutaneo. Per l'ablazione è stata utilizzata la tecnica "moving-shot", suddividendo concettualmente il nodulo in più sezioni ecografiche e trattando ognuna dalla porzione più profonda verso quella più superficiale. All'inizio e al termine dell'operazione è stata routinariamente eseguita un'ecolaringoscopia per una valutazione fast della motilità delle corde vocali. I pazienti sono stati dimessi dopo circa 2 ore dalla procedura. I risultati in termini di riduzione volumetrica, miglioramenti nei sintomi compressivi ed estetici sono stati valutati dopo 1, 3, 6, 12 mesi dalla termoablazione. Sono state infine registrate le complicanze e l'aderenza al follow up.

RISULTATI

il volume medio iniziale era  $18,36 \pm 10,82$  (range 4,6-54) mL, lo score compressivo medio iniziale era  $4,88 \pm 2,14$ ; quello estetico  $3,11 \pm 0,99$ . Tutti i valori di partenza sono migliorati come segue: le riduzioni volumetriche nodulari al primo, terzo e sesto e dodicesimo mese sono state rispettivamente del  $38,04 \pm 17,04\%$  (n=32),  $57,44 \pm 16,77\%$  (n=28),  $65,60 \pm 18,61\%$  (n=21),  $72,56 \pm 19,12\%$  (n=10); i sintomi compressivi sono diminuiti significativamente ( $p < 0.001$ ) durante il follow-up, risultando rispettivamente  $2,59 \pm 1,95$ ,  $1,17 \pm 1,54$ ,  $0,71 \pm 1,23$ ,  $0,72 \pm 1,55$ . Lo stesso dicasi infine per gli score estetici:  $2,27 \pm 0,83$  a un mese,  $2,06 \pm 0,91$  a tre mesi,  $1,67 \pm 1,07$  a sei mesi,  $1,20 \pm 0,45$  a 12 mesi ( $p < 0.05$ ). In termini di riduzione volumetrica, si è registrata una migliore risposta a 3 e 6 mesi per i noduli dal volume  $< 20$  mL ( $p = 0.037$ ).

Quattro pazienti hanno avuto un piccolo ematoma soprafasciale, poi riassorbito spontaneamente; 10 pazienti hanno riportato un modesto (VAS media= 3,2) dolore transitorio postprocedurale. Due pazienti sono usciti dal follow-up dopo 3 mesi.

DISCUSSIONE

i risultati dimostrano come la RFA sia una procedura sicura ed efficace nel trattamento dei noduli tiroidei benigni, portando a importanti miglioramenti nella sintomatologia da essi determinata. Si è evidenziato inoltre che i noduli dal volume basale  $< 20$  mL hanno percentuali di riduzione a 3 e 6 mesi maggiori rispetto a quelli più voluminosi.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT	285
Speaker	PERRONE FABRIZIO
ARGOMENTO	Chirurgia Colo-Rettale
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Scleroterapia con mousse di polidocanolo 3% nel trattamento della malattia emorroidaria sintomatica: esperienza di un centro di riferimento e identificazione di una variante di tecnica.</b>
AUTORI	Autori: F. Perrone, R. Laforgia, M. Di Salvo, G. Carbotta, P. Sallustio, P. Lobascio Chirurgia Generale Universitaria e d'Urgenza "V. Bonomo"–Policlinico di Bari
INTRODUZIONE	La scleroterapia (ST) è ormai consolidata per il trattamento dell'insufficienza venosa degli arti inferiori; l'utilizzo della schiuma ha rivoluzionato l'approccio terapeutico alla patologia emorroidaria.
METODI	66 pazienti con PME sono stati sottoposti ambulatorialmente a ST con mousse di polidocanolo 3% (SP). Criteri di inclusione: PME II grado (39); PME III grado (27). 4 pz presentavano anemia severa. Un trattamento è stato eseguito per sanguinamento postchirurgico. Criteri di esclusione: gravide, trombofilia, sepsi perianale, trombosi emorroidaria in atto, IBD. Il trattamento è stato effettuato in posizione di Sims con anoscopio a becco di flauto e puntura secondo la tecnica di Blonde-Blanchard modificata in unico tempo nelle 3 sedi classiche. La nostra modifica prevede: la puntura nel gavocciolo e non nella sottomucosa per evitare lesioni di parete e l'iniezione tangenziale del gavocciolo ad ore 11 per evitare sequele prostatiche. La procedura, asintomatica, ha una durata di 2-3 minuti. Il pz è dimesso con un daily diary per la valutazione di segni e sintomi postprocedura.
RISULTATI	I tempi di ripresa dell'attività lavorativa e di vita quotidiana sono stati di 1,32 giorni; la media della QoL è stata di 9,76/10. Nessuna complicanza maggiore o urinaria. Complicanze minori: 2 crisi emorroidarie. Recidiva e/o persistenza di malattia in 14 pz.
DISCUSSIONE	L'iniezione di SP si è dimostrata un'alternativa efficace, sicura, rapida e ben tollerata anche come bridge to surgery, mostrando ottima risoluzione del sanguinamento ed importante effetto sul prolasso anche di III grado, transitorio o definitivo.
BIBLIOGRAFIA	

ID ABSTRACT

244

Speaker

PESI BENEDETTA

ARGOMENTO

Chirurgia Epato-Bilio-Pancreatica

**TITOLO DEL LAVORO****RISULTATI CHIRURGICI DEL TRATTAMENTO COMBINATO MINI-INVASIVO DELLA CALCOLOSI COLECISTO-COLEDOCICA: LA NOSTRA ESPERIENZA**

AUTORI

B. Pesi, C. Di Martino, L. Marascio, S. Panicucci, D. Frontera, E. Martino, F. Mammoliti  
Unità di Chirurgia Generale  
Ospedale SS. Cosma e Damiano di Pescia

INTRODUZIONE

L'avvento delle tecniche endoscopiche ha cambiato la chirurgia in molti aspetti. La colecistectomia laparoscopica (VLC) è oggi il trattamento di scelta nella gestione della calcolosi della colecisti. Questo ha creato difficoltà nella gestione della coledocolitiasi. Oggi esistono diverse opzioni, tra cui sfinterotomia endoscopica (SE) prima della VLC, esplorazione del dotto biliare comune mediante approccio transcistico o coledocotomia laparoscopica, o più recentemente la tecnica combinata di VLC con colangiografia intraoperatoria transcistica (CIO) e colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP) con SE in una singola procedura.

Lo scopo di questo lavoro è di valutare il trattamento della coledocolitiasi in singola procedura mediante VLC con ERCP intraoperatoria (IO-ERCP) e SE.

METODI

Lo studio è stato condotto su 44 pazienti con calcolosi colecisti-coledocica operati con procedura combinata mini-invasiva di VLC e IO-ERCP con SE, presso l'Unità di Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Pescia, da gennaio 2016 a dicembre 2018. La CIO laparoscopica è stata effettuata in tutti i pazienti per confermare la presenza della coledocolitiasi. Un filo guida è stato passato attraverso il dotto cistico e la papilla fino nel duodeno. È stato inserito un papillotomo endoscopicamente sopra il filo guida ed è stata eseguita la SE con estrazione dei calcoli per via endoscopica.

RISULTATI

In tre anni sono state effettuate un totale di 345 VLC. Di queste, 44 (13%) sono state sottoposte a trattamento combinato di VLC e ERCP con SE per calcolosi colecisto-coledocica. 22 (50%) pazienti (pz) erano maschi e 22 (50%) femmine, con un'età media di 71 anni (range 30-91).

VLC e IO-ERCP con ES è stato eseguito con successo in 40 pz (91%), con estrazione dei calcoli per via endoscopica. Il passaggio del filo guida attraverso la papilla è fallito in 4 pz, in due casi per impilamento dei calcoli ed in 2 per sclerosi della papilla. In tali pazienti è stata eseguita una coledocotomia. La colecistectomia è stata completata per via laparoscopica in 41 pz (93%). Il tempo operatorio medio è stato di 175 min. La mortalità è stata del 2% (1pz), correlata alle comorbidità. Si è verificata una sola complicanza (2%), per anemizzazione trattata con terapia medica. Non ci sono state complicanze postoperatorie quali pancreatite e perforazione. La degenza media è stata di 4 giorni (range 2-30).

DISCUSSIONE

Da circa 20 anni la nostra unità operativa esegue il trattamento combinato di VLC e ERCP con SE per calcolosi colecisto-coledocica. Lo studio attuale suggerisce che questa tecnica è affidabile, efficace e sicura, associata ad una breve degenza postoperatoria. Tuttavia, la gestione ottimale della calcolosi colecisto-coledocica dipende dalle competenze tecniche del team chirurgico e dalle disponibilità endoscopiche del presidio ospedaliero.

BIBLIOGRAFIA

Il verde di indocianina (ICG) è una molecola fluorescente che presenta un forte legame con le proteine plasmatiche; iniettato per via endovenosa, previa applicazione di una luce con lunghezze d'onda nel vicino infrarosso (NIR), consente di valutare la perfusione di organi e tessuti(1). La valutazione della perfusione tissutale, in situazioni di ischemia intestinale, permette di pianificare con maggiore sicurezza eventuali resezioni e di valutare la perfusione della successiva anastomosi (2-3).

Presentiamo tre casi di interventi in urgenza, configuranti differenti situazioni di ischemia intestinale acuta, in cui la vitalità tissutale è stata valutata con l'utilizzo della fluorescenza con verde di indocianina. Il primo caso è quello di una donna di 85 anni, ricoverata per dolore addominale e diarrea con riscontro agli esami ematochimici di leucocitosi (gb 13,28 x 10<sup>9</sup>/l) ed aumento della PCR (118,7 mg/l). La TC addominale evidenziava un ispessimento concentrico di un'ansa digiunale in ipocondrio/fianco sinistro con concomitante imbibizione edematosa del meso, senza segni di occlusione vascolare. In considerazione del quadro clinico – radiologico, si procedeva, pertanto, a laparotomia esplorativa con riscontro di circa 40 cm di digiuno con segni ischemici; però, poiché la successiva iniezione endovenosa di ICG documentava la vitalità intestinale, non si procedeva alla resezione. Il secondo caso è quello di un uomo di 76 anni ricoverato per quadro di occlusione intestinale e riscontro alla TC addominale di sospetto volvolo intestinale. Nel corso della successiva laparotomia esplorativa, si confermava il quadro di volvolo intestinale; alla luce di ciò, si procedeva alla lisi di una briglia aderenziale ed alla valutazione della vitalità intestinale con ICG. In considerazione dell'evidenza di vascolarizzazione a livello del meso e della parete intestinale, non si procedeva a resezione intestinale. Il terzo caso è quello di un uomo di 71 anni con storia clinica di precedente resezione intestinale per infarto intestinale. Il paziente si presentava in P.S. per dolore addominale con segni clinici di irritazione peritoneale; la TC addominale evidenziava una pneumatosi parietale di anse intestinali ed aria a livello del sistema venoso porto-mesenterico. Si procedeva pertanto all'intervento chirurgico, che evidenziava infarto di un tratto di intestino; il quadro macroscopico veniva confermato dopo l'iniezione di verde di indocianina. Alla luce di ciò, si procedeva a resezione intestinale con successivo controllo della regolare vascolarizzazione dell'anastomosi.

Il decorso postoperatorio dei pazienti è stato regolare, seppur caratterizzato in un caso da lenta ripresa della canalizzazione. Non si sono verificate complicanze tardive e la degenza media è stata di 8 giorni.

Il chirurgo si avvale, spesso, di deboli parametri soggettivi per valutare l'adeguata perfusione tissutale(4); alla luce di ciò, il suo giudizio clinico può presentare una bassa sensibilità e specificità. In considerazione di ciò, il test della fluorescenza con verde di indocianina può rappresentare un valido ausilio nella pianificazione di una resezione in casi di ischemia intestinale (5); si tratta, infatti, di uno strumento caratterizzato da disponibilità, maneggevolezza, facile utilizzo, accuratezza, alta sensibilità e specificità, riproducibilità e bassi costi.

1. Reinhart et al. Indocyanine Green: Historical Context, Current Applications, and Future Considerations. *Surgical Innovation* 2016, 23(2): 166-175
2. Blanco-Colino, E. Espin-Basany. Intraoperative use of ICG fluorescence imaging to reduce the risk of anastomotic leakage in colorectal surgery: a systematic review and meta-analysis *Techniques in Coloproctology* (2018) 22:15–23
3. Rudszus S, Roesel C, Schachtrupp A, Hoer J. Intraoperative laser fluorescence angiography in colorectal surgery: a noninvasive analysis to reduce the rate of anastomotic leakage. *Langenbeck's Arch Surg* 2010;3 95(8):1025-30
4. Marliczek A, Harlaar NJ, Zeebregts CJ, Wiggers T, Baas PC, Van Dam GM Surgeons lack predictive accuracy for anastomotic leakage in gastrointestinal surgery. *Int J Colorectal Dis* 2009,24(5):569–576
5. Marampinis I. et al. Indocyanine Green Tissue Angiography Can Reduce Extended Bowel Resections in Acute Mesenteric Ischemia. *J Gastroint Surg* 2018, 22(12):2117-2124.

La diverticolite acuta è una patologia in costante aumento, frequente causa di ricovero ospedaliero. Il trattamento chirurgico della diverticolite acuta in urgenza si avvale principalmente della resezione-anastomosi, con o senza stomia di protezione, della resezione secondo Hartmann e del lavaggio peritoneale laparoscopico con posizionamento di drenaggi. Il lavaggio / drenaggio peritoneale laparoscopico è indicato nelle diverticoliti complicate di stadio Hinchey 1 e 2a in caso di peggioramento delle condizioni cliniche sistemiche o quando il drenaggio percutaneo non è fattibile o è fallito e negli stadi 2b e 3 (1)

Il management dei pazienti affetti da diverticolite è tuttavia ancora controverso, in assenza di chiare linee guida che possano orientare nella scelta fra le varie opzioni chirurgiche, la decisione è spesso lasciata al singolo chirurgo.

Il nostro è uno studio retrospettivo, il gruppo di studio è costituito da 19 pazienti consecutivi sottoposti in urgenza ad intervento di lavaggio / drenaggio laparoscopico nel periodo tra il 2010 ed il 2018 per diverticolite acuta complicata. Sono stati esclusi dallo studio pazienti ricoverati d'urgenza per quadro di diverticolite acuta perforata che per controindicazioni assolute chirurgiche o anestesologiche non potevano essere sottoposti ad intervento con approccio laparoscopico

19 pazienti sono stati sottoposti a lavaggio/drenaggio laparoscopico in urgenza per diverticolite acuta complicata, di cui 14 (74%) di sesso maschile e 4 (26%) di sesso femminile. L'età media è risultata essere di 57,4 anni , compresa tra 45 e 84 anni. Quindici pazienti erano di classe ASA 2, tre di classe ASA 3 ed un paziente di classe ASA 1. La diagnosi era stata di diverticolite con peritonite allo stadio Hinchey 2 in 14 casi e stadio Hinchey 3 in 4 pazienti. In un caso l'intervento chirurgico era stato eseguito dopo fallimento del tentativo di drenaggio percutaneo di un ascesso paracolic. I risultati sono stati buoni con una mortalità dello 0% ed una morbilità del 21%. La degenza media dei pazienti è stata di 8,5 giorni. In un caso abbiamo osservato nuovo episodio di diverticolite perforata entro sei mesi dalla dimissione che ha reso necessario l'intervento di resezione secondo Hartmann.

Negli ultimi anni il trattamento chirurgico in urgenza della diverticolite acuta complicata è cambiato sempre più spesso a favore di un trattamento mini-invasivo di tipo laparoscopico. Il lavaggio peritoneale laparoscopico, basato sui principi della "damage control surgery"(2) permette un controllo dello stato settico ottenendo nel contempo la riduzione dell'incidenza di confezionamento di colostomie. Il nostro studio seppur retrospettivo e basato su un piccolo numero di pazienti, in accordo con gli ultimi lavori scientifici sull'argomento suggerisce come l'approccio mini-invasivo con il lavaggio peritoneale nel controllo della sepsi possa rappresentare un valido trattamento di pazienti con peritonite da diverticolite negli stadi Hinchey 2 e 3 (3). Studi ulteriori sono necessari per stratificare meglio i pazienti da sottoporre a trattamento mini-invasivo e quali pazienti hanno bisogno dell'intervento di resezione colica elettiva a distanza dall'episodio acuto. Diversi lavori stanno infatti dimostrando che la perforazione diverticolare rappresenta spesso l'esordio della patologia e l'incidenza di nuovi episodi si riduce in maniera direttamente proporzionale al numero di eventi acuti successivi (2) L'indicazione all'intervento di resezione colica dovrebbe quindi essere valutata caso per caso in considerazione delle condizioni cliniche generali, del rischio operatorio e della

sintomatologia descritta.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cyrus Jahansouz, Mary R. Kwaan, The Use of Lavage for the Management of Diverticulitis. *Advances in surgery* 52 (2018): 275-286.
2. Song Liang, Karla Russek, Morris E. Franklin Jr. Damage control strategy for the management of perforated diverticulitis with generalized peritonitis: laparoscopic lavage and drainage vs. laparoscopic Hartmann's procedure. *Surg Endosc* (2012) 26:2835–2842
3. G. A. Binda, M. A. Bonino, G. Siri, S. Di Saverio, G. Rossi, R. Nascimbeni et al. Multicentre international trial of laparoscopic lavage for Hinchey III acute diverticulitis (LLO Study). *Br J Surg* 2018; 105: 1835–1843
4. Nitz JP, Lehmann KS, Frericks B, Stroux A, Buhr HJ, Holmer C. Outcome of patients with acute diverticulitis: Multivariate analysis of risk factors for free perforation. *Surgery* 2011;149:606-13.



ID ABSTRACT	262
Speaker	PIROZZI FELICE
ARGOMENTO	Upper G-I Tract
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Esofagectomia mini-invasiva: la nostra esperienza preliminare.</b>
AUTORI	Raffaele Emmanuele Maria Pirozzi, Antonio Sciuto, Claudio Mauriello, Danilo Cuttitta, Gianluca Lanni, Maurizio Coto, Felice Pirozzi UOC di Chirurgia Generale, Ospedale Santa Maria delle Grazie, ASL Napoli 2 Nord, Pozzuoli
INTRODUZIONE	L'esofagectomia minivasiva per cancro è stata associata a benefici a breve-termine, soprattutto in termini di riduzione delle complicanze respiratorie, garantendo una radicalità oncologica simile a quella della tecnica tradizionale. Le principali difficoltà tecniche riguardano l'esecuzione della linfadenectomia dell'anastomosi intratoracica. Lo scopo del nostro lavoro è di analizzare i risultati a breve termine dell'esofagectomia mini-invasiva.
METODI	Sono stati inclusi in questo studio 13 pazienti consecutivi sottoposti a esofagectomia mini-invasiva da giugno 2016 a dicembre 2018 presso la divisione di chirurgia addominale dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza e la divisione di chirurgia generale dell'Ospedale Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli. Tra questi, 9 pazienti sono stati sottoposti a esofagectomia sec. Ivor-Lewis, di cui 8 con approccio totalmente mininvasivo e uno ibrido. Quattro pazienti hanno avuto un'esofagectomia totale totalmente mininvasiva.
RISULTATI	Non sono state osservate complicanze intraoperatorie né conversioni. La durata mediana dell'intervento è stata di 382 minuti e le perdite ematiche stimate sono state di 96±45 ml. La degenza mediana in terapia intensiva è stata 1 giorno, mentre la degenza postoperatoria è stata di 14 giorni. Si sono verificate 3 deiscenze anastomotiche intratoraciche, di cui una trattata con sonda di Salem e una con posizionamento di endoprotesi. La terza è stata sottoposta a reintervento con sutura della deiscenza e lembo di muscolo intercostale. Una paziente, operata di esofagectomia associata a lobectomia polmonare, è deceduta per insufficienza respiratoria. Abbiamo registrato un caso di chilotorace stato trattato con toracotomia e legatura del dotto toracico. In tutti i casi la resezione è stata R0 e il numero medio di linfonodi esaminati è stato di 12.
DISCUSSIONE	L'esofagectomia mini-invasiva risulta fattibile e sicura in mani esperte. Essa richiede un'adeguata gestione multidisciplinare del paziente, soprattutto nella gestione delle complicanze postoperatorie.
BIBLIOGRAFIA	

Pisani Ceretti Andrea (ASST Santi Paolo e Carlo - Milano)  
 Mariani Nicolò Maria (ASST Santi Paolo e Carlo - Milano)  
 Giovenzana Marco (ASST Santi Paolo e Carlo - Milano)  
 Bonaldi Marta (Università degli Studi di Milano)  
 Froiio Caterina (Università degli Studi di Milano)  
 Opocher Enrico (Università degli Studi di Milano, ASST Santi Paolo e Carlo - Milano)

I protocolli ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) rappresentano un ottimo approccio per i pazienti sottoposti a chirurgia coloretale e le tecniche mininvasive sono diventate il gold standard nel trattamento del tumore del colonretto. Tuttavia i più importanti trial prospettici, che hanno dimostrato i vantaggi dell'approccio laparoscopico, hanno sempre escluso i pazienti affetti da neoplasia della flessura colica sinistra. La rarità di tale condizione patologica e le difficoltà tecniche dell'intervento, legate all'individuazione dei peduncoli vascolari e al confezionamento dell'anastomosi, non hanno finora consentito la diffusione di tale tipo d'intervento. Lo scopo di questo lavoro è quello di dimostrare come la standardizzazione della resezione totalmente laparoscopica della flessura splenica ci ha consentito di applicare con successo i protocolli ERAS anche ai pazienti sottoposti a questo tipo di intervento.

Dal 2008 al 2018 abbiamo sottoposto a resezione laparoscopica della flessura splenica 37 pazienti, di cui gli ultimi 17 con anastomosi intracorporea. Si tratta di 19 uomini e 18 donne, con età media di 71 + 9,8 anni, BMI medio di 25 + 2,5 e ASA I in 14, II in 16 e III in 7 casi. L'assistenza perioperatoria in tutti i casi è stata condotta secondo le linee guida dell'ERAS Society.

La durata media degli interventi è stata di 217 minuti (range di 150-295), con un tasso di conversione nullo. Il dolore postoperatorio, valutato con una scala numerica, è stato in media di 2,33 + 1,6 in giornata 0, di 1,74 + 1,19 in giornata 1 e di 0,8 + 1,3 in giornata 2. La canalizzazione ai gas è avvenuta dopo 1,56 + 0,7 giorni, mentre quella alle feci dopo 3,74 + 2,11 giorni. La mortalità è stata dello 0%, mentre la morbidità del 19%, con 4 complicanze sec. Dindo-Clavien III (1 sanguinamento anastomotico, 1 pancreatite acuta, 1 emoperitoneo e 1 sventramento dalla minilaparotomia). La degenza postoperatoria media è risultata di 4,8 + 4,4 giorni, senza reospedalizzazioni a 30 giorni.

La nostra analisi, comparabile con i dati presenti in letteratura, conferma come il protocollo ERAS permetta un postoperatorio migliore, con abbattimento della morbidità non chirurgica e risultati del tutto sovrapponibili alle altre resezioni coliche. In particolare dei 16 indicatori proposti dalla Italian ERAS Society per ognuno dei 17 pazienti sottoposti a resezione della flessura splenica totalmente laparoscopica abbiamo soddisfatto oltre l'80% di essi.

ID ABSTRACT	84
Speaker	PIZZA FRANCESCO
ARGOMENTO	Chirurgia Bariatrica
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Incidenza di disturbi ano-perianali in pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica (SG/MGB).</b>
AUTORI	D'Antonio D,Pizza F,Marvaso A UOC di Chirurgia generale e d'urgenza P.O. "A. Rizzoli" Lacco Ameno Napoli
INTRODUZIONE	I pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica presentano spesso modifiche delle abitudini alvine e la successiva comparsa di disturbi ano-perianali.
METODI	. Il presente lavoro produce un'analisi retrospettiva su una serie di 511 pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica dal 2011 al 2016, presso l'UOC di Chirurgia del PO A. Rizzoli di Lacco Ameno, unico sito sull'isola di Ischia. Scopo del lavoro è stato quello di valutare la comparsa di disturbi ano-perianali e la messa in correlazione con il tipo di intervento ricevuto. Dei 511 pazienti, 450 sono stati sottoposti a sleeve gastrectomy (SG), 61 sono stati sottoposti a mini-gastric by-pass (MGBP). Quarantatré pazienti sono stati esclusi. Criteri di esclusione sono stati: calo ponderale inferiore al 20% dell'eccesso ponderale (EWG) e non aderenza al follow-up. Dati antropometrici, calo ponderale, tipo di intervento, abitudini alvine e comparsa di disturbi anali sono stati retrospettivamente valutati attraverso form inviato via mail ed attraverso database della UOC. Oggetto dell'analisi, sono stati 468 pazienti, con un follow-up medio di 22.8 mesi.
RISULTATI	Dei 468 esaminati, 202 (43.2%) hanno lamentato la comparsa di disturbi ano-perianali. Le diagnosi più comuni sono state emorroidi e ragade anale (rispettivamente 66,8% e 23,2%). Altri disturbi riscontrati sono stati: fistola anale e sintomi da ostruita defecazione. Fattori di rischio per l'insorgenza di ragade anale sono stati: stipsi preoperatoria e SG. Fattori di rischio per l'insorgenza di sintomi emorroidari sono stati: diarrea preoperatoria e MGB.
DISCUSSIONE	Data la rilevante incidenza di tali problematiche insorte dopo chirurgia bariatrica, ulteriori studi potranno essere intrapresi per identificarne cause e possibili correttivi in fase pre/post-operatoria.
BIBLIOGRAFIA	

ID ABSTRACT

79

Speaker

PIZZA FRANCESCO

ARGOMENTO

Sepsi e Infezioni del sito chirurgico

**TITOLO DEL LAVORO****Utilizzo profilattico di rete biosintetica Bio-A (Gore) dopo laparotomia mediana in campo pulito/contaminato: dati preliminari di uno studio prospettico**

AUTORI

Pizza F, D'Antonio D, Marvaso A  
 Unità di Chirurgia generale e d'urgenza "A. Rizzoli" Lacco Ameno Napoli  
 Aslnapoli2nord

INTRODUZIONE

L'ernia incisionale è ancora oggi una delle più comuni sequele della chirurgia laparotomica.

METODI

Il presente studio prospettico, esamina fattibilità, sicurezza e tasso di ernia incisionale dopo l'uso profilattico di uno stripe di rete biosintetica Bio-A(Gore) posizionato sub-lay dopo laparotomia mediana in pazienti sottoposti ad interventi in campo pulito-contaminato e contaminato. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi [Gruppo A: 50 pazienti consecutivi con chiusura in doppio strato con PDS 0 con WL/SL di 1:4 e posizionamento sub-lay di stripe di BIO A(Gore) di 3 cm di larghezza estesa per l'intera lunghezza della incisione; Gruppo B chiusura in doppio strato con PDS 0 con WL/SL di 1:4]. Obiettivo primario dello studio è stato quello di identificare l'incidenza di laparocoele nei due gruppi ad un follow-up di 1 e 2 anni. Obiettivo secondario è stato quello di identificare eventuali differenze nei due gruppi in termini di dolore post operatorio, morbilità e mortalità.

RISULTATI

Su un totale di 100 pazienti inclusi nello studio, un follow-up di 1 anno è stato possibile per 48 pazienti del gruppo A e 47 nel gruppo B. L'incidenza di laparocoele è stata di 10/48 nel gruppo A (20%) e 1/47 nel gruppo B (2%) [ $p < 0,01$ ]. Non sono inoltre state rilevate variazioni statisticamente significative relativamente a morbilità e dolore post-operatorio legati al metodo di chiusura della parete

DISCUSSIONE

L'uso profilattico di uno stripe di rete biosintetica BIO A (Gore) ha dimostrato una riduzione statisticamente significativa del tasso di laparocoele nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico in campo pulito-contaminato e contaminato

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

80

Speaker

PIZZA

FRANCESCO

ARGOMENTO

Sepsi e Infezioni del sito chirurgico

**TITOLO DEL LAVORO****Management della infezione cronica della mesh: Esperienza preliminare**

AUTORI

Pizza F, D'antonio D, dell'Isola C\*, Marvaso A  
 Unità di Chirurgia generale e d'urgenza  
 P.O. "A. Rizzoli" Lacco Ameno Napoli  
 VI UOC malattie infettive ad indirizzo epatologico Azienda Ospedaliera "dei Colli"  
 Monaldi-Cotugno-CTO

INTRODUZIONE

Il management della infezione cronica della mesh è un argomento notevolmente dibattuto. L'utilizzo di materiale sintetico nella riparazione della parete addominale in campo infetto non è raccomandata, specialmente in caso di infezione attiva causata da *S. aureus*.

METODI

Lo scopo del presente lavoro è stato quello di valutare i risultati in caso di rete attivamente infetta e colonizzata da *S. aureus* in pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di riparazione di ernia ventrale addominale. I pazienti sono stati preventivamente trattati con Linezolid 600 mg ev BID per 15 giorni, e successivamente sottoposti a rimozione della rete infetta con simultaneo impianto sublay di protesi Bio-A (GORE) biosintetica composta da un copolimero polyglycolide—trimethylenecarbonate, che gradualmente viene assorbito dall'organismo. Complicanze precoci e tardive della ferita sono state esaminate. E' stata, inoltre, valutata l'incidenza del tasso di recidiva dell'ernia.

RISULTATI

Da Giugno 2015 a Novembre 2018, 6 pazienti con età media di 51.4 anni e BMI medio di 31,3 kg/m<sup>2</sup> sono stati trattati per infezione cronica della mesh causata da *S. aureus*. Recidiva dell'ernia ventrale addominale è stata riscontrata nella totalità dei pazienti. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a rimozione della protesi infetta, dopo terapia antibiotica con Linezolid 600 mg ev BID per 15 giorni, e concomitante impianto di Bio-A (Gore). Due pazienti sono stati sottoposti a riparazione complessa della parete addominale con "posterior component separation technique", 4 pazienti sono stati sottoposti a riparazione sec. Rives. Resezione intestinale si è resa necessaria in due pazienti. Due pazienti (66.6%) hanno avuto un decorso scevro da complicanze; 1 paziente (33.3%) ha necessitate di debridement della ferita mediana per infezione. Dopo 4 mesi di follow-up non è stata osservata recidiva dell'ernia. Tutti I pazienti sono stati considerati liberi da infezione dopo un follow-up medio di 4 mesi.

DISCUSSIONE

L'utilizzo di GORE BIO A in pazienti con infezione attiva della mesh da *S. aureus* dopo riparazione di ernia ventrale addominale si è dimostrata sicura in termini di incidenza di complicanze infettive di ferita, potenzialmente prevenendo una ulteriore recidiva erniaria.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

248

Speaker

POILLUCCI GAETANO

ARGOMENTO

Tumori rari e Sarcomi

**TITOLO DEL LAVORO**

**Primary mesenteric liposarcoma causing small bowel obstruction: a case report.**

AUTORI

Gaetano Poillucci (1), Maria Giulia Lolli (2), Renato De Angelis (2), Gabriele Manetti (2).  
(1) Department of General Surgery "Paride Stefanini" Policlinico Universitario Umberto I, Sapienza University, Rome, Italy.  
(2) Department of General Surgery, San Giovanni Addolorata Hospital, Rome, Italy.

INTRODUZIONE

Liposarcoma (LPS) is a rare tumour and is treated by surgical management (in the absence of distant metastases). Management of LPS including diagnosis is relatively difficult, because it has no characteristic symptoms and no established effective treatment.

METODI

Here, we report an extremely rare case of small bowel obstruction caused by this tumour in a 43-years old man, who presented abdominal distention, and severe abdominal pain. Pre-operative imaging demonstrated a low density mass well-encapsulated of 12 cm x 12 cm x 9 cm in front of the hepatic flexure, and a volvulus of the small bowel.

RISULTATI

The patient underwent successful resection of the tumour. Histopathology confirmed a well-differentiated LPS. The patient did not need adjuvant therapy and now he is in follow-up.

DISCUSSIONE

Primary mesenteric LPS is extremely rare and is treated by aggressive surgical management. Complete resection and long-term follow-up are necessary for well-differentiated mesenteric LPS due to the risk of local recurrence. To improve outcomes, a multidisciplinary approach with neo-adjuvant or adjuvant therapies can be proposed: the results are still not significant on few cases reported in literature.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

114

Speaker

POILLUCCI GAETANO

ARGOMENTO

Chirurgia d'Urgenza

**TITOLO DEL LAVORO****Risk factor for postoperative morbidity following appendicectomy in the elderly. A multicenter prospective cohort study.**

AUTORI

Gaetano Poillucci (1), Mauro Podda (2), Lorenzo Mortola (3), Patrizia Dalla Caneva (3), Giulia Massa (4), Gianluca Costa (4), Nicola Cillara (5), on behalf of the ERASO (Elderly Risk Assessment And Surgical Outcome) Collaborative Study Group.

(1) Department of General Surgery "Paride Stefanini" Policlinico Universitario Umberto I, Sapienza University, Rome, Italy

(2) Department of Surgical Sciences, University of Cagliari, Monserrato, Italy

(3) Department of Surgery, Monserrato, Italy

(4) Surgical and Medical Department of Translational Medicine, Sant'Andrea Teaching Hospital, Sapienza University, Rome, Italy

(5) Department of Surgery, Santissima Trinità Hospital, Cagliari, Italy

INTRODUZIONE

Acute appendicitis (AA) is the most common surgical diagnosis in young patients presenting at the emergency department, with a lifetime prevalence of about 7%. The incidence of AA in the elderly has risen, and the number of appendectomy in the elderly population ( $\geq 65$  years old) is increased over the last two decades. Currently, only 8-10% of cases of AA are diagnosed above the age of 60 years, and reliable data on this emerging issue are still lacking in the literature. The aim of this study was to determine the risk factors for complications following appendectomy in the elderly population.

METODI

The large multicenter prospective database of the FRAILESEL study was analyzed and data of patients aged  $\geq 65$  years affected by AA were extracted. We identified 135 patients with AA underwent appendectomy between January 2017 and December 2017. Clinical variables and comorbidity, habits, and surgery-related variables were assessed by univariate and multivariate analyses in order to determine preoperative risk factors for morbidity following appendectomy.

RISULTATI

Mean age of patients submitted to appendectomy was 74.4 years ( $DS \pm 7.2$ ), with a prevalence for male sex (65.9%). The overall postoperative morbidity rate was 20% ( $n=27$ ). The univariate analysis showed the open surgery ( $p=0.027$ , OR 2.67), preoperative hemoglobin value ( $p=0.029$ , OR 0.77) and preoperative creatinine value ( $p=0.02$ , OR 2.04) were significantly associated with complications occurred after appendectomy. These three variables were selected for the multivariate analysis because of their P values  $<0.1$ . The multivariate analysis identified preoperative creatinine value ( $p=0.036$ , OR 2.01) as the only independent risk factor predicting complications following appendectomy.

DISCUSSIONE

Open surgical technique, and low preoperative creatinine and hemoglobin values are risk factors for postoperative morbidity after appendectomy in the elderly.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

11

Speaker

PORTALE GIUSEPPE

ARGOMENTO

Chirurgia Colo-Rettale

**TITOLO DEL LAVORO****Is prognostic nutritional index a useful tool to predict short-term complications after laparoscopic curative resection for rectal cancer?**

AUTORI

\*Giuseppe Portale, MD1; \*Francesco Cavallin, MS2; Alessandro Valdegamberi, MD1; Flavio Frigo, MD1; Valentino Fiscon, MD1.

1Department of General Surgery, ULSS 6, Cittadella (Italy)

2Veneto Institute of Oncology (IOV IRCCS), Padova, Italy.

INTRODUZIONE

Prognostic Nutritional Index (PNI) has been shown to be a useful tool in predicting short-term results in patients undergoing surgery for gastrointestinal cancer. However there are few studies addressing the issue in colorectal cancer, and none specifically focused on rectal cancer.

We evaluated the prognostic relevance of preoperative PNI on post-operative complications in patients undergoing laparoscopic curative resection for rectal cancer (LCRRC).

METODI

PNI data and clinico-pathological characteristics from LCRRC patients in a 10-year period (june 2005-september 2015) were evaluated; patients with metastatic disease at surgery were excluded; postoperative complications within 30 days were evaluated using Dindo-Clavien classification.

RISULTATI

120 patients were included in the study. Median preoperative PNI was 45.5 (IQR 39.4-52). Lower PNI was associated with females, older age and neoadjuvant treatment. Median hospital stay was 9 days (IQR 8-13) and was not correlated with PNI. Post-operative complications occurred in 33 patients (27.5%), by Dindo-Clavien classification 24 grade I-II, 9 grade III to V. Median preoperative PNI was 44.6 (IQR 38.7-53) in complicated and 45.7 (IQR 39.4-51.9) in uncomplicated patients ( $p=0.84$ ). At multivariable analysis, PNI was not associated with postoperative morbidity (OR 1.01 ; 95% C.I. 0.96 to 1.06). Median preoperative PNI was 45.7 (IQR 39.4-51.9) in uncomplicated patients, 45.8 (IQR 40.4-53.6) in Dindo-Clavien grade I-II patients and 40.4 (IQR 33.4-49.3) in Dindo-Clavien grade III-V patients ( $p=0.39$ ).

DISCUSSIONE

PNI status in rectal cancer patients undergoing curative resection, in our experience, was not associated with postoperative morbidity, although a lower PNI was observed in patients with severe complications. However, further studies in a larger cohort of patients are needed before conclusions can be drawn.

BIBLIOGRAFIA





O.Quagli1, F.Clerici1, C. Bartolucci2, V. Carsenzuola2, G. Salatino2, L. Armiraglio2, I. Scandroglio2.

1 MD, Resident in General Surgery, Università degli Studi di Milano, Milan (MI), Italy.

2 MD, Department of General Surgery Hospital of Busto Arsizio, Busto Arsizio (VA), Italy

A 63 years old female presented with a gradually increasing mass in right breast during the last months.

In her past medical history there were: in the left breast ductal carcinoma DIN2 treated with RTx from 06/10 to 07/16/13 (50gy) diagnosed in 2013 and B-CLL stage A sec. Binet diagnosed in 2014.

During the follow-up we discovered at first multiple bilateral calcifications (Mx, 02/2018), then a hypoecogenic cyst measured 5 cm in the right breast (2/2018). The first TRUCUT exam (2/2018) was non-diagnostic, instead the second one (4/2018) revealed a focal ductal hyperplasia. In view of the patient's anamnestic history, we decided to perform an elective operation.

We performed surgery of the upper inner quadrant of the right breast. The pathology report confirmed the presence of a lump measured 5 X 1 X 7 cm in size, with a cystic and calcific lesion measured 0.5 cm; at the microscopical examination B-CLL with ductal dilatation and calcifications.

This case report shows us how is difficult to reach a certain diagnosis before surgery when patients present a complex anmnestic history. Surgery results essential to define the nature of these kinds of lump because sometimes the common diagnostic procedures are not specific and sensitive enough.

In the end we can assert that surgery may represent the last diagnostic step, meanwhile the first therapeutic one.

1. Breast leukemia: an update - Alexey Surov - Acta Radiologica 2012; 53: 261–266.

2. Therapy related acute myeloid leukemia in breast cancer survivors, a population-based study - Mike G. Martin

3. Leukemia following breast cancer: an international population-based study of 376,825 women - Regan A. Howard - Breast Cancer Res Treat (2007) 105:359–368

4. 30 years follow-up and increased risks of breast cancer and leukaemia after long-term low-dose-rate radiation exposure - Wan-Hua Hsieh - British Journal of Cancer (2017) 117, 1883–1887

L'invaginazione del capezzolo è un problema abbastanza comune della mammella femminile con una frequenza media stimata del 3.5% (2 - 10%). L'inversotelia può avere sia una origine congenita che una acquisita, secondaria, cioè, a processi sclerotico-infiammatori correlati di solito all'ectasia duttale, agli esiti della chirurgia mammaria, alle mastiti puerperali e non. Il meccanismo con cui si verifica l'inversione su base primitiva è correlato al mancato sviluppo del tessuto mesenchimale retroareolare che condiziona uno stato di fibrosi e di ipoplasia dei dotti galattofori. Il grado di inversione viene clinicamente valutato sulla base della classificazione Han e Hong. Grado 1: il capezzolo può essere facilmente estratto manualmente e mantiene la sua proiezione. Grado 2: il capezzolo viene estratto manualmente ma tende a re-invaginarsi quando rilasciato. Grado 3: il capezzolo non si riesce ad estrarre manualmente per la intensa fibrosi che rende impossibile la conservazione dei dotti galattofori durante l'intervento chirurgico di correzione. Il distacco esteso del tessuto fibroso retroareolare è il trattamento che più spesso viene suggerito per riparare il più alto grado di inversione del capezzolo. La proiezione del capezzolo può essere ricreata attraverso varie tecniche come le suture o la trasposizione di lembi cutanei disepitelizzati allo scopo di creare un nuovo supporto al capezzolo. Tuttavia, pur in presenza di tali supporti, si riscontrano difficoltà nel mantenimento della proiezione a lungo termine. La tecnica proposta sostiene l'uso di un lembo adiposo sottocutaneo ben vascolarizzato (SCAF) ottenuto dal tessuto pre-ghiandolare 1) per la riparazione e la prevenzione della recidiva delle inversotelie primitive di III grado, 2) per il riempimento del capezzolo dopo la resezione centrale dei dotti galattofori (CDR).

L'esperienza comprende dieci casi: 2 retrazioni di grado II-III con ascesso e fistola post-mastite puerperale. 1 retrazione di grado III con ascesso ricorrente dopo asportazione di fibroadenoma del quadrante centrale. 7 pazienti sono state sottoposte al trattamento riempitivo del capezzolo dopo resezione centrale per papillomatosi secernente. L'indicazione ottimale alla tecnica di riempimento con lembo adiposo è la presenza di un capezzolo con base di almeno 1 cm di diametro. Capezzoli di volume maggiore permettono infatti una migliore gestione del lembo dermico riducendo così il rischio di sofferenza ischemica perché il nipple coring permette di lasciare almeno 2 mm di tessuto cutaneo. L'intervento inizia con una incisione peri-areolare inferiore; sollevato il complesso areola capezzolo, si isola e si seziona il fascio dei dotti galattofori a 2 mm dalla punta del capezzolo. Si prepara dal piano pre-ghiandolare un lembo fibro-adiposo ben vascolarizzato (SCAF) che riempie completamente lo spazio vuoto nel capezzolo. Il lembo viene fissato in 3 punti con un filo 4/0 a rapido riassorbimento. L'emostasi deve essere scrupolosa. La proiezione del capezzolo nell'immediato post operatorio viene mantenuta con 1 laccio di seta alla base, stando bene attenti a lasciarlo sufficientemente morbido per non danneggiare la vitalità dei lembi, oppure, se il capezzolo è voluminoso e ben proiettato, lo si può avvolgere con degli steryl-strip. La medicazione viene fatta con una garza forata al centro per non comprimere il capezzolo. Il follow-up è stato a 1, 3, 6, 12 e 18 mesi. A 12 mesi, è stata eseguita la mammografia. Ad ogni visita, sono stati valutati il trofismo cutaneo, la consistenza, la sensibilità e l'altezza del capezzolo. La

sensibilità e la risposta contrattile del capezzolo sono state esaminate con il semplice tocco e con la leggera spremitura.

#### RISULTATI

Il decorso postoperatorio è stato privo di complicanze in tutti i casi. Non sono state osservate necrosi complete del capezzolo, così come non sono riscontrate alterazioni nella forma della mammella, né alcuna morbilità nel sito donatore in quanto il volume del tessuto mammario pre-ghiandolare, raccolto per preparare il lembo in questa tecnica, è minimo. Nelle prime due pazienti trattate, al controllo dei 18 mesi, si rilevano: mantenimento del trofismo cutaneo e della consistenza del capezzolo, buona proiezione e simmetria con il capezzolo controlaterale. L'inconveniente osservato riguarda la perdita della sensibilità superficiale, mentre rimane la sensibilità profonda. L'impiego del laccio alla base del capezzolo o degli steryl-strip nell'immediato post operatorio, sembrano garantire la stabilità della proiezione iniziale. Questo approccio minimizza l'invasività che hanno alcune tecniche già proposte in letteratura per lo stesso scopo (suture particolari, dispositivi di trazione, medicazioni da protrarre nel tempo), ciò evita anche alle donne trattate di dover adeguare il proprio abbigliamento con risvolti psicologici indubbiamente positivi.

#### DISCUSSIONE

Il principale problema nel trattamento della inversotelia è la creazione di un adeguato supporto strutturale al neo capezzolo tale da condizionarne il suo appiattimento con il tempo. La maggior parte delle procedure proposte per la riparazione o la ricostruzione dei capezzoli retratti soffre, infatti, di recidiva, necrosi e perdita di proiezione. La tecnica SCAF sembra contrastare più efficacemente la perdita della proiezione soprattutto se impiegata in capezzoli voluminosi e con una base di almeno 1 cm di diametro. Nella tecnica SCAF, la peculiarità del lembo fibroadiposo pre-ghiandolare, è la sua maggiore ricchezza di collagene e di vascolarizzazione, capace di mantenere sia la proiezione che la consistenza dei neo-capezzoli. La tecnica di riempimento del capezzolo con lembo adiposo pre-ghiandolare può essere considerata una interessante alternativa nei casi di resezione dei dotti galattofori (CDR), nella inervsotelia primitiva o secondaria di II e III grado. È tuttavia necessario un numero maggiore di casi trattati e il completamento del follow-up per convalidarne l'affidabilità e per valutare gli effetti su capezzoli di forma e dimensione differenziata.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Sanuki J, Fukuma E, Uchida Y. Morphologic study of nipple-areola complex in 600 breasts. *Aesthetic Plast Surg.* 2009;33:295-297
2. Geffroy D, Doutriaux-Dumoulin I. Clinical abnormalities of the nipple-areola complex: The role of imaging. *Diagn Interv Imaging* 2015;96:1033-1044
3. Hernandez Yenty QM, Jurgens WJ, Van Zuijlen PP, De Vet HC, Verhaegen PD. Treatment of the benign inverted nipple: A systematic review and recommendations for future therapy. *The Breast* 2016;29:82-9
4. Wong WW, Hiersche MA, Martin MC. The angel flap for nipple reconstruction. *Can J Plast Surg.* 2013;21(1):e1-e4.
5. Filobbos G, Hamnett N, Hardwicke J, Skillman J. Immediate nipple reconstruction in combination with implant reconstruction using dermal sling. *Breast J.* 2017;23:723-725.
6. Gooch JC, Huston T. Repair of the deflated nipple following nipple-sparing mastectomy utilizing the skate flap technique. *Breast J.* 2017;23(6):768-769
7. Sbarbati A, Accorsi D, Benati D, Marchetti L, Orsini G, Rigotti G, Panetti P. Subcutaneous adipose tissue classification. *Eur J Histochem.* 2010;54:226-230
8. Nelson RS, Hoehn JL. Twenty-Year Outcome Following Central Duct Resection for Bloody Nipple Discharge. *Ann Surg.* 2006;243(4):522-524
9. Jeeyeon L, Seokwon L, Youngtae B. Trans-nipple double Z-plasty for benign periareolar disease with inverted nipple. *Aesthetic Plast Surg.* 2013;37:327-331

Autori: Francesca Ratti<sup>1</sup>, MD; Arab Rawashdeh<sup>2</sup>, MD; Federica Cipriani<sup>1</sup>, MD; John Primrose<sup>2</sup>, MD, PhD; Guido Fiorentini<sup>1</sup>, MD; Mohammed Abu Hilal<sup>2</sup>, MD, PhD #; Luca Aldrighetti<sup>1</sup>, MD, PhD #.

Affiliazione: 1. Hepatobiliary Surgery Division, San Raffaele Hospital, Milano – Italy  
2. Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, University Hospital Southampton, NHS Foundation Trust, Southampton, UK

La resistenza iniziale all'adozione dell'approccio laparoscopico nel trattamento del colangiocarcinoma intraepatico è stata solo recentemente superata. Questo è avvenuto grazie al grande sviluppo delle tecniche chirurgiche, della tecnologia e a molti studi che dimostrano l'efficacia oncologica dell'approccio laparoscopico. Scopo del presente studio è quello di analizzare e confrontare i risultati delle resezioni epatiche laparoscopiche e aperte per ICC nell'era della chirurgia epatica mini-invasiva moderna.

Sono stati inclusi i pazienti sottoposti a resezione epatica laparoscopica e aperta per ICC in due centri di riferimento terziario europei. 104 pazienti nel gruppo open e 104 pazienti nel gruppo laparoscopico sono stati confrontati dopo applicazione del propensity score utilizzando sette covariate rappresentative delle caratteristiche della malattia. Le indicazioni chirurgiche, i risultati a breve e lungo termine sono stati analizzati e confrontati.

Il tempo operatorio, il numero mediano di linfonodi asportati, il tasso di margini di resezione negativi e la ampiezza dei margini chirurgici sono risultati comparabili tra i due gruppi. Le perdite ematiche sono risultate minori nel gruppo MILS ( $150 \pm 100$  mL, media  $\pm$  DS) rispetto al gruppo open ( $350 \pm 250$  ml,  $p = 0,030$ ). Le complicanze postoperatorie si sono verificate nel 14,4% dei pazienti MILS e nel 24% dei pazienti nel gruppo Open ( $p = 0,02$ ). Non ci sono state differenze significative nei risultati a lungo termine tra i due gruppi.

I nostri risultati confermano la fattibilità, la sicurezza e l'efficacia oncologica dell'approccio laparoscopico nella gestione del ICC. Tuttavia, questo tipo di chirurgia è spesso complesso e dovrebbe essere preso in considerazione solo nei centri con grande esperienza in chirurgia epatica laparoscopica.

ID ABSTRACT

127

Speaker

RATTO ENRICO LUIGI

ARGOMENTO

Chirurgia Senologica

**TITOLO DEL LAVORO****Avvento e consolidamento di nuove tecniche ricostruttive in chirurgia senologica – l'esperienza di una breast unit di provincia**

AUTORI

Ratto E.L., Millo F., Rasso P.C., Pasquali F., Maroni N., Pezza M., Azzinnaro A., Prati M., Tava F., Ambroggi C., Dallochio T., Cosentino C., Pacquola M.G., Di Somma C.G.  
 Breast Unit - SSD Dipartimento Chirurgico ASL AL - Responsabile Dr.essa Pacquola M.G.  
 SOC Chirurgia - Ospedale SS Antonio e Margherita, Tortona (AL) - Direttore F.F. Dr. Di Somma C.G.

INTRODUZIONE

Per anni la chirurgia senologica è andata nella direzione della conservazione d'organo (mastectomia vs quadrantectomia vs tumorectomia allargata). Ma ultimamente, con l'avvento di tecniche ricostruttive avanzate, la mastectomia è tornata in campo, divenendo procedura di scelta in condizioni ben precise: multicentricità, controindicazioni alla radioterapia, inadeguato rapporto tumore mammella con franchi inestetismi residui in caso di terapia conservativa, patologia recidiva, richiesta esplicita della paziente (oncofobia), pazienti portatrici di mutazione BRCA1 e 2.

METODI

La nostra Breast Unit è attiva dal Gennaio 2017.  
 Nel 2017 abbiamo trattato 290 casi di cancro della mammella: 20 sottoposti a mastectomia skin/nipplesparing e ricostruzione immediata con posizionamento di espansore/protesi sottopettorale. Nel 2018 290 casi: 19 mastectomie skin/ nipplesparing e ricostruzione immediata introducendo nuovi presidi dedicati: 6 casi trattati con espansore/protesi sottopettorale, 3 casi con protesi sottomuscolare e integrazione con Matrice Dermica Acellulare (ADM) per il completamento della tasca protesica, 10 casi con protesi prepettorale avvolta da specifica Matrice Dermica Acellulare (Braxon®).

RISULTATI

Le nostre complicanze: dolore postoperatorio significativo nelle pazienti sottoposte a posizionamento di espansore/protesi sottopettorale, meno marcato nei casi in cui la tasca muscolare è stata integrata con ADM per via del minor scollamento e distacco muscolare, sostanzialmente trascurabile nei casi di protesi in sede prepettorale. Più marcato invece il fenomeno del sieroma periprotetico nei casi di protesi prepettorale, gestito con alcune sedute di aspirazione ECOguidata. Segnaliamo infine 2 importanti infezioni, in pazienti diabetiche e fumatrici trattate con impianto sottopettorale, che hanno comportato la rimozione della protesi e la ripetizione della procedura a distanza.

DISCUSSIONE

La nostra casistica è limitata e il follow up breve, ma abbiamo potuto constatare come, selezionando accuratamente le pazienti e candidandole alla tecnica ricostruttiva appropriata, i risultati estetici siano ottimali a fronte di un tasso di complicanze trascurabile e facilmente trattabile.

BIBLIOGRAFIA

Sebbene l'incidenza delle lesioni dei visceri cavi addominali nei traumi chiusi dell'addome sia bassa, interessando il 2-6% dei pazienti, il loro mancato riconoscimento nella fase diagnostica iniziale può avere conseguenze molto serie per il paziente. Il ricorso sempre maggiore al trattamento non operatorio dei traumi degli organi parenchimosi addominali ha determinato un evidente rischio di ritardo diagnostico e terapeutico di eventuali lesioni dei visceri cavi associate: la loro diagnosi clinica e/o radiologica può essere difficile, in particolare in pazienti politraumatizzati, con traumi cranici o stato di coscienza alterato; lesioni traumatiche che determinano la perforazione del viscere possono essere non riconosciute allo studio radiologico iniziale oppure la perforazione può comparire tardivamente come risultato di una necrosi ischemica del viscere da trauma del suo meso.

Abbiamo condotto una analisi retrospettiva del database dei pazienti traumatizzati afferiti presso il nostro centro Hub per il trauma. È stata effettuata un'analisi univariata e multivariata dei dati secondo il modello di regressione lineare di Cox per valutare i fattori determinanti della mortalità/morbilità e l'effetto del ritardo terapeutico delle lesioni.

Dal gennaio 2010 al giugno 2018 abbiamo identificato 79 pazienti con le lesioni di un viscere cavo dopo trauma chiuso dell'addome. L'età mediana è stata di 43 anni. La morbilità e la mortalità complessive sono state rispettivamente del 40, 5% e del 17,5%. La maggior parte dei pazienti erano politraumatizzati, il 91, 1% di loro ha presentato delle lesioni extra-intestinali.

I pazienti sono stati divisi in tre gruppi in base al ritardo del trattamento (< 6 ore; > 6 ore < 24 ore; > 24 ore). Sono stati individuati come fattori indipendenti correlati alla morbilità l'ISS, la presenza di shock all'ingresso, il livello dei lattati e dei globuli bianchi all'ingresso e il ritardo diagnostico superiore alle 6 ore; invece come fattori indipendenti correlati alla mortalità sono stati individuati l'ISS, la presenza di shock all'ingresso, la presenza di traumi cranici severi associati e il ritardo diagnostico superiore alle 24 ore, ma non quello superiore alle 6 ore.

Nel paziente con trauma chiuso dell'addome che venga avviato a trattamento non operatorio è necessario mantenere un alto livello di sospetto della presenza di lesioni dei visceri cavi addominali in base al meccanismo del trauma, dei risultati clinici e della TC: il loro trattamento operatorio deve essere effettuato entro 24 ore dall'accesso.

1. Farmston C et al. Clinical outcome and effect of delayed intervention in patients with hollow viscus injury due to blunt abdominal trauma: a systematic review. Eur J Trauma Emerg Surg 2018;44:377-84
2. Mingoli A et al. Hollow viscous injuries: predictors of outcome and role of diagnostic delay. Ther Clin Risk Manag 2017;23(13):1069-1076.
3. D'andrea KJ et al. Diagnosing blunt hollow viscus injury: is computed tomography the answer? Am J Surg 2013;205:414-418.

ID ABSTRACT

181

Speaker

RIZZETTO CHRISTIAN

ARGOMENTO

Chirurgia Senologica

**TITOLO DEL LAVORO****Radioterapia intra-operatoria versus radioterapia esterna tradizionale dopo quadrantectomia nel trattamento del tumore alla mammella: risultati di 14 anni di attività.**

AUTORI

C. Rizzetto<sup>1</sup>, I. Marinelli<sup>2</sup>, B. Gnocato<sup>1</sup>, C. Weiss<sup>3</sup>, F. Callegari<sup>1</sup>, M. Baldessin<sup>1</sup>, M. Cacciatore<sup>4</sup>, M.G. Cesaro<sup>2</sup>, A. Gava<sup>2</sup>, P. Burelli<sup>1</sup>

1. Chirurgia Senologica, AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso
2. Radioterapia, AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso
3. Radiologia Senologica, AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso
4. Anatomia Patologica, AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso

INTRODUZIONE

La capillare diffusione dei programmi di screening e l'aumentata consapevolezza da parte della popolazione femminile verso il tumore della mammella, hanno portato ad un incremento nelle diagnosi di tumori non palpabili. Il trattamento di scelta in questo tipo di neoplasia risulta essere la quadrantectomia, seguita dalla radioterapia a fasci esterni, ma quest'ultima, in pazienti selezionate, può essere sostituita dalla radioterapia intraoperatoria (IORT) con efficacia sovrapponibile e miglior compliance della paziente. Lo scopo di questo studio è quello di valutare i risultati oncologici e di gradimento delle pazienti sottoposti a IORT rispetto al trattamento esterno tradizionale (EBRT).

METODI

Sono stati raccolti prospetticamente i dati relativi alle pazienti sottoposte a IORT dal 2004 e confrontati con i dati relativi ad un gruppo omogeneo di pazienti sottoposte a EBRT. I criteri di inclusioni sono stati i seguenti: pazienti in stato menopausale con neoplasia duttale infiltrante unifocale, Luminal A, di dimensioni  $\leq$  a 2.5 cm, con stadio cNO.

RISULTATI

507 pazienti (295 sottoposte a IORT e 212 a EBRT) sono state studiate dal 2004 al 2017 e i due gruppi sono risultati omogenei per quanto riguarda lo stadio pTNM. Dopo un follow-up mediano di 68 mesi (IQR 37-119) si sono verificate 11/295 recidive (3.7%) nel gruppo IORT e 9/212 (4.2%) nel gruppo EBRT, (p=n.s.). Tre delle 11 recidive sono avvenute al di fuori del campo di irradiazione. Si sono registrati significativamente minori effetti collaterali a livello cutaneo per quanto riguarda il gruppo IORT e analoghi risultati di soddisfazione in entrambi i gruppi (p=n.s.)

DISCUSSIONE

I risultati di questo studio confermano il basso tasso di complicanze e di recidive locali nelle pazienti sottoposte a IORT. Una corretta selezione delle pazienti è indispensabile per ottenere un tasso accettabile di recidive locali e risultati estetici soddisfacenti

BIBLIOGRAFIA



ID ABSTRACT

182

Speaker

RIZZETTO CHRISTIAN

ARGOMENTO

Chirurgia Senologica

**TITOLO DEL LAVORO**

**Management delle microcalcificazioni B3: Vacuum Assisted Excision Biopsy (VAEB) con ago da 8G come indagine di seconda linea.**

AUTORI

C. Rizzetto<sup>1</sup>, C. Weiss<sup>2</sup>, S. Plataroti<sup>2</sup>, E. Di Gaetano<sup>2</sup>, E. Cattarin<sup>2</sup>, B. Gnoco<sup>1</sup>, M. Cacciatore<sup>3</sup>, F. Callegari<sup>1</sup>, M. Baldessin<sup>1</sup>, D. Bragagnolo<sup>2</sup>, P. Burelli<sup>1</sup>  
1. Chirurgia Senologica, AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso  
2. Radiologia Senologica, AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso  
3. Anatomia Patologica, AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso

INTRODUZIONE

Analizzare la gestione mediante VAEB con ago da 8 G nel management delle micro calcificazioni B3 dopo vacuum assisted biopsy (VAB) di prima linea con ago da 10G, come alternativa alla biopsia chirurgica (BC).

METODI

Nel periodo gennaio 2017-gennaio 2018, 143 pazienti sono state sottoposte ad una VAB e in 33/143 (23%) pazienti (età media 54; range 42-76) è stata riscontrata una lesione B3. In base ai criteri mammografici (estensione e morfologia), 9/33 (27%) hanno eseguito una BC, 24/33 hanno eseguito una VAEB.

RISULTATI

Nei pazienti sottoposti a BC, in 3/9 (33%) casi la diagnosi è stata di neoplasia maligna e in 6/9 (67%) casi di lesione benigna. Nei pazienti sottoposti a Vaeb, in 11/24 (46%) casi l'esito è stato di lesione B2 e in 13/24 (54%) di lesione B3. Dopo discussione multidisciplinare multidisciplinare, 21/24 (87.5%) pazienti con completa asportazione delle micro calcificazioni dopo VAEB (11 B2; 10 B3) sono state inviate a mammografia annuale per 5 anni, mentre 3/24 (12.5%) pazienti con residue micro calcificazioni inviate a BC hanno tutte avuto una diagnosi di lesione benigna (3/3; 100%) L'incidenza complessiva di lesioni maligne nei casi B3 è stata di 3/33 (9%), simile al 10% del periodo gennaio 2015-dicembre 2016 in cui tutti i casi di VAB venivano inviati a BC.

DISCUSSIONE

La gestione mediante VAEB come seconda linea dei B3 risulta avere un tasso di malignità sovrapponibile alla BC, fronte di una riduzione del 62% delle BC.

BIBLIOGRAFIA

Aldo Rocca<sup>1-2-6</sup>, Anna Ginevra Immacolata Zamboli<sup>9</sup>, Giuseppe Surfaro<sup>3</sup>, Domenico Tafuri<sup>4</sup>, Gianluca Costa<sup>8</sup>, Barbara Frezza<sup>7</sup>, Marta Scricciolo<sup>7</sup>, Enrico Andolfi<sup>7</sup>, Maurizio Amato<sup>10</sup>, Paolo Bianco<sup>6</sup>, Antonio Giuliani<sup>5</sup>, Sergio Brongo<sup>11</sup>, Graziano Ceccarelli<sup>7</sup>, Bruno Amato<sup>10</sup> and F. Calise<sup>1-6</sup>

1General Surgery Unit, Clinica Padre Pio, Mondragone (CE), Italy

2Department of Abdominal Oncology, Fondazione Giovanni Pascale, IRCCS, Naples - Italy.

3General Surgery Unit, Ospedale del Mare, Naples, Italy

4Department of Sport Sciences and Wellness, University of Naples "Parthenope", Naples, Italy

5Department of Transplantation, Unit of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplant Center, 'A. Cardarelli' Hospital, Naples, Italy

6Centre of Hepatobiliarypancreatic surgery, Pineta Grande Hospital, Castelvoturno (CE), Italy

7Department of Surgery, Division of general Surgery, San Donato Hospital, via Pietro Nenni 20-22, 52100 Arezzo, Italy

8Surgical and Medical Department of Traslational Medicine, Sapienza University of Rome, Sant'Andrea Hospital, Via di Grottarossa 1035-39, 00189 Rome, Italy

9 General Surgery Unit, De Luca E Rossano Hospital, Vico Equense (NA), Italy

10 Department of Clinical Medicine and Surgery, University Federico II of Naples. Naples, Italy.

11Plastic Surgery Unit, Department of Medicine, Surgery and Dentistry "Scuola Medica Salernitana", San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona University Hospital, University of Salerno, Salerno, Italy

Secondo il National Trauma Bank Dating, il fegato, dopo la milza, è il organo più colpito nel trauma addominale chiuso

Abbiamo revisionato i casi, 40 pazienti affetti da trauma epatico, da giugno 2010 a dicembre 2015 trattati nel nostro dipartimento di Chirurgia epato-biliare e Unità trapianto di fegato del A.O.R.N. A. Cardarelli di Napoli. Nel 38,4% dei casi (10 su 26) il packing è stato efficace, non essendo stato necessario effettuare alcuna procedura al de-packing. In 7 casi (18,4%) al de-packing è seguita la resezione che in 3 casi è stata un' epatectomia destra, e a due di queste tre si sono accompagnate in un caso la plastica dello iato esofageo ed in un altro caso la surrenalectomia destra.

Il totale delle resezioni epatiche è stato di 15 (39,4%), di cui 11 resezioni epatiche maggiori, con 8 epatectomie destre, 1 epatectomia sinistra, 2 trisegmentectomie V-VI-VII. Le resezioni epatiche limitate sono state 4 con 2 bisegmentectomie VI-VII, 1 segmentectomia del VI ed una del VII. In 7 casi è stata effettuata la legatura della branca portale, in tutti i casi dopo de-packing. Questa metodica è stata risolutiva in 3 casi, mentre in 3 casi si è successivamente proceduto alla resezione epatica, ed in un caso di legatura della branca portale destra insieme all' arteria epatica destra, si è successivamente proceduto a necrosectomia VI-VII. In 2 dei 6 casi trattati in I istanza con TAE si è verificato emoperitoneo, per cui si è proceduto in II istanza ad epatectomia destra. In 1 caso post TAE si è verificato coleperitoneo al quale è seguita epatectomia destra. In 1 dei 6 casi sottoposti a TAE si è resa successivamente necessaria la chirurgia per effettuare l'elisione del tramite fistoloso bilio-pleurico conseguente alla FAF. In uno dei due casi sottoposti alla sola emostasi in prima istanza si è proceduto ad epatectomia

destra in II istanza, mentre nell'altro, dopo diagnosi di sezione della vena porta post-chirurgica, è stata effettuata una ricostruzione della vena con graft venoso omogruppo. Cinque dei sei casi giunti direttamente alla nostra osservazione sono stati sottoposti a resezione ed emostasi chirurgica del focolaio traumatico. Un solo caso trattato in maniera conservativa in I istanza, non ha subito alcun trattamento in II istanza. 3 pazienti si sono presentati alla nostra osservazione con diagnosi di coleperitoneo per fistola biliare. La morbilità chirurgica è stata del 15,7% con 6 re-interventi su 38. La mortalità è stata del 10,5% con 4 exitus su 38 pazienti trattati; nei quattro casi di decesso l'età era rispettivamente di 53, 65, 94, e 75 anni. Nel 75% dei casi si è trattato di lesioni di IV-V grado AAST. Nel 25 % lesioni di I-III AAST.

## DISCUSSIONE

La legatura della branca destra portale è stata da Noi utilizzata con successo anche in 1 caso di sanguinamento da rottura di HCC in peritoneo post termo-ablazione. È una procedura nuova, da Noi descritta per la prima volta, di relativa facile esecuzione e dal sorprendente risultato ( con citolisi e necrosi inferiore alla legatura arteriosa). Secondo la nostra esperienza l'ideale è che pazienti affetti da trauma epatico siano affidati a Unità Complesse Chirurgico-Rianimatorie dedicate ai problemi Epato-Biliari. È utile che vi sia un protocollo diagnostico rigidamente applicato che consenta l'inquadramento del soggetto nel più breve tempo possibile e che consta di tre momenti successivi ma perfettamente integrati tra loro che sono 1) l'accoglienza del paziente, in stretta collaborazione con il Rianimatore; 2) l'inquadramento diagnostico accurato ma nel contempo rapido 3) il momento terapeutico. In questi casi la resezione epatica (segmentaria o maggiore) è un'opzione chirurgica valida ed attuabile con un tasso di mortalità e morbilità accettabile. Dobbiamo però tenere in debito conto che si tratta di pazienti difficili, instabili e con notevoli turbe coagulative, pazienti che quindi non potrebbero sostenere una resezione epatica che il più delle volte è di tipo maggiore. In casi selezionati, quindi, la legatura delle afferenze portalì dei segmenti emorragici potrebbe essere risolutiva o stabilizzare un paziente emodinamicamente instabile non sottoponibile ad embolizzazione arteriosa. La legatura portale selettiva è una manovra sicuramente ben tollerata, una manovra sicura, che può risultare efficace se non definitiva nel trattamento di tali soggetti. Ecco perché riteniamo che possa essere una scelta da tenere presente soprattutto in caso di sanguinamento post-depacking.

## BIBLIOGRAFIA

1. Rozar R.A.: Western Trauma/Critical decision in Trauma: Operative Management of Adult Blunt Hepatic Trauma. The journal of trauma Injury, Infection and Critical Care-July 2011, Vol 71, n.1.
2. Sanchez Bueno F: Cambios en el manejo diagnostico-terapeutico del traumatismo hepático. Estudio retrospectivo comparando 2 series de casos en periodos diferentes (1997-1984 vs 2001-2008). Cir Esp. 2011, 89(7):439-447.
3. Ambrosone L, Guerra G, Cinelli M, Filippelli M, Mosca M, Vizzarri F, Giorgio D, Costagliola C. Corneal epithelial wound healing promoted by verbascoside-based liposomal eyedrops. Biomed Res Int. 2014;2014:471642.
4. Badger SA: Management of liver trauma. World J Surg 2009; 33:2522-37.
5. Rotondo MF, Schwab CW, McGonigal MD, et al.: "Damage control": An approach for improved survival in exsanguinating penetrating abdominal injury. J Trauma 1993; 35: 375—383.
6. Shapiro MB, Jenkins DH, Schwab CW, et al.: Damage control: Collective review. J Trauma 2000; 49: 969—
7. Myrzykowski AM, Feliciano DV: Trauma damage control. In Trauma (Feliciano DV, Mattox KL, Moore EE, eds), Sixth edition. 2008; pp 851—870, McGraw-Hill, New York.
8. Kushimoto S: Damage Control Surgery and Open Abdominal Management: Recent Advances and Our Approach. J Nippon Med Sch 2007; 78(6).
9. Giuliani A, Bianco P, Guerra G, Rocca A, Calise F: Totally laparoscopic liver resection for colorectal metastasis located in Segment 7 in a patient with situs inversus totalis. J Surg Case Rep. 2017 Jan 17;2017(1). pii: rjw243. doi:10.1093/jscr/rjw243.
10. Rocca A, Calise F, Marino G, Montagnani S, Cinelli M, Amato B, Guerra G. Primary

giant hepatic neuroendocrine carcinoma: a case report. *Int J Surg.* 2014;12 Suppl 1:S218-21. doi: 10.1016/j.ijsu.2014.05.056.

11. Poffredo D, Marvaso A, Ceraso S, Cinelli N, Rocca A, Vitale M, Rossi M, Genovese E, Amato B, Cinelli M. Minimal invasive surgery in treatment of liver metastases from colorectal carcinomas: case studies and survival rates. *BMC Surg.* 2013;13 Su

La diverticolite acuta del sigma può complicarsi con la formazione di ascessi pericolici, pelvici, a distanza o retroperitoneali (Hinchey Mod. Ib e II). Le linee guida SICCR 2015[1] e WSES 2016[2] suggeriscono il drenaggio percutaneo di ascessi maggiori di 4-5 cm, a meno che non praticabile o non disponibile. In caso di fallimento del trattamento conservativo, entrambe le linee guida convergono sulla necessità dell'intervento chirurgico[1,2].

La diverticolite con peritonite purulenta o fecaloide (Hinchey Mod. III e IV) è invece una condizione grave che richiede terapia resuscitativa e antibiotica endovenosa e trattamento chirurgico urgente. Quest'ultimo ha sempre rappresentato una sfida per il chirurgo: se la resezione con anastomosi primaria è sempre stata considerata un intervento "audace", la sigmoidectomia sec. Hartmann con colostomia terminale ha assunto nel tempo un ruolo dominante tanto da essere riconosciuta nelle linee guida ASCRS 2000[3] quale miglior trattamento per le diverticoliti di grado Hinchey III e IV. Il nuovo millennio, tuttavia, ha visto un recupero marcato della resezione-anastomosi probabilmente per la progressiva consapevolezza che l'intervento di ricanalizzazione non è una procedura scevra da rischi, riportando tassi di complicanze fino al 49.5% e di mortalità fino al 20%[4]. Inoltre circa il 20-30% dei pazienti colostomizzati non viene ricanalizzato[5].

Diverse linee guida recenti suggeriscono che l'anastomosi primaria può essere eseguita in sicurezza in pazienti clinicamente stabili senza comorbidità con diverticolite complicata Hinchey III e IV, con o senza una stomia di protezione (linee guida WSES raccomandazione GRADE 1 B)[2,6,7,1].

Questo studio ha lo scopo di comparare gli outcome chirurgici dei pazienti con diverticolite acuta complicata trattati con anastomosi primaria (PA), senza il confezionamento di alcun tipo di stomia, con quelli sottoposti a sigmoidectomia sec Hartmann (HP).

Lo studio monocentrico caso-controllo è stato condotto presso la Chirurgia Generale dell'Ospedale S. Stefano di Prato. I pazienti sottoposti a chirurgia addominale urgente per diverticolite acuta complicata del sigma tra il febbraio 2013 ed il marzo 2018 sono stati inclusi nello studio.

I casi sono stati stratificati secondo la classificazione Hinchey Modificata basata sui reperti TC.

I pazienti con diverticolite Hinchey Mod. III erano indirizzati direttamente a chirurgia urgente. In accordo con le linee guida WSES 2016[2], i pazienti Hinchey Mod. II con condizioni cliniche permissive sono stati inizialmente trattati con terapia antibiotica endovenosa a causa della mancanza di un servizio di radiologia interventistica reperibile presso l'istituto in esame. Dopo 48-72 ore era ripetuta una TC di controllo e in caso di mancato miglioramento clinico/strumentale il paziente era indirizzato a intervento. Poiché lo scopo dello studio era comparare una procedura chirurgica che non prevede alcuna stomia con una che la prevede di default, i pazienti con grado Hinchey IV sono stati esclusi. Sono stati esclusi anche i pazienti con diverticolite Hinchey Mod. I, pazienti

minorenni, donne in gravidanza e pazienti con pregressa resezione del sigma. Di ciascun paziente sono stati registrati i dati pre-, intra- e post-operatori. Anche i dati intra- e postoperatori di tutti i pazienti sottoposti a ricanalizzazione sono stati raccolti. Outcome primari sono stati la mortalità a 30 gg, le complicanze chirurgiche e non chirurgiche a 30 gg e i leakage anastomotici. Gli outcome secondari sono stati le ferite del sito chirurgico (SSI), il sanguinamento anastomotico, la necessità di reintervento urgente e la degenza post-operatoria. Una prima analisi ha comparato i risultati del gruppo "PA" con quelli del gruppo "HP", quindi una seconda analisi ha valutato i risultati del primo gruppo con i quelli cumulativi dei pazienti sottoposti prima ad Hartmann e successivamente ricanalizzati.

## RISULTATI

Lo studio è stato condotto su 46 pazienti con diverticolite Hinchey II o III, di cui 23 raccolti prospetticamente e sottoposti a resezione e ricostruzione. 23 pazienti omogenei per età, sesso, BMI, ASA e P-POSSUM score, sono stati estratti da un cluster di 32 sottoposti a sigmoidectomia sec. Hartmann nello stesso periodo, con gli stessi criteri di inclusione. Non ci sono state differenze significative tra i due gruppi riguardo i dati pre- e intraoperatori e gli outcome secondari. Non si è riscontrata alcuna differenza nemmeno tra gli outcome primari. La mortalità a 30 giorni è stata 1/23 (4.3% p=1.000) per ciascun gruppo. E' stato riscontrato un solo caso di leakage anastomotico in un paziente del gruppo PA, trattato conservativamente con successo (Clavien-Dindo II). Sette pazienti (30.4%) del gruppo HP non sono mai stati ricanalizzati. Una seconda analisi ha comparato i risultati del gruppo PA con quelli dei 15 pazienti sottoposti a ricanalizzazione chirurgica dopo un'attesa media di 7 mesi. Si è riscontrato un tasso di laparocèle parastomiale del 33%, che ha richiesto riparazione al secondo intervento. Si sono evidenziate differenze significative a favore del gruppo PA negli outcome secondari riguardo le complicanze chirurgiche complessive e in particolare le SSI e i sanguinamenti anastomotici (p=0.037, p=0.050 e p=0.047). L'analisi multivariata dei fattori pre- e intraoperatori rispetto agli outcome primari ha evidenziato l'assunzione cronica di steroidi quale maggior fattore di rischio, influenzando la mortalità a 30 gg, le complicanze chirurgiche complessive ed il tasso di leakage anastomotico (p=0.003, p=0.009, p=0.003). Dall'analisi multivariata degli outcome secondari è emerso che le SSI erano statisticamente associate al trattamento con corticosteroidi (p=0.011), mentre l'approccio laparoscopico è risultato esserne un fattore protettivo (p=0.004).

## DISCUSSIONE

Lo studio si allinea coi dati in letteratura di mortalità a 30 gg dopo chirurgia per diverticolite acuta (4.3%)[8] e quelli che equiparano mortalità e complicanze a 30 gg tra PA e HP[9]. Le complicanze chirurgiche, simili tra PA e HP (p=0.730), risultano maggiori nel secondo gruppo considerando anche quelle dovute a ricanalizzazione (p=0.037). Il ruolo di maggior fattore di rischio della terapia steroidea è confermato in letteratura dalla sua associazione con il rischio di fallimento del trattamento conservativo e una maggiore mortalità nei casi sottoposti a intervento, fino al 31.6% (11.1% nella nostra serie)[10]. Il grado Hinchey di diverticolite per sé non ha influenzato nessun outcome, analogamente ad un lavoro di Mueller et al. del 2011[11]: il tasso di complicanze in seguito a PA era associato ad un ASA score elevato piuttosto che allo stadio sec. Hinchey. Nel nostro lavoro ASA score >2 ed età avanzata correlavano negativamente con le complicanze non chirurgiche e quasi significativamente con il leakage anastomotico e la mortalità a 30 gg. Il tasso di ricanalizzazioni dello studio è stato 69.4%, in linea con una review di Barbieux et al. (70%)[5]. Tutti i casi Hinchey III del gruppo HP sono stati ricanalizzati con successo, mentre il decesso e le non ricanalizzazioni erano casi Hinchey II. Inoltre, 11 su 12 pazienti Hinchey III del gruppo PA (91.6%) hanno avuto esito favorevole senza subire alcuna stomia, a conferma che stato clinico e comorbidità influenzano la prognosi più del grado di diverticolite.

Infine si è dimostrata la non inferiorità dell'anastomosi primaria rispetto all'Hartmann nel trattamento chirurgico delle diverticoliti Hinchey II e III in termini di mortalità e complicanze a 30 gg.  
Considerando i fattori di rischio pre- e intraoperatori, l'anastomosi primaria senza ileostomia è risultata fattibile e sicura anche nelle diverticoliti Hinchey III, tuttavia appare necessario uno studio multicentrico randomizzato per valutarne la chiara efficacia.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - Binda GA; Italian Society of Colon and Rectal Surgery. Practice parameters for the treatment of colonic diverticular disease: Italian Society of Colon and Rectal Surgery (SICCR) guidelines. Tech Coloproctol. 2015 Oct;19(10):615-26
- 2 - Sartelli M. WSES Guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting. World J Emerg Surg. 2016 Jul 29;11:37. Review
- 3 - Wong WD. Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis--supporting documentation. The Standards Task Force. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Dis Colon Rectum. 2000 Mar;43(3):290-7.
- 4 - Cirocchi R. A historical review of surgery for peritonitis secondary to acute colonic diverticulitis: from Lockhart-Mummery to evidence-based medicine. World J Emerg Surg. 2017 Mar 9;12:14. Review
- 5 - Barbieux J. Current indications for the Hartmann procedure. J Visc Surg. 2016 Feb;153(1):31-8. Review
- 6 - Feingold D. Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis. Dis Colon Rectum. 2014 Mar;57(3):284-94
- 7 - Andeweg CS; Netherlands Society of Surgery; Working group from Netherlands Societies of Internal Medicine, Gastroenterologists, Radiology, Health echnology Assessment and Dieticians. Guidelines of diagnostics and treatment of acute left-sided colonic diverticulitis. Dig Surg. 2013;30(4-6):278-92. Review
- 8 - Etzioni DA. Diverticulitis in the United States: 1998-2005: changing patterns of disease and treatment. Ann Surg. 2009 Feb;249(2):210-7
- 9 - Abbas S. Resection and primary anastomosis in acute complicated diverticulitis, a systematic review of the literature. Int J Colorectal Dis. 2007 Apr;22(4):351-7. Review
- 10 - Biondo S. Outcomes of colonic diverticulitis according to the reason of immunosuppression. Am J Surg. 2016 Sep;212(3):384-90
- 11 - Mueller MH. Co-morbidity and postsurgical outcome in patients with perforated sigmoid diverticulitis. Int J Colorectal Dis. 2011 Feb;26(2):227-34

ID ABSTRACT

22

Speaker

ROSCIO FRANCESCO

ARGOMENTO

Qualità e Sicurezza in chirurgia

**TITOLO DEL LAVORO****Valutazione della qualità di vita secondo Carolinas Comfort Scale dopo IPOM-plus laparoscopica con sutura intracorporea versus s-IPOM per laparoceli M2-4**

AUTORI

Francesco Roscio MD PhD1 2, Paolo Frattini MD2, Antonio De Luca MD2, Federico Clerici1, Ildo Scandroglio MD1

1 Divisione di Chirurgia Generale, ASST Valle Olona, Ospedale di Circolo, Busto Arsizio - IT  
2 Divisione di Chirurgia Generale, ASST Sette Laghi, Ospedale Galmarini, Tradate - IT

INTRODUZIONE

IPOM-plus laparoscopica con sutura intracorporea per laparoceli M2-M3-M4 rappresenta una tecnica efficace, che ha dimostrato nella nostra esperienza di ridurre l'incidenza di sieromi e bulging rispetto a sIPOM. Vogliamo valutarne l'impatto sulla qualità di vita a lungo termine attraverso l'applicazione di Carolinas Comfort scale (CCS), ipotizzando che i risultati siano quantomeno sovrapponibili tra le due coorti.

METODI

Abbiamo retrospettivamente analizzato una casistica consecutiva non selezionata di 32 pazienti sottoposti a alloplastica laparoscopica in elezione per laparocelo mediano primitivo dal Gennaio 2014 al Dicembre 2015. Nei primi 18 pazienti è stata eseguita s-IPOM, nei successivi 14 IPOM-plus con sutura continua intracorporea. Tutti i difetti erniari erano M2, M3, M4 in accordo con la classificazione EHS, sia con porta erniaria singola sia swiss-cheese, di diametro compreso tra 3 e 10-cm. La gestione perioperatoria è stata standardizzata, così come i tempi e lo strumentario chirurgico. In tutti i casi è stata utilizzata una mesh macroporosa multi laminare in Prolene rivestito Monocryl con tacks riassorbibili e non riassorbibili in doppia corona, in IPOM-plus è stata utilizzata sutura barbata in PDS 0-0. Comorbidità e complicanze post-operatorie sono state classificate mediante Charlson comorbidity index (CCI) e Clavien-Dindo classification system (CDCS) rispettivamente. Il follow-up medio è stato di 27±3,9 mesi. La qualità di vita è stata analizzata mediante questionario CCS con scala Likert a 6 punti opportunamente tradotto in lingua italiana a 6 e 24 dall'intervento. Un valore di  $p < 0.05$  è stato considerato statisticamente significativo.

RISULTATI

s-IPOM e IPOM-plus sono risultati omogenei in termini di età media ( $63,9 \pm 10,3$  vs  $61,8 \pm 11,9$  aa; NS), BMI ( $30,4 \pm 2,2$  vs  $29,4 \pm 2,4$  kg/m<sup>2</sup>; NS), dimensioni del difetto ( $6,2 \pm 1,5$  vs  $5,9 \pm 1,2$  cm; NS) e CCI ( $1,7 \pm 0,9$  vs  $1,6 \pm 0,9$ ; NS). Il tempo operatorio è stato statisticamente più lungo per IPOM-plus ( $89,4 \pm 15,3$  vs  $108,9 \pm 19,6$  min;  $p 0,036$ ), la degenza post-operatoria sovrapponibile ( $3,8 \pm 2,2$  vs  $3,6 \pm 1,0$  gg; NS). CDCS I e IIIb sono risultati quantitativamente maggiori per s-IPOM (33.3 vs. 21.4% and 5.5 vs 0% rispettivamente; NS), così come il tasso di sieroma (16.6 vs 0%,  $p 0.108$ ) e bulging (27.7 vs. 7.1%,  $p 0.137$ ). Abbiamo registrato 2 casi di recidiva per s-IPOM rispetto ad 1 caso per IPOM-plus (11,1 vs. 7,1%; NS), il tasso di dolore cronico è risultato statisticamente comparabile tra i due gruppi (5.5 vs. 7.1%; NS). CCS a 6 mesi ha mostrato un tasso di risposta del 83,3 e 86,6% rispettivamente per s-IPOM ed IPOM-plus con risultati equilibrati ( $39,7 \pm 20,5$  vs  $36,9 \pm 26,2$ ; NS), CCS a 24 mesi è emerso come statisticamente significativo a favore di IPOM-plus ( $34,5 \pm 19,5$  vs  $19,6 \pm 12,2$ ;  $p 0,026$ ) con rispondenti al 77,7 e 86,6%.

DISCUSSIONE

IPOM-plus laparoscopica si è confermata efficace e sicura, con un incremento della qualità di vita percepita a lungo termine.

BIBLIOGRAFIA



Si stima che l'occlusione ileale acuta da aderenze (ASBO) rappresenti circa il 20% delle urgenze chirurgiche addominali. American Association for the Surgery of Trauma (AAST) ne classifica in 5 gradi, dove il grado II e III identificano le condizioni di occlusione ileale completa, evidenza di transition point, assenza o presenza di iniziale sofferenza d'ansa rispettivamente. Abbiamo voluto valutare l'efficacia del trattamento laparoscopico di ASBO AAST grado II e III, identificandone i fattori prognostici positivi.

E' stata retrospettivamente analizzata una casistica consecutiva non selezionata di 18 pazienti sottoposti ad adesiolisi laparoscopica in urgenza per ASBO grado II e III secondo AAST dal Gennaio 2013 al Dicembre 2016. Criteri di inclusione sono stati la stabilità emodinamica del paziente ed una evidenza di chiaro transition point alla TC mdc pre-operatoria. Criteri di esclusione una condizione assimilabile a AAST grado IV o superiore, una anamnesi chirurgica con 3 o più laparotomie mediane, il diametro medio d'ansa alla TC superiore a 4-cm. Abbiamo considerato dati pre-, intra- e post-operatori, nonché il follow up a 30 giorni. Il diametro medio dell'ansa è stato considerato misurando tre siti differenti all'esame TC. Criteri per la dimiassibilità sono stati alvo canalizzato ed almeno tre pasti completi consumati senza problematiche. La co-morbidità e le complicanze post-operatorie sono state classificate mediante Charlson comorbidity index (CCI) e Clavien-Dindo classification system (CDCS) rispettivamente.

La casistica ha evidenziato una età media di 65,7 ± 11 anni con rapporto M/F 38,9/61,1%, BMI medio di 24,8 ± 4,1 kg/m<sup>2</sup>, CCI 1,8 ± 1,2. ASBO di grado II sono state 72,2%, di grado III 27,8%, con diametro medio dell'ansa e tempo intercorso dall'accesso al trattamento chirurgico di 3,0 ± 0,4 cm e 16,7 ± 14,1 ore rispettivamente. Il tempo operatorio medio è stato di 74,4 ± 29,1 minuti. Una ischemia intestinale è stata riscontrata nel 16,7% dei casi, abbiamo registrato un singolo caso di lesione intestinale iatrogena in corso di laparoscopia, il tasso di conversione è stato del 22,2%. La canalizzazione si è registrata dopo 2,8 ± 0,8 giorni. CDCS grado I, II, III è stato del 61,1, 22,2 e 0% rispettivamente, la degenza post-operatoria è stata di 5,5 ± 1,2 giorni. Non abbiamo registrato mortalità né riammissioni a 30 giorni.

Il trattamento laparoscopico di ASBO AAST-EGS grado II e III risulta fattibile ed efficace. Il tasso di lesioni iatrogene e di conversione risulta in linea con la letteratura corrente. Timing < 24 h e diametro d'ansa inferiore a 3-cm emergono come fattori prognostici positivi.

V. Rossetti\*, G. D'Urbano\*\*, L. Navarra, V. Vittorini, G. Caterino, F. Nervegna\*, A. Giuliani\*  
 Chirurgia Generale P.O. di Popoli AUSL Pescara  
 \*Chirurgia Generale Universitaria Ospedale S. salvatore L'Aquila – DISCAB L'Aquila  
 \*\* Chirurgia Generale ad indirizzo oncologico di Chieti

Le masse cistiche addominali giganti sono patologie ostiche da diagnosticare, di cui spesso ne' clinicamente ne' con l'imaging puo' essere compresa la natura e l'origine. Pertanto, la diagnosi e' frequentemente intraoperatoria. Vi riportiamo tre casi di pazienti con masse addominali giganti venuti alla nostra osservazione. In uno solo dei tre casi, l'imaging ci ha consentito, prima dell'intervento chirurgico, di identificare le caratteristiche e la sede di insorgenza della massa.

: Abbiamo trattato il caso di una donna di 43aa che con quadro di dolore colico in fossa iliaca destra. Sottoposta a TC addome con e senza mdc, è stata fatta diagnosi di cisti di 16x11x3 cm a presumibile pertinenza dell'ovaio destro. In corso di intervento chirurgico si confermava l'origine ovarica della cisti e pertanto è stata eseguita un'annessectomia bilaterale, dato il riscontro di una neoformazione anche dell'ovaio di sinistra. L'esame istologico ha confermato il sospetto di cistoadenoma sieromucinoso dell'ovaio destro e anche la presenza di teratoma cistico dell'ovaio sinistro.

Il secondo caso riguarda un paziente di 35aa che si presenta in pronto soccorso con dolore addominale e massa addominale palpabile. Eseguite RX diretta addome, Ecografia e TC con e senza mdc e veniva fatta diagnosi di CISTI MESENTERIALE di 18x14x12 cm. Il paziente è stato sottoposto ad intervento chirurgico laparotomico e soltanto intraoperatoriamente si è identificata l'origine della cisti dal surrene di sinistra. L'intervento chirurgico è consistito in un'asportazione di cisti a partenza dal surrene di sinistra e surrenectomia sinistra in blocco. L'esame istologico definitivo ha mostrato che si trattava di pseudocisti surrenalica.

Il terzo caso è quello di una donna di 54aa giunta alla nostra osservazione per dolore e distensione addominale. La TC addome evidenzia una massa addominale di 20x20x9 cm, riferibile a CISTI MESENTERICA. Soltanto in corso di intervento chirurgico è stata fatta diagnosi intraoperatoria di voluminosa cisti a partenza dall'ovaio di sinistra, ed è stata eseguita annessectomia sinistra in blocco con la cisti. L'esame istologico parla di adenofibroma siero-mucinoso.

Nel primo caso la diagnosi presunta è stata confermata in sede di intervento chirurgico e dall'esame istologico. La paziente ha avuto un decorso regolare e in VII gg postoperatoria è stata dimessa in buone condizioni generali. Nel secondo caso, invece, nel secondo e terzo caso le diagnosi presunte sono state smentite in sala operatoria e dall'istologia in quanto erano patologie, rispettivamente, a pertinenza surrenalica e ovarica, invece che mesenterica.

L'imaging rimane sempre uno strumento di valutazione diagnostica nella maggior parte dei casi affidabile per il chirurgo, ma per le cisti giganti addominali in alcuni casi solo l'intervento chirurgico e l'istologia sono dirimenti. L'ideale infatti sarebbe avere uno strumento diagnostico il piu' preciso possibile, in grado di poter indirizzare in modo certo il chirurgo nell'effettuare la migliore strategia terapeutica possibile.

ID ABSTRACT

101

Speaker

RUGGIERO MICHELE

ARGOMENTO

Chirurgia Endocrina

**TITOLO DEL LAVORO**

**L'utilizzo di agenti emostatici topici per la prevenzione post-operatoria della disfonia.**

AUTORI

Michele Ruggiero, MD2, Gaetano Gallo, MD2, Giovanni Petracca, MD1, Antonia Rizzuto, MD2, PhD, Carlo Talarico, MD1.  
1) Department of Surgery, Jazzolino Hospital of Vibo Valentia, Vibo Valentia, Italy.  
2) Department of Medical and Surgical Sciences, University of Catanzaro, Catanzaro, Italy

INTRODUZIONE

Introduzione. In corso di tiroidectomia, i danni definitivi ai nervi ricorrenti (dall'0,5 al 3%) avvengono attraverso meccanismi di trazione, termici, compressivi, clamping, intrappolamento, sezione del nervo e tra questi nel 1,4% dei casi da verosimile suzione del drenaggio. Quest'ultima evenienza si realizza nonostante una perfetta dissezione del nervo ricorrente, molto spesso spiazzando il chirurgo nel post-operatorio. L'obiettivo principale di questo studio è stato quello di valutare l'efficacia dei patch di collagene fibrinogeno e trombina sulla prevenzione della disfonia post-operatoria, dovuta a complicanze che potrebbero inficiare i nervi ricorrenti scoperti.

METODI

Materiali e metodi. Abbiamo condotto uno studio retrospettivo su 250 pazienti valutando il posizionamento di patch di collagene-fibrinogeno e trombina (Tachosil®) nelle logge tiroidee vuote a protezione dei nervi ricorrenti. In 130 pazienti, (115 femmine e 15 maschi) sono stati sottoposti a questa procedura mentre 120 pazienti (103 femmine e 17 maschi) sono stati sottoposti solo a tiroidectomia. Gli interventi sono stati condotti da un singolo operatore con tecnica standardizzata. Dopo un follow-up di 6 e 12 mesi abbiamo rivalutato la disfonia in questi pazienti. Entrambi i gruppi sono stati analizzati con analisi statistica comparativa ( $p < 0,05\%$ ).

RISULTATI

Risultati. Nel gruppo dei pazienti sottoposto a tiroidectomia senza posizionamento di patch di collagene-fibrinogeno e trombina (Tachosil®) abbiamo osservato un tasso di disfonia transitoria risoltasi a 3 mesi del 0,83% (1 caso su 120 pz). Viceversa, nel gruppo sottoposto a posizionamento di patch di collagene e trombina la disfonia è stata del 0%.

DISCUSSIONE

Conclusione. A nostra conoscenza questo è il primo studio condotto su questo problema. I nostri dati preliminari dimostrano una, seppur non significativa, diminuzione della disfonia nei pazienti sottoposti a tiroidectomia e posizionamento di PCFT (Tachosil®).

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

103

Speaker

RUGGIERO MICHELE

ARGOMENTO

Chirurgia d'Urgenza

**TITOLO DEL LAVORO****Rottura splenica in due tempi come complicanza di liposuzione estetica: review della letteratura.**

AUTORI

Michele Ruggiero, MD2, Gaetano Gallo, MD2, Giovanni Petracca, MD1, Antonia Rizzuto, MD2, PhD, Carlo Talarico, MD1.

1) Department of Surgery, Jazzolino Hospital of Vibo Valentia, Vibo Valentia, Italy.

2) Department of Medical and Surgical Sciences, University of Catanzaro, Catanzaro, Italy

INTRODUZIONE

Introduzione. La liposuzione è la seconda procedura di chirurgia estetica maggiormente eseguita in Italia. L'opinione pubblica percepisce questa procedura come "chirurgia minore" sottostimando la possibilità di complicanze maggiori potenzialmente fatali. In Italia questa procedura è molto lucrativa e può essere eseguita anche da chirurghi con poca esperienza. In letteratura vengono descritte complicanze maggiori nello 0,2% dei casi e riguardano prevalentemente la fascite necrotizzante, l'embolismo polmonare, l'intossicazione da lidocaina e i traumi della parete addominale. Lo scopo di questo lavoro è stato quello di descrivere la diagnosi ed il trattamento delle complicanze maggiori della liposuzione con l'intenzione di aiutare il chirurgo d'urgenza a riconoscerle prontamente.

METODI

Materiali e Metodi. Abbiamo descritto un Case Report in accordo con i criteri SCARE, riguardante una rottura di milza in due tempi post-liposuzione per la quale si è dovuto procedere a splenectomia in urgenza. Successivamente abbiamo realizzato un narrative Review sulla diagnosi ed il trattamento delle complicanze maggiori che sono descritte in letteratura.

RISULTATI

Risultati. A nostra conoscenza, questo caso rappresenta il secondo descritto in letteratura. Nel nostro lavoro presentiamo un'aggiornata revisione della letteratura per identificare la strategia migliore d'adottare di fronte a queste complicazioni.

DISCUSSIONE

Conclusione. Pur essendo la liposuzione una procedura sicura in mano a chirurghi esperti, è fondamentale per la salute del paziente riconoscere precocemente quelle che potrebbero essere le complicanze maggiori.

BIBLIOGRAFIA

La chirurgia di revisione è attualmente la categoria in maggior crescita tra le procedure di chirurgia bariatrica, con una crescita dal 6% al 13,5% dal 2013 al 2015. Nonostante a crescente richiesta di interventi di revisione, la loro efficacia e sicurezza restano controversi. Una review del 2014 di Brethauer et al, su interventi di revisione, concludeva che, se da una parte la chirurgia di revisione rappresenta un utile strumento nell'armamentario di chirurghi esperti, le indicazioni ed i risultati rimangono mal definiti, e che questo tipo di procedure, benché sicure, presentano tassi di complicanze maggiori rispetto agli interventi primari.

Va inoltre rilevato che, l'avanzamento delle tecnologie mini-invasive che ha reso gli interventi primari di chirurgia bariatrica più sicuri delle procedure laparotomiche, non ha registrato la stessa diffusione nel contesto delle procedure di revisione, nonostante gli interventi di revisione in laparotomia registrino tassi complicanze fino al 41%.

La gastroplastica verticale (GPV) è un intervento restrittivo che ha segnato negli ultimi anni una netta riduzione in termini di procedure eseguite, principalmente per l'elevata necessità di interventi di conversione per ripresa di peso o per complicanze tardive. Classicamente la procedura di scelta per i casi di conversione di GPV è il by-pass gastrico Roux-en-Y (RYGB) che, in diverse serie, ha dimostrato di essere un intervento sicuro ed efficace nella revisione di GPV. Lo scopo dello studio è quello di analizzare l'esperienza del nostro Centro nella chirurgia di revisione della GPV, in particolare di valutarne efficacia e sicurezza ed i fattori predittivi di successo a breve termine

Sono stati inclusi in un database prospettico tutti i pazienti sottoposti a RYGB come intervento di revisione post-GPV. In un arco temporale di circa 12 anni (06/2006 - 12/2018) 33 pazienti (31 donne, 2 uomini) sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di revisione post-GPV presso il Centro di Chirurgia dell'Obesità di Cagliari. Al momento del primo intervento (GPV: 32 GPV sec Mac Lean, 1 sec Mason; 30 procedure laparoscopiche di cui 2 convertite in laparotomia; 3 procedure laparotomiche), eseguito nel periodo dal 1997 al 2007 l'età media dei pazienti era di 37,7 (+/- 9,23) anni, con un peso medio di 103.4 (+/- 24,06) kg e BMI medio di 41.1 (+/- 8,24). Le indicazioni all'intervento di conversione sono divise in due categorie: ripresa di peso (20 pazienti di cui 3 con associati MRGE e vomito) [Gruppo WR (weight regain)] e complicanze post-GPV: 13 pazienti (6 per MRGE, 7 per disfagia e vomito) [Gruppo LC (late complication)]. Sono stati valutati i parametri antropometrici al momento del reintervento ed il tempo intercorso tra il primo intervento e la procedura di revisione. Per quanto riguarda l'intervento di conversione, sono stati analizzati la durata e la presenza di eventuali complicanze intra- e post-operatorie a 30 giorni (classificate sec Dindo-Clavien). Il follow-up post-operatorio è stato condotto agli intervalli e con le modalità indicate dalle linee guida SICOB

Analizzando le singole variabili all'interno di ciascun gruppo: WR [20 pz; intervallo medio tra GPV e RYGB 12,6 (+/- 4,97) anni; Peso: 100,43 (+/- 18,68) kg, BMI: 39.7 (+/- 6,2)]: 17 casi condotti in laparoscopia, 3 casi di conversione in laparotomia (15%) (2 per emorragia intra-op, 1 per sindrome aderenziale). In un ulteriore caso, si è verificata una perforazione ileale intra-op, trattata mediante sutura diretta in laparoscopia (tot 3 complicanze intra-op - 15%). Media tempo operatorio 181 (+/- 65) min. Complessivamente sono state registrate 6 complicanze post-operatorie (30%): 3 accessi intra-addominali, di cui 2 trattati con reintervento (Dindo-Clavien 3b) e

uno con terapia antibiotica (Dindo-Clavien 2). Un paziente dei due trattati chirurgicamente ha poi necessitato di ricovero in terapia intensiva (Dindo-Clavien 4); 1 infezione di ferita, 1 caso di raddomiolisi, 1 fistola del remnant gastrico, tutti trattati per via conservativa (Dindo-Clavien 2). Follow up 6 mesi (n17): BMI 32,03 (+/- 5,71), WL 23,8 (+/- 9,07) Kg, EWL 49,49 (+/- 16,33) %; Follow up 12 mesi (n15): BMI 30,68 (+/- 5,1), WL 26,87 (+/- 11,14) Kg, EWL 55,8 (+/- 15,76)%.

LC [13 pz; intervallo medio 15,2 (+/- 2,52) anni; Peso: 71.46 (+/- 9,63) kg, BMI: 28.92 (+/- 4,39)]: 11 RYGB laparoscopiche, 2 RYGB robot-assistited, nessuna conversione laparotomica, nessuna complicanza intra-op., media tempo operatorio 177 (+/- 87) min, nessuna complicanza post-op. Follow up 6 mesi (n12): BMI 25.44 (+/- 3,56), WL 10,27 (+/- 7,73) Kg, EWL 51,16(+/- 29,38) %; Follow up 12 mesi (n8): BMI 25.1 (+/- 5,72), WL 10,77 (+/- 8,53) Kg, EWL 59,4 (+/- 33,8)%.

## DISCUSSIONE

Le principali indicazioni alla conversione della GPV sono correlate all'insuccesso della procedura (mancato calo ponderale o ripresa di peso), o alle complicanze tardive, (stenosi, erosione del bendaggio, MRGE, vomito persistente).

I risultati di diversi studi suggeriscono la RYGB laparoscopica come procedura di scelta per la conversione delle GPV per entrambe le indicazioni.

La chirurgia bariatrica di revisione è evidentemente gravata da maggiore complessità tecnica per via delle alterazioni anatomiche e delle aderenze e come ben evidenziato da Roller JE et al nel 2006 multipli interventi chirurgici precedenti incrementano il rischio di complicanze postoperatorie e la loro gravità. Specificamente negli interventi di revisione di GPV, un elemento di particolare complessità è rappresentato dalla presenza di 2 lunghe suture meccaniche giustapposte, che possono dare esito a tenaci aderenze, difficili da disseccare, tali da rendere la procedura più complessa e richiedere soluzioni non banali per la conversione in RYGB.

Nella nostra casistica le principali complessità tecniche sono state riscontrate nel gruppo di pazienti sottoposti a conversione per ripresa di peso, come testimoniato dal fatto che le complicanze intra- e post-operatorie sono state registrate esclusivamente in questo gruppo. Questi dati, seppur tratti da una popolazione con bassa numerosità confermano l'evidenza che le procedure di revisione nel paziente obeso rappresentano una chirurgia altamente impegnativa, in cui le complessità dovute ai precedenti interventi chirurgici si sommano alla complessità dovute alla persistente condizione di obesità, determinando uno scenario che richiede la presa in carico da parte di un Centro di alta specialità.

## BIBLIOGRAFIA

N, Russolillo<sup>1</sup>, L. Aldrighetti<sup>2</sup>, U. Cillo<sup>3</sup>, A. Guglielmi<sup>4</sup>, GM Ettorre<sup>5</sup>, F. Giuliani<sup>6</sup>, V. Mazzaferro<sup>7</sup>, R. Dalla Valle<sup>8</sup>, L. De Carlis<sup>9</sup>, E. Jovine<sup>10</sup>, A. Ferrero<sup>1</sup>.

1. Department of General and Oncological Surgery. Mauriziano Hospital, Turin-Italy  
 2. Hepatobiliary Surgery, IRCCS San Raffaele Hospital, Milan, Italy  
 3. Department of Surgery, Oncology and Gastroenterology, University of Padua, Padua, Italy  
 4. Department of Hepatobiliary Surgery, G.B. Rossi Hospital, University of Verona, Verona, Italy  
 5. Division of General Surgery and Liver Transplantation, S.Camillo Hospital, Rome, Italy  
 6. Unit of Hepato-Biliary Surgery, Foundation "Policlinico Universitario A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy  
 7. HPB Surgery and Liver Transplantation, Department of Surgery, University of Milan, Milan, Italy  
 8. Department of Surgery, Parma University Hospital, Parma, Italy  
 9. Surgical and Transplant Department, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milan, Italy  
 10. Surgery Unit, Hospital of Imola, Imola, Italy.

Il benchmarking è uno strumento di valutazione e miglioramento della qualità delle cure. L'obiettivo dello studio era l'identificazione dei benchmark nelle resezioni epatiche laparoscopiche (LLR), dopo correzione del rischio in base alla difficoltà tecnica.

Sono state analizzate le LLR arruolate nel registro dell'Italian Group of Minimally Invasive Liver Surgery dal 11/2014 al 03/2018. Criteri di esclusione erano l'assenza di dati su procedure e/o i risultati postoperatori, LLR ibride o robotiche, peri-cistectomie ed ALPPS. I Benchmark sono stati calcolati in base al metodo dell'Achievable Benchmark of Care (ABC™). La complessità tecnica è stata classificata secondo Kawaguchi et al. Sono stati calcolati l'ABC™ delle complicanze globali e maggiori. I fattori di rischio per le complicanze globali e maggiori sono stati individuati all'analisi multivariata ed utilizzati per un ulteriore aggiustamento del rischio.

Un totale di 1752 pazienti sono stati inclusi. Le LLR sono state classificate in 3 gruppi con difficoltà tecnica crescente: Gruppo I (62,6%), Gruppo II (24,8%) e Gruppo III (12,6%). L'ABC™ delle complicanze globali (Gruppi I, II e III: 7,8%, 14,2% e 26,4%) e maggiori (1,4%, 2,2% e 5,7%) aumentava progressivamente dal gruppo I al III. L'analisi multivariata ha mostrato un aumento del rischio di morbilità globale in caso di LLR concomitanti (odds ratio [OR] 1.349), resezione intestinale (OR3.760) e cirrosi (OR1.82) ed un incremento di complicanze maggiori con LLR concomitanti (OR.344) e resezioni intestinali (OR3.936). L'ABC™ delle complicanze generali e maggiori era rispettivamente del 14,4% e del 4,8% in caso di LLR concomitanti, del 30% e dell'11% per le resezioni intestinali e del 14,9% e del 4,8% per la cirrosi.

I Benchmarks in LLR variano tra 8-26% per la morbilità generale e 1,4-5,7% per la maggiore. I valori di ABC™ devono essere corretti in caso di LLR concomitanti, resezioni intestinali e cirrosi.

ID ABSTRACT	12
Speaker	SALLUSTIO PIERLUCA N.M.
ARGOMENTO	Tumori rari e Sarcomi
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Riscontro occasionale di cordoma sacrale: trattamento e revisione analitica della letteratura.</b>
AUTORI	P. Sallustio, M. Minafra, R. Laforgia, U. Riccelli, P. Lobascio, G. Carbotta, G. Balducci, N. Palasciano.  Chirurgia Generale "V. Bonomo", Dipartimento di Emergenza e Trapianto di Organi – , Università degli Studi di Bari, P.zza G. Cesare 11, 70124 BARI, Italia.
INTRODUZIONE	I tumori che originano dalla notocorda (BTCN) sono lesioni che originano dalla differenziazione delle cellule notocordali presenti ai vari livelli dello scheletro umano. Il loro riscontro si è incrementato nell'ultimo decennio grazie al miglioramento ed alla diffusione della risonanza magnetica.
METODI	Riportiamo qui di seguito il caso di un paziente di 74 anni trattato presso la nostra divisione di Chirurgia Generale del Policlinico di Bari con riscontro istologico dopo doppia biopsia con citoreduzione chirurgica e successivo trattamento radioterapico mirato di cordoma sacrale.
RISULTATI	A causa della loro localizzazione i cordomi sacrali possono interessare sia l'apparato gastrointestinale che urinario con comparsa di sintomi aspecifici che possono interessare i vari distretti anatomici. Il gold standard del trattamento è rappresentato dalla chirurgia ma la radioterapia può essere utilizzata come trattamento palliativo o in quel gruppo di pazienti non candidabili alla chirurgia.
DISCUSSIONE	A causa del loro elevato rischio di recidiva locale la radioterapia deve essere considerata fondamentale dopo ogni tipo di resezione chirurgica demolitiva. Per tale motivo un trattamento multidisciplinare della patologia è fondamentale per migliorare l'outcome dei pazienti.
BIBLIOGRAFIA	1. Yamaguchi T., Suzuki S., Ishiwa H., and Ueda Y.. 2004. Intraosseous benign notochordal cell tumours: overlooked precursors of classic chordomas? <i>Histopathology</i> 44:597–602. [PubMed] 2. Golden L. D., and Small J. E.. 2014. Benign notochordal lesions of the posterior clivus: retrospective review of prevalence and imaging characteristics. <i>J. Neuroimag.</i> 24:245–249. [PubMed] 3. Darby A. J., Cassar-Pullicino V. N., McCall I. W., and Jaffray D. C.. 1999. Vertebral intra-osseous chordoma or giant notochordal rest? <i>Skeletal Radiol.</i> 28:342–346. [PubMed]



ID ABSTRACT

222

Speaker

SALVISCHIANI LUCIA

ARGOMENTO

Nuove Tecnologie

**TITOLO DEL LAVORO**

**ROBOTIC-ASSISTED VENTRAL HERNIA SURGERY: OUTCOMES OF THE FIRST 56 CASES**

AUTORI

Salvischiani Lucia, Felicioni Luca, Formisano Giampaolo, Krizzuk Dimitri, Esposito Sofia, Giuliani Giuseppe, Bianchi Paolo Pietro

INTRODUZIONE

During the last few years, the trend in ventral hernia surgery has moved towards primary closure of the defect/midline reconstruction and extraperitoneal mesh placement in order to deal with the concerns regarding laparoscopic Intraperitoneal Onlay Mesh repair. These steps are challenging and time-consuming to be done laparoscopically and are not routinely performed. The robotic platform could overcome these limitations and allow for more complex surgeries to be performed in a minimally invasive fashion, thus reproducing the gold standard open repair. The study presents our preliminary results with robotic abdominal wall surgery.

METODI

From April 2015 to January 2019, 105 patients underwent robotic-assisted abdominal wall surgery. Data were collected retrospectively from a prospectively maintained database. hernias accounted for 24 the procedures, while umbilical hernias were 32. The remaining cases were bilateral/recurrent inguinal hernias that were performed as a training model for young surgeons.

RISULTATI

Mean age was 58.35 years and average BMI was 26.66 kg/m<sup>2</sup>. Ventral hernia repairs included: 37 Preperitoneal onlay mesh repairs with primary closure of the defect (PPOM plus), 8 Transabdominal midline stapled reconstructions, 7 Rives procedures (5 with TAR) and 4 Transabdominal Retromuscular Umbilical Prosthetic hernia repairs (TARUP). There were no conversions to open or laparoscopy. The overall operative time was 167.6 minutes (100-390). Overall length of stay was 2.45 days (1-10). 6 postoperative complications were registered of which 2 were classified as Clavien-Dindo 3 (1 bleeding, 1 bowel obstruction, 3,5%).

DISCUSSIONE

In our experience, robotic assisted ventral hernia repair is safe and feasible. The dexterity of the system and its adaptability to different procedures could help in closing fascial defects and in placing the mesh extraperitoneally, thus reproducing standard open procedures in a minimally-invasive fashion.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

97

Speaker

SANTONI ROBERTA

ARGOMENTO

Upper G-I Tract

**TITOLO DEL LAVORO****La chirurgia curativa in pazienti anziani con carcinoma gastrico: qual è il trattamento di scelta? Esperienza di un singolo centro e revisione della letteratura.**

AUTORI

Roberta Santoni, dipartimento di chirurgia generale Ospedale Guglielmo da Saliceto, Piacenza

Carmine Grassi, dipartimento di chirurgia generale Ospedale Guglielmo da Saliceto, Piacenza

Filippo Banchini, dipartimento di chirurgia generale Ospedale Guglielmo da Saliceto, Piacenza

Patrizio Capelli, direttore di dipartimento di chirurgia generale, Ospedale Guglielmo da Saliceto, Piacenza

INTRODUZIONE

L'aspettativa di vita è in aumento in tutto il mondo occidentale. Il risultato è un aumento della necessità di trattare la patologia oncologica nel paziente grande anziano. In particolare viene presa in considerazione l'aumentata incidenza di carcinoma gastrico in pazienti anziani e quale sia il migliore trattamento ed i risultati in termini di prognosi e complicanze in pazienti

METODI

Nel nostro dipartimento chirurgico ( Ospedale Guglielmo da Saliceto, Piacenza) 90 pazienti con età maggiore di 70 anni hanno ricevuto diagnosi di carcinoma gastrico tra gennaio 2016 e dicembre 2018. Dopo aver escluso pazienti metastatici e pluripatologici, 65 pazienti sono stati sottoposti a chirurgia. Sono stati eseguiti 40 interventi curativi e 25 resezioni palliative.

RISULTATI

La tecnica chirurgica è stata una gastrectomia totale in 12 pazienti (18%), gastrectomia distale in 45 pazienti (69%), altre procedure in 8 pazienti (13%). Per quanto riguarda le complicanze post operatorie abbiamo osservato polmonite in 8 casi, deiscenza anastomotica in 3 casi, raccolte intraddominali o infezioni di ferita in 6 casi. La demenza è un ulteriore ed importante problema da prendere in considerazione nei pazienti anziani. Circa il 40% dei pazienti ha sviluppato uno stato confusionale transitorio o permanente nel post operatorio, soprattutto in pazienti con iniziale decadimento cognitivo. A tal proposito di fondamentale importanza è il coinvolgimento del geriatra e del medico intensivista nella gestione pre e post operatoria.

DISCUSSIONE

La chirurgia radicale (R0) nel cancro gastrico può essere eseguita in sicurezza anche in pazienti anziani con tassi di morbilità e mortalità (dal 30 al 35%, dal 5 all'8%, rispettivamente) simili a quelli ottenuti in pazienti più giovani. Gli outcomes post operatori sono accettabili e i risultati della nostra esperienza, in termini di overall survival, disease free survival e stratificazione di rischio sono sovrapponibili ai risultati di centri a maggior volume. La chirurgia rappresenta in termini di cura e palliazione la miglior terapia anche per pazienti anziani, sempre considerando una gestione multidisciplinare ed escludendo quelli con un pessimo performance status

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT	236
Speaker	SASIA DIEGO
ARGOMENTO	Chirurgia Colo-Rettale
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>FiLaC (Fistula-tract Laser Closure): descrizione della tecnica e iniziale esperienza del nostro Centro</b>
AUTORI	D. SASIA, M.C. GIUFFRIDA, A. MARANO, D. CIANFLOCCA, F. BORGHI (Chirurgia Generale e Oncologica, ASO Santa Croce e Carle, Cuneo)
INTRODUZIONE	La fistola anale è una patologia proctologica complessa in quanto l'intervento deve bilanciare il rischio di recidive con la necessità di ridurre il danno sfinteriale. Si sono sviluppate negli ultimi anni diverse tecniche mirate alla preservazione degli sfinteri: una di queste è la FiLaC (Fistula-tract Laser Closure). A partire dal 2017 abbiamo introdotto il metodo FiLaC presso il nostro Centro; l'obiettivo di questo studio è, oltre a illustrare i momenti principali della tecnica, mostrare i primi risultati della nostra esperienza.
METODI	Presso la divisione di Chirurgia Generale dell'Ospedale Santa Croce di Cuneo, tra luglio 2017 e novembre 2018 sono stati trattati 8 pazienti con tecnica FiLaC. Sono stati analizzati i dati relativi ai pazienti, quali età, sesso, BMI, ASA score, comorbidità, durata dell'intervento, tipo di fistola e complicanze. I pazienti sono stati sottoposti ad anestesia spinale ed è stata utilizzata una sonda laser da 13 Watt e una lunghezza d'onda di 1470 nm.
RISULTATI	Cinque degli otto pazienti sottoposti a FiLaC erano uomini, di cui sei precedentemente trattati con posizionamento di setone ± drenaggio ascesso in caso di trattamento in fase acuta. L'età mediana era 50 anni (36-68). La durata mediana dell'intervento è stata 25 minuti (13-32). In un caso si è verificata la comparsa di ematoma sottomucoso, a risoluzione spontanea. Il follow-up mediano è stato di 15 mesi (3-18). Il trattamento è stato efficace in 6 pazienti (75%). Si è assistito a una recidiva della fistola in 2 pazienti, rispettivamente a 3 e 6 mesi, trattati successivamente con fistulotomia in un caso e nuova procedura FiLaC nell'altro.
DISCUSSIONE	In base alla nostra preliminare esperienza la FiLaC si è dimostrata una tecnica fattibile, efficace e sicura. La numerosità dei pazienti è limitata per avere differenze statisticamente significative ma i risultati preliminari si sono dimostrati sovrapponibili agli studi attualmente pubblicati. Obiettivo del nostro Centro è acquisire una maggiore esperienza in questo tipo di trattamento e confrontare la tecnica ai trattamenti standard correntemente utilizzati.
BIBLIOGRAFIA	

La ginecomastia è la patologia mammaria benigna più frequente nell'uomo. Il presente lavoro si concentra sulla deformità tuberosa del complesso areolare capezzolo (NAC) in ginecomastia. L'endpoint desiderato per il trattamento chirurgico è l'aspetto del NAC, con un diametro e una forma adeguati, e la simmetria tra le mammelle.

Il caso è di un paziente di 23 anni con ginecomastia vera e una deformità tuberosa bilaterale, con una eccedenza ghiandolare del diametro di 4 cm, confermata da un ecografia.

Il disegno preoperatorio, eseguito a paziente eretto, definisce l'area da lipoaspirare e la posizione del complesso areola capezzolo. Normalmente non è necessario spostare il NAC, altrimenti si calcola la posizione rispetto al giugulo e si adegua il disegno della round block, dandogli il giusto diametro.

L'intervento viene eseguito in anestesia locale con sedazione. Il paziente è posto sul tavolo operatorio con le braccia lungo il corpo, leggermente flesse. Si infiltrano le mammelle con 300cc di soluzione di Klein per lato, attraverso una piccola incisione al quadrante infero esterno. Nei 15 minuti di attesa si prepara il nipple marker, utilizzando una siringa da 20 cc da cui si taglia la porzione terminale con un bisturi lama 11 e rifinandola con le forbici. Con lo stantuffo della siringa, si realizza la marcatura del NAC e si esegue subito l'incisione, per non perdere la marcatura. Si procede ad una ampia liposuzione/liposcultura della zona mammaria, il che rende il risultato estetico molto valido. Inoltre la liposuzione libera le costrizioni del NAC e facilita la round block, con minore tensione della cicatrice.

Al termine della liposuzione/liposcultura si procede al trattamento del NAC. Si asporta con forbici la cute eccedente, precedentemente incisa e si esegue una incisione emiperiareolare inferiore del derma. Tale incisione consentirà al tessuto ghiandolare residuo di erniare immediatamente. Del tessuto erniato, si asporta uno scudo di ghiandola mammaria lasciando uno spessore di circa 3 cm al disotto del NAC, per evitare l'infossamento dello stesso. Si esegue una round block con filo di prolene 2/0 e ago tagliente 3/8 di cerchio, modellandola sul Nipple marker homemade. Si completa la sutura del capezzolo con del nylon 5/0 a punti staccati.

Il paziente è stato seguito per un anno. Non sono state segnalate complicazioni acute o a lungo termine. Non si sono verificate cicatrici ipertrofiche o cheloidi; dopo l'approccio periareolare il paziente è soddisfatto della cicatrice periareolare. Non si è verificata necrosi del NAC. Il paziente ha riferito che il NAC tuberoso era stato corretto in modo soddisfacente. La proiezione del NAC è normale. Il paziente riferisce buona sensibilità, e normale contrattilità del NAC.

Nella valutazione preoperatoria, le preoccupazioni del paziente circa la forma e il contorno del NAC dovrebbero essere considerate e il chirurgo dovrebbe prendere nota se è presente una deformità tuberosa del NAC. Per correggere questa deformità, bisogna liberare la costrizione ghiandolare attraverso una liposuzione e liposcultura ampia, l'incisione periareolare ampia e completa e non un approccio periareolare limitato del solo polo inferiore. È importante anche che dalla rimozione della ghiandola ne residui una quota di almeno 3 cm per non incorrere in una depressione del NAC. È importante considerare che il maschio ispirato dai modelli televisivi vorrebbe un NAC

poco visibile e ben piatto, quasi infossato. Ecco perché non concordiamo sulla realizzazione dall'inizio di un NAC 3 cm, poiché il cedere in parte della round block, dopo un anno, porta il valore del NAC a superare i 3 cm di diametro, che non è gradito dai pazienti. La tecnica da noi adottata è ripetibile, sicura, di facile esecuzione e consente di definire in maniera precisa il diametro del NAC.

## BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

72

Speaker

SCARINCI ANDREA

ARGOMENTO

Chirurgia Colo-Rettale

**TITOLO DEL LAVORO**

**Log Odds of Positive Lymph nodes (LODDS) stratification: what is the prognostic role in colorectal cancer patients (CRC)?**

AUTORI

Andrea Scarinci<sup>1</sup>, Tatiana Di Cesare<sup>1</sup>, Daniele Cavaniglia<sup>1</sup>, Tiziano Neri<sup>1</sup>, Michelle Colletti<sup>2</sup>, Giulia Cosenza<sup>1</sup>, Andrea Liverani<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Regina Apostolorum Hospital, Albano Laziale (Rome) 00041, Italy

<sup>2</sup> Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York (NY) 10065, USA

INTRODUZIONE

Nodal status is an important prognostic factor for patients with CRC without distant synchronous metastasis. LODDS, defined as the log of the ratio between the number of positive nodes and the number of negative nodes, has been recently introduced as new effective indicator of prognosis. In the present study, we aimed to assess the effective and prognostic value of LODDS in predicting the survival outcome of CRC patients who have undergone curative resection.

METODI

We enrolled 323 consecutive patients with primary CRC that underwent curative resection. LODDS values were calculated by empirical logistic formula,  $\log(\text{pnod} + 0.5)/(\text{tnod} - \text{pnod} + 0.5)$ . It was defined as the log of the ratio between the number of positive nodes and the number of negative nodes. The patients were divided into three groups: LODDS0 ( $\leq -1.36$ ), LODDS1 ( $> -1.36 \leq -0.53$ ) and LODDS2 ( $> -0.53$ ).

RISULTATI

The 1- and 3-year OS was 90.8 and 78.5%, respectively, for all 323 CRC patients enrolled. In univariate analysis age, TNM staging, pT and pN stage, tumour grade, microvascular and perineural invasion, Lymph Node Ratio (LNR) and LODDS were significantly associated with OS. Multivariate analysis showed significant values as independent prognostic factor of 3-year OS for LODDS. This is in contrast to pN stage and lymph node ratio, which shows no statistical significance. ROC analyses showed that LODDS predicted OS better than LNR.

DISCUSSIONE

LODDS classification permits a better prognostic effect than pN stage and LNR, and a finer stratification and accurately predicts survival of CRC patients.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT	157
Speaker	SCIASCIA VALERIO
ARGOMENTO	Chirurgia d'Urgenza
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Damage control nell'emorragia da ulcera gastrica.</b>
AUTORI	Capasso L., Sciascia V., Fusco M., Guida G., Lombardi P. e Salzano de Luna F. A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta U.O.C. di Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico
INTRODUZIONE	L'ulcera gastrica rappresenta circa il 35% dei casi di emorragia digestiva acuta (circa 100 casi l'anno per 100.000 abitanti) e la mortalità complessiva è del 4,5%; nel 95% dei casi è possibile ottenere l'emostasi per via endoscopica, nel 5% dei casi sono necessari trattamenti angio-radiologici o chirurgici. Il timing dell'intervento in urgenza/emergenza ed il tipo di intervento da effettuare non sono chiaramente codificati.
METODI	Presso l'A.O. in epigrafe dal 2011 al 2017 sono state effettuate 13.099 EGDS, di esse 69 (0,5 %) in emergenza per ulcera gastrica sanguinante, macroscopicamente non neoplastiche; in 51 casi (74 %) il sanguinamento si è arrestato dopo la prima EGDS, in 14 casi (20%) è stato necessario un secondo trattamento endoscopico con arresto dell'emorragia. In soli 4 casi (6%) con score di Rockall uguale o maggiore di 8, dopo due tentativi di emostasi endoscopica, è stato necessario un intervento chirurgico urgente. In tre casi si è proceduto a gastrotomia, biopsia ed emostasi con punti transfissi dell'ulcera, in un caso si è proceduto a resezione gastrica con ricostruzione secondo Billroth II.
RISULTATI	La mortalità per gli interventi conservativi è stata nulla, il paziente sottoposto a resezione gastrica è deceduto in VI giornata post operatoria per complicanze sistemiche. La mortalità complessiva per emorragia da ulcera gastrica è stata del 1,5 %. Gli esami istologici in tutti i 4 casi non hanno evidenziato cellule neoplastiche.
DISCUSSIONE	Il trattamento chirurgico dell'ulcera gastrica emorragica è un'evenienza rara. Il timing endoscopico - chirurgico, insieme ad altri fattori: quali l'età, le comorbidity (ASA), le stigmati di recente sanguinamento e la localizzazione dell'ulcera gastrica ci hanno fatto propendere nel 75% dei casi per un intervento conservativo secondo i principi del damage control con una mortalità nulla.
BIBLIOGRAFIA	

ID ABSTRACT

4

Speaker

SINISI GIANDOMENICO

ARGOMENTO

Chirurgia d'Urgenza

**TITOLO DEL LAVORO**

**Colecistite acuta: quale è il timing ottimale?**

AUTORI

Dr. Giandomenico SINISI, Dr. Salvatore Rizzo, Dr. Ruggiero FUMARULO, Dr. Francesco LATTANZIO, Dr. Emanuele Angarano, Dr. Giuseppe CHETTA (direttore)  
Unità operativa complessa di Chirurgia generale  
Ospedale Mons. R. Dimiccoli di Barletta.

INTRODUZIONE

la colecistite acuta rappresenta in termini di volumi, una altissima percentuale nella totalità dei ricoveri che afferiscono annualmente nella nostra unità operativa complessa dal dipartimento di emergenza. Tuttavia nella letteratura non esiste ancora oggi una univocità nella tempistica per l'approccio del trattamento. Terapia medica senza intervento chirurgico o approccio chirurgico precoce. Non optiamo quando possibile, per un trattamento chirurgico laparoscopico precoce entro 72 ore dalla comparsa dei sintomi.

METODI

Nel decennio 2008-2017 sono stati registrati 623 ricoveri urgenti per colecistite acuta da Pronto Soccorso nella nostra U.O.C. di Chirurgia generale. Al momento del ricovero tutti i pazienti sono stati sottoposti ad ecografia addome o Tc addome con evidenza di colecistite acuta litiasica. Sono stati esclusi dal trattamento chirurgico immediato i pazienti con evidenza di dilatazione delle vie biliari intra o extraepatiche con accertata o meno coledocolitiasi per essere sottoposti ad ulteriori indagini con Tc o RMN, pazienti con età superiore agli 80 anni, pazienti con comorbilità rilevanti o in trattamento con anticoagulanti orali.

RISULTATI

dei 623 pazienti 218 sono stati sottoposti ad intervento chirurgico immediato di colecistectomia laparoscopica con conversione a laparotomia in 4 casi.  
Dei restanti 405 pazienti 324 sono stati sottoposti a colecistectomia laparoscopica differita entro 45 giorni con conversione laparotomia in 5 casi.

DISCUSSIONE

La colecistectomia laparoscopica precoce offre a nostro pareri gli stessi margini di sicurezza dell'intervento laparoscopico differito a patto che venga eseguita entro 72 ore. Le percentuali di conversione a laparotomia si eguagliano per entrambe le modalità di trattamento.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT	8
Speaker	SINISI GIANDOMENICO
ARGOMENTO	Chirurgia d'Urgenza
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Diverticolite acuta: nuove classificazioni e trattamento.</b>
AUTORI	Dr. Giandomenico SINISI, Dr. Salvatore RIZZO, Dr. Ruggero FUMARULO, Dr. Francesco LATTANZIO, Dr. Emanuele ANGARANO, Dr. Giuseppe CHETTA (direttore) UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI CHIRURGIA GENERALE. OSPEDALE MONS. R. DIMICCOLI DI BARLETTA
INTRODUZIONE	I ricoveri per diverticolite acuta rappresentano una importante percentuale nella totalità dei ricoveri che ogni anno afferiscono dal Pronto Soccorso verso la nostra Unità Operativa di Chirurgia Generale. Eppure ancora oggi non esiste univocità nella gestione della patologia e delle sue complicanze. Di frequente la diverticolite acuta richiede un trattamento chirurgico urgente ma in letteratura non ci sono consensi univoci sulla quale tipologia di cura da adottare in sala operatoria.
METODI	Abbiamo eseguito uno studio retrospettivo relativo agli anni 2016-2017-2018 con una revisione riguardante il numero totale dei 143 ricoveri per diverticolite acuta nella nostra unità operativa alla luce della nuova classificazione WSES confrontandola con la ben nota classificazione di Hinchey.
RISULTATI	Non abbiamo riscontrato risultati significativamente differenti in termini di trattamento chirurgico. Ad influenzare piuttosto il tipo di trattamento sono stati l'età del paziente, le comorbidità preoperatorie (cardiache, polmonari, diabete, terapia steroidea e con immunosoppressori)
DISCUSSIONE	Esistono fattori che possono influenzare negativamente il decorso della patologia e del suo trattamento. Abbiamo evidenziato come la resezione-anastomosi per diverticolite acuta (Grado 3-4 di Hinchey) sia efficace ed eseguibile in casi selezionati rispetto ad una resezione di Hartmann che non deve rappresentare l'unica opzione chirurgica in urgenza.
BIBLIOGRAFIA	



ID ABSTRACT

220

Speaker

SOLIGO ENRICA

ARGOMENTO

Chirurgia d'Urgenza

**TITOLO DEL LAVORO**

**Le due vie del politrauma: trattamento attraverso laparostomie seriate e negative pressure wound therapy di trauma addominale aperto con lesioni viscerali da scoppio.**

AUTORI

Soligo E., Scansetti M., Ghisio S., Daffara M., De Rosa C., Balduzzi G., Testa S., Ospedale Sant'Andrea, Vercelli.

INTRODUZIONE

donna di 53 anni, con nessuna comorbidità in anamnesi, giunge a seguito di grave politrauma stradale. Presenta ampia ferita penetrante in fossa iliaca destra con fuoriuscita di anse intestinali. Si procede a laparotomia mediana con riscontro di sezione netta di ansa ileale a 80 cm dal Treitz e del lume ciecale. Resezione ileociecale con anastomosi ileo-ascendente. In I p.o. trasferimento alla Chirurgia Vascolare di riferimento per comparsa di ischemia dell'arto inferiore destro eseguita amputazione di coscia arto inferiore sinistro a seguito di slaminamento a.iliaca con trombosi irreversibile post traumatica. Successivamente comparsa di shock settico con sindrome compartimentale addominale. Si decide per toilette della cavità e trattamento laparostomico. In VI g. posizionamento di protesi biologica ma sviluppo di deiscenza anastomotica con riconfezionamento anastomosi e rimozione della protesi biologica. Proseguimento del trattamento O.A. e inizio trattamento con NWPT.

METODI

analisi della letteratura scientifica attraverso motori di ricerca quali MEDLINE, EXCERPTA MEDICA, CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIAL.

RISULTATI

a circa due mesi dal primo intervento, posizionamento di protesi a lento riassorbimento, con chiusura completa della parete addominale. Utilizzo di NWPT sulla ferita chirurgica con sintesi completa.

DISCUSSIONE

In questa presentazione descriviamo come l'addome aperto, con un numero anche elevato di relaparostomie, associato all'NPWT, sia un valido trattamento "tailored" in lesioni viscerali da scoppio causate da trauma addominale aperto. Viene descritto inoltre come le multiple laparostomie permettano una chiusura addominale completa, con un risultato adiuvante alle protesi di parete.

BIBLIOGRAFIA

Dott. Francesco, Sucameli, Università di Genova - Ospedale Sant'Andrea, La Spezia – S.C. Chirurgia Generale. francesco.sucameli.md@gmail.com  
 Dott. Antonio Azzinnaro - Ospedale Sant'Andrea, La Spezia – S.C. Chirurgia Generale  
 Dott. Claudio Bianchi – Ospedale Sant'Andrea, La Spezia – S.C. Chirurgia Generale  
 Dott. Emilio Falco - Ospedale Sant'Andrea, La Spezia – Direttore emerito S.C. Chirurgia Generale  
 Dott. Stefano, Berti - Ospedale Sant'Andrea, La Spezia – Direttore S.C. Chirurgia Generale

Dalla sua presentazione alla comunità chirurgica nel 2003, la pancreatosplenectomia radicale modulare anterograda (RAMPS) ha riscosso un crescente favore. Strasberg avvertiva che la terapia chirurgica del cancro di corpo-coda del pancreas non fosse stata oggetto degli sforzi spesi nel massimizzare il tasso di resezioni R0 e la linfadenectomia appropriata fino a quel momento applicati alla duodenocefalopancreanresectomia

L'approccio da destra a sinistra, il controllo vascolare precoce, la modularità, la resezione in blocco, la tecnica di isolamento no-touch e la linfadenectomia radicale basata su un forte rationale sono i principi guida della RAMPS.  
 Gli ultimi dati della letteratura mostrano che, rispetto alla pancreatosplenectomia tradizionale, la RAMPS fornisce una percentuale significativamente inferiore di positività del margine tangenziale, un maggior tasso di resezioni R0 e un numero medio di linfonodi recuperati più alto. La RAMPS è considerata non inferiore alla pancreatosplenectomia tradizionale in termini sia di morbidità perioperatoria che di risultati oncologici.  
 Anche se l'applicazione dell'approccio minimamente invasivo alla chirurgia pancreatica comporta vantaggi consolidati e codificati, incontra ancora un'ampia resistenza per molteplici ragioni: la chirurgia del pancreas è complessa e richiede familiarità con l'anatomia retroperitoneale, una meticolosa dissezione delle strutture nobili, avanzate capacità laparoscopiche e una lunga curva di apprendimento.

Mentre è disponibile un ampio spettro di dati in letteratura sui vantaggi della pancreatectomia distale tradizionale mini-invasiva e non, le evidenze a sostegno della RAMPS laparoscopica (LRAMPS) sono ancora limitate. Tuttavia, i dati disponibili sono incoraggianti e indicano che la LRAMPS è sicura, fattibile, con risultati comparabili a breve e a lungo termine.

Vi presentiamo un contributo che include una breve storia della tecnica e del suo rationale insieme ad un video che mostra note didattiche anatomiche e tecniche. Questo contenuto è stato ideato appositamente per gli specializzandi che approcciano la LRAMPS.

Claudio Elbetti<sup>1</sup>, Iacopo Giani<sup>1,2</sup>, Filippo Caminati<sup>3</sup>, Tiku Zalla<sup>2</sup>, Marco Calussi<sup>4</sup>, Paolo Dreoni<sup>1,2</sup>, Giuseppina Talamo<sup>1</sup>, Stefano Cantafio<sup>2</sup>, Francesco Feroci<sup>2</sup>, Marco Scatizzi<sup>5</sup>.

1. SOSD Proctologia – USL Toscana Centro
2. SOC Chirurgia Generale, Ospedale Santo Stefano (Prato) - USL Toscana Centro
3. Libero Professionista
4. UOC Chirurgia Generale, Ospedale La Gruccia (Montevarchi) - USL Toscana Sud Est
5. SOC Chirurgia Generale, Ospedale Santa Maria Annunziata (Firenze) - USL Toscana Centro

Obiettivo è quello di esplorare un approccio “Fast Track” all’ambito proctologico col fine di migliorare i risultati di questa chirurgia ultra specialistica.

Partendo dall’esperienza Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in Chirurgia Coloretale, abbiamo voluto studiare un percorso simile in Proctologia ed in particolare nella cura dei pazienti candidati ad intervento per Patologia Emorroidaria. Abbiamo voluto considerare 5 pilastri fondanti i protocolli ERAS: la nutrizione e gestione preoperatoria, l’approccio mini invasivo, la mobilizzazione precoce, il controllo del dolore, la promozione della guarigione.

Analizzando l’ambito della nutrizione e gestione pre operatoria abbiamo individuato 4 settori di azione: la nutrizione pre operatoria, la emissione di feci morbide, la riduzione ed il controllo della flogosi della mucosa ed il rinforzo del tono vascolare, l’implementazione del microbiota. Passando all’ambito dell’approccio mini invasivo ci siamo concentrati sull’impatto derivante dall’uso di strumenti di piccole dimensioni, sul timing anestesilogico finalizzato alla prevenzione del dolore post chirurgico ed infine su una strategia chirurgica tailored. Continuando, la mobilizzazione precoce è stata sostenuta da l’uso dell’anestesia locale associata ad una strategia chirurgica tailored. L’attenzione al controllo del dolore ha visto come campi di azione la gestione del dolore preoperatorio, una particolare attenzione (ancora una volta) alla sinergia tra anestesia locale e chirurgia tailored ed infine la ricerca di una strategia antalgica postoperatoria efficace e gravata da ridotti effetti secondari. infine la promozione della guarigione mediante uno approfondito studio dei migliori anti infiammatori, cicatrizzanti e creme ad azione locale.

Alcuni di questi settori hanno già una evidenza sostenuta dalla letteratura, altri dovranno essere esplorati adeguatamente in relazione all’approccio gestionale proposto.

La “Fast Track Proctology” rappresenta una affascinante opzione per i pazienti candidati a Chirurgia Proctologica col fine di migliorare i risultati ad oggi presenti in letteratura. Nata su basi scientifiche solide ha però bisogno di studi approfonditi per una sua adeguata strutturazione e validazione.

Giuseppina Talamo<sup>1</sup>, Iacopo Giani<sup>1,2</sup>, Claudio Elbetti<sup>1</sup>, Filippo Caminati<sup>3</sup>, Tiku Zalla<sup>2</sup>, Marco Calussi<sup>4</sup>, Paolo Dreoni<sup>1,2</sup>, Stefano Cantafio<sup>2</sup>, Francesco Feroci<sup>2</sup>, Marco Scatizzi<sup>5</sup>.

1. SOSD Proctologia – USL Toscana Centro

2. SOC Chirurgia Generale, Ospedale Santo Stefano (Prato) - USL Toscana Centro

3. Libero Professionista

4. UOC Chirurgia Generale, Ospedale La Gruccia (Montevarchi) - USL Toscana Sud Est

5. SOC Chirurgia Generale, Ospedale Santa Maria Annunziata (Firenze) - USL Toscana Centro

Scopo dello studio è di valutare l'efficacia delle iniezioni di cellule adipose mesenchimali autologhe (Lipogems) associato alla chirurgia ricostruttiva nel trattamento delle fistole perianali recidive.

Il successo della procedura è stato stabilito attraverso il parametro clinico di chiusura e mancata secrezione dell'orificio fistoloso esterno ai follow up.

Tra dicembre 2016 e febbraio 2018, tutti i pazienti affetti da fistola perianale recidiva caratterizzata da importante retrazione cicatriziale nonché dalla presenza di un orificio fistoloso interno rigido, sono stati valutati per un eventuale trattamento con Lipogems. Criteri di esclusione sono stati l'età inferiore a 18 anni, lo stato di gravidanza, la pregressa radioterapia locale, la presenza di diagnosi di neoplasia.

4 pazienti sono stati inseriti nello studio, età media 57.5 anni (range 47-72), 1 donna, e sottoposti ad intervento chirurgico. 3 pazienti sono stati sottoposti a plastica dell'orificio interno mediante apposizione di un punto a Z in Vicryl 0 (ago 5/8) ed iniezione con Lipogems (12ml). 1 paziente, in considerazione dell'estrema rigidità dell'orificio fistoloso interno è stato trattato mediante iniezione di Lipogems contestuale a posizionamento di setone drenante. Non si sono registrate complicanze né intraoperatorie né post operatorie. Si segnala 1 caso di dolore addominale secondario alla liposuzione. I risultati sono stati: ad 1 mese 1 paziente su 4 presentava già la chiusura dell'orificio esterno mentre un altro paziente, portatore di setone, presentava il setone meccanicamente intrappolato dalla sclerosi-guarigione attorno all'orificio interno. Si è deciso quindi in questo caso di sfilarlo e di continuare la sorveglianza del paziente. A 3 mesi di follow up 3 pazienti su 4 presentavano la chiusura dell'orificio esterno.

I risultati ottenuti, se pur su un numero ristretto di pazienti e con un follow up breve, indicano che Lipogems rappresenta uno strumento di elevato interesse nella cura dei pazienti affetti da fistole perianali recidive. Sfida per il prossimo futuro sarà stabilire dei protocolli di cura specifici che tengano conto delle caratteristiche dei casi trattati e considerino mediante un follow up molto stretto eventuali reinterventi nel breve tempo che possano sfruttare il processo di guarigione innescato da Lipogems.

Michele Ruggiero, MD2, Gaetano Gallo, MD2, Giovanni Petracca, MD1, Antonia Rizzuto, MD2, PhD, Carlo Talarico, MD1.

1) Department of Surgery, Jazzolino Hospital of Vibo Valentia, Vibo Valentia, Italy.

2) Department of Medical and Surgical Sciences, University of Catanzaro, Catanzaro, Italy

introduzione. L'80% dei tumori alla parotide sono benigni. L'obiettivo della chirurgia è quello di asportare completamente il tumore preservando il nervo facciale. Nonostante i recenti sviluppi tecnologici in chirurgia esiste un relativo alto tasso di sequele. La parotidectomia preneurale dimostra una diminuzione delle lesioni al nervo facciale permanenti minori rispetto alle altre tecniche. È stato ampiamente dimostrato che il volume degli interventi impatta favorevolmente in termini di prognosi mortalità e morbilità e ospedalizzazione del paziente. Lo scopo di questo lavoro è stato quello di valutare l'incidenza e la natura delle complicazioni al nervo facciale in corso di parotidectomia preneurale in una serie consecutiva di casi di tumori benigni trattati chirurgicamente nel nostro ospedale.

Materiali e Metodi. Abbiamo condotto uno studio retrospettivo dal 2010 al 2018, su pazienti sottoposti a 75 parotidectomie preneurali. L'intervento chirurgico è stato realizzato da un singolo operatore. Abbiamo analizzato le principali complicanze sia temporanee sia definitive post-intervento, includendo anche sindrome di Frey, fistole salivari, infezioni postoperatorie, ematomi-emorragia post-operatoria, e scialoceli.

Risultati. Abbiamo registrato 75 casi dei quali abbiamo osservato complicanze postoperatorie temporanee nel 5,2% (5/95), mentre le complicanze postoperatorie definitive sono state del 1,3% (un caso di deficit del ramo orbicolare della bocca del faciale) dei casi. All'esame anatomopatologico tutte le resezioni chirurgiche sono state eseguite con margini indenni.

Conclusione. Dai nostri dati risulta che le nostre complicanze sono state in linea con quelle registrate nei centri ad alto volume. Alla luce di questi risultati possiamo affermare che la parotidectomia preneurale può essere effettuata con sicurezza nei centri di chirurgia generale, da chirurghi con sufficiente esperienza.

ID ABSTRACT	17
Speaker	TROTTA FRANCESCO
ARGOMENTO	Open Abdomen
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Gestione dell'addome aperto: revisione della casistica alla luce della nuova classificazione 2016.</b>
AUTORI	Francesco Trotta, Pierluigi Salvatori, Silvio Romano, Giulia Armano, Guglielmo Piozzi, Giancarlo Cremascoli Giancarlo, Pietro Bisagni  U.O. di Chirurgia Generale, Ospedale Maggiore, Lodi
INTRODUZIONE	Il trattamento mediante laparostomia è un valido approccio in numerose condizioni complesse dell'addome, tra cui traumi, sepsi, re-laparotomie programmate. Nel 2016 il precedente sistema di classificazione (proposto nel 2009 (1)) è stato revisionato da Bjorck e colleghi (2): le 2 principali differenze hanno riguardato l'introduzione del concetto di fistola enteroatmosferica (differenziata dalla fistola enterica controllata o "leak") e la classificazione dell'addome "congelato" come "grado 3" e della stessa fistola enteroatmosferica come "grado 4" (in precedenza: fistola enterica "grado3" e addome congelato "grado 4"). Scopo del lavoro è valutare la casistica della nostra Unità Operativa in relazione agli esiti e al valore prognostico della nuova classificazione di Bjorck.
METODI	Vengono presentati 10 casi trattati mediante laparostomia negli ultimi 7 anni (6 maschi, 4 donne; età media 55+8 anni). Le indicazioni sono state: pancreatite acuta grave, fistola intestinale (5 pz), sindrome compartimentale (2 pz), emorragia post-operatoria trattata mediante packing intraperitoneale (2 pz). La degenza media è stata di 82 giorni (35-170), con degenza media in Terapia Intensiva di 32 giorni (12-90). La terapia a pressione negativa è stata utilizzata in 8 pazienti. Sono stati effettuati 4 cambi di medicazioni in media per paziente (1-9) con un intervallo medio di 5 giorni (2-9).
RISULTATI	La sintesi fasciale diretta è stata possibile in 5 pazienti, mentre in altri 2 casi si è proceduto a laparo-allo-plastica intra-peritoneale: di questi 7 pazienti 4 hanno sviluppato una fistola enterica, che è stata controllata mediante colostomia (2 pz), riconfezione di anastomosi (1 pz), ileostomia (1 pz). Invece, i restanti 3 pazienti che hanno sviluppato una fistola enteroatmosferica (grado 4 della nuova classificazione) sono tutti deceduti per shock settico. Un solo paziente ha sviluppato un addome congelato (alla biopsia: sclerosi e flogosi cronica del peritoneo in soggetto in dialisi peritoneale), che è stato trattato mediante ileostomia e sintesi diretta della parete addominale. La morbilità non è risultata essere connessa alla durata complessiva del ricovero né alla durata della degenza in Terapia Intensiva né alla durata del mantenimento della laparostomia.
DISCUSSIONE	Le tecniche laparostomiche, associate o meno a terapia a pressione negativa, hanno permesso di trattare con successo 7 dei 10 pazienti. La morbilità è risultata associata alla malattia di base, alle comorbidità e alla durata del processo patologico; la mortalità, invece, è risultata associata allo sviluppo di fistola enteroatmosferica non controllata. Questi dati ben si correlano con la nuova classificazione proposta da Bjorck e ne confermano il valore prognostico. [I casi descritti sono stati inseriti nel Registro Internazionale dei pazienti trattati mediante tecnica dell'Addome Aperto ( <a href="http://www.clinicalregisters.org/IROA">www.clinicalregisters.org/IROA</a> )].
BIBLIOGRAFIA	1) A. Bruhin et al., Systematic review and evidence based recommendations for the use of Negative Pressure Wound Therapy in the open abdomen, Int J Surg 2014; 12: 1105-1114 2) M. Björck et al., Amended Classification of the Open Abdomen, Scan J Surg 2016; 105(1): 5-10

ID ABSTRACT

189

Speaker

TRUSSO ZIRNA EZIO

ARGOMENTO

Chirurgia Bariatrica

**TITOLO DEL LAVORO**

**Note di tecnica del mini bypass gastrico: esperienza di un singolo centro**

AUTORI

E. Trusso Zirna, F. Gulino, A. Giarrizzo, M. Iudica, M. Patanè, G. Veroux, S. Sarvà, A. Pappalardo, A. Bellia, F. Ferrara, C. Di Stefano, L. Piazza

INTRODUZIONE

L'obiettivo di questo lavoro è fornire indicazioni tecniche del mini by pass gastrico VL dopo l'esperienza maturata nel nostro centro.

METODI

Cinque trocars sono utilizzati per la creazione della tasca gastrica lungo la piccola curvatura sulla guida di una sonda orogastrica. Un'ansa digiunale repertata tra i 180 cm e i 250 cm dal legamento di treitz viene utilizzata per eseguire una gastro-entero anastomosi per confezionare un'ansa ad omega. negli anni la tecnica è stata modificata per permettere la creazione tension-free dell'anastomosi gastro-enterica e per ridurre al minimo l'esposizione della mucosa gastro-esofagea al reflusso biliare, minimizzando il potenziale effetto cancerogeno.

RISULTATI

Molteplici studi mostrano come il mini by pass gastrico sia una procedura di chirurgia bariatrica ad elevata efficacia e basso rischio, con risultati a breve e lungo termine sulla perdita di peso e sulla risoluzione delle comorbidità del tutto sovrapponibili alle altre forme di by pass, inoltre facilmente revisionabile e reversibile in base alle necessità.

DISCUSSIONE

Pur esistendo diverse criticità, ad oggi, il mini by pass risulta essere una valida e sicura alternativa ad altre forme più invasive e complesse di by pass per la sua semplicità di esecuzione e minimizzazione del rischio di errore.

BIBLIOGRAFIA

A. Usai, E. Ponte, M. Grivon, R. Brachet Contul, R. Lorusso, M.J. Nardi, M. Roveroni, S. Mochet, A. Bellocchia N. Leone, P. Millo  
Chirurgia Generale e Urgenza  
Ospedale U. Parini  
Aosta

Il By pass gastrico rappresenta uno degli interventi di chirurgia bariatrica più utilizzati per trattare l'obesità e le sue comorbidità. La gestione di tali pazienti, sebbene debba spettare al centro di riferimento, sempre più spesso viene affidata anche al chirurgo generale. Lo scopo di questo lavoro è identificare le più comuni complicanze della chirurgia bariatrica e la loro gestione.

Da gennaio 2005 a dicembre 2018, nel nostro centro sono stati eseguiti un totale di 1550 interventi di chirurgia bariatrica. Abbiamo analizzato in modo retrospettivo i dati raccolti, suddividendoli in base al tipo di intervento eseguito e le relative complicanze.

Il tasso di complicanze post operatorie dopo chirurgia bariatrica è stato del 6,1% (95 casi). Secondo la nostra esperienza, nel 98,5 % dei casi, l'approccio laparoscopico ha portato a risoluzione del quadro. Nel gruppo di pazienti sottoposti a bendaggio gastrico, la complicanza riscontrata più frequentemente è stata la dislocazione dell'anello gastrico, con sintomi di occlusione (32 pts): in questi casi, lo sgonfiaggio e la rimozione del dispositivo hanno portato a risoluzione dei sintomi. Due sono stati i casi di erosione gastrica da bendaggio.

Tra i pazienti sottoposti a GBP, il dolore addominale da ernia interna è stato il riscontro più frequente (33 pts), seguito da sindrome aderenziale (8 pts), stenosi anastomotica (7 ptz), volvolo (3pts) ed intussuscezione del viscere (1 pt). Si segnalano anche due casi di litiasi coledocica e un caso di colelitiasi sintomatica.

Altre complicanze sono state l'ascesso intraddominale (4 casi), l'ematoma (1 caso). Solo in un caso, per comparsa di dolori addominali, si è resa necessaria una gastrotomia e la successiva gastroscopia.

Sono stati anche documentati disordini di tipo funzionale, quali sindrome di dumping e quadri di malnutrizione (in 4 casi, si è resa necessaria la revisione chirurgica di tali complicazioni).

La gestione delle complicanze post operatorie in chirurgia bariatrica richiede diagnosi accurata e tempestiva. Anche il chirurgo generale deve orientarsi in questa disciplina e conoscere le possibili implicazioni anatomiche e metaboliche della chirurgia bariatrica, per riconoscere i sintomi e segni di questi pazienti e trattarli precocemente. La laparoscopia rimane l'approccio diagnostico e terapeutico migliore.



ID ABSTRACT	192
Speaker	VACCARO CARLA
ARGOMENTO	Chirurgia Colo-Rettale
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Tecnica robotica vs laparoscopica nella chirurgia oncologica del retto: outcomes perioperatori e risultati funzionali a lungo termine.</b>
AUTORI	Vaccaro C, Tribuzi A, Perna F, Moraldi L, Calistri M, F. Curri, Anecchiarico M, Coratti A Chirurgia Oncologica a Indirizzo Robotico, Direttore dr Coratti Andrea Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze
INTRODUZIONE	La chirurgia del retto è una chirurgia molto complessa soprattutto in pazienti obesi, con bacino stretto o che sono stati sottoposti a chemio-radioterapia neoadiuvante. Il nostro studio si pone come obiettivo quello di confrontare i due approcci mini-invasivi nell'ambito della chirurgia rettale. Abbiamo preso in considerazione parametri perioperatori e la valutazione di funzionalità dal punto di vista intestinale, sessuale e urinario.
METODI	Il campione è di 158 pazienti, suddiviso in due gruppi: 63 pazienti sottoposti ad intervento laparoscopico tradizionale e 95 a tecnica robotica, tutti operati di carcinoma rettale nella SOD di Chirurgia Oncologica Robotica presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi in Firenze, dal 1° gennaio 2014 al 31 marzo 2018.
RISULTATI	La conversione ad intervento open si è verificata nel 26.6% di casi laparoscopici e nel 4.2% di casi robotici; la durata della chirurgia in termini di mediana è paragonabile nei due gruppi (260 minuti nella laparoscopia e 310 minuti nella robotica). Il 22.2% dei pazienti laparoscopici sessualmente attivi e il 46.3% di quelli robotici ha riferito l'insorgenza di disfunzione erettile entro 1 mese dall'intervento chirurgico; di questi, l'80% di pazienti nel gruppo robotico ha riferito un miglioramento con il passare del tempo. Un'incidenza maggiore di disturbi urinari è stata evidenziata nel gruppo robotico (76%) rispetto a quello laparoscopico (55.6%). L'overall survival è sovrapponibile nei due gruppi.
DISCUSSIONE	La robotica è una branca in continua crescita, una tecnica altamente riproducibile e standardizzata che potrebbe consentire, in ottica futura, un approccio semplificato alla complessa chirurgia rettale e, di conseguenza, una maggior diffusione della chirurgia mininvasiva in tale ambito.
BIBLIOGRAFIA	

ID ABSTRACT

59

Speaker

VANELLA SERAFINO

ARGOMENTO

Chirurgia Endocrina

**TITOLO DEL LAVORO**

**Approccio multidisciplinare all' iperparatiroidismo persistente o recidivo dopo paratiroidectomia totale o subtotale per iperparatiroidismo secondario.**

AUTORI

S. Vanella, G. Logrieco, N. Chetta, M. Selvaggiuolo

UOC Chirurgia Generale ed Oncologica II  
Ente Ecclesiastico, Ospedale Regionale "F. Miulli", Acquaviva delle Fonti (BA)

INTRODUZIONE

L'iperparatiroidismo (IPT) secondario persistente o recidivo è una sfida per i chirurghi e per i clinici.  
Una terapia personalizzata è l'obiettivo in questi pazienti fragili.  
Nelle recidive di IPT secondario il valore del dosaggio intraoperatorio del paratormone (ioPTH) e la sua associazione con i livelli di PTH a lungo termine non sono noti

METODI

Tra giugno 2014 a giugno 2017 45 pazienti con IPT secondario persistente o recidivo, provenienti da diversi centri, si sono presentati alla nostra attenzione; 30 sono stati trattati con terapia medica e 15 chirurgicamente. Le età media era compresa tra 33 a 67 anni.  
Una riunione multidisciplinare, comprendente chirurghi endocrini, nefrologi, endocrinologi, radiologi e medici nucleari, è stata eseguita in tutti i casi.  
Per i pazienti chirurgici, sono state eseguite una scintigrafia con sestamibi, un'ecografia e una TC per confermare la localizzazione.  
L'ioPTH è stato eseguito in tutti i pazienti chirurgici.

RISULTATI

Nessuno dei pazienti del gruppo medico ha sviluppato ipercalcemia e i valori di PTH sono rimasti al di sotto di 100 pg/ml.  
Il tempo operatorio medio era di 45 minuti, la degenza postoperatoria era di 5 giorni. 1 paziente è stato sottoposto ad evacuazione di ematoma e 1 paziente ha sviluppato una paresi ricorrente transitoria.  
4 pazienti sono stati riammessi entro 90 giorni a causa dell'ipocalcemia. Nessun paziente ha manifestato ulteriori recidive. Tutti i pazienti sono stati seguiti per almeno 1 anno.

DISCUSSIONE

Un approccio multidisciplinare ed un'elevata esperienza sono necessari per adottare il trattamento più efficace. Nei pazienti candidati a reintervento l'approccio mirato è efficace e permette un risparmio di tempo ed una minore esposizione ad eventuali complicanze in caso di concordanza dell'imaging preoperatorio ed in associazione al ioPTH. L'esplorazione bilaterale rimane la tecnica di scelta negli altri casi. IoPTH è un buon indicatore a lungo termine dei livelli di PTH negli iperparatiroidismi secondari recidivi o persistenti.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT

58

Speaker

VASSILIADIS ANTONIOS

ARGOMENTO

Nuove Tecnologie

**TITOLO DEL LAVORO**

**Ernioplastica in TEP: è ormai una tecnica standard? L'esperienza di un singolo centro.**

AUTORI

Francesco Ricci, Antonios Vassiliadis, Enrico Lauro, Giovanni Scudo, Andrea Zanoni  
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento - Ospedale Santa Maria del Carmine,  
Rovereto

INTRODUZIONE

La riparazione laparoscopica dell'ernia inguinale sta diventando un trattamento standard. La riparazione totalmente extraperitoneale (TEP) è tuttora meno diffusa rispetto alla riparazione open nella nostra pratica quotidiana. Obiettivo dello studio è riportare i risultati della nostra esperienza di oltre 400 casi.

METODI

Da gennaio 2013 a novembre 2018, 409 pazienti con ernia inguinale sono stati sottoposti a riparazione TEP nella Divisione di Chirurgia dell'Ospedale S. Maria del Carmine, Rovereto (TN). Tutte le operazioni sono state eseguite da due chirurghi (AV e EL) esperti in chirurgia laparoscopica avanzata. Tutti i dati dei pazienti sono stati raccolti in un database prospettico, che includeva tipo di ernia (monolaterale, bilaterale, recidiva), tempo operatorio, complicanze, tasso di conversione, durata della degenza e tasso di recidiva.

RISULTATI

Dei 409 pazienti trattati nel periodo di studio, 52 avevano un'ernia monolaterale e 357 bilaterale, di cui 48 recidive. L'età media era di 59 (15-93) anni e la grande maggioranza era di sesso maschile (95% 391/409). Il tempo operatorio mediano è stato di 35 minuti (10-115). 10 casi sono stati complicati da lacerazione peritoneale con pneumoperitoneo, che ha richiesto la decompressione con trocar. Il tasso di conversione a tecnica open è stato del 1,11% (6/409). 12 pazienti hanno presentato complicanze post-operatorie, le più frequenti sono state tachicardia (6) e ritenzione urinaria (3). La degenza media è stata di 1,11 (1-8) giorni. 5 pazienti hanno presentato recidiva di ernia.

DISCUSSIONE

L'ernioplastica in TEP in mani esperte è una procedura sicura e fattibile, con basse complicanze e tassi di recidiva e con alta soddisfazione del paziente. I benefici della tecnica la pongono di diritto tra le procedure standard per la riparazione di ernie inguinali.

BIBLIOGRAFIA

ID ABSTRACT	28
Speaker	VIOLA VINCENZO
ARGOMENTO	Nuove Tecnologie
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Utilizzo del verde di indocianina nella colecistectomia laparoscopica: esperienza di un centro di riferimento regionale.</b>
AUTORI	V.Mingarelli*, V. Bove, C. Carfora, F. Coreno, M. Diana, C. Pannoizzo, M. Pensavecchia, M. Rega, V. Viola, *UOC Chirurgia Generale e d'Urgenza Osp. "Dono Svizzero" di Formia (LT), Pres. Ospedaliero Latina Sud
INTRODUZIONE	L'incidenza della lesione della via biliare principale (VBP) nella colecistectomia laparoscopica (VLC) si attesta tra lo 0.26 e 0.7% a causa della sua difficile identificazione in condizioni di infiammazione. Recentemente è stata introdotta una tecnica di imaging con il verde indocianina (ICG) che, grazie a una visione Near Infra-Red, permette la visualizzazione in fluorescenza della vbp. Il nostro studio è stato condotto in un centro di riferimento regionale per alto volume di interventi di VLC con degenza media di 24 ore.
METODI	Abbiamo quindi confrontando i risultati clinici in termini di complicanze quali lesioni iatrogene delle vie biliari e di tempi chirurgici, in due gruppi di pazienti rispettivamente con e senza somministrazione di ICG. Criteri di inclusione: VLC in one day surgery, età $\geq 18$ anni, ASA I-II, colecistite, pregressa pancreatite biliare e/o ERCP. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: A, VLC senza ICG, gruppo B, VLC con ICG.
RISULTATI	Nel biennio 2017-2018 abbiamo eseguito 467 interventi di VLC di cui 112 con complicanze infiammatorie. Gruppo A, 50 VLC senza ICG, e gruppo B, 62 con ICG. Il tempo operatorio medio è stato di 55 minuti nel gruppo A e 47 minuti nel B. Prima della dissezione del Calot, nel gruppo A la VBP è stata identificata in 46 casi e il DC in 46; nel gruppo B la VBP è stata visualizzata in 60 casi e il DC in 62. Nessuna lesione completa della VBP nei due gruppi. 1 stenosi parziale della VBP e 2 leakage del DC nel gruppo A. Nessuna lesione della VBP o del DC nel gruppo B.
DISCUSSIONE	La VLC con ICG consente di visualizzare correttamente la VBP e DC prima della dissezione del Calot anche in condizioni anatomiche difficoltose legate a processi infiammatori. È una procedura sicura, non comporta l'utilizzo di radiazioni ionizzanti né di personale specializzato e consente di minimizzare le complicanze legate alla lesione della VBP.
BIBLIOGRAFIA	

Tiku Zalla<sup>1</sup>, Claudio Elbetti<sup>1</sup>, Iacopo Giani<sup>1,2</sup>, Filippo Caminati<sup>3</sup>, Marco Calussi<sup>4</sup>, Paolo Dreoni<sup>1,2</sup>, Giuseppina Talamo<sup>2</sup>, Stefano Cantafio<sup>1</sup>, Francesco Feroci<sup>1</sup>, Marco Scatizzi<sup>5</sup>.

1. SOC Chirurgia Generale, Ospedale Santo Stefano (Prato) - USL Toscana Centro

2. SOSD Proctologia – USL Toscana Centro

3. Libero Professionista

4. UOC Chirurgia Generale, Ospedale La Gruccia (Montevarchi) - USL Toscana Sud Est

5. SOC Chirurgia Generale, Ospedale Santa Maria Annunziata (Firenze) - USL Toscana Centro

Scopo dello studio è confrontare la Ferguson Hemorrhoidectomy(FH) con la Mucosectomy Tailored & Hemorrhoidopexy(TM&H).

Da marzo 2014 a dicembre 2016,tutti i pazienti affetti da emorroidi sono stati valutati in base alla classificazione di Goligher ed alla classificazione Single Pile Classification(SPC).SPC considera il numero di pile patologici(N),il Grado di ciascun pile interno patologico e l'eventuale presenza di:(F)-Pile fibroso anelastico o ridondante,(E)-Eversione della linea dentata o congestione del pile,(S)-Marishe non tollerate dal paziente.

I pazienti con emorroidi di III grado secondo Goligher,con uno o più pile interni ridondanti e fibrosi(IIIF secondo la SPC)e con almeno 2 pile sintomatici(Stadio 2B-3B-4B-4C secondo SPC)sono stati inclusi nello studio e randomizzati in due gruppi:Gruppo A-FH,Gruppo B-TM&H.I pazienti con emorroidi con ES secondo SPC sono stati esclusi dallo studio.Altri pile sintomatici sono stati trattati mediante una emorroidopessi.Tutte le procedure sono state condotte in anestesia locale mediante la Tailored Anal Block (TAB).La TM&H prevede l'uso di LBet88(anoscopio Sapimed®)e del LigaSure Small-Jaw(Medtronic®).

LBet88 consente di evidenziare la ridondanza degli strati mucoso e sottomucoso alla radice dei pile malati mentre il LigaSure consente una mucosectomia longitudinale efficace e su misura.La cicatrice lasciata dal Ligasure Small-Jaw viene poi chiusa con una sutura continua in Vicryl 2/0 ago 5/8(Ethicon® ottenendo il riposizionamento del pile nella sua sede naturale (emorroidopessi).La mucosectomia non è sempre uguale ma su misura solo dove e quanto è necessaria.La FH viene condotta con The Beak Diagnostic (Sapimed®),LigaSure Small-Jaw(Medtronic®) e Vicryl 2/0 ago 5/8(Ethicon®).Il controllo del dolore è stato ottenuto con Paracetamolo 1000mg ogni 8 ore, Oxycodone/Naloxone 5-2.5mg ogni 12 ore e Ketorolac 30mg al bisogno. Dopo le prime 24ore i pazienti scelgono proseguono la terapia antalgica in autogestione.

L'efficacia del trattamento è stata correlata alla percentuale di recidive postoperatorie,ai giorni dell'utilizzo degli antidolorifici ed alle complicanze postoperatorie.

50 pazienti sono stati arruolati.Nessuna differenza epidemiologico-clinica è presente nei due. Il follow-up medio è stato di 23 mesi(range 9-43).Non si sono verificate recidive. 1 complicanza (gruppoA) è stata registrata.I giorni di assunzione di antidolorifici sono risultati statisticamente differenti: gruppo B (3 giorni, range 0-10),gruppo A(4 giorni, intervallo 1-15)(p=0,016).

La TM&H è risultata statisticamente meno dolorosa e ugualmente efficace di FH nel trattamento dei pile IIIF secondo SPC. SPC ha confermato la sua utilità come strumento per selezionare gruppi omogenei di pazienti oggetto di studi clinici,superando il bias di selezione della Classificazione di Goligher.

ID ABSTRACT	37
Speaker	ZULIANI            WALTER
ARGOMENTO	Chirurgia Endocrina
<b>TITOLO DEL LAVORO</b>	<b>Pseudoocclusione intestinale secondaria a feocromocitoma.</b>
AUTORI	D. Chiari, P. Veronesi, M. Platto. G. Borroni, W. Zualiani
INTRODUZIONE	I feocromocitomi sono una rara forma di tumore neuroendocrino secernente catecolamine. I segni e sintomi più frequenti sono ipertensione, tachicardia, sudorazione e cefalee. In un minor numero di casi possono presentarsi con sintomi gastrointestinali (nausea, costipazione cronica, dolore addominale). Questa condizione è dovuta all'ipersecrezione di catecolamine che influenza il sistema simpatico e parasimpatico inibendo l'attività peristaltica gastrointestinale. Presentiamo un caso di pseudo-ostruzione intestinale secondaria a feocromocitoma.
METODI	Un donna di 55 anni con anamnesi di diabete mellito si è presentata all'attenzione del nostro Istituto per un quadro di addome acuto associato a nausea. La paziente è stata sottoposta ad una TC addome con MdC che ha rilevato una sovradistensione delle anse del piccolo intestino con livelli idro-aerei ed una parziale torsione del mesentere, inoltre veniva rilevato un espanso surrenalico sinistro di 38 mm sospetto per feocromocitoma. Durante la degenza si è assistito a puntate ipertensive e sono state valutate le catecolamine e le metanefrine urinarie che sono risultate significativamente elevate. In considerazione del quadro clinico, la paziente è stata sottoposta ad intervento di surrenalectomia sinistra per via laparoscopica.
RISULTATI	Il decorso postoperatorio si è svolto in maniera regolare. I valori pressori sono rimasti nei limiti di norma. Si è assistito alla risoluzione della sintomatologia addominale con progressiva regolare ripresa dell'alimentazione e della canalizzazione.
DISCUSSIONE	I feocromocitomi sono una rara causa di pseudo-ostruzione intestinale. In questi casi, l'intervento di surrenalectomia consente di ripristinare la regolare funzione del tratto gastroenterico.
BIBLIOGRAFIA	